

Caso clínico

Úlcera corneal bilateral como consecuencia de malnutrición calórico-protéica y déficit de vitamina A en un paciente con alcoholismo crónico, pancreatitis crónica y colecistostomía

S. Benítez Cruz, C. Gómez Candela, M. Ruiz Martín* y A. I. Cos Blanco

*Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. * Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.*

Resumen

Desde el descubrimiento de las vitaminas ha existido un creciente interés por relacionar las vitaminas con ciertas enfermedades. Para la vitamina A en particular se ha determinado su singular importancia en múltiples funciones vitales y su relación con enfermedades tanto por déficit como por exceso esta ahora completamente demostrada. En países desarrollados las enfermedades por déficit vitamínicos han disminuido de manera importante; sin embargo en pacientes con características particulares deben tenerse siempre presente.

Se trata de un hombre de 45 años, con antecedentes de alcoholismo crónico, pancreatitis crónica, diabetes mellitus no insulino dependiente y colecistostomía con alto drenaje biliar secundario a colecistitis enfisematosa y absceso perivesicular.

Consulta por dolor ocular bilateral, fotofobia y disminución de la agudeza visual además de una historia de heces pastosas, pegajosas y malolientes. Ingres a cargo de Oftalmología y diagnostican úlcera córnea bilateral. Cursan una interconsulta al Servicio de Nutrición por presencia de caquexia. Se detecta malnutrición calórica severa y proteica leve con IMC de 18,2 y pérdida del 23% de su peso habitual en los últimos 6 meses, déficit de vitaminas liposolubles (A, D y E), malabsorción grasa leve y anemia macrocítica é hipocrómica.

Suplementamos la dieta del paciente con una formula hiperproteica e hipercalórica especial para diabéticos, se administran las vitaminas deficitarias, enzimas pancreáticas para mejorar la malabsorción y se controlan las glucemias con insulina. Cuatro meses después paciente es evaluado y presenta un IMC de 20, la anemia esta resuelta y desde el punto de vista oftalmológico evoluciona favorablemente, las ulceras mejoran y la agudeza visual se recupera casi por completo.

Correspondencia: C. Gómez Candela
Unidad de Nutrición Clínica y Dietética
Hospital Universitario La Paz
Madrid
E-mail: carmengomezandela@telefonica.net

Recibido: 19-X-2004.
Aceptado: 13-II-2005.

BILATERAL CORNEAL ULCERATION AS A RESULT OF ENERGY-PROTEIN HYPONUTRITION AND VITAMIN A DEFICIT IN A PATIENT WITH CHRONIC ALCOHOLISM, CHRONIC PANCREATITIS AND CHOLECYSTOSTOMY

Abstract

Since the discovery of vitamins, there has been an increasing interest at relating vitamins with particular diseases. In particular, for vitamin A its singular importance has been determined in multiple vital functions, and its relationship with diseases, both in deficit and in excess, is nowadays completely demonstrated. In developed countries, vitamin deficiency-related diseases have been greatly reduced; however, in some patients with particular features they must be kept in mind.

This is the case of a 45 year-old man, with a history of chronic alcoholism, non insulin-dependent diabetes mellitus and cholecystectomy with a high biliary drainage secondary to emphysematous cholecystitis and perivesicular abscess.

He complains of bilateral ocular pain, photophobia, and decreased visual acuity besides a history of pasty, sticky and foul-smelling feces. He is admitted in the Ophthalmology Department and bilateral corneal ulceration is diagnosed. A consultation to the Nutrition Department is made because of cachexia. Severe caloric and mil protein hyponutrition is observed with a BMI of 18.2 and a 23% weight loss for the last 6 months, fat-soluble vitamins (A, D and E) deficit, mild fat malabsorption, and macrocytic and hypochromic anemia.

The patient's diet is supplemented with a special hyperproteic and hypercaloric diet for diabetics, deficient vitamins and pancreatic enzymes to improve absorption are administered, and glycemia is controlled with insulin. Four months later, the patient is assessed and has a BMI of 20, anemia has resolved and from an ophthalmologic viewpoint the course is favorable, the ulcers improve and visual acuity is almost completely recovered.

En pacientes alcohólicos crónicos con un nivel bajo de ingesta y complicaciones clínicas con repercusiones nutricionales (pancreatitis que produce malabsorción o colecistostomía con drenaje biliar percutáneo) no debemos olvidar que los déficits de micronutrientes pueden explicar la etiología de otras patologías asociadas en este caso las úlceras corneales.

(*Nutr Hosp* 2005, 20:308-310)

Palabras clave: *Dolor ocular bilateral. Pancreatitis crónica. Colecistostomía.*

In chronic alcoholic patients with a low dietary intake and clinical complications with nutritional repercussions (pancreatitis that produces malabsorption or cholecystectomy with biliary percutaneous drainage) we should not forget that micronutrients deficits may explain the etiology of other associated diseases, in the present case corneal ulceration.

(*Nutr Hosp* 2005, 20:308-310)

Key words: *Bilateral ocular pain. Chronic pancreatitis. Cholecystectomy.*

Introducción

La vitamina A es una vitamina liposoluble necesaria para la integridad de las células epiteliales en todo el cuerpo, la reproducción, la expresión genética, la función inmune y por supuesto para la visión.

El déficit de vitamina A puede causar alteraciones en el segmento anterior del ojo desde manchas de Bitot, las cuales son reversibles, a queratomalacia que es irreversible⁽¹⁾. La xeroftalmia es el efecto clínico más específico de la deficiencia de vitamina A. La OMS clasifica los estados de xeroftalmia en: ceguera nocturna, xerosis conjuntival, manchas de Bitot y xerosis corneal con ulceración corneal. Las personas que mayor riesgo tienen de desarrollar deficiencias de esta vitamina incluyen aquellas con síndromes malabsortivos, disfunción gastrointestinal, diarreas crónicas, historia de consumo abusivo de alcohol, déficit de la proteína ligadora de retinol o déficit de zinc². Hay en la literatura casos reportados en países desarrollados donde los pacientes con alteraciones oculares (epiescleritis, úlceras corneales reactivas o perforación corneal espontánea) padecían además alcoholismo crónico con hepatopatías, malnutrición ligada al abuso de bebidas alcohólicas, cirrosis biliar primaria, síndromes de malabsorción y enfermedades dermatológicas^{1,3}.

Aunque el déficit de vitamina A es una de las carencias más comunes especialmente en países del tercer mundo, normalmente asociado a otros déficit nutricionales como deficiencias vitamínicas múltiples y malnutrición calórica proteica, no debemos olvidar que en países desarrollados también podemos encontrar casos de deficiencias y debemos pensar en ellas y diagnosticarlas oportunamente.

Exposición del caso


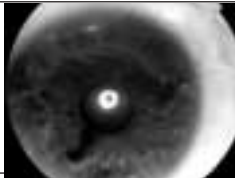
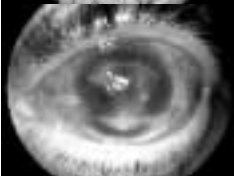
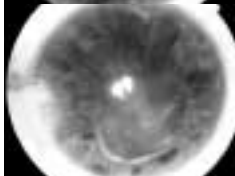
Antecedentes: Hombre de 45 años con antecedentes de alcoholismo crónico que se acompaña de pancreatitis crónica y diabetes mellitus insulino dependiente, que presenta una ingesta alimentaria muy escasa. Múltiples ingresos hospitalarios por reagudizaciones de su pancreatitis crónica. En 2002 es intervenido para una extirpación de un pseudoquistes pancreático que se complica y finaliza con una quistogastrostomía que

se resuelve favorablemente. En febrero de 2003 Hay nuevo ingreso por colecistitis enfisematosa con absceso perivesicular complicado por lo que se coloca colecistostomía con tubo de Pezzer para realizar colecistectomía en un segundo tiempo quirúrgico. Se da de alta con un drenaje por tubo de colecistostomía de aproximadamente 500 ml. En noviembre de 2003 acude a consulta de cirugía donde solicitan examen cualitativo de heces que resulta con aumento de grasas y restos alimenticios, olor fétido y consistencia pastosa. No pautan ningún tratamiento.

Enfermedad actual: En Febrero de 2004 Acude a urgencias con historia de 3 meses de dolor ocular bilateral, enrojecimiento, escozor, fotofobia y disminución de la agudeza visual. Ingresa a cargo de Oftalmología para estudio y tratamiento. El estudio oftalmológico revela queratitis ulcerativa periférica y agudeza visual menor del 10% en el ojo derecho. En el ojo izquierdo úlcera córnea central con necrosis estromal, e hipema y únicamente tenía percepción de luz. Las pruebas de imagen resultaron negativas. Los cultivos corneales fueron negativos. Las exploraciones por especialistas de otorrinolaringología, digestivo y reumatología fueron no significativas. Se envía interconsulta a la Unidad de Nutrición por pérdida de peso de 16 kilos en los últimos 6 meses. La evaluación nutricional revela malnutrición calórica severa y proteica leve, peso de 52 kilos con IMC de 18,2 y pérdida del 23% de su peso habitual en los últimos 6 meses, pliegue tricípital de 5,2 mm (42% del percentil 50 para su edad y sexo), circunferencia muscular del brazo de 18,3 (74% del percentil 50 para su edad y sexo), hipoproteinemias con albúmina de 2,42 g/dl y Proteína Transportadora de Retinol 1,5 mg/dl (Valor de referencia: 3,5-7,5 mg/dl), déficit severo de vitaminas liposolubles, especialmente la A (Vitamina A: 0,24 ng/ml. Valor de referencia:0,4-0,8) y la vitamina D (Vitamina D: 0, no se detecta en sangre. Valor de referencia 15-100 ng/ml). Tanto las vitaminas del complejo B y vitamina C como el zinc resultaron normales. El estudio de malabsorción en heces de 24 horas demostró la presencia de una malabsorción leve (Nitrógeno: 2,5 g, grasas fecales de 6,3 g y azúcares fecales de 3,8 g) sin embargo cuando se recogió esta última muestra de heces paciente ya estaba en tratamiento con Pancrease®.

Tabla I

Ojos derechos e izquierdo antes y después de la intervención nutricional y oftalmológica

	03 febrero de 2004 ANTES	19 de Mayo de 2004 DESPUES
OJO DERECHO		
OJO IZQUIERDO		
AGUDEZA VISUAL	Ojo derecho: Menor del 10% Ojo Izquierdo: Percepción de luz.	Ojo derecho: Recuperó el 100% Ojo Izquierdo: Cuenta dedos.

Tratamiento: Se suplementó la dieta del paciente con fórmulas hiperproteicas e hipercalóricas especiales para diabéticos (Resource diabet® 2 batidos cada día), se administró por vía oral las vitaminas deficitarias (Natecal D® 2 tabletas cada día, Auxina A+E 2 tabletas cada/día), y se agregó enzimas pancreáticas (Pancrease® 2-0-2).

Evolución: En Abril de 2004 realizan colecistectomía y se cierra colecistostomía. Evaluamos al paciente 3 meses después y presenta un IMC de 20, la anemia ha remitido y los problemas oftalmológicos han evolucionado favorablemente. Las úlceras corneales han cicatrizado y ha recuperado casi por completo la agudeza visual (Ojo derecho 100% y ojo izquierdo cuenta dedos (tabla I).

Discusión: Como es por todos conocido los alcohólicos crónicos son una población de riesgo para padecer déficit de micro y macronutrientes. Sin embargo es muy común dar mayor importancia a los déficit de vitaminas del complejo B (que en este caso eran normales) antes de pensar en otro tipo de carencias. En este paciente con una muy probable malnutrición de base, con una escasa ingesta se sobrepusieron factores como la pancreatitis que genera malabsorción grasa (y por tanto de vitaminas liposolubles), el bajo nivel del transportador de la vitamina A y por último el factor precipitante de la sintomatología creemos que fue la colecistostomía que evacua casi por completo el drenaje diario biliar hacia el exterior y como recordaremos las sales biliares son necesarias para la absorción de la vitamina A.

Sin restar importancia a la avitaminosis A debemos mencionar que algunos estudios han postulado a la vitamina D tóptica como supresor del proceso inflamatorio en las úlceras corneales^(4,5). Por lo que se requieren más estudios para comprobar si el déficit sistémico de vitamina D tiene alguna influencia negativa sobre el proceso inflamatorio a nivel córneoal.

En conclusión este paciente tenía un conjunto de síntomas carenciales (Anemia microcítica e hipocrómica, hipoproteinemia, hipocolesterolemia, pérdida de peso, etc.) que fueron agravados por sus patologías asociadas y que evolucionaron a complicaciones mayores, como las oftalmológicas, por falta de un tratamiento nutricional oportuno.

Referencias

1. Sadowski B, Rorhbach JM, Steuhl KP, Weidle EG, Castrillon-oberdorfer WL: Corneal manifestation in Vitamin A deficiency. *Klin Monatsbl Augenheikd.* 1994 Aug;205(2):76-85.
2. Matarase Laura E, Gottschlich Michele M. *Contemporary Nutrition Support Practice.* Ed 2. Missouri. 2003, Saunders pp. 145-157.
3. Heinz C, Steuhl KP, Meller D: Corneal perforation associated vitamin A deficiency. *Ophthalmologie* 2004 Jun; 101(6):614-7
4. Suzuki T, Sotozono C, Kinoshita S. Regulaory effects of 1 alpha,25-Dihydroxyvitamin D(3) on cytokine production by human corneal epithelial cells. *Curr Eye Res* 2000 Feb; 20(2):127:30.
5. Suzuki T, Sano Y, Kinoshita S. Effects of 1 aloha25-dihydroxyvitamin D3 on Langerhans cell migration and corneal neovascularization in mice. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 2000 Jan; 41(1):154-8