

11234



Universidad Nacional Autónoma de México

36
2ej

División de Estudios de Post-Grado
Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital General Centro Médico "La Raza"

UVEITIS INTERMEDIA SEVERA MANEJO QUIRURGICO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA
P R E S E N T A

DR. JAVIER VILLANUEVA ALVARADO



IMSS

MEXICO, D.F.

ABRIL DE 1992



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE.

JUSTIFICACION.....	1
OBJETIVO DE LA INVESTIGACION.....	2
INTRODUCCION.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
HIPOTESIS.....	12
MATERIAL Y METODO.....	13
INDICACIONES QUIRURGICAS.....	15
EXAMENES DEL PROTOCOLO DE ESTUDIO.....	17
DISEÑO DE INVESTIGACION.....	18
CRONOGRAMA DE TRABAJO.....	18
METODO ESTADISTICO.....	19
CONSIDERACIONES ETICAS.....	19
RESULTADOS.....	20
GRAFICAS.....	26
CONCLUSIONES.....	36
BIBLIOGRAFIA.....	38

JUSTIFICACION

LA UVEITIS INTERMEDIA REFRACTARIA AL TRATAMIENTO MEDICO, - ES UNA ENTIDAD QUE LLEVA EN FORMA LENTA, GRADUAL E INEXORABLE MENTE A LA CEGUERA DEL OJO QUE LA PADECE; POR LO QUE URGE ENCONTRAR UNA ALTERNATIVA, QUE AUNQUE AGRESIVA, SEA CAPAZ DE MODIFICAR LA HISTORIA NATURAL DE ESTA ENFERMEDAD.

PARA LO CUAL, SE PROPONE EN ESTE TRABAJO A LA VITRECTOMIA-TOTAL, ACOMPAÑADA EN OCASIONES DE LENSCTOMIA QUE AUNADA A LA-CRIOTERAPIA DE ZONAS DE NEOVASCULARIZACION, PODRAN CONTROLAR-EL PROCESO INFLAMATORIO Y MEJORAR SUSTANCIALMENTE EL PRONOSTI-CO VISUAL.

ASI MISMO ESTE ESTUDIO SUGIERE EL USO DE FOTOCOAGULACION - CON LASER EN EL EDEMA DIFUSO MACULAR (COMPLICACION TEMIDA DE-LA UVEITIS INTERMEDIA). QUE USANDOLA DE MANERA RESPONSABLE Y-JUICIOSA, ES UN METODO QUE PUEDE MEJORAR ESTA CONDICION.

OBJETIVO DE LA INVESTIGACION:

DARLE SU JUSTO VALOR A LA VITRECTOMIA, CRIOPEXIA Y FOTOCOAGULACION CON LASER DE ARGON VERDE PURO, Y EVALUAR LOS RESULTADOS QUE SE OBTUVIERON EN EL SEGUIMIENTO CLINICO DE OJOS DE NIÑOS AFECTADOS DE UVEITIS INTERMEDIA, REFRACTARIA AL TRATAMIENTO MEDICO.

INTRODUCCION.

LA UVEITIS INTERMEDIA, ES UN SINDROME DE NATURALEZA INFLAMATORIA, QUE SE PRESENTA EN NIÑOS Y ADULTOS JOVENES. POSEEA UNA SINONIMIA AMPLIA. FUCHS EN 1908 LA DENOMINO "CICLITIS"-DUKE-ELDER MODIFICO EL TERMINO EN 1941 Y LE LLAMO "CICLITIS - CRONICA POSTERIOR": SCHEPENS (EN 1950) HACIENDO USO DE SU OFTALMOSCOPIO INDIRECTO, DESCRIBE UN PROCESO INFLAMATORIO EN PERIFERIA RETINIANA Y EN BASE DEL VITREO, AL QUE NOMBRO "UVEITIS PERIFERICA". DIEZ AÑOS DESPUES, EL PROPIO SCHEPENS, BROCKHURST Y OKAMURA, SE REFIEREN A ESTA MISMA ENTIDAD COMO "CICLITIS PERIFERICA; ESTE MISMO AÑO (1960) WELCH, MAUMENEE Y WAHLEN PROPONEN UN NUEVO NOMBRE: PARS PLANITIS, TERMINO QUE HASTA LA FECHA SE HA DIFUNDIDO EN FORMA UNIVERSAL. UN AÑO DESPUES HOGAN Y KIMURA LA DEFINEN COMO "CICLITIS CRONICA"; EN EL AÑO DE 1965 ESTOS AUTORES LA DESCRIBEN COMO "CICLOCORIORRETINITIS". GASS SUGIERE EL NOMBRE DE "VITREITIS" EN 1968; KNOX LA DENOMINA "ANGIOHIALITIS"; Y FINALMENTE, TRATANDO DE ENGLORBAR MUCHAS DE SUS DENOMINACIONES, EL GRUPO INTERNACIONAL DE UVEITIS EN 1987 LE DA EL NOMBRE DE "UVEITIS INTERMEDIA", Y ESPECIFICAMENTE ESTA DEFINICION QUE SE USA EN ESTE TRABAJO, PUES ES EL SITIO ANATOMICO EN QUE SE DESARROLLA ESTA ENTIDAD.

LA VASTA TERMINOLOGIA NOS PUEDE CONFUNDIR, SIN EMBARGO SOLO NOS HABLA ESTO, DE LA DIFICULTAD QUE TENEMOS PARA COMPREN-

DER ESTA PATOLOGIA Y ACENTUA NUESTRA IGNORANCIA CON RESPECTO A SU ETIOLOGIA (1,2).

LA UVEITIS INTERMEDIA ES UN PROCESO INFLAMATORIO EMINENTEMENTE CRONICO, EN EL QUE ESTAN COMPROMETIDOS EL CUERPO CILIAR (MAS ESPECIFICAMENTE LA PARS PLANA), LA COROIDES, LA PERIFERIA RETINIANA Y EL VITREO. GARNER PUNTUALIZA QUE EL PROCESO SE ENCUENTRA EN LA CORTEZA ANTERIOR DEL VITREO Y EN LA BASE DEL MISMO, EN LA PARS PLANA, LA ORA SERRATA Y RETINA YUXTAORAL. POSIBLEMENTE EN ESTA REGION PARTICULAR, SE ENCUENTRE LA MAYOR PROPORCION DE MATERIAL INMUNOGENO RESPONSABLE DE ESTA PATOLOGIA; POR LO QUE SE CONSIDERA A ESTA ZONA, COMO UN RESERVORIO INMUNOGENICO IMPORTANTE. (2,3,4).

ESTA PATOLOGIA, APARECE EN LA PRIMERA Y SEGUNDA DECADAS DE LA VIDA, Y UNO DE CADA CINCO CASOS DE UVEITIS EN NIROS, SE DEBE A ESTA ENTIDAD (2), ES BILATERAL EN EL 80% DE LOS CASOS. NO TIENE PREDILECCION POR DETERMINADO SEXO, Y NO PRESENTA PREDISPOSICION RACIAL O FACTOR HEREDITARIO, TAMPOCO SE HA DEMOSTRADO ETIOLOGIA AMBIENTAL, SIN EMBARGO SE HA DESCRITO EN MIEMBROS DE UNA MISMA FAMILIA (1).

EN OCASIONES, LA UVEITIS INTERMEDIA NO ES UN PROCESO EXCLUSIVO DEL OJO, SINO UNA RESPUESTA SINGULAR DEL TEJIDO CONECTIVO EN EL RESTO DE LA ECONOMIA; INCLUSO SE PUEDE PRESENTAR LA AFECION DE LA COLAGENA GENERAL INMEDIATAMENTE DESPUES DEL PROBLEMA OCULAR.

SE HA ASOCIADO CON OTRAS ENFERMEDADES SISTEMICAS, POR EJEM

PLO LA ESCLEROSIS MULTIPLE SE HA ENCONTRADO EN UN PORCENTAJE -
QUE VA DEL 1 AL 16% (2). LA SARCOIDOSIS, TAMBIEN SE HA RELA-
CIONADO CON LA UVEITIS INTERMEDIA (1,5).

EL 15.4% DE TODAS LAS UVEITIS PERIENELEN A ESTA ENTIDAD (4);
EL DIAGNOSTICO SE EFECTUARA EN BASE DEL CUADRO CLINICO Y EXPLORACION OFTALMOLOGICA, MAS QUE EN EXAMENES DE LABORATORIO QUE -
EN CASI TODOS LOS CASOS, ARROJAN RESULTADOS NEGATIVOS Y POR SU PUESTO DESALENTADORES POR LA IMPOSIBILIDAD DE DEMOSTRAR ALGUNA ETIOLOGIA.

EL SINTOMA CARDINAL ES LA DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL -
(DEBIDA A CELULARIDAD EN CAMARA ANTERIOR Y/O EN VITREO, ASI COMO OPACIDAD INFLAMATORIA Y/O HEMORRAGIA DEL MISMO; DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA O EDEMA QUISTICO MACULAR), LAS MIODESOPSIAS -
SE PRESENTAN POR ALTERACIONES DEL VITREO PREVIAMENTE DESCRITAS

EL PARAMETRO DE LA AGUDEZA VISUAL, ES EL INDICADOR PRIMORDIAL DE LA ACTIVIDAD INFLAMATORIA (2). ES RARO ENCONTRAR DOLOR, ENROJECIMIENTO OCULAR O FOTOFOBIA Y GENERALMENTE NO HAY -
DATOS DE UVEITIS ANTERIOR SEVERA. SIN EMBARGO SE PUEDE ESPERAR QUE EL PRIMER EPISODIO DE UVEITIS INTERMEDIA, SE ASOCIE -
CON IRIDOCICLITIS IMPORTANTE Y FLORIDA SINTOMATOLOGIA. EN EPISODIOS POSTERIORES, EL CUADRO CLINICO SERA LEVE Y CON CURSO -
CRONICO, CARACTERIZADO POR SINTOMAS MODERADOS Y UVEITIS ANTERIOR DISCRETA; EN OCASIONES PASA DESAPERCIBIDA Y SI NO SE AUTOLIMITA, LAS COMPLICACIONES QUE PRODUCE PUEDEN PONER EN SERIO PELIGRO LA CONSERVACION, NO SOLO DE LA FUNCION, SINO INCLUSO DEL

ORGANO MISMO (2).

A LA EXPLORACION OFTALMOLOGICA, SE ENCUENTRA UN OJO BLANCO TRANQUILO, PUEDE EXISTIR DEPOSITOS FINOS RETROQUERATICOS INFERIORES, OCASIONALMENTE QUERATOPATIA EN BANDA. ALGUNAS VECES REACCION MINIMA EN CAMARA ANTERIOR CARACTERIZADA POR TYNDALL DE UNA A DOS CRUCES (3,7), ADECUADOS REFLEJOS PUPILARES AUNQUE EN ALGUNAS OCASIONES SIN BUENA DILATACION PUPILAR A CONSECUENCIA DE SINEQUIAS POSTERIORES. LOS SIGNOS MAS IMPORTANTES SE ENCUENTRAN EN LA CAVIDAD VITREA Y PERIFERIA EXTREMA DE LA RETINA; ABUNDANTES CELULAS INFLAMATORIAS EN VITREO (TYNDALL DE UNA A CUATRO CRUCES), CON OPACIDAD VITREA DE INTENSIDAD VARIABLE (DEPENDIENDO DEL GRADO DE INFLAMACION Y/O DE PRESENCIA DE HEMORRAGIA TAMBIEN DE GRADO VARIABLE), DEPOSITOS (HABITUALMENTE INFERIORES) DE EXUDADOS BLANQUECINOS "COPOS DE NIEVE" QUE SE ACUMULAN SOBRE RETINA PERIFERICA, CERCA DE LA BASE DEL VITREO Y ANTERIOR A ESTA, EN LA VICINIDAD DE LA PARS PLANA Y SOBRE ELLA, INMEDIATAMENTE POSTERIOR A LOS PROCESOS CILIARES (5,7).

ESTOS "COPOS DE NIEVE" TIENDEN A ORGANIZARSE, CONFLUIR Y FORMAR "BANCOS DE NIEVE", QUE SON MEMBRANAS INFLAMATORIAS BLANCO-LECHOSAS, DE EXTENSION VARIABLE Y DE PREDOMINIO INFERIOR (LEY DE LA GRAVEDAD), VARIA TAMBIEN SU DENSIDAD SE TORNAVAN CON EL TIEMPO EN MEMBRANAS SUMAMENTE DURAS Y FRECUENTEMENTE SE VASCULARIZAN. ESTA NUEVA VASCULATURA ES LA CAUSANTE DE HEMORRAGIA RECIDIVANTE DEL VITREO (2).

LA RETINA PERIFERICA MUESTRA PERIFLEBITIS, Y EL AVANCE DE LA ENFERMEDAD PUEDE LLEVAR AL EDEMA DE PAPILA Y AL DESAFORTUNADO Y MUY FRECUENTEMENTE IRREVERSIBLE EDEMA MACULAR CISTOIDEO, QUE ES CAUSANTE DIRECTO DE LA PERDIDA DE LA VISION FINAL Y DE ALTERACION EN LA DISCRIMINACION DE LOS COLORES. PUEDE CURSAR LA UVEITIS INTERMEDIA CON DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA REGMATOGENO Y/O TRACCIONAL; TAMBIEN PUEDEN EXISTIR ALTERACIONES DE LA INTERFASE VITREORRETINIANA, COMO LA APARICION DE MEMBRANA EPIRETINIANA EN DIFERENTES PUNTOS DE LA RETINA, PERO DE PREDOMINIO MACULAR, DANDO CON ESTO UNA POBRE VISION CENTRAL QUE PUEDE REQUERIR CIRUGIA ENDO-OCULAR (MEMBRANECTOMIA); EN OCASIONES CURSA CON GLAUCOMA SECUNDARIO Y RARAMENTE PTISIS BULBI (3,4,7).

SMITH, GODFREY Y KIMURA (8), EN 1973 HACEN UNA REVISION DE CIENTO OCHETA Y DOS OJOS, Y CONSIGNAN 3 CATEGORIAS SEGUN EL CURSO CLINICO:

TIPO I: UN SOLO CUADRO DE BAJA ACTIVIDAD, QUE GRADUALMENTE SE AUTOLIMITA (10%).

TIPO II: CUADRO DE MEDIANA ACTIVIDAD, SIN EXACERBACIONES Y CURSO CRONICO (59%).

TIPO III: ES CRONICO Y RECIDIVANTE, CON DAÑO MACULAR PRINCIPALMENTE POR EDEMA CISTOIDE (31%).

RELACIONA A LA MALA VISION CON LA SEVERIDAD DE LAS LESIONES, MAS QUE CON LA CRONICIDAD DE LA ENFERMEDAD.(8).

AABERG, CESARZ Y FLICKINGER (9) TAMBIEN EN 1973 LA CLASIFI

CAN SEGUN SU TOPOGRAFIA Y LA EXTENSION DE LA MEMBRANA INFLAMATORIA.

TIPO I: MEMBRANA INFLAMATORIA SOBRE LA PARS PLANA, CUBRIENDO 90° DE ELLA, Y ACUMULOS FOCALES DE EXUDADOS EN RETINA PERIFERICA Y PARS PLANA.

TIPO II: LA MEMBRANA SE EXTIENDE INFERIORMENTE SOBRE 180° DE LA PARS PLANA.

TIPO III: EXTENSION DE LA MEMBRANA DE 180° SOBRE PARS PLANA Y RETINA PERIFERICA, CON NEOVASCULARIZACION A ESTE NIVEL.

LA FISIOPATOGENIA TODAVIA ES OSCURA; KAPLAN (10) EN 1984, HACE ESTUDIOS DE VITREO AFECTADO, DONDE ENCUENTRA DISMINUCION DE LINFOCITOS T EN RELACION CON LINFOCITOS B. TOLEDO DE ABREU Y NUSSENBLATT (11), EN EL MISMO AÑO SOSPECHAN UNA DISMINUCION EN EL ESTIMULO DE LINFOCITOS T, SIN TENER UNA EXPLICACION. NUSSENBLATT (12) SUGIERE UNA RELACION CON ENFERMEDADES DESMIELINIZANTES COMO LA ESCLEROSIS MULTIPLE, Y LO QUE SE OBSERVA EN LA PERIFERIA EXTREMA, ES RESULTADO DE DESMIELINIZACION GRAVE. GRAUE (13) EN MEXICO (1981), HABLA DE PROCESOS-AUTOINMUNES EN LA BASE DEL VITREO, SIN EMBARGO NO LO PUEDE SUSTENTAR DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LABORATORIO. POR LO ANTES REFERIDO PODEMOS INFERIR, QUE ES UNA ENTIDAD QUE SE FUNDAMENTA PRACTICAMENTE EN UNA BASE CLINICA (14).

EL TRATAMIENTO ES VARIADO Y DEPENDE DE LA SEVERIDAD DEL CUADRO. ALGUNOS PACIENTES SOLO REQUIEREN VIGILANCIA; OTROS-

NECESITAN LA ADMINISTRACION DE ESTEROIDES ORALES, TOPICOS O PERIUCULARES, ALGUNAS VECES REQUIEREN DEL USO DE ANTIMETABOLITOS COMO LA CICLOSPORINA, CICLOFOSFAMIDA O CLORAMBUCIL (3), SOBRE TODO AQUELLOS PACIENTES QUE PRESENTAN, INFLAMACION PERSISTENTE Y DISMINUCION PROGRESIVA DE LA VISION.

EN POCOS PACIENTES LA UVEITIS INTERMEDIA ES SEVERA Y CURSAN CON CATARATA SUBCAPSULAR POSTERIOR DENSA (DEBIDA A CUA DROS RECURRENTES INFLAMATORIOS Y/O A LA ADMINISTRACION PROLONGADA DE CORTICOIDES), OPACIDAD VITREA (INFLAMATORIA) PERSISTENTE, HEMORRAGIA VITREA RECIDIVANTE, NEOVASCULARIZACION DE LA PARS PLANA SOBRE LA MEMBRANA INFLAMATORIA, DESPRENDIMIENTO DE RETINA TRACCIONAL Y/O REGMATOGENO, ASI COMO FORMACION DE MEMBRANA EPIRETINIANA QUE REQUIEREN MANEJO QUIRURGICO Y QUE JUNTO A LA FOTOCOAGULACION CON LASER DEL EDEMA DIFUSO MACULAR ES EL MOTIVO DE ESTE TRABAJO (2,3, 4,15,16).

LA VITRECTOMIA EN UVEITIS INTERMEDIA, ASOCIADA CON CRIOITERAPIA ES UN PROCEDIMIENTO BENEFICO, EN LOS CASOS CON UN PROCESO CRONICO Y SEVERO (2,3,15,17). LA VITRECTOMIA ES UN PROCEDIMIENTO DE ENDOCRURUGIA OCULAR QUE CONSISTE EN LA REMOCION DEL EL VITREO ALTERADO. LA LENSECTOMIA (REMOCION DEL CRISTALINO POR MEDIO DE UN VITREOFAGO), EN OCASIONES ES NECESARIA, TANTO PARA REMOVER UNA CATARATA, COMO PARA EXTRAER EN SU TOTALIDAD LA CORTEZA ANTERIOR DEL VITREO Y SU BASE (AUNQUE ESTEN TRANSPARENTES), Y DE ESTA MANERA ASEGURARSE DE LA EXTRACCION COMPLETA DEL VITREO, QUE SUPUESTAMENTE GUARDA EL FACTOR INMUNOGE

NO QUE PRODUCE ESTA ENFERMEDAD.

UN VITREOFAGO ES EL ENCARGADO DE ESTE PROCEDIMIENTO, QUE - POR SUPUESTO NO ESTA EXENTO DE RIESGOS, Y JUEGA UN PAPEL IM - PORTANTISIMO EN EL ACLARAMIENTO DE LOS MEDIOS OCULARES, EN O - CASIONES ES NECESARIO REMOVER PARTE DEL TEJIDO IRIDIANO POR - LA PRESENCIA DE SINEQUIAS POSTERIORES, Y PODER OFRECER CON ES - TO UN EJE VISUAL UTIL (15).

LA COMPLICACION LLAMADA EDEMA MACULAR DIFUSO, ES GRAVE Y - DE MUY DIFICIL MANEJO, Y QUE HABITUALMENTE REPORTA POBRES RE - SULTADOS TERAPEUTICOS (CORTICOIDES, INHIBIDORES DE LAS PROSTA - GLANDINAS, ANTIMETABOLITOS). POR LO QUE SE HA USADO COMO AL - TERNATIVA, LA FOTOCOAGULACION CON LASER DE ARGON VERDE PURO - CON LA TECNICA DE REJILLA O CUADRICULA, COMO UN METODO EFECTI - VO EN LA DISMINUCION DEL EDEMA MACULAR DIFUSO (16).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿HAY MEJORA DE LA AGUDEZA VISUAL, EN LOS PACIENTES QUE PRESENTAN UVEITIS INTERMEDIA REFRACTARIA AL TRATAMIENTO MEDICO - MANEJADOS CON VITRECTOMIA, CRIOPEXIA Y FOTOCOAGULACION?

HIPOTESIS.

I.Ho EL TRATAMIENTO CON VITRECTOMIA, CRIOTERAPIA PERIFERICA Y FOTOCOAGULACION CON LASER DE ARGON VERDE PURO, NO MODIFICA LA AGUDEZA VISUAL EN PACIENTES AFECJOS DE UVEITIS INTERMEDIA SEVERA.

2.HI EL TRATAMIENTO CON VITRECTOMIA, CRIOPEXIA PERIFERICA Y FOTOCOAGULACION CON LASER DE ARGON VERDE PURO, MEJORAN LA AGUDEZA VISUAL EN PACIENTES CON UVEITIS INTERMEDIA-REFRACTARIA AL TRATAMIENTO MEDICO.

MATERIAL Y METODO.

RECURSOS HUMANOS.

CRITERIOS DE INCLUSION:

TODOS AQUELLOS EXPEDIENTES DE PACIENTES CON UVEITIS INTERMEDIA REFRACTARIA A MANEJO MEDICO, SIN IMPORTAR EDAD Y SEXO.

CRITERIOS DE NO INCLUSION:

NO SE INCLUYERON EN ESTE ESTUDIO A PACIENTES QUE NO FUERON CONTROLADOS EN EL SERVICIO DE RETINA COMO MINIMO CUATRO REVISIONES ANUALES, Y AQUELLOS PACIENTES CON UVEITIS INTERMEDIA SEVERA, QUE NO REQUIRIERON EL TRATAMIENTO CON VITRECTOMIA, CRIOITERAPIA O FOTOCOAGULACION MACULAR CON LASER DE ARGON.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

SE EXCLUYERON PACIENTES QUE NO COMPLETARON LOS EXAMENES DEL PROTOCOLO DE ESTUDIO, Y AQUELLOS QUE POR ALGUNA CAUSA ABANDONARON LOS CONTROLES OFTALMOLOGICOS POSTOPERATORIOS.

RECURSOS MATERIALES:

SE ANALIZARON EXPEDIENTES CLINICOS DE 15 PACIENTES AFECTADOS DE UVEITIS INTERMEDIA REFRACTARIA AL TRATAMIENTO MEDICO QUE FUERON ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA, EN EL DEPARTAMEN

TO DE RETINA DEL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA, EN EL HOSPITAL GENERAL DEL CENTRO MEDICO LA RAZA DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

EL EQUIPO OFTALMOLOGICO UTILIZADO FUE: PROYECTOR DE OPTOTIPOS, OFTALMOSCOPIOS DIRECTO E INDIRECTO, LAMPARA DE HENDIDURA LENTE DE TRES ESPEJOS, FOROPTERO. EN EL QUIROFANO SE UTILIZO VITREOFAGO DE CORTE DE GUILLOTINA, VITRECTOR, SONDA DE CRIOPEXIA PARA RETINA, INSTRUMENTAL QUIRURGICO PARA CIRUGIA DE VITREO. PARA LA FOTOCOAGULACION MACULAR FUE USADO UN LASER DE ARGON, ENFRIADO POR AGUA QUE CUENTA CON DOS LONGITUDES DE ONDA (VERDE-AZUL Y VERDE PURO).

METODO.

SE REALIZO ESTE ESTUDIO CON LA REVISION DE EXPEDIENTES CLINICOS, DE PACIENTES QUE PADECIERON UVEITIS INTERMEDIA, EN UN PERIODO DE DOS AÑOS (DICIEMBRE DE 1988 A DICIEMBRE DE 1990) - SIN IMPORTAR EDAD O SEXO.

INDICACIONES QUIRURGICAS.

PACIENTES CON UVEITIS INTERMEDIA SEVERA, QUE PRESENTARON - POBRE RESPUESTA A LA TERAPIA ANTI-INFLAMATORIA CONVENCIONAL, - QUE CURSARON CON CATARATA SUBCAPSULAR POSTERIOR DENSA, OPACIDAD VITREA INFLAMATORIA PERSISTENTE, NEOVASCULARIZACION DE - PARS PLANA CON HEMORRAGIA VITREA RECIDIVANTE, DESPRENDIMIENTO DE RETINA TRACCIONAL Y/O REGMATOGENO, MEMBRANA EPIRETINIANA - Y EDEMA MACULAR DIFUSO, QUE HICIERON NECESARIO EL TRATAMIENTO DE ENDOCIRUGIA, CRIOPEXIA O FOTOCOAGULACION EN CUADRICULA CON LASER DE ARGON.

ASI MISMO UNA VEZ ESTABLECIDO LO ANTERIOR, SE TOMARON EN - CUENTA LOS SIGUIENTES PARAMETROS:

a). AGUDEZA VISUAL DE PERCEPCION Y PROYECCION DE LUZ A - LA DE 20/100 (VISION DE BULTOS O CEGUERA LEGAL), PARA VITRECTOMIA TOTAL, ACOMPAÑADA EN OCASIONES DE LENSECTOMIA Y CRIOPEXIA.

b). AGUDEZA VISUAL DE PERCEPCION Y PROYECCION DE LUZ A -

LA DE 20/100. PARA CIRUGIA DE DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA DE MOSTRADO POR ECOSONOGRAFIA PREVIA A LA CIRUGIA.

c). EL HALLAZGO DE NEOVASCULARIZACION DE LA PARS PLANA - CON O SIN HEMORRAGIA VITREA, PARA LA CRIOTERAPIA (-70°C).

d). DETERIORO MARCADO DE LA AGUDEZA VISUAL, DEBIDO A EDEMA MACULAR DIFUSO, DEMOSTRADO POR FLUORANGIOGRAFIA RETINIANA, PARA LA FOTOCOAGULACION EN REJILLA O CUADRICULA CON LASER DE ARGON VERDE PURO.

e). ESTUDIO ECOSONOGRAFICO PREVIO.

f). FLUORANGIOGRAFIA RETINIANA EN PACIENTES CON SOSPECHA DE EDEMA DIFUSO MACULAR.

g). AUSENCIA DE INFLAMACION OCULAR ACTIVA, POR LO MENOS UN MES ANTES DE LA CIRUGIA, SIN IMPORTAR QUE EXISTIERA INFLAMACION EN LA DECISION DE FOTOCOAGULACION EN MACULA.

h). SE RECABO LA AUTORIZACION DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE, PARA LLEVAR A CABO CUALQUIERA DE LOS PROCEDIMIENTOS.

EXAMENES DEL PROTOCOLO DE ESTUDIO.

EN TODOS LOS CASOS SE LLEVO A CABO UN REGISTRO CUIDADOSO - DE LA EDAD DE LOS PACIENTES A SU INGRESO, SEXO, SINTOMATOLOGIA Y SIGNOLOGIA QUE PRESENTABAN EN ESE MOMENTO.

SE SOMETIERON A ESTUDIO PROTOCOLIZADO, DE EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE EN BUSCA DE ALGUNA POSIBLE ETIOLOGIA CONSISTENTES EN:

LABORATORIO:

- 1). EXUDADO FARINGEO.
- 2). BACILOSCOPIA EN ESPUTO.
- 3). COPROPARASITOSCOPICO EN SERIE.
- 4). REACCIONES FEBRILES.
- 5). PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO HEPATICO.
- 6). REACCION INMUNOLOGICA AL TOXOPLASMA.
- 7). ANTICUERPOS ANTINUCLEARES Y ANTI-DNA.
- 8). TITULACION DE INMUNOGLOBULINAS (A.G.M.).
- 9). EXAMENES DE WALEI-ROSE.
- 10). BUSQUEDA DE CELULAS L.E.
- 11). ANTIESTREPTOLISINAS.
- 12). PROTEINA C REACTIVA.
- 13). FACTOR REUMATOIDE.
- 14). COMPLEMENTO HEMOLITICO C3,C4,CH50.
- 15). HLA B-27.
- 16). PRUEBA PARA CITOMEGALOVIRUS.

- 17). PRUEBAS CUTANEAS DE SENSIBILIDAD A ANTIGENOS AMBIENTALES. (18,19).

GABINETE:

- 1). FRONTO PLACA (CALDWELL).
- 2). TELE DE TORAX.
- 3). A/P Y LATERAL DE COLUMNA VERTEBRAL.
- 4). FLUORANGIOGRAFIA RETINIANA (FAR), PREOPERATORIA ASI-COMO POSTOPERATORIA.
- 5). RASTREO CON GALIO 67 PARA DESCARTAR SARCOIDOSIS.

HUBO APOYO INTERDISCIPLINARIO, DONDE PARTICIPARON SERVICIOS COMO: PEDIATRIA, INFECTOPEDIATRIA, REUMATOLOGIA, MEDICINA-NUCLEAR, ASI MISMO ALERGOLOGIA.

DISENO DE INVESTIGACION.

ENCUESTA RETROSPECTIVA DESCRIPTIVA.
RETROSPECTIVO, OBSERVACIONAL, DESCRIPTIVA TRANSVERSAL.

CRONOGRAMA DE TRABAJO.

- I). CONTROL CLINICO. DIC. DE 1988 A DIC. DE 1990.
- II). CAPTACION DE DATOS. DIC. DE 1990, ENERO DE 1991.
- III). ANALISIS DE RESULTADOS. FEBRERO DE 1991.

- IV). PRESENTACION DEL PROYECTO A ENSEÑANZA. ABRIL 1992.
- V). IMPRESION DE TESIS. ABRIL DE 1992.

METODO ESTADISTICO.

LOS DATOS OBTENIDOS SE PRESENTAN EN FRECUENCIA Y PORCENTAJE, POR REPRESENTACION GRAFICA EN BARRAS.

SE UTILIZA LA ESTADISTICA DE LA T DE STUDENT PARA MUESTRAS PEQUEÑAS.

CONSIDERACIONES ETICAS APPLICABLES AL ESTUDIO.

LA INFORMACION, SOLO ES UTILIZADA PARA LOS FINES DE ESTE TRABAJO, Y SE GUARDA EL ANONIMATO DE LOS PACIENTES PARTICIPANTES. SE RECABAN TODAS LAS AUTORIZACIONES NECESARIAS, PARA EL USO DEL MATERIAL CLINICO.

RESULTADOS.

SE ESTUDIARON 15 EXPEDIENTES DE PACIENTES CON UVEITIS INTERMEDIA, 20 OJOS AFECTADOS; DISTRIBUCION DE SEXO: 9 HOMBRES (60%), 6 MUJERES (40%). (GRAFICA 1).

CON EDADES COMPRENDIDAS ENTRE 4 Y 15 AÑOS, DONDE LA EDAD MAS FRECUENTE FUE DE 8 AÑOS (20%), CON UNA MEDIA DE 9 AÑOS. (GRAFICA 2).

LA EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD VARIO DE 1 A 6 AÑOS, CON UNA MEDIA DE 3.4 (\pm 1.59).

LA SINTOMATOLOGIA AL INICIO DEL ESTUDIO, POR ORDEN DE FRECUENCIA FUE: (GRAFICA 3).

1).	DISMINUCION DE LA A-V	12 PACIENTES (80%).
2).	FOTOFOBIA.	9 PACIENTES (60%).
3).	LAGRIMEO.	4 PACIENTES (26.6%).
4).	OJO ROJO.	6 PACIENTES (40%).
5).	DOLOR OCULAR.	3 PACIENTES (20%).
6).	ERITROPSIAS.	3 PACIENTES (20%).
7).	EXODESVIACION.	1 PACIENTE (6.6%).

EL SINTOMA MAS IMPORTANTE FUE LA DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL (A-V), DEBIDA A LA PRESENCIA DE CELULAS EN VITREO Y/O-HEMORRAGIA VITREA, O A LA AFECCION MACULAR POR EDEMA CISTOIDE O DIFUSO. LA AGUDEZA VISUAL Y EL TYNDALL EN CAMARA ANTERIOR O VITREO, SON EL MEJOR INDICADOR DE LA ACTIVIDAD INFLAMATORIA.

LA AGUDEZA VISUAL A SU INGRESO, SE SITUO PRINCIPALMENTE EN

TRE CUENTA DEDOS Y 20/60.

UNA VEZ REALIZADO EL DIAGNOSTICO CLINICO DE UVEITIS INTERMEDIA, LA TERAPEUTICA DE INICIO DE TODOS LOS PACIENTES, FUE A BASE DE ESTEROIDES POR VARIAS VIAS: SISTEMICOS, TOPICOS Y TRANSEPTALES.

SISTEMICOS: PREDNISONA TABLETAS (1mg. X Kg X DIA).

TOPICOS: PREDNISOLONA COLIRIO OFTALMOLOGICO 5 mg/ml. UNA GOTA CADA 4 A 6 HORAS.

TRANSEPTAL: ACETATO DE METILPREDNISOLONA 40 mg. VEINTE MILIGRAMOS CADA 15 DIAS DEPENDIENDO DE LA EVOLUCION.

SE RETIRARON ESTOS MEDICAMENTOS CON DOSIS HABITUAL DE REDUCCION.

LA CRONICIDAD Y EXACERBACIONES DE LA UVEITIS INTERMEDIA PROPICIARON LAS COMPLICACIONES, QUE FINALMENTE SON LAS QUE PLANTEARON LA DECISION QUIRURGICA. LA AGUDEZA VISUAL MENOR DE 20/100 EN ESTOS PACIENTES, TERMINARON POR DECIDIR EL EMPLEO DEL METODO QUIRURGICO. ESTAS COMPLICACIONES POR ORDEN DE FRECUENCIA SON: (GRAFICA 4).

- | | | |
|-----|---|----------------|
| 1). | ORGANIZACION VITREA PERSISTENTE | 3 OJOS (13%). |
| 2). | OPACIFICACION CRISTALINEANA TOTAL | 9 OJOS (39%). |
| 3). | HEMORRAGIA VITREA | 7 OJOS (30%). |
| 4). | DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA TRACCIONAL Y/O REGMATOGENO | 2 OJOS (9%). |
| 5). | MEMBRANA EPIRETINIANA | 2 OJOS (9%). |
| 6). | EDEMA MACULAR DIFUSO | 11 OJOS (55%). |

EN EL GRUPO DE VITRECTOMIA/LENSECTOMIA (11 OJOS), EN 5 PACIENTES SE ENCONTRO UNA MEMBRANA INFLAMATORIA DE MAS DE 180° Y NEOVASOS DE PARS PLANA, A NIVEL DE LA BASE DEL VITREO, SE APLICO CRIOTERAPIA POR ESTA RAZON, EN 2 PACIENTES SE REALIZO ADEMÁS MEMBRANECTOMIA, Y EN DOS PACIENTES MAS SE LES PRACTICOCIRUGIA DE RETINA, POR EL HALLAZGO DE DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA LOCALIZADO. (GRAFICA 5).

EN EL GRUPO DE PACIENTES, EN LOS CUALES SE LES EFECTUO VITRECTOMIA Y LENSECTOMIA, LA AGUDEZA VISUAL PREVIA A LA CIRUGIA SE SITUO ENTRE 20/200 Y CUENTA DEDGS, SIENDO LA CAPACIDAD VISUAL FINAL LOGRADA, ENTRE 20/60 A 20/40. (GRAFICA 5).

EN EL GRUPO DE PACIENTES EN LOS CUALES SOLAMENTE SE LES REALIZO CRIOTERAPIA (9 OJOS), EL CRISTALINO ESTABA TRANSPARENTE Y EL UNICO HALLAZGO FUE, LA NEOVASCULARIZACION DE LA UVEA INTERMEDIA (PARS PLANA) A NIVEL DE LA BASE DEL VITREO, EN LA MAYORIA DE ESTOS PACIENTES, LA AGUDEZA VISUAL PREVIA A LA APLICACION DE CRIOTERAPIA SE REPORTO ENTRE 20/80 Y 20/60, Y LA AGUDEZA VISUAL FINAL FUE ALREDEDOR DE 20/25. (GRAFICA 6).

EL GRADO DE MEJORIA ALCANZADO, REPRESENTADO POR EL NUMERO DE LINEAS DE MEJORIA, REALIZANDO UNA COMPARACION ENTRE LOS 2 GRUPOS FUE DE VITRECTOMIA CON UNA MEDIA DE 4.45 LINEAS (+2.25 D.S.), Y EN RELACION A LA CRIOTERAPIA, FUE DE UNA MEDIA DE CUATRO PUNTO ONCE LINEAS (+ 3.17 D.S.). (GRAFICA 7 Y 8).

LA AGUDEZA VISUAL INICIAL, ESTUVO EN GENERAL ENTRE PERCEPCION Y PROYECCION DE LUZ Y 20/30, Y LA AGUDEZA VISUAL FINAL -

VARIO ENTRE 20/200 Y 20/20.

TODOS LOS PACIENTES MEJORARON EN GENERAL SU AGUDEZA VISUAL Y ESTABILIZARON SU INFLAMACION, SIN EVIDENCIA APARENTE DE PROGRESION DE LA ENFERMEDAD. (GRAFICA 9).

ONCE OJOS PRESENTARON EDEMA MACULAR DIFUSO (55%), DE LOS CUALES 8 RESPONDIERON AL TRATAMIENTO CON ESTEROIDES. TRES OJOS PERSISTIERON CON EDEMA DIFUSO MACULAR, A PESAR DEL TRATAMIENTO MEDICO (ESTEROIDES POR 6 MESES), POR LO QUE FUERON CANDIDATOS A PRACTICARLES, FOTOCOAGULACION EN REJILLA CON LASER DE ARGON, PREVIA FLUORANGIOGRAFIA RETINIANA. EN TODOS HUBO MEJORIA A LA SEMANA, POR LO QUE SE SUSPENDIERON LOS CORTICOIDES.

I). OJO DERECHO 20/100 A 20/60.

II). OJO IZQUIERDO 20/60 A 20/25.

III). OJO DERECHO CON LENTE CORNEAL DE 20/200 A 20/40.

SE APLICO LA FOTOCOAGULACION CON RAYO LASER DE ARGON VERDE PURO, CON UNA INTENSIDAD DE 200 MILIWATTS, SE UTILIZO UN DIAMETRO DE DISPARO DE 200 MICRAS Y UNA DURACION DE 200 MILISEGUNDOS, APLICANDO DE 65 A 90 DISPAROS. (GRAFICA 10).

DENTRO DE LAS COMPLICACIONES, TRES OJOS DESARROLLARON GLAUCOMA SECUNDARIO A ESTEROIDES. LOS QUE FUERON TRATADOS CON CIRUGIA FILTRANTE, RESPONDIENDO BIEN A ESTE TIPO DE MANEJO.

LA INCIDENCIA DEL EDEMA MACULAR DIFUSO, EN ESTA CASUISTICA ES DE 55%, ALTA COMPARADA CON LOS REPORTES DE OTROS AUTORES -

TANTO NACIONALES COMO EXTRANJEROS, SIN EMBARGO EL 100% DE ESTOS PACIENTES MEJORARON CON EL TRATAMIENTO INSTITUIDO, 8 PACIENTES (72.7%), MEJORARON CON EL TRATAMIENTO ESTEROIDEO Y LOS TRES RESTANTES (27.3%) QUE NO RESPONDIERON A ESTE METODO, SE LES SOMETIO A TRATAMIENTO CON LASER, MEJORANDO TODOS ELLOS.

CABE RESALTAR QUE LA FOTOCOAGULACION EN ESTOS PACIENTES (GENERALMENTE NIROS), ES MUY DIFICIL Y ALTAMENTE RIESGOSA, SE NECESITA COOPERACION ABSOLUTA DEL PACIENTE, ASI COMO EXPERIENCIA EN ESTE TIPO DE FOTOCOAGULACION POR PARTE DEL CIRUJANO, PUES UN SOLO DISPARO FUERA DE CONTROL (YA SEA POR FALTA DE COOPERACION DEL PACIENTE O INEXPERIENCIA DEL OFTALMOLOGO), ES SUFICIENTE PARA TERMINAR PARA SIEMPRE, CON LA VISION FINA DEL PACIENTE, CONDENANDOLO A VISION DE BULTOS.(CEGUERA LEGAL).

QUIZA LA MEJORIA DE TODOS LOS PACIENTES CON EDEMA DIFUSO MACULAR CON EL TRATAMIENTO INSTITUIDO (CONTRARIO A OTROS REPORTES), SE DEBA A QUE NO SE PERMITIO, QUE EL EDEMA MACULAR DIFUSO, EVOLUCIONARA A EDEMA MACULAR QUISTICO, CONDICION QUE ES DE TRATAMIENTO EXTREMADAMENTE COMPLICADO, POR LOS RESULTADOS TAN DESALENTADORES; POR LO QUE SE SUGIERE EN ESTE TRABAJO QUE CUANDO APAREZCA EL EDEMA DIFUSO DE LA MACULA Y LA AGUDEZA VISUAL DISMINUYA, SE INICIE DE INMEDIATO EL TRATAMIENTO PROPU ESTO.

PARA EL ESTUDIO DE ESTOS PACIENTES, SE SOMETIERON A UN ESTUDIO PROTOCOLIZADO DE EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE EN BUSCA DE SU ETIOLOGIA Y SE SOLICITO APOYO A DIFERENTES SER -

VICIOS. TODOS LOS ESTUDIOS RESULTARON NEGATIVOS, POR LO QUE NO FUE POSIBLE DETECTAR LA ETIOLOGIA (MISMOS RESULTADOS DESALIENTADORES QUE EN LA LITERATURA MUNDIAL).

EN EL DEPARTAMENTO DE ALERGOLOGIA, A 9 NIÑOS SE LES REALIZO PRUEBAS DE SENSIBILIDAD A ANTIGENOS AMBIENTALES, PARA INVESTIGAR MECANISMOS INMUNOLOGICOS DE TIPO ANTIGENO-ANTICUERPO LOS RESULTADOS FUERON: SIETE DE LOS 9 NIÑOS (77.7%) MOSTRARON PRUEBAS CUTANEAS POSITIVAS A LOS ANTIGENOS AMBIENTALES COMO - POLENES, HONGOS Y DERMATOFONGOIDES (ACARO DEL POLVO CASERO).

CON EL METODO ESTADISTICO DE LA T DE STUDENT PARA MUESTRAS PEQUEÑAS: TENIENDO UN VALOR DE ALFA=0.01 ENCONTRAMOS QUE:

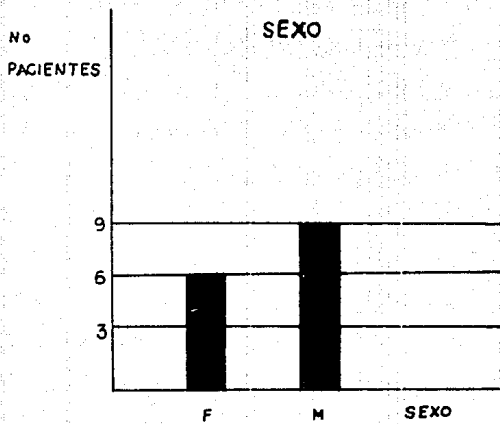
$P=000019609$ LO QUE ES ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVO; CON UNA MEDIA EN LA AGUDEZA VISUAL INICIAL DE .1625.

UNA MEDIA EN LA AGUDEZA VISUAL FINAL DE .5400.

CON UNA D.S. EN LA AGUDEZA VISUAL INICIAL DE $\pm .144071$

CON UNA D.S. EN LA AGUDEZA VISUAL FINAL DE $\pm .314810$.

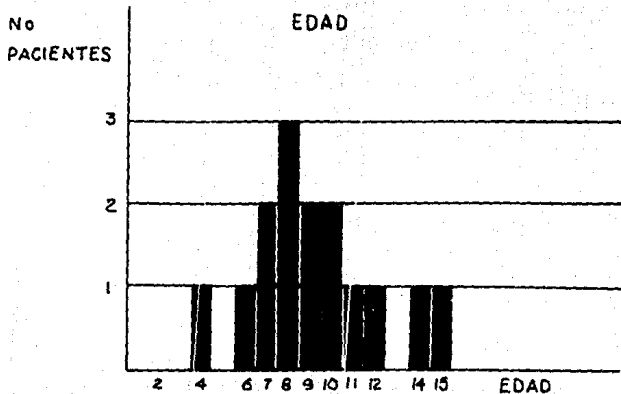
(26)



GRAFICA 1

26

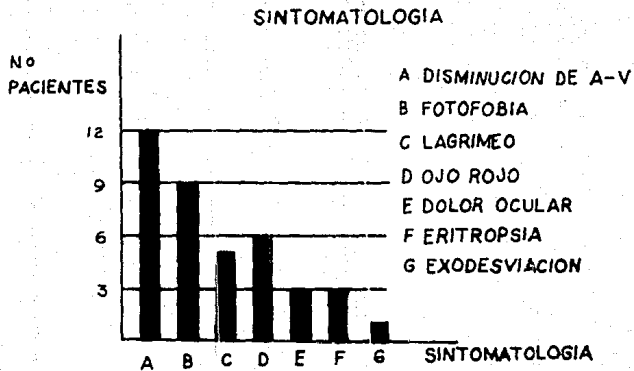
(27)



GRAFICA 2

27

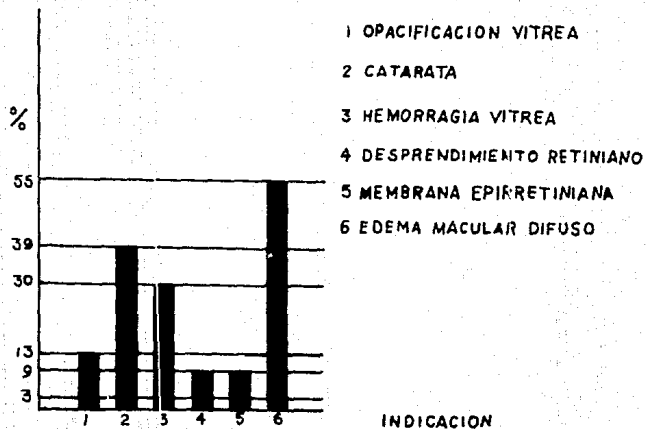
(28)



GRÁFICA 3

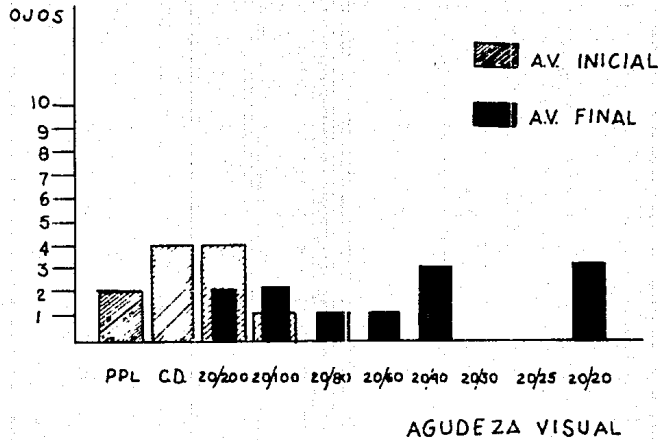
28

INDICACION QUIRURGICA



GRAFICA 4

VITRECTOMIA

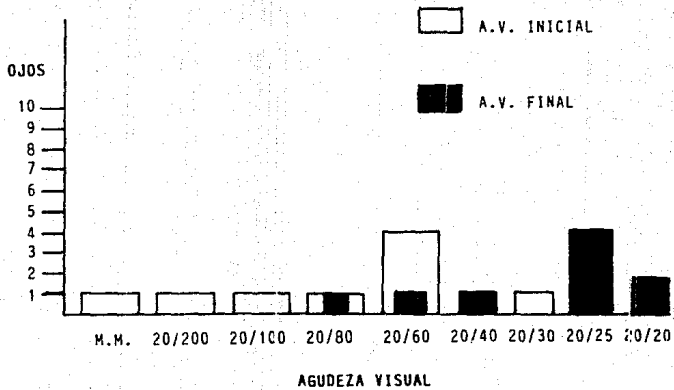


GRAFICA 5

30

(31)

CRIOTERAPIA

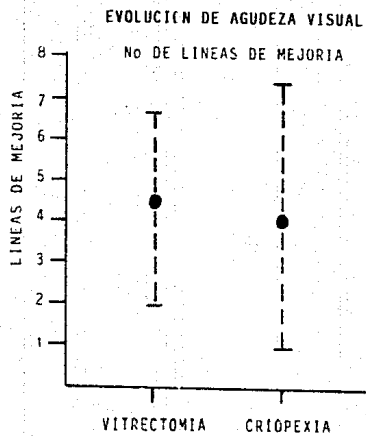


GRAFICA 6

Caso No. Sex/Edad (años)	Ojo	Duración de la Enf. (años)	Agudeza Visual		Tratamiento previo		Hallazgos Preoperatorios Indicaciones de la cirugía		Procedimientos Quirúrgicos	Complicaciones Postoperatorias	Cirugía Subsecuente	E M C	Seguimiento (meses)
			Inicial	Final	Esteroides	Cirugía	NVAV	O t r a s					
1/7/77	OD	5	20/200	L.C. 20/100	SI	—	SI	Hemorragia vítreo	VPP LPP	Hemorragia vítreo	Criopexia	SI	6
	OI		C.D.	L.C. 20/40	—	—	SI	Catarata	VPP LPP Criopexia cirugía de retina	Hemorragia vítreo	Criopexia	No	
2/8/64	OI	2	C.D.	L.C. 20/100	SI	—	No	Membrana Epitapilar	VPP + LPP Membrantomía	—	—	SI	12
3/7/72	OD	2	20/80	20/80	SI	—	SI	Hemorragia vítreo	Criopexia	—	—	—	12
	OI		HM	20/20	—	—	SI	Hemorragia vítreo	Criopexia	—	—	—	
4/7/77	OI	4	20/100	L.C. 20/20	SI	—	SI	Organización vítreo preretiniano catarata	VPP LPP Criopexia Pupiloplastía cirugía de retina	—	—	SI	6
5/7/79	OD	1	20/100	L.C. 20/60	SI	—	SI	—	Criopexia	—	—	SI*	6
	OI		20/60	20/25	—	—	SI	—	Criopexia	—	—	SI*	
6/7/78	OD	5	20/200	20/60	SI	—	SI	Organización vítreo	VPP LPP pupiloplastía	—	—	—	12
7/7/74	OD	2	PPL	L.C. 20/200	SI	—	SI	Catarata	VPP LPP Criopexia	Hemorragia vítreo	—	—	12
8/7/78	OI	2	20/200	L.C. 20/40	SI	—	SI	Hemorragia vítreo membrano epirretiniana	VPP LPP + membrantomía	—	—	—	12
	OD		20/60	20/35	SI	—	SI	—	Criopexia	—	—	—	
10/7/71	OD	6	20/30	20/20	SI	Esclerotomía	SI	Hemorragia vítreo	Criopexia	Hemorragia vítreo	Criopexia	SI	6
	OI		20/40	20/25	SI	Esclerotomía	SI	Hemorragia vítreo	Criopexia	Hemorragia vítreo	Criopexia	SI	
11/7/76	OI	5	C.D.	L.C. 20/80	SI	—	SI	Catarata, organiza- ción vítreo	Pupiloplastía VPP LPP Criopexia cirugía de retina	—	—	SI	12
12/7/70	OI	5	20/200	L.C. 20/20	SI	—	SI	Catarata + hemorragia vítreo	VPP LPP	—	—	—	12
13/7/78	OD	3	C.D.	L.C. 20/100	SI	—	—	Catarata + organiza- ción vítreo	Pupiloplastía VPP LPP	—	Cirugía de estrabismo	SI	12
14/7/75	OD	5	PPL	L.C. 20/40	SI	Trobeculec- tomía OD	SI	Catarata	Pupiloplastía VPP LPP Criopexia	—	—	SI*	12
15/7/70	OI	2	20/60	20/40	SI	—	SI	Hemorragia vítreo	VPP LPP Criopexia	—	—	—	12

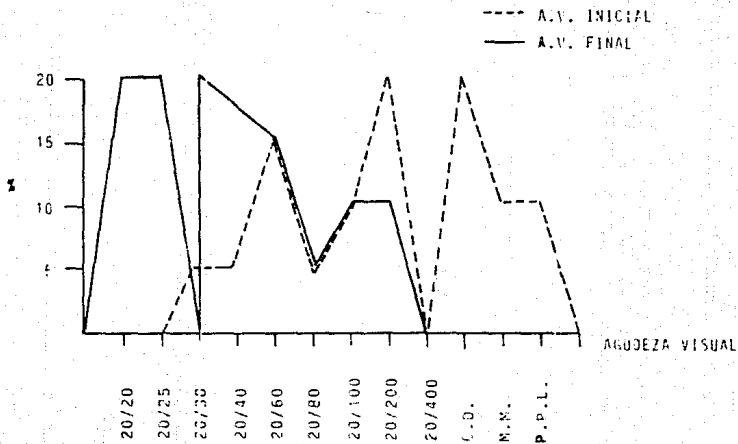
NVAV = Neovascularización en la base del vítreo. EMC = Edema macular cistoideo. OD = ojo derecho. OI = ojo izquierdo. HM = movimientos de manos. C.D. = cuenta dedos, PPL = percepción y proyección de luz. VPP = vitrectomía de la pars plana. LPP = lensectomía de la pars plana. L.C. = lente de contacto.
*Se aplica fotocoagulación en rejilla paramacular para el tratamiento del EMC persistente.

(33)

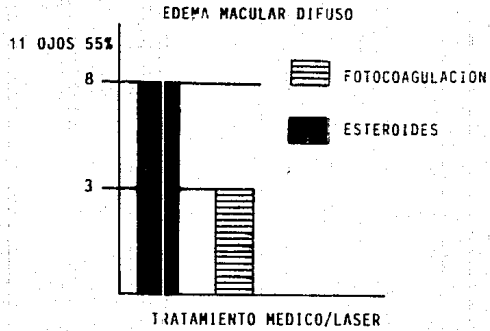


GRAFICA 8

EVOLUCION DE AGUDEZA VISUAL



GRAFICA 9



GRAFICA 10

CONCLUSIONES.

- I). EL PRONOSTICO VISUAL ES MEJOR SI SE AFRONTA A ESTA - ENFERMEDAD CON AGRESIVIDAD; LAS TECNICAS QUIRURGICAS QUE SE PROPONEN EN ESTE ESTUDIO, SON ALTAMENTE EFICA CES Y CONSTITUYEN UNA ALTERNATIVA REAL, EN EL TRATA- MIENTO DE LA UVEITIS INTERMEDIA SEVERA SIN RESPUESTA AL MANEJO MEDICO.
- II). ES VALIDO SEGUN LOS RESULTADOS PRESENTADOS, PENSAR - QUE LA CARGA INMUNOGENICA, EFECTIVAMENTE PUEDE ESTAR LOCALIZADA EN LA CORTEZA ANTERIOR DEL VITREO, Y/O EN- SU BASE, YA QUE AL SER REMOVIDAS QUIRURGICAMENTE ES- TAS ESTRUCTURAS, LOS PACIENTES MEJORARON EN SU SINTO- MATOLOGIA O SE ESTABILIZO ESTA MISMA. TAMBIEN PODE- MOS PENSAR QUE LA INDICACION QUIRURGICA EN LA REMO- CION DEL VITREO EN FORMA TOTAL, NO SE LIMITARA UNICA- MENTE CUANDO ESTE SE ENCUENTRE OPACO, SINO TAMBIEN - DEBERA RETIRARSE CUANDO QUERAMOS CONTROLAR UN CUADRO INFLAMATORIO PERSISTENTE Y EL VITREO ESTE TRANSPAREN- TE.
- III). ES OPORTUNO LLAMAR LA ATENCION, DEL EFECTO QUE POSEE LA CRIOTERAPIA SOBRE LA PARS PLANA NEOVASCULARIZADA- PUES OBSERVAMOS QUE LOS NEOVASOS COMIENZAN A INVOLU- CIONAR UN MES DESPUES DE LA PRIMERA APLICACION, DEBE- MOS VALORAR NUEVAS APLICACIONES DE CRIOTERAPIA YA -

QUE EN OCASIONES SE REQUIEREN DOS O MAS SESIONES PARA LOGRAR LA DESAPARICION TOTAL NEOVASCULAR.

IV). PELIGROSO, PERO DE GRAN UTILIDAD ES EL USO DEL LASER DE ARGON. EN EL EDEMA MACULAR DIFUSO SECUNDARIO A UVEITIS INTERMEDIA, ESCOGIENDO PERFECTAMENTE AL PACIENTE (ALTAMENTE COOPERADOR), DEMUESTRA SER UN METODO EFICIENTE EN CONTRA DE ESTA LAMENTABLE COMPLICACION. NUESTRA CASUISTICA ES POBRE (3 OJOS), PERO DEBEMOS TOMAR EN CUENTA QUE NO TODOS LOS PACIENTES CON EDEMA MACULAR DIFUSO SON CANDIDATOS, PUES LA MAYORIA SIENDO NIÑOS Y POCO COOPERADORES EL TRATAMIENTO EN ELLOS, MAS QUE UN BENEFICIO SERIA UN GRAVE PERJUICIO.

V). CONTRARIO A OTRAS COMUNICACIONES, LA SARCOIDOSIS NO SE DEMOSTRO EN NINGUNO DE NUESTROS PACIENTES Y DE HECHO NO ENCONTRAMOS NINGUNA ETIOLOGIA, DATO DESALENTADOR QUE COMPARTEN MUCHOS AUTORES EN LA LITERATURA MUNDIAL.

VI). LO UNICO POSITIVO EN LA BUSQUEDA DE LA ETIOLOGIA, ES LA SENSIBILIDAD DE ALGUNOS DE NUESTROS PACIENTES A ANTIGENOS AMBIENTALES (POLENES, HONGOS, DERMATOFITOS), HALLAZGO QUE QUIZA NOS ABRA ALGUNA PUERTA DEL OSCURO LABERINTO QUE LA ETIOLOGIA DE LA UVEITIS INTERMEDIA NOS PRESENTA. QUEDA PUES ABIERTA A UNA NUEVA INVESTIGACION QUIZA ALERGologica, LA UVEITIS INTERMEDIA.

BIBLIOGRAFIA.

- 1). SMITH ER.: PARS PLANITIS.: RYAN SJ. (EDS) RETINA.
ST. LOUIS MOSBY CO. 1989:644-689.
- 2). MARTINEZ-CASTRO F, MANJARREZ-GOMEZ S, QUIROS-REYES M
PARS PLANITIS. AN. SOC. MEX. OFTAL. 1986:60(3) 93 -
97.
- 3). MIELER WF, WILL BR, LEWIS H, AABERG TM.: VITRECTOMY-
IN THE MANAGEMENT OF PERIPHERAL UVEITIS. OPHTHALMOLO
GY. 1988:95:859-864.
- 4). GILES CL.: PEDIATRIC INTERMEDIATE UVEITIS.
JOURNAL OF PEDIATRIC OPHTHALMOLOGY AND STRABISMUS -
1989:26(3):136-139.
- 5). JABS DA.: SARCOIDOSIS.: RYAN SJ. (EDS) RETINA ST. LO
UIS MOSBY CO. 1989:687-695.
- 6). HENDERLY DE MD, GESTLER AJ MD, SMITH RE MD, RAO NA -
MD.: CHANGING PATTERNS OF UVEITIS. 1987;103:131-136.
- 7). SMITH RE MD, NOZIK RA MD.: PARS PLANITIS. UVEITIS A-
CLINICAL APROACH TO DIAGNOSIS AND MANAGEMENT. BALTI-
MORE.LONDON. WILLIAMS AND WILKINS. 1989:147-150.
- 8). SMITH RE, GODFREY SA, KIMURA SA.: CHRONIC CYCLITIS.
I. COURSE AND VISUAL PROGNOSIS. TRANS. AM. ACAD. OPH
THALMOL-OTOLARYGOL. 1973;77:760-768.
- 9). AABERG TM, CEZARS TJ, FLICKINGER RR.: TREATMENT OF -
PERIPHERAL UVEITIS BY CRYOTHERAPY. AM. J. OPHTHALMOL
1973;75:685-688.

- 10). KAPLAN HJ, WALDREP JC, NICHOLSON JKA, GORDON D.: IMMUNOLOGIC ANALYSIS INTRACULAR MONONUCLEAR CELL INFILTRATES IN UVEITIS. ARCH. OPHTHALMOL. 1984;102:572 - 575.
- 11). TOLEDO DE ABREU M, BELFORT R JR, MATHEUS PC, SANTOS-LMB, SCHEINBERG MA.: T LYMPHOCYTE SUBSET IN THE AQUEOUS HUMOR AND PERIPHERAL BLOOD IN PATIENTS WITH ACUTE UNTREATED UVEITIS. AM. J. OPHTHALMOL. 1984;98:62-65.
- 12). NUSSENBLATT RB, MASCIULLI I, YARIAN DL, DUVOISIN R.: PARS PLANITIS A DEMYELINATING DISEASE?. ARCH. OPHTHALMOL. 1981;99:697.
- 13). GRAUE F, GONZALEZ-ALMARAZ G, ROJAS-DOSAL J.: PARS PLANITIS, CORRELACION CLINICO PATOLOGICA. AN. SOC. MEX. OPTALMOL. 1981;55:19-31.
- 14). RYAN SJ. RETINA, ST. LOUIS. THE CV MOSBY CO. 1989. - VOL. II CHAP. 96:637-643.
- 15). FOSTER SC MD.: VITRECTOMY IN THE MANAGEMENT OF UVEITIS. OPHTHALMOLOGY (GUEST EDITORIAL) 1988;95:1011 - 1012.
- 16). MC DONALD HR, SCHATZ HOWARD.: GRID PHOTOCOAGULATION-FOR DIFFUSE MACULAR EDEMA. RETINA 1985;5(2):65-71.
- 17). DIAMOND JG, KAPLAN HJ.: LENSECTOMY AND VITRECTOMY - FOR COMPLICATED CATARACT SECONDARY TO UVEITIS. ACH OPHTHALMOL. 1978;96:1798-1804.