

V. 12
12/12/92

11234
56
24/92

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina

Division de Estudios Superiores

ASOCIACION PARA EVITAR LA CEGUERA EN MEXICO

DR. LUIS SANCHEZ BULNES

TESIS CON
VALIA

VALIA DE ORIGEN

" EXTRACCION DE CATARATA EN PACIENTES CON UVEITIS "

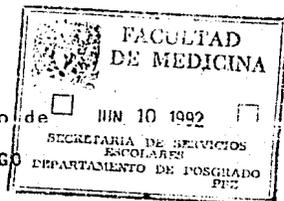
TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener el titulo de

MEDICO CIRUJANO OFTALMOLOGO

presenta

Susana Peniche Moreno



México D.F.

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.

INTRODUCCION

La formación de cataratas es una complicación común en muchas formas de uveítis, con una incidencia asociada del 50% en uveítis asociadas con artritis reumatoide juvenil, pars planitis e iritis heterocrómica de Fuchs. El desarrollo de cataratas en otras formas de uveítis se correlaciona con el grado de inflamación y el uso de esteroides; los síndromes que presentan recurrencias, aun si produce bajo grado de inflamación induce cataratas en forma más frecuente que las entidades de corta duración. (1).

La extracción de catarata en ojos inflamados reporta alta incidencia de complicaciones, estas incluyen hemorragia, desprendimiento coroidal y pérdida de vítreo. Pueden presentar severa exacerbación frecuentemente resultando la formación de una membrana pupilar y glaucoma, desprendimiento del cuerpo ciliar y ptosis .

En muchos casos , las complicaciones resultan en marcada reducción de la visión o pérdida del ojo.

Más recientes publicaciones han reportado una marcada disminución en la incidencia de complicaciones intraoperatorias durante la extracción de catarata en ojos con uveítis, al igual que complicaciones postoperatorias. Esto es debido a mejor control de la inflamación preoperatoria y a la rápida evolución de la microcirugía.

La experiencia actual con la extracción de catarata en uveitis sugiere que puede realizarse con relativa seguridad, sinembargo la planeación quirúrgica adecuada es crítica en los resultados exitosos. Los factores que deben ser considerados incluyen el tipo de uveítis, su duración, su actividad, y complicaciones asociadas. Las alteraciones asociadas que se observan principalmente son: atrofia de iris, esclerosis del esfínter pupilar, sinequias posteriores, vasculatura anormal del iris y membrana pupilar lo que hace difícil la remoción de la catarata (1,2,3.) . Además de otras alteraciones como serían glaucoma, hemorragia vítrea, vitro turbio , desprendimiento de retina y edema macular quístico previos a la cirugía.

La fluoroangiografía puede ser útil para valorar el estado macular, aunque no siempre si la catarata es muy densa, o no es posible la dilatación pupilar por sinequias o esclerosis del esfínter pupilar, en estos casos puede ser útil el uso de analizadores de la agudeza macular como el interferómetro laser lo cual nos ayuda a valorar la patología macular, aunque no siempre es significativo en edema macular, este es más útil cuando hay opacidades en vítreo o mal dilatación pupilar.

La ultrasonografía es muy útil en pacientes en los que no se puede valorar el segmento posterior y nos ayudara a valorar desprendimientos de retina o engrosamientos de retina o coroides.

Tanto la fluoroangiografía, el interferómetro laser y la ecografía nos ayudaran a dar un pronóstico visual postoperatorio al paciente, y al igual que el tipo de uveítis, nos ayudaran a decidir el tipo de técnica que vamos a utilizar. (9)

La extracción de catarata en ojos con uveítis que han estado inactivos por varios meses, se puede realizar con una técnica rutinaria, al igual que pacientes con iridociclitis heterocrónica de Fuchs. El tipo de extracción extracapsular que se realice dependerá del cirujano, pero estará limitada por el grado de dilatación pupilar. La excesiva manipulación y traumatización del iris debe ser evitada.

La cirugía intracapsular para vez está indicada. Si se usa está reservada para pacientes en los que se sospecha un componente facolítico. En muchos de estos ojos la capsula es excesivamente friable y se puede romper durante la extracción. Una cuidadosa técnica extracapsular se debe realizar, acompañada de vitrectomía anterior.

Si la inflamación del segmento anterior puede ser controlada preoperatoriamente o hay mínima vitritis, se aconseja realizar una extracción de catarata sola. Si la inflamación es de difícil control a pesar de esteroides o aun de inmunosupresores y la vitritis es significativa o si hay un edema macular crónico, se sugiere un procedimiento combinado. Se debe de realizar una vitrectomía completa en estos ojos, muchos autores aconsejan una vitrectomía vía pars plana, lo que facilita la endofoto coagulación o endodiatermia si estas se requieren.

Cuando la catarata es blanda se aconseja realizar un procedimiento combinado de lensectomía y vitrectomía.

El implante de un lente intraocular en pacientes con uveítis a generado mucha controversia. Muchos pacientes al tiempo de la cirugía de catarata son jóvenes y son capaces de adaptarse lentes de contacto, algunos no se pueden adaptar, pero la mayoría de ellos requiere uso de esteroides tópicos lo que incrementa el riesgo de infección corneal con el uso de lentes de contacto.

Los lentes de cámara posterior en pacientes con iridociclitis heterocrómica de Fuchs parece ser bien tolerado. En otras formas de uveítis la descición debe realizarse dependiendo del tipo de uveítis, actividad, de la uveítis, ocupación y edad del paciente y estado del otro ojo. Los ojos con marcada tendencia a formar sinequias no son buenos candidatos para un lente intraocular.

No deben colocarse lentes de cámara anterior y se recomienda que los lentes de cámara posterior se coloquen en la bolsa.

OBJETIVO

Se analizaran las cirugías de catarata realizadas en pacientes con cualquier tipo de uveítis y se correlacionara el diagnóstico con las complicaciones transoperatorias y postoperatorias, al igual que la agudeza visual final .

MATERIAL Y METODO

Se revisaron los expedientes de los pacientes de la clínica de uveítis del Hospital Asociación para evitar la ceguera en México Dr. Luis Sanchez Bulnes, a los cuales se les realizo cirugía de catarata con o sin lente intraocular y con o sin vitrectomia de Enero de 1986 a Marzo de 1991. Se evaluaron los siguientes parámetros: 1. Entidad uveítica más frecuentemente diagnosticada que requirio cirugía de catarata, 2. Tiempo sin inflamación preoperatoria, 3. La tecnica quirurgica utilizada, 4. Las complicaciones transoperatorias y postoperatorias, 5. Severidad de la inflamación postoperatoria (Se clasifico la inflamación como leve +, moderada ++ y severa +++) y 6. La capacidad visual final.

La elección de la técnica quirúrgica se hizo dependiendo de la edad del paciente y la apariencia biomicroscópica de la catarata. A todos los pacientes se les aplicó esteroide periocular, ya sea acetato de betametasona o acetato de triamsinolona de 2 a 7 días previos a la cirugía.

RESULTADOS

Se estudiaron 61 casos de los cuales 10 fueron bilaterales, sus edades fluctuaron entre 4 y 70 años, con una media de 31 años, 27 pacientes correspondieron al sexo femenino y 34 al sexo masculino.

La entidad uveítica más frecuentemente diagnosticada fue Vogt Koyanagi Harada (39.3%), Manuveitis (14.8%), Pars planitis (9.8%), Iridociclitis inespecífica (8.1%), Iridociclitis heterocrómica de Fuchs y toxoplasmosis (6.5%) respectivamente y otras entidades fué (9.8%).

El tiempo sin inflamación postoperatoria vario desde un mes hasta 18 meses, 16 pacientes no presentaban inflamación al ingreso solo un paciente con diagnóstico de uveitis facoimmunogénica se le realizó cirugía con inflamación activa.

De las 61 cirugías realizadas a 17 se les colocó L10, a 11 de estos ojos también se les realizó vitrectomía anterior vía pars plana, estos pacientes presentaban VKH (5), Iridociclitis (2), Toxoplasmosis (3), IHF (4) y PP (1). A 28 pacientes se les realizó EECC, en 4 de estos casos no se realizó -- vitrectomía, los diagnósticos de estos pacientes fueron: VKH (6), PP (2), Tb (1), Panuveítis inespecífica (3), uveítis granulomatosa (3), uveítis facoinmunogénica (1), sarcoidosis (1) y uveítis plástica (1). A 14 pacientes se les realizó lensectomía y vitrectomía vía pars plana, estos pacientes presentaron los siguientes diagnósticos: ARJ (1), PP (3), Panuveítis inespecífica (3), uveítis simpática (1), toxoplasmosis (1), Iridociclitis (2), VKH (2) y esclerosis múltiple (1).

TABLA I

	VITRECTOMÍA	NO VITRECTOMÍA
EECC + L10	11	6
EECC	24	4
LENSECTOMÍA	14	
TOTAL	49	10

Se les realizó cirugía filtrante a 5 pacientes en el mismo tiempo quirúrgico, estos pacientes tenían diagnóstico de VKH (3), IHF (1) y uveítis granulomatosa (1).

Las complicaciones transoperatorias fueron mínimas, presentando hemorragia en 8 casos (13.1%), debido o sangrado de la membrana ciclitica o de iris, de cual proboco hípema o hemorragia vítrea, en todos los casos fué controlada, un paciente presento formación de fibrina transoperatoria.

Las complicaciones postoperatorias atribuibles a la cirugía fueron las siguientes: Síndrome fibrinoide o membrana pupilar en 10 casos (16.39%), glaucoma en 2 casos (3.3%), desprendimiento de retina en 6 casos (9.8%) ; basculación del L10 en un caso y opacidad de la capsula posterior en 3 casos (4.9%) .

Otros hallazgos postoperatorios que se desconoce si existían antes de efectuar la cirugía debido a la dificultad para explorar adecuadamente el polo posterior por la presencia de catarata fueron, edema macular quístico 7 casos (11.47%), agujero macular en 3 casos (4.9%), edema de retina en 3 casos (4.9%) y membrana epiretiniana en 2 casos (3.3%).

Se encontro reactivación de la inflamación en un 30 % de los pacientes (18), siendo en 14 de leve a moderada, en este grupo de pacientes se encontro el control de la inflamación en forma adecuada utilizando corticosteroides tópicos y sistémicos en un promedio de 50mg/día de prednisona, 4 casos presentaron inflamación severa, 2 de los cuales respondieron en forma adecuada a corticosteroides sistémicos (un paciente con uveitis facoinflogogénica y un paciente con panuveitis inespecífica) en 2 casos con VKH se requirio el uso de ciclofosfamida para el control de la inflamación.

TABLA 2

LEVE	MODERADA	SEVERA
VKH (2)	VKH (4)	VKH (2)
IHF (1)	Uv. Gran (2)	PP (2)
Panuv (1)	PP (2)	Uv. Facó (1)
	Panuv (1)	
4	9	5

RECIDIVA DE INFLAMACION POSTOPERATORIA.

El resultado funcional final fué determinado por el tipo de entidad uveítica diagnosticada y por los halazgos postoperatorios en el polo posterior.

Presentaron capacidad visual (CV) menor a 1/10 el 32.7 % de los pacientes (19), de 1.5 a 4/10 el 24.13 % (14) y de 5 a 10/10 el 22.41 %, no presentando mejoría el 20.6% de los pacientes.

TABLA 3

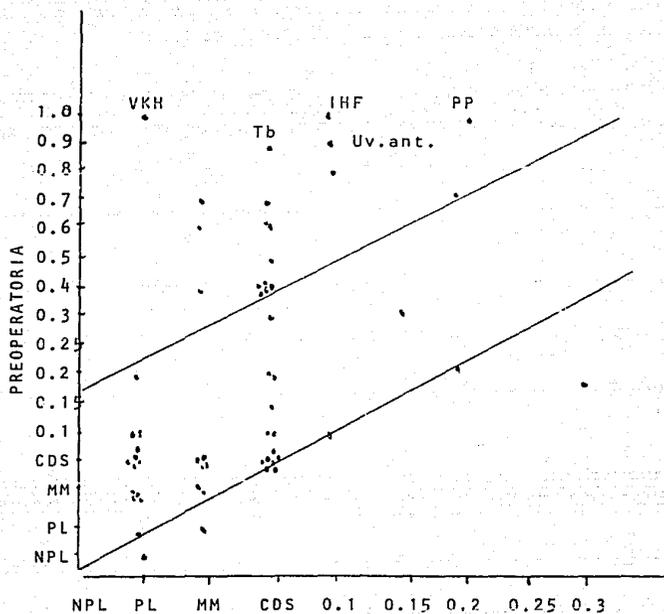
RELACION CAPASIDAD VISUAL CON DIAGNOSTICO										
CV	PO	%	Px	VKH	PP	IHF	IRIDOC	TTOXO	PANUV	OTRAS
1/10		32.7	19	8	2	0	0	2	2	6
1.5-4/10		24.1	14	7	3	1	1	0	2	0
5 -10/10		22.4	13	4	1	2	1	2	0	3
Sin mej		20.6	12	5	0	1	1	0	3	1
TOTAL		99.9%	58	24	6	4	3	4	7	10

Se observo que soló dos pacientes presentaron disminución de la agudeza visual, sin mejoría junto con los que presentaron mínima mejoría fué del 27.5%, mejoría menor a una línea el 15.51%, de 1 a 4 líneas el 20.68% y mejoría de más de 5 líneas en el 32.75% de los pacientes.

Las causas de mala capacidad visual en el postoperatorio fueron atrofia de retina en 6 casos, cicatriz corioretiniana en 2 casos, membrana epiretiniana en un caso, edema macular quís tico en 3 casos, desprendimiento de retina en 6 casos, edema difuso de retina en 2 casos, glaucoma en 5 casos, membrana pupilar persistente en 10 casos y en 4 casos no se encontro la causa directa de la mala agudeza visual.

En la grafica 1 observamos que solo 3 pacientes disminuyeron su capacidad visual postoperatorio y solo 6 pacientes presentaron una capacidad visual mejor a 8 /10, en estos los diagnósticos fueron los siguientes : VKH (1), Tuberculosis (2), IHF (1) y Pars planitis (1) .

GRAFICA I



RELACION CAPACIDAD VISUAL PREOPERATORIA
Y POSTOPERATORIA

DISCUSION

Previamente el pronostico de la extracción de catarata en pacientes con uveítis era malo, recientes estudios sugieren que el pronostico es mejor, por la mejor tecnica utilizada y el tratamiento preoperatorio y postoperatorio adecuado. Foster sugiere el control absoluto preoperatorio, y la cuidadosa selección del paciente para el éxito de la cirugía, al igual que la completa remoción del cristalino (1).

Determinar si el grado de la reducción de la agudeza visual es debido a la catarata es difícil y debido a que es importante justificar la cirugía ya que los riesgos son mayores, se debe de realizar un estudio integral del paciente, explicando al mismo el riesgo quirúrgico y el pronóstico visual. (4,5)

En la mayoría de los pacientes se puede utilizar extracción extracapsular de catarata(EECC) y se valorara si se colocara o no lente intraocular (LIO) o lensectomía, la cual se utilizara principalmente en los niños.

Segun Flynn y Mieler (12) al acompañarse la extracción de catarata con vitrectomía se reducirá el potencial de formación de membrana ciclitica, al igual que se remueben los restos

inflamatorios del vítreo central, lo cual provee un eje visual claro, y en los pacientes que se acompaña de lensectomía, se remueve mejor el material cristalino, aun en presencia de pupilas pequeñas, elimina sinequias posteriores y hialoides. Kansky (7) refiere que si se usa en forma conjunta la vitrectomía se disminuye en forma importante la incidencia de Ptísis Bulbi.

La colocación de un LIO en pacientes con uveítis a creado mucha controversia, se aconseja se coloque en uveítis sin tendencia a formar sinequias, que este absolutamente controlada y que no presente frecuentes recurrencias (4). El LIO de cámara anterior está completamente contraindicado debido a las complicaciones que por sí misma presenta, aunado a las propias de la uveítis, provocando irritación y exacerbando la inflamación.(1)

En pacientes con iridociclitis Foster recomienda realizar EECC, y si hay opacidades vítreas recomienda realizar vitrectomía conjunta via pars plana. La inflamación debe ser controlada al menos por 3 meses y si llegara a presentar vitritis postoperatoria se aconseja realizar una nueva vitrectomía (4).

Se recomienda el uso de esteroides periorbitales de 3 a 5 días antes de la cirugía y en el postoperatorio el uso de esteroides tópicos y sistémicos dependiendo del grado de inflamación.

Las complicaciones transoperatorias principalmente son la hemorragia y la formación de fibrina las cuales se presentaron en un 15% de nuestros pacientes, se reporta en la literatura una mayor frecuencia de ruptura de capsula posterior, no encontrando en nuestros pacientes una mayor frecuencia de lo habitual (2). En la vitrectomía la complicación más frecuente es el sangrado por neovascularización activa de la base del vitreo (12).

Las complicaciones postoperatorias son pocas, las más significativas son edema macular, desprendimiento de retina y glaucoma. En nuestros pacientes se presentaron en el 30% y estas fueron membrana pupilar, glaucoma, desprendimiento de retina y basculación del L10. La presión intraocular no se altero en forma significativa por los procedimientos quirúrgicos ya que la mayoría de los pacientes que presentaron elevación de la presión intraocular ya la habían presentado previamente a la cirugía.

La cirugía por si misma se reporta que no exagera la inflamación, según Diamond y Kaplan (8), la remisión de la uveítis realizando vitrectomía es del 100%, Foster (4) al igual que en nuestro estudio encuentra una recurrencia del 30% siendo en la mayoría de los casos leve. Brinkham (10) reporta que la colocación de un L10 no aumenta la recurrencia. Chung en 1990(6) reporta buenos resultados con la colocación de un L10 y no presenta exacerbaciones.

La agudeza visual en ocasiones no mejora en forma satisfactoria, ya que los pacientes presentan lesiones en polo posterior importantes. El 70% de nuestros pacientes presento mejoría de la agudeza visual, siendo mejor a 2/10 en el 44.4% , manteniendose estable en su seguimiento. La baja vision parece correlacionar con el tipo de uveitis presente, y es mejor en uveitis localizadas que generalizadas, al igual que influye la cronicidad de la uveitis. Solo 3 pacientes presentaron disminucion de la agudeza visual postoperatoria y esto se debio a desprendimiento de retina y glaucoma. Aunque la vision mejoro en la mayoría de los ojos, la estabiidad de esta mejoría esta en función del corto seguimiento .

Los pacientes con Vogt Koyanagi Harada fueron el mayor número de nuestros pacientes, siendo el 39% de nuestra casuística y de estos el 50% presento AV mayor a 1.5/10, debido a que un alto porcentaje presentaba lesiones importantes en retina y en 2 pacientes se logro corroborar con Electrocetinograma , el cual se encontraba extinguido.

Los pacientes con iridociclitis heterocrómica de Fuchs presentaron mejoría en el 75% y la mala agudeza visual se debio a que 2 de ellos presentaban glaucoma, a diferencia del estudio de Razzak en el que no tuvieron ningun paciente con glaucoma y la mala agudeza visual se debio a la opacificación de la capsula posterior y pigmentación masiva del implante. (4, 5 9).

En los pacientes con pars planitis la principal causa de mala agudeza visual se debe al edema macular preoperatorio por lo que se recomienda un control adecuado de la inflamación preoperatoria para intentar disminuir el edema macular y los resultados postoperatorios sean mejores. Michelson (3) opina que un paciente aun sin inflamación, siempre presentan un bajo grado de inflamación continuo, lo que puede complicar el implante con la opacidad de la capsula posterior y colocación de restos sobre el LIO (1).

ESTA TESIS NO DEBE
SER REPRODUCIDA

CONCLUSIONES

1. No existe una técnica ideal para todos los pacientes de catarata y uveítis.
2. La inflamación postoperatoria fué controlada en la mayoría de los casos, y no hay aumento de las recurrencias.
3. La recuperación visual postoperatoria esta determinada por el tipo de uveítis y su patología asociada.
4. El implante de un LIO en un paciente bien indicado, no aumenta la morbilidad postoperatoria.
5. El beneficio funcional ofrecido al paciente justifica plenamente el procedimiento quirúrgico.

BIBLIOGRAFIA

1. Hooper PL, Rao NA, et al. Cataract Extraction in uveitis patients. Survey of Ophthalmology, Vol 35, N 2, Sept-Oct 1990, pp 120-144.
2. Foster SC, et al. Vitrectomy un the manegement of uveitis Ophthalmology 1990, 90: 1011-1012.
3. Dangel ME, Strj WJ. Surgical Manegement of Cataract associated with uveitis. Ophthalmic surgery, 14: 155-159 Feb1983.
4. Foster SC. et al. Cataract surgery and intraocular lens implantation in patients with uveitis. Ophthalmology 96:281-288, Mar 1989.
5. Gee Stephen et al. Extracapsular cataract Extraction in Fuch's Heterochromic Iridocyclitis. Am . J. Ophthalmology 108: 310-314, Sept 1989.
6. Chung YM. et al. Intraocular lens implantation following Extracapsular Cataract extraction in uveitis. Ophthalmic Surgery. 21:272-276, April 1990.
7. Kanski JJ et al. Systemic uveitic Syndromes in Childhood: an Analysis of 340 cases. Ophthalmology, 91:1247-1252, Oct 1984.
8. Girard LJ. et al. Cataract and Uveitis manegement by Ultrasonic fragmentation. Retina, 5:107-114, 1984.
9. Jones NP. Extracapsular Cataract Surgery with and without Intraocular lens i:plantation in Fuch's Heterochromic uveitis. Eye, 4:145-150, 1990.

10. Brinkham CJ. et al. Cataract Extraction in patients with chronic uveitis. Acta Ophthalmol. 68:151-154, April 1990.
11. Razzak A. et al. Intraocular lens implantation following Cataract extraction in Fuch's Heterochromic uveitis. Ophthalmic-Res. 22:144-6., 1990.
12. Mieler WF. Lewis H. Vitrectomy in manegement of peripheral uveitis. Ophthalmology, 95:859-64, 1988.
13. Michelson JB. Lens implant surgery in pars planitis. Ophthalmology, 97:1023-6, Aug 1988.