

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

CURSO DE ESPECIALIDAD EN OFTALMOLOGIA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

ESPECIALIDAD EN OFTALMOLOGIA

P R E S E N T A .

EFRAIN MENDOZA AUSTRIA

CIUDAD UNIVERSITARIA AÑO: 1993.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

28
E3

11234

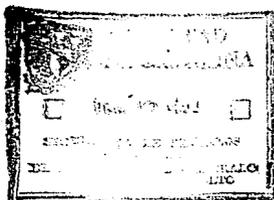
T E S I N A

ENTIDADES MAS FRECUENTES EN LA CLINICA DE UVEITIS
DEL HOSPITAL DE LA A.P.E.C. "DR. LUIS SANCHEZ BULNES"

CURSO DE ESPECIALIDAD EN OFTALMOLOGIA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

SEDE: ASOCIACION PARA EVITAR LA CEGUERA EN MEXICO
ALUMNO: DR. EFRAIN MENDOZA AUSTRIA
EXPEDIENTE: 96310
PERIODO: MARZO 1990 - FEBRERO 1992
ASESOR: DRA. LOURDES ARELLANES GARCIA



1993

11234

ENTIDADES MAS FRECUENTES EN LA CLINICA DE UVEITIS
DEL HOSPITAL DE LA A.P.E.C. " DR. LUIS SANCHEZ BULNES "

=====

DR. EFRAIN MENDOZA AUSTRIA

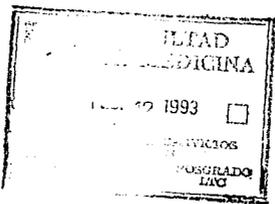
ASOCIACION PARA EVITAR LA CEGUERA EN MEXICO
HOSPITAL " DR. LUIS SANCHEZ BULENS "
VICENTE GARCIA TORRES 46
04030 COYOACAN, D.F.



DR. EVERARDO BAROJAS WEBER
Director del Hospital
A.P.E.C.
Titular del Curso de Especialidad en Oftalmología
U.N.A.M.



DR. RAFAEL SANCHEZ FONTAN
Jefe de Enseñanza
A.P.E.C.



INDICE:

	PAG.
- RESUMEN	1
- INTRODUCCION	2
- MATERIAL Y METODOS	5
- RESULTADOS	6
- DISCUSION	13
- BIBLIOGRAFIA	14

RESUMEN:

Se presenta el estudio de 180 casos de uveítis, manejados en el servicio de uveítis del Hospital de la A.P.E.C., en México en el periodo comprendido de Enero de 1988 a Junio de 1990; con el objeto de registrar los diferentes diagnósticos realizados en estos pacientes y así conocer las patologías uveí-ticas más frecuentes en nuestro medio. Las 5 entidades más fre-cuentes fueron: Iridociclitis inespecifica 43 casos (24%), - Pars planitis 21 casos (11.6%), Síndrome de Vogt Koyanagi Harada 17 (9.5%), Panuveítis inespecifica 17 (9.5%) e Iritis ines-pecifica 13 (7.2%); 69 casos (38.3%) fueron del sexo masculino y 111 (61.7%) del sexo femenino. Se hacen consideraciones res-pecto a las distribución por grupos de edad, el origen de los pacientes, las posibles causas, complicaciones y tiempo de se-guimiento.

INTRODUCCION:

El término uveítis clásicamente implica inflamación del tracto uveal, actualmente es usado vagamente por los oftalmólogos para referirse a inflamación no solo de la uvea sino también de diferentes maneras incluyendo la localización anatómica de la lesión, el curso temporal de la lesión, procedencia de la causa, severidad de la inflamación y de su apariencia clínica en granulomatosa o no granulomatosa.

TABLA 1

CLASIFICACION DE UVEITIS	
1.-PROCEDENCIA DE LA CAUSA	A) ENDOGENA B) EXOGENA
2.-TIEMPO	A) AGUDA B) CRONICA
3.-ANATOMICA	B) ESCLEROUVEITIS C) QUERATOUVEITIS D) UVEITIS ANTERIOR E) UVEITIS INTERMEDIA F) UVEITIS POSTERIOR
4.-APARIENCIA CLINICA	A) GRANULOMATOSA B) NO GRANULOM.
5.-SEVERIDAD DE LA INF.	A) MODERADA B) SEVERA
6.-RESP. A ESTEROIDES	A) DEPENDIENTE B) NO DEPENDIENTE

* MODIFICADA DE HOWARD H. TESSLER

Las uveítis como causa de consulta oftalmológica es un problema cotidiano; existen consideraciones que el 15% de los ciegos en E.U., es por uveítis. Se han reportado series de casos en la literatura extranjera que nos dan una idea de la frecuencia de cada una de las entidades uveíticas; sin embargo en nuestro medio son pocas las casuísticas. Con el afán de conocer cuales son los tipos de uveítis más frecuentes en la población que maneja el hospital de la A.P.E.C., realizamos el presente trabajo.

Contamos con algunos reportes previos de la frecuencia de ciertas uveitis.

TABLA 2

PORCENTAJE DE INCIDENCIA
DE UVEITIS 1956-1960

ETIOLOGIA	JACOBS 1956-1957	HOODS 1960-1964
TUBERC.	22	20
SIFILIS	4	2
SARCOID.	5	3
BRUCELOS.	3	2
TOXOPLAS.	35	36
HISTOP.	0	13
MISCELAN.	4	2
INDETER.	27	22

TABLA 3

PORCENTAJE DE INCIDENCIA
DE UVEITIS 1941-1954

ETIOLOGIA	GUYTON 1941-1943	HOODS 1944-1957	HOODS 1954-1961
TUBERC.	80	52	23
SIFILIS	17	17	7
SARCOID.	1	10	6
BRUCELOS.	.7	10	7
TOXOPLAS.	0	0	25
HISTOP.	0	0	0
MISCELAN.	1.3	5	13
INDETER.	0	6	19

En donde podemos darnos cuenta que las causas infecciosas se presentaban con mayor frecuencia, pero conforme más recientes se hace el reporte las causas de origen no determinado se presentan en mayor número de casos. En la estadísticas de nuestro medio solo se reportan series de casos por enfermedad sin conocer realmente la incidencia en la población en general o en determinada área geográfica. (Cuadros 1 y 2)

CUADRO 1

REPORTES PREVIOS	
* PARS PLANITIS-1980 MARTINEZ Y COLS.	50 PACIENTES.
* PARS PLANITIS-1981 CHN IHSS-14%	
* VKH - INN 22 PACIENTES.-17 A.	
* TOXOPLASHOSIS -1989 CONTRERAS Y GARCIA 18 CASOS.	11.39% A.P.E.C.

CUADRO 2

INCIDENCIA DE UVEITIS EN EDAD PEDIATRICA *		
UVEITIS ANTERIOR	29	40%
UVEITIS POSTERIOR	42	56%
UVEITIS DIFUSA	3	4%

* JOSE A ROJAS DOSAL 1979

Solo un reporte de 1981 nos habla de una incidencia del 14% de pars planitis en un hospital general y en 1989 una incidencia de 11.39% para toxoplamosis. En algunas patologías - uveíticas se considera que existe una disposición racial o - geográfica, sin embargo en nuestro medio desconocemos su inci-
dencia.

MATERIAL Y METODOS:

Se revisaron 180 pacientes de la clínica de uveítis del Hospital de la A.P.E.C., tratados en un período comprendido de Enero de 1988 a Junio de 1990. A todos los pacientes se les realizó historia clínica, exploración oftalmológica, interrogatorio dirigido con protocolo de uveítis y análisis de laboratorio y gabinete para cada caso en particular. se registraron - las siguientes variables: Diagnóstico, sexo, edad, registro, ca-
pacidad visual inicial y final, período de seguimiento, origen, complicaciones y tratamiento.

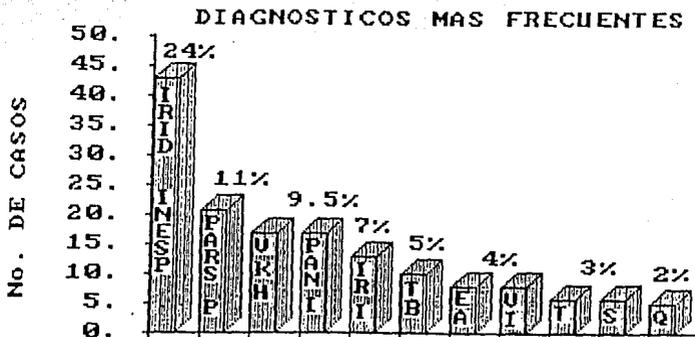
RESULTADOS:

De los 180 expedientes revisados, los diagnósticos más frecuentes se expresan en la siguiente tabla:

DIAGNOSTICOS	CASOS	%
1.- Iridociclitis inespecifica	43	24
2.- Pars planitis	21	11.6
3.- Sx. Vogt Koyanagi Harada	17	9.5
4.- Panuveitis inespecifica	17	9.5
5.- Iritis inespecifica	13	7.2
6.- Uveitis tuberculosa	10	5.6
7.- Uv. asociada a espondilitis anquilosante	8	4.4
8.- Vitritis inespecifica	8	4.4
9.- Toxoplamosis ocular	6	3.4
10.- Síndrome sarcoide	6	3.4
11.- Queratouveitis herpética	5	2.8
12.- Uv. plástica	4	2.2
13.- Iridociclitis heterocromica de Fuchs	4	2.2
14.- Coroioretinitis inespecifica	4	2.2
15.- Uv. Asociada a artritis reumatoide juvenil	3	1.7
16.- Uveitis traumática	3	1.7
17.- Uveitis granulomatosa	2	1.2
18.- Uveitis faeoanafiláctica	1	0.5
19.- Sífilis ocular	1	0.5
20.- Panuveitis aséptica	1	0.5
21.- Iridociclitis hipertensiva	1	0.5
22.- Cisticercosis ocular	1	0.5
23.- Toxocariasis	1	0.5
TOTAL		100%

Estos resultados los podemos ver expresados en forma gráfica en la gráfica No.1

GRAFICA NUM. 1



**DIAGNOSTICOS
CASOS**

De los 180 pacientes 69 fueron del sexo masculino (38.3%) y del sexo femenino (61.7% gráfica No.2)

GRAFICA NUM. 2

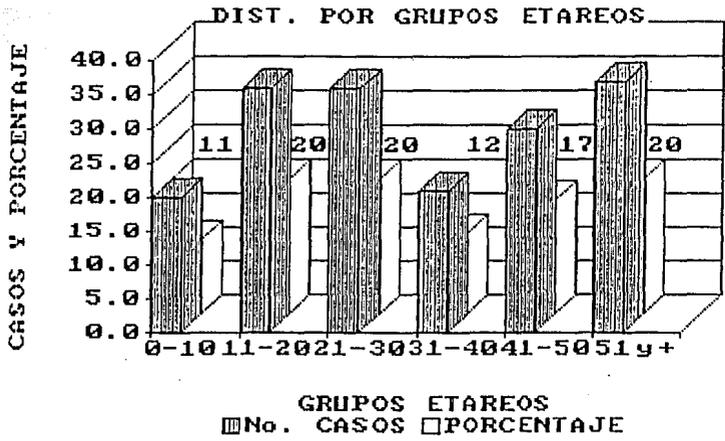
DISTRIBUCION POR SEXO

▨ FEMENINO
▨ MASCULINO



La distribución por grupos etareos la podemos observar en la gráfica No.3

GRAFICA NUM. 3



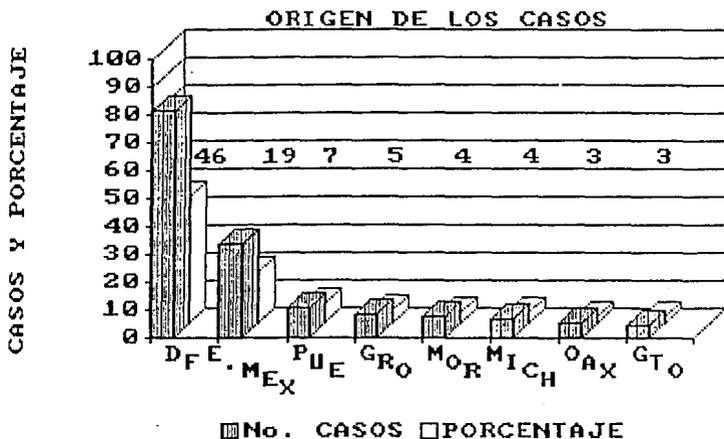
Donde se puede apreciar que los grupos de edad más afectados considerando a el grupo en general son de 11 a 30 años y de 50 y - más. En el total de los casos se encontró un rango de edad de 1 año hasta los 78 años con una media de 33 años. De acuerdo a ña etiología de los casos los agrupamos en el siguiente - cuadro:

ETIOLOGIA DE LOS CASOS

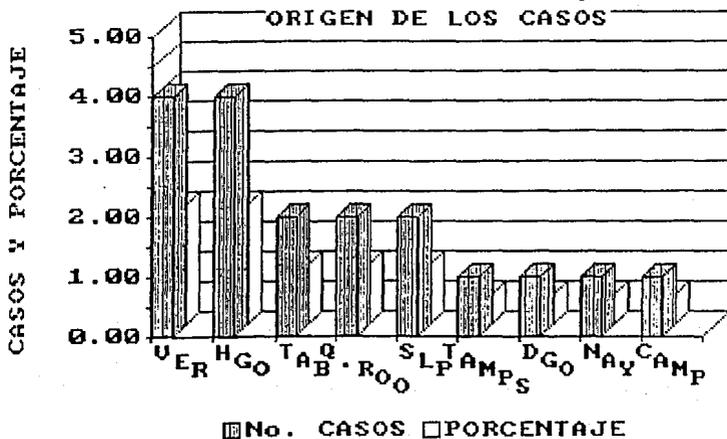
ETIOLOGIA	NUM	O/O
. INFECCIONASAS		
-PROTOZOARIOS	6	3.3
-VIRUS	5	2.7
-BACTERIANA	11	6.1
-PARASITARIA	2	1.1
.NO INFECCIOSA		
-IRIDO HE	4	2.2
-ARV	3	1.6
-ESPOND. ANQ.	8	4.4
-UXM	17	9.4
-PARS PLANITIS	21	11.6
-SX. SARCOIDE	6	3.3
.ORIGEN NO DETERMINADO	97	53.8
TOTAL	180	100

De los que podemos pensar que en el 46.2% de los casos se llega a un diagnóstico preciso. En cuanto a el origen de los pacientes encontramos que debido a la situación geográfica del hospital el 81% de los pacientes procedían de el Distrito Federal y estados del centro de la República Mexicana. (Gráfica 4 y 5).

GRAFICA NUM. 4

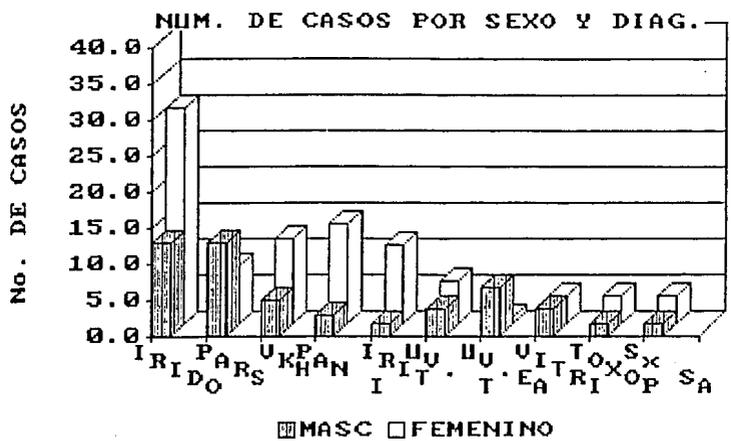


GRAFICA NUM. 5



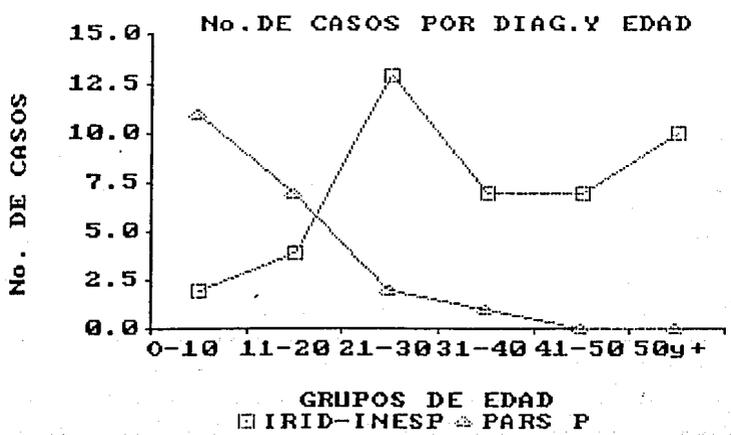
La distribución de los casos por sexo y diagnóstico en las 10 - primeras causas predominó en el sexo femenino exceptuando a la Pars planitis y a la uveítis asociada a espondilitis anquilosante. (Gráfica No. 6).

GRAFICA NUM. 6



En los 6 diagnósticos más frecuentes encontramos de acuerdo a los grupos de edad que: En iridociclitis inespecifica la mayor incidencia de casos se encontró en el grupo de edad de 21 a 30 años para la pars planitis en el grupo de 1 a 10 años (Gráfica 7).

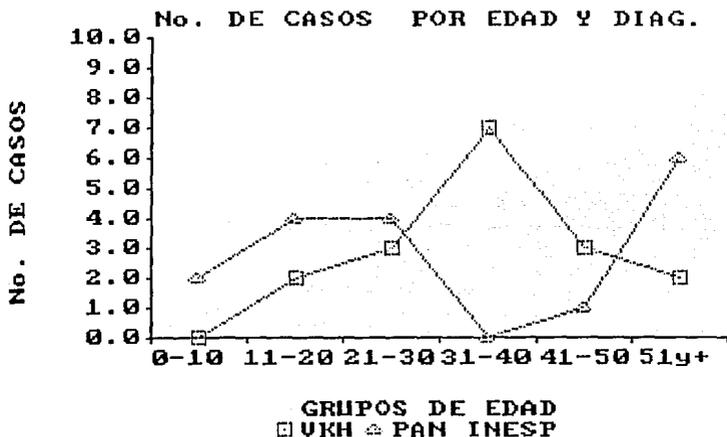
GRAFICA NUM. 7



GRUPOS DE EDAD
 □ IRID-INESP ♦ PARS P

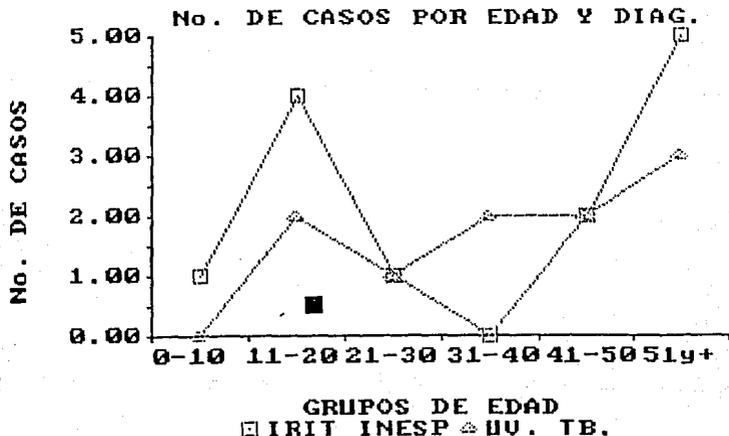
Para Vogt Koyanagi Harada en el grupo de 31 a 40 años, para panuveitis inespecifica en el grupo de 51 y más años (Gráfica 8).

GRAFICA NUM. 8



Y para Iritis inespecifica y uveitis tuberculosa con 5 y 3 casos respectivamente se encontró la mayor incidencia en el grupo de 50 y más años (Gráfica 9).

GRAFICA NUM. 9



Los diagnósticos más frecuentes de acuerdo a los grupos de eada fueron:

**DIAGNOSTICOS MAS FRECUENTES
POR GRUPOS DE EDAD**

G. EDAD	T	DIAGNOSTICO	NUM	O/O
0-10	20	PARS PLANITIS	11	55
11-20	36	P.P., PAN., IRIT.	7	19.4
21-30	36	IRIDOCICLIT. INESP.	13	36.1
31-40	21	VXK, IRIDOC. INESP.	7	33.3
41-50	30	IRIDOCICLIT. INESP.	7	23.3
51 Y MAS	37	IRIDOCICLIT. INESP.	10	27.5

El período de seguimiento consignado en los expedientes fué desde 1 hasta 96 meses teniendo como promedio de seguimiento en general de 19.6 meses. En el 60% de los casos la afección fué bilateral. Estos datos los podemos ver expresados en el siguiente cuadro abarcando también las 6 principales causas:

DIAGNOSTICO	T. seg.	UNILAT %	BILAT%
IRIDO INESP.	14.7	66	34
PAIS PLANITIS	30.2	57	43
VXK	25.7	12	88
PAN. INESP.	20.3	24	76
IRITIS INESP.	12.3	92	8
UV. TB.	21.0	70	30
TOTAL+	19.6	40	60
+ TOTAL DE PAC. EN GRAL.			

Del total de pacientes 53 (29.4%) tuvieron complicaciones con catarata, 21 pacientes (11.6%) tuvieron complicaciones con glaucoma y 16 pacientes (8.8%) tuvieron desprendimiento de retina totales o parciales (Tabla 4). De los 180 pacientes 35 (19.4%) fueron sometidos a algún tratamiento quirúrgico por cataratas

secundarias a la uveítis; a 29 pacientes (16.1%) se les realizó vitrectomía conjuntamente con otro procedimiento quirúrgico. Solo 5 pacientes (2.2%) fueron sometidos a cirugía filtrante y en 4 pacientes (2.2%) retinopexia.

COMPLICACIONES	CATAR.	GLAUCOMA	DR
IRIDO INESP.	2.3	2.3	0
PARS PLANITIS	9.5	4.7	4.7
VXH	53.0	17.6	11.7
PAN. INESP.	47.0	23.5	5.8
IRITIS INESP.	00.0	00.0	00.0
UV. TB.	20.0	10.0	00.0
TOTAL+	29%	11%	9%
+ TOTAL DE PAC. EN GRAL.			

DISCUSION:

Consideramos que el presente trabajo es solo una muestra del total de pacientes que se manejan en la clinica de uveítis, pero - que sin embargo nos da la clara muestra de cuales son las patologías uvefíticas que con mayor frecuencia vamos a encontrar en la población que maneja el hospital. Para lograr datos estadísticos precisos es necesario el registro total de casos. Consideramos a este trabajo solo un analisis estadístico observacional por lo que no es posible obtener tasas. Contamos con el inconveniente de el sub-registro de datos en los expedientes. Considermos que los datos obtenidos son similares a los reportados previamente por otros autores y son validos para las patologías de mayor frecuencia, sin embargo para las menos frecuentes es necesario ampliar la muestra. Para conocer una uncidencia real es necesario el registro de casos y esto creemos deba hacerse de acuerdo a ca da área geográfica.

BIBLIOGRAGIA:

- 1.- Maumenee. Clinical entities in "uveitis": An aproach to the study of intraocular inflammation. Am J Ophth 69:1-27, 1970.
- 2.- O'Connor G.R.: Current classification of uveitis. Saari K.M. En Uveitis Update. Edit. Elseiver Science P. 1984. 3-6.
- 3.- Achlaegel T.F. Geography and race in uveitis. Saari K.M. En uveitis Update. Edit. Elseiver Science p. 1984 7-11.
- 4.- Vadot E., Barth E., Billet P., Epidemiology of uveitis. Preliminary results of a prospective sutdy in savoy. Saari K.M. En uveitis Update. Edit. Elseiver Science. 1984. 13-20.
- 5.- Lozano D., Uveomeningoencefalitis, Sindrome de Vogt-Koyanagi-Harada. Rev. Mex Oftalmol 61(3):137-156, 1987.
- 6.- Martínez C.P. Manjarrez G.S. Quiroz R.M.A. Pars Planitis (Analisis en el manejo de 50 pacientes vigilados a largo plazo) Anales Soc. Mex. de Oftalmol 60(3):93-97, 1986.
- 7.- Contreras B.R. García R.P. 18 casos de toxoplasmosis ocular Primer Congreso de residentes A.P.E.C. México. 1989.
- 8.- Grauve W.F. González A., Rojas D.A. Pars planitis correlación clinico patológica con especial atención a la inmunología. Anales Soc. Mex. Oftalmol 55:19, 1981.
- 9.- Arellanes G.L. Cirugía de catarata en uveitis crónica. Rev. Mex. de Oftalmol pag. 107, 1989.
- 10.- Tessler H.H. Classification and simptoms and signs of uveitis. En clinical Ophthalmology. Vol. 4 pag. 1-10.