

11234

68

2oje.

"Hallazgos refractivos en  
pacientes con pars planitis".

ASOCIACION PARA  
EVITAR LA CEGUERA  
EN MEXICO

Especialista en Oftalmología

PRESENTA:

Wit Carter,

Guillermo Carlos de

1994



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.

## HALLAZGOS REFRACTIVOS EN PACIENTES CON PARS PLANITIS

Dr. Guillermo Carlos de Wit Carter, Residente de Tercer Año,  
Hospital APEC

Departamento de Uveítis, Hospital APEC

Servicio de Refracción, Hospital APEC

### ASESORES:

Dra. Lourdes Arellanes G.

Dra. Cláudia Recillas G.

## R E S U M E N

La pars planitis es una uveítis intermedia conocida también como 'ciclitis crónica'. Se estima que entre un 5 y un 10% de los pacientes referidos a servicios de uveítis, es remitido por pars planitis. Este padecimiento se presenta en niños, adolescentes y adultos jóvenes.

Las principales manifestaciones clínicas de la pars planitis se encuentran en vítreo. Dicha enfermedad puede producir disminución de la agudeza visual, secundaria a:

1) causas inflamatorias como edema macular quístico, la vitritis o catarata, y 2) errores refractivos.

El objetivo del presente estudio fue analizar los principales defectos refractivos en pacientes con pars planitis. Se revisó 74 expedientes de pacientes referidos al servicio de uveítis entre los años de 1991 y 1993. Se excluyó 16 expedientes por no contar con estudio de refracción, y 8 ojos por afaquia. Se buscó, además, defectos refractivos mayores a 3 dioptrías. Asimismo, se investigó los porcentajes de las miopías, hipermetropías, astigmatismos, emetropías y anisometropías. Como resultados relevantes, se encontró una edad promedio de 15 años, con frecuencias altas de miopía (37%), astigmatismo (57.5%) y anisometropía (33.3%).

Concluimos que es necesario realizar un estudio refractivo a pacientes con pars planitis apenas el cuadro inflamatorio lo permita, ya que es frecuente encontrar errores refractivos importantes.

**Palabras clave:**

- ° Uveitis Intermedia
- ° Pars planitis (PP)
- ° Esteroides Subtenoniano Posterior (ESTP)
- ° Edema Macular Quístico (EMQ)

**I N T R O D U C C I O N**

La PP es una uveitis intermedia conocida también como 'ciclitis crónica'. Se estima que entre el 5 y el 10% de los pacientes remitidos a servicios de uveitis son referidos por PP. Esta entidad se presenta en niños, adolescentes y adultos jóvenes, sin predilección de sexo y, generalmente, es bilateral.

Los principales datos clínicos se encuentran en vítreo. La A/V en estos pacientes es variable, dependiendo del grado de afectación y estrato anatómico afectado.

La PP se caracteriza por una leve reacción en cámara anterior (CA); una reacción vítrea de moderada a severa con exudados (copos de nieve) depositados sobre la periferia de la base del vítreo; y pars plana. Con frecuencia se presenta, en casos severos, papilitis y edema macular quístico (EMQ), los cuales comprometen, de manera importante, la visión. La PP puede llegar a producir neovascularización retiniana, DR traccionales, así como hemorragias vítreas y cataratas.

En lo que se refiere a la etiología de la PP, todavía no se ha llegado a un acuerdo general. Existen diferencias de opinión. Algunos investigadores afirman que se trata de una vasculitis primaria, mientras que otros piensan que es una verdadera inflamación de la úvea. Un copo de nieve (el dato clínico en la pars plana característico de la PP) es un acúmulo de tejido fibrovascular que contiene células mononucleares inflamatorias.

En el tratamiento de la PP se debe individualizar la selección de los distintos regímenes médicos. Existe la posibilidad de que pacientes con PP conserven buena A/V y no requieran tratamiento. El hallazgo de células en vítreo per se no justifica el uso de medicamentos, ya que los posibles efectos contralaterales o secundarios a menudo sobrepasan los daños producidos por la propia enfermedad. El principal medicamento utilizado en el tratamiento de la PP son los esteroides tópicos, sistémicos y en aplicación subtenoniana.

En la PP, la A/V se ve amenazada por fenómenos asociados o secundarios al proceso inflamatorio, como por ejemplo:

- a) opacidad de medios, como en córnea (queratopatía en banda), cristalino (catarata), vítreo (condensaciones);
- b) EMQ.

En los pacientes con EMQ puede llegar a presentarse una disminución importante en la A/V. Esta es la principal indicación del uso de ESTP.

Ocasionalmente, hay pacientes con PP a los cuales la imposibilidad de mejoría de A/V que se atribuye al fenómeno inflamatorio, es secundaria a un defecto refractivo no detectado.

El objetivo de este estudio es analizar los principales defectos refractivos en pacientes con PP.

#### M A T E R I A L Y M E T O D O

Se revisó 47 expedientes de pacientes referidos al servicio de uveítis, Hospital APEC, entre los años de 1991 a 1993. Se excluyó 16 expedientes por no contar con estudio refractivo.

El grupo estudiado quedó conformado por 31 pacientes, 20 hombres y 11 mujeres, con un total de 62 ojos. De éstos se excluyó 3 ojos derechos y 5 izquierdos por afaquia quirúrgica.

Se analizó los valores refractivos buscando: promedio de valores esféricos; promedio de valores cilíndricos; defectos refractivos mayores a 3 dioptrías; y frecuencia de miopías, hipermetropías, astigmatismos, emetropías y anisometropías.

#### R E S U L T A D O S

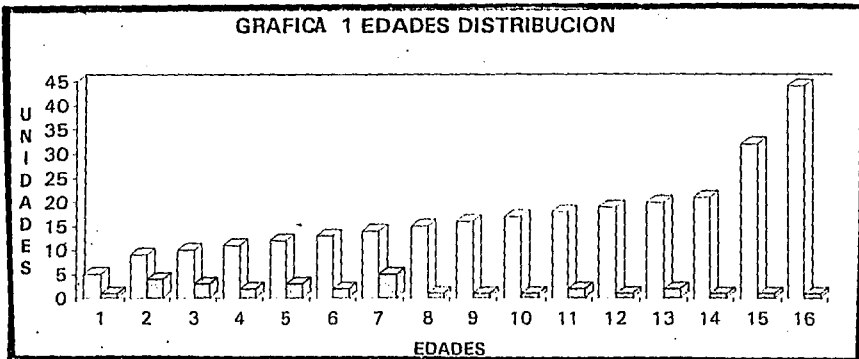
##### RELACION DE PACIENTES

P	ODS	OIS	ODC	OIC	ANIS
1	-	-	-1.00	-.50	-
2	-.50	-1.25	-1.75	-1.50	-
3	-3.50	-	-	-.50	+
4	+.25	+.25	-1.00	-	-
5	-1.50	-	-3.00	-4.00	-
6	+1.25	+2.00	-.75	-1.25	-
7	-	AFA	-3.25	AFA	-
8	-	-.50	-	-.25	-
9	-2.50	AFA	-	AFA	-
10	-.50	AFA	-	AFA	-
11	+2.00	+.25	-.50	-.75	-
12	-	-	-1.75	-.75	-
13	-3.00	-3.00	-7.00	-6.00	-
14	AFA	-	AFA	-.50	-

(Continúa cuadro)

P	ODS	OIS	ODC	OIC	ANIS
15	-11.50	+2.50	-1.00	-1.50	+
16	AFA	-	AFA	-3.00	-
17	-	-1.00	-3.00	-2.00	-
18	- .50	AFA	-2.00	AFA	-
19	-	-	-.25	-.25	-
20	-	-	-.50	-3.50	+
21	-	-5.50	-1.00	-1.75	+
22	-	-	-1.00	-.25	-
23	-	-	-	-	-
24	-2.00	-4.50	-.50	-	-
25	AFA	AFA	AFA	AFA	-
26	-	-1.00	-1.25	-1.75	-
27	-1.25	-.25	-1.50	-1.50	-
28	-	-2.50	-5.00	-5.00	+
29	-	+.25	-1.25	-1.50	-
30	-3.50	-	-2.50	-	+
31	-	+1.00	-4.00	-	+

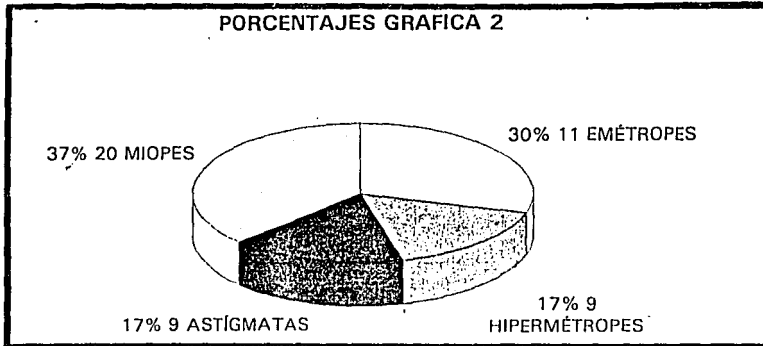
El promedio de edad de los pacientes fue de 15 años, con un rango de 4 a 44 años.



En esta gráfica se observa la distribución por edades, donde las barras blancas representan la edad, y las grises las frecuencias.

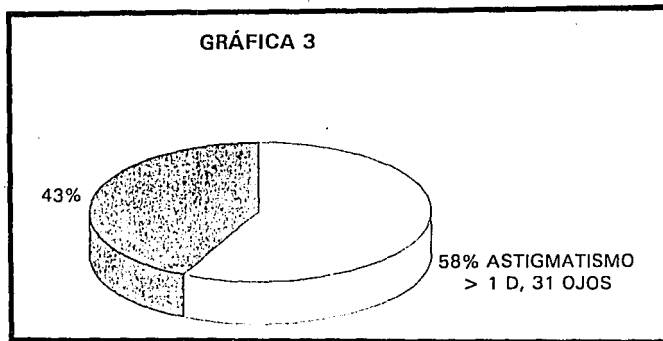
Los valores promedios obtenidos fueron de -0.60 DS OD; -0.50 DS OI; -1.90 DC OD, y -1.65 DC OI. No se encontró ningún astigmatismo contra la regla.

Veinte ojos (37%) presentaban miopía; 9 ojos (16.5%) hipermetropía; 9 ojos (16.5%) astigmatismo como principal defecto refractivo, y 16 ojos (29.6%) fueron emétopes.



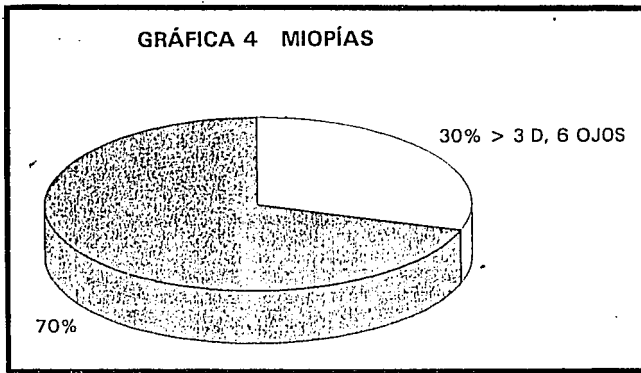
Porcentajes de errores refractivos.

Treinta y un ojos de 54 presentaron un astigmatismo de una dioptría o más.



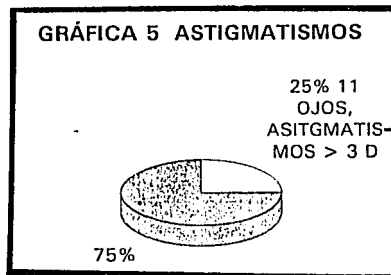
Astigmatismos mayores a una dioptría.

De los 20 ojos miopes, 6 tuvieron tres o más dioptrías (30%). No hubo ninguna hipermetropía de más de tres dioptrías.



Porcentajes de miopías mayores a 3 dioptrías.

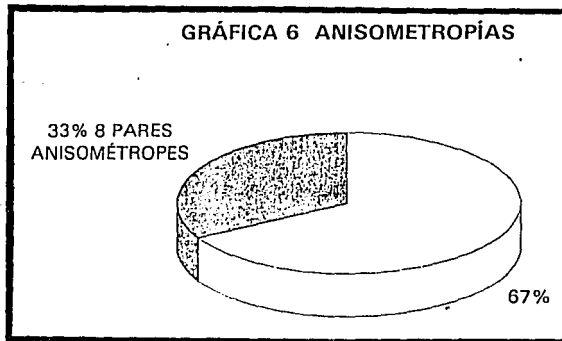
Cuarenta y cinco ojos tuvieron algún valor cilíndrico; de éstos, 11 ojos fueron cilindros mayores a tres dioptrías (24.5%).



Astigmatismos mayores a 3 dioptrías.



Hubo un total de 24 pares de ojos, de los cuales 8 (33.3%) fueron anisométricos (una diferencia de dos dioptrías o más).



Frecuencia de anisometropías.

Los pacientes con catarata, opacidad corneal y opacidades vítreas pueden y suelen obtener buenas agudezas visuales en la cartilla de Snellen en un cuarto más oscuro que la luz ambiental. Sin embargo, frecuentemente se quejan de mala A/V en situaciones de luz intensa. Esta degradación del contraste de la imagen retiniana es consecuencia de un fenómeno llamado 'brillo velante', producido cuando la luz es dispersada en estas opacidades intraoculares. Es por ello que, para evaluar la A/V en estos pacientes, es necesario realizar estudios psicofísicos.

Debido a lo pequeño de nuestra muestra (54 ojos) no es posible obtener resultados definitivos. Aun así llama la atención el hallazgo de un porcentaje alto de miopías, astigmatismos y anisometropías.

La distribución relativa de errores refractivos es casi la misma en todas las edades, con un promedio de +.25 dioptrías de hipermetropía. Se observa un leve cambio en toda la curva hacia la miopía hasta la pubertad.

Existe evidencia reciente que sugiere que la presencia de un defecto astigmático en la infancia y niñez temprana puede favorecer un desarrollo de miopía en el ojo. Así, tenemos que la visión borrosa producida por el astigmatismo comparte el mismo mecanismo en la posible producción de miopía en pacientes con ptosis u opacidad de medios.

El hecho de que nuestro grupo de pacientes presentó con frecuencia (más de la mitad) astigmatismo mayor de una dioptría así como opacidad de medios, nos explica posiblemente la presencia de una mayor frecuencia de miopía. De esta manera, observamos que en el grupo estudiado el valor promedio de astigmatismo (-1.70) fue mayor comparado con el de la población normal (-.75).

Por otro lado, se encontró una alta frecuencia de anisometropías, sin que tengamos una explicación para este fenómeno.

No es posible relacionar los resultados obtenidos con los de otros estudios, ya que no se encontró en la literatura previa trabajos encaminados a la descripción del fenómeno observado. Únicamente se pudo comparar los resultados con los valores de la población normal.

**C O N C L U S I O N E S.** Es importante realizar un estudio refractivo en pacientes con PP al ingreso o apenas el cuadro inflamatorio lo permita. A menudo, la mala A/V en pacientes con PP que se atribuye al fenómeno inflamatorio, puede ser secundaria a un defecto refractivo no detectado o investigado previamente.

Esto último es de primordial importancia en caso de PP que curse con EMQ, ya que en estos casos, cuando la A/V es afectada, es la principal indicación del uso de ESTP.

Por lo encontrado en este estudio, no es difícil hallar cuadros inflamatorios que enmascaren defectos refractivos altos.

## B I B L I O G R A F I A

-Intraocular inflammation, uveitis and ocular tumors. Basic and clinical science course, American Academy of Ophthalmology, 1990-1991, pp. 108-109.

-Anne-Catherine Martenet, "Uvéitis intermédiaires", Bull. Soc. Belge Ophtalmol., 230; 33-34, 1989.

-Ali A. Khodadoust, "Pars planitis and autoimmune endotheliopathy", Am. J. Ophthalmol., 102, 633-639, 1986.

-Joseph B. Michelson, "Lens implant surgery in pars planitis", Ophthalmol. 1990, vol. 97. n. 8, pp. 1023-1026.

-Fulton A. Hansen, "The relation of myopia and astigmatism in developing eyes", Ophthalmol. 1982, vol. 89, pp. 298-302.

-Optics refraction and contact lenses, American Academy of Ophthalmology, 1990-1991, pp. 107-120.

-Enrique Santos, Apuntes de Optica Oftálmica, 1990, pp. 35-42.