

11234
AUTONOMA

UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD
P.E.M.E.X.

**"RESPUESTA AL TRATAMIENTO
COMBINADO DE ESTEROIDE Y
CICLOPLEJICO EN UVEITIS IDIOPATICA.**

**TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN
OFTALMOLOGIA
PRESENTA:
DRA. ERICKA GABRIELA VIZZUETT MENDOZA**



FEMEX

MEXICO, D. F.

FEBRERO DEL 2000



Universidad Nacional
Autónoma de México



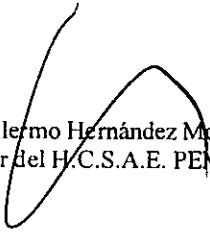
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta 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.

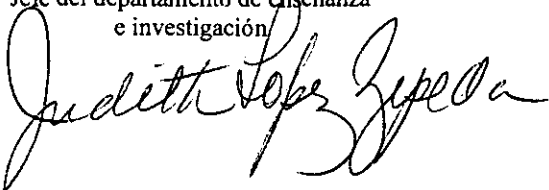
Dr. Guillermo Hernández Morales.
Director del H.C.S.A.E. PEMEX.



Dr. Carlos Fernando Díaz Aranda.
Jefe del servicio de Oftalmología.



Dra. Judith López Zepeda.
Jefe del departamento de enseñanza
e investigación



Dr. Carlos Fernando Díaz Aranda
Tutor de tesis.



Dios: Te doy gracias por la vida, las oportunidades brindadas

y la gente valiosa que haz puesto en mi camino

HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD
PETROLEOS MEXICANOS.

“Respuesta al tratamiento combinado de esteroide
y ciclopléjico en uveítis idiopática”.

Autor:

Dra. Ericka Gabriela Vizzuett Mendoza
Residente de tercer año de Oftalmología.

Tutor: Dr. Carlos Fernando Díaz Aranda.
Jefe del servicio de Oftalmología.

Asesores:

Dr. Alejandro Arce Salinas.
Jefe del servicio de Medicina Interna.

Sede: Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos.
Servicio de Oftalmología.

Índice

| | |
|-----------------------|----|
| Introducción: | 1 |
| Justificación | 3 |
| Metodología | 4 |
| Resultados | 5 |
| Tablas número 1,2 y 3 | 6 |
| Tabla número 4 | 7 |
| Tabla número 5 | 8 |
| Discusión | 9 |
| Conclusiones | 10 |
| Referencias | 11 |

En años anteriores se consideraba al ojo como un órgano inmunológicamente privilegiado, suponiendo que el sistema inmune tenía tolerancia a los antígenos oculares, dando por hecho que no presentaría afección inmunológica; pero en fechas recientes se han demostrado algunas características que lo hacen lábil a ésta. Las características que hacen diferente al ojo del resto de los órganos son:

- a) Carece de drenaje linfático: lo cual hace que los antígenos oculares, no se encuentren en contacto directo con la circulación sanguínea y de esta forma no se sintetizan anticuerpos.
- b) Desviación de la inmunidad adquirida de la cámara anterior. Se ha observado que el implante de antígenos en cámara anterior, produce una depresión transitoria de la inmunidad mediada por células, permaneciendo intacta la respuesta humoral.
- c) Circulación y anatomía coroideas. El flujo sanguíneo coroideo, es muy alto, comparado únicamente con el del riñón, lo que produce que el ojo se vea fácilmente afectado por alteraciones sistémicas. Por otro lado, la coroides tiene capacidad de funcionar como reservorio de células inmunorreactivas y la alta concentración de mastocitos, podría ser uno de los elementos de importancia para que los elementos inmunes se diseminen a otras partes del ojo. La liberación de factores inmunológicos por los mastocitos podría llevar al ingreso y egreso de linfocitos T cooperadores al compartimento ocular.
- d) Células intraoculares relacionadas al sistema inmune. Células de Langerhas, de Müller, del epitelio pigmentario de la retina y células endoteliales.
El tracto uveal puede responder a cualquier tipo de inflamación ocular con acúmulo de linfocitos y plasmocitos; similar a un ganglio linfático facultativo.

La inflamación del tracto uveal se conoce desde tiempos remotos, fue descrita por primera vez en las épocas de Hipócrates y Galeno, el seguimiento se limitó a los cambios del segmento anterior y no fue sino hasta 1736 que Charles Saint Yves describió el cuadro clínico clásico de la uveítis: dolor, hiperemia, lagrimeo, fotofobia y miosis. La uveítis se clasifica por el tiempo de evolución en: aguda si el proceso permanece de 30 a 45 días; subaguda cuando el proceso puede llevar desde el inicio hasta la remisión entre 2 y 6 meses; y crónica si la duración es mayor de 6 meses. Por el tipo de reacción inflamatoria en granulomatosa y no granulomatosa. Por el origen, en endógenas y exógenas. Por el agente causal, en bacterianas, virales, parasitarias, e idiopáticas; y por el segmento del tracto uveal afectado en anteriores (iritis o iridociclitis), intermedias, posteriores (coroiditis) ó paunveítis, si afectan a toda la extensión. Cabe señalar que en muchas ocasiones, a pesar de existir estudios en los que se determinan los antígenos de histocompatibilidad involucrados, la expresión de los mismos es diferente dependiendo del grupo étnico o racial afectado por lo que en muchas ocasiones, a pesar de realizar estudios exhaustivos, no es posible determinar la causa, no olvidando que a través del tiempo, las etiologías posibles han sufrido cambios en cuanto a criterios de certeza y probabilidades. Estas grandes variaciones, con relación al agente, huésped y medio ambiente, hace que las uveítis a pesar de ser estudiadas más científicamente y del progreso obtenido en los últimos años en relación a métodos diagnósticos y del manejo cada vez más adecuado, sólo se tratan de forma exitosa en el 80% de los casos. Las uveítis lejos de ser una enfermedad son un

síndrome causado por varias etiologías; de ahí que el término uveítis no se refiera únicamente a un proceso inflamatorio en el que participa el tracto uveal, sino a todo un mecanismo inflamatorio intraocular mediado por el sistema inmunológico. Este grupo de enfermedades o síndromes todavía presentan lagunas que deberán ser esclarecidas.

La epidemiología de las distintas entidades uveales inflamatorias muestra una distribución geográfica heterogénea, por lo que para su diagnóstico es indispensable considerarlo. En México de acuerdo a estudios hechos en forma retrospectiva de 10 años, se observó que las más frecuentes, eran las uveítis anteriores, seguidas en orden de frecuencia por las posteriores, y por último las intermedias. Idiopáticas la mayor parte de las anteriores con un 68.35%; herpéticas con un 9.04% y heterocrómica de Fuchs con un 7.97%; de las intermedias, la más frecuente fue la pars planitis idiopática (79.86%); mientras que en las uveítis posteriores, predominaron las causas infecciosas ocupando el primer lugar la toxoplasmosis.

Los objetivos del tratamiento de las uveítis son: aliviar los síntomas como el dolor y la fotofobia, reducir la inflamación ocular para mejorar o preservar la visión y evitar las complicaciones. Puesto que los medicamentos empleados para el control de las uveítis producen efectos adversos importantes, deberá ser considerado el riesgo - beneficio y dirigir el manejo hacia la causa desencadenante. En las enfermedades infecciosas la utilización de antimicrobianos sistémicos y locales o antivirales que mejorarán en forma sustantiva la sintomatología oftalmológica, el uso de quimioterapia o la radioterapia en presencia de neoplasias y en cuanto a las enfermedades autoinmunes se administran inmunomoduladores y/o citotóxicos.

Aun no existe un manejo ideal para el tratamiento de la uveítis idiopática, se han intentado diferentes esquemas que se dividen en tratamiento local y sistémico.

El tratamiento local para la iritis o iridociclitis incluye el uso de esteroides tópicos y/o midriáticos y ciclopléjicos, estos últimos disminuyen o suprimen el dolor al relajar el músculo ciliar además de evitar la formación de sinequias posteriores; los medicamentos recomendados son escopolamina en concentraciones del 0.25% - 0.50%; homatropina al 2 ó 5%; ciclopentolato al 0.5 ó 2.0%, y la atropina al 1 ó 2%. La tropicamida es una alternativa en caso de que la inflamación sea moderada, las dosis recomendadas, deberán ser suficientes para suprimir el dolor y al mismo tiempo prevenir la formación de sinequias. Del grupo de los midriáticos, el que más frecuentemente se utiliza es la fenilefrina al 0.5%, dos o tres veces al día. Los esteroides tópicos utilizados incluyen dexametasona, hidrocortisona, prednisolona y compuestos análogos de la progesterona, como la fluorometolona y la medrisona, estos deben aplicarse cada hora al inicio de la sintomatología, pero habrá que recordar que pueden aumentar la tensión ocular, siendo los análogos de la progesterona los que la producen en menor grado. Si no existe respuesta a los esteroides tópicos se ha intentado administrar esteroide periocular, con lo cual se ha observado mejoría significativa sobre todo si es unilateral y subtenoniana en el sector superior; los medicamentos utilizados por esta vía son la metilprednisolona, triamcinolona, betametasona y dexametasona cada 2-6 semanas dependiendo de la respuesta, prefiriendo en algunos casos a la segunda, ya que produce menor fibrosis; sin embargo, existen controversias, pues si no hay mejoría posterior a la primera aplicación algunos autores no

están de acuerdo en continuar el tratamiento, mientras que otros, creen que es prudente dar mayor oportunidad.

Se ha observado que los pacientes con uveítis de repetición presentan síntomas prodrómicos, sin encontrarse flare o celularidad en la cámara anterior, refiriendo los enfermos sólo dolor ocular por lo que se ha recomendado en ésta etapa utilizar esteroides tópicos. El tratamiento sistémico se recomienda cuando el proceso inflamatorio no responda a la aplicación tópica y/o periocular, y que no sea secundario a un proceso maligno o a una infección activa. No existe aún una dosis precisa y en la literatura se menciona que será aquella que tenga buen efecto anti-inflamatorio con el menor daño o efecto secundario para el paciente. Hasta ahora las dosis utilizadas son desde 40 a 80 mgs de prednisona vía oral cada 24 hrs, con un seguimiento durante 4 semanas para valorar su respuesta. También han utilizado los bolos de metilprednisolona a dosis de 1 gr en forma parenteral durante 3 días consecutivos. El uso de ciclosporina a dosis de 2.5 a 10 mgs/kg se recomienda cuando los enfermos no respondan adecuadamente a los esteroides, pero ésta tiene varios efectos secundarios por lo que solo se utiliza cuando la visión es de 20/50 o menor en ambos ojos.

La agudeza visual, el efecto Tyndall y el flare son los parámetros del seguimiento para valorar la respuesta al tratamiento.

Los efectos secundarios de los esteroides tópicos o perioculares incluyen: catarata, aumento de la tensión intraocular, predisposición a infecciones, disminución permanente de la visión, ptosis, hemorragia, infección y dolor. Administrados en forma sistémica producen alteraciones en la personalidad, redistribución del vello corporal, osteoporosis, necrosis avascular, infecciones por inmunosupresión, diabetes iatrógena, ulcera péptica, etc.

El uso de antiinflamatorios no esteroideos como la indometacina o el flurbiprofén no han mostrado efectos benéficos, algunos otros medicamentos en experimentación son los factores activadores de plaquetas; interleucinas, neuropéptidos e inmunoglobulinas

Las complicaciones de las uveítis incluyen, glaucoma, sinequias anteriores y posteriores, catarata, seclusión pupilar, vitreítis, desprendimientos de retina traccionales y/o serosos, edema macular quístico, vasculitis, oclusión vascular, hemorragias, y disminución permanente de la visión y ptosis bulbi.

No está recomendado el tratamiento de los esteroides en pacientes con artritis reumatoide juvenil con flare crónico, deberán usarse únicamente cuando se encuentran presentes células en el humor acuoso; mientras que algunos especialistas en uveítis no tratan las uveítis intermedias si no está presente el edema macular quístico y la agudeza visual es superior de 20/40. De la misma forma, la mayoría de los pacientes con lesiones toxoplásmicas periféricas, pudieran no tratarse como tampoco aquellos pacientes con células vítreas "antiguas", sin turbidez del vítreo y células pigmentarias en el acuoso, especialmente posterior a dilatación.

Justificación

El diagnóstico de uveítis es una de las causas de consulta en el servicio de Oftalmología de este hospital, siendo la de tipo idiopática la entidad patológica a la que más

están de acuerdo en continuar el tratamiento, mientras que otros, creen que es prudente dar mayor oportunidad.

Se ha observado que los pacientes con uveítis de repetición presentan síntomas prodrómicos, sin encontrarse flare o celularidad en la cámara anterior, refiriendo los enfermos sólo dolor ocular por lo que se ha recomendado en ésta etapa utilizar esteroides tópicos. El tratamiento sistémico se recomienda cuando el proceso inflamatorio no responda a la aplicación tópica y/o periocular, y que no sea secundario a un proceso maligno o a una infección activa. No existe aún una dosis precisa y en la literatura se menciona que será aquella que tenga buen efecto anti-inflamatorio con el menor daño o efecto secundario para el paciente. Hasta ahora las dosis utilizadas son desde 40 a 80 mgs de prednisona vía oral cada 24 hrs, con un seguimiento durante 4 semanas para valorar su respuesta. También han utilizado los bolos de metilprednisolona a dosis de 1 gr en forma parenteral durante 3 días consecutivos. El uso de ciclosporina a dosis de 2.5 a 10 mgs/kg se recomienda cuando los enfermos no respondan adecuadamente a los esteroides, pero ésta tiene varios efectos secundarios por lo que solo se utiliza cuando la visión es de 20/50 o menor en ambos ojos.

La agudeza visual, el efecto Tyndall y el flare son los parámetros del seguimiento para valorar la respuesta al tratamiento.

Los efectos secundarios de los esteroides tópicos o perioculares incluyen: catarata, aumento de la tensión intraocular, predisposición a infecciones, disminución permanente de la visión, ptosis, hemorragia, infección y dolor. Administrados en forma sistémica producen alteraciones en la personalidad, redistribución del vello corporal, osteoporosis, necrosis avascular, infecciones por inmunosupresión, diabetes iatrógena, ulcera péptica, etc.

El uso de antiinflamatorios no esteroideos como la indometacina o el flurbiprofén no han mostrado efectos benéficos, algunos otros medicamentos en experimentación son los factores activadores de plaquetas; interleucinas, neuropéptidos e inmunoglobulinas

Las complicaciones de las uveítis incluyen, glaucoma, sinequias anteriores y posteriores, catarata, seclusión pupilar, vitreítis, desprendimientos de retina traccionales y/o serosos, edema macular quístico, vasculitis, oclusión vascular, hemorragias, y disminución permanente de la visión y ptosis bulbi.

No está recomendado el tratamiento de los esteroides en pacientes con artritis reumatoide juvenil con flare crónico, deberán usarse únicamente cuando se encuentran presentes células en el humor acuoso; mientras que algunos especialistas en uveítis no tratan las uveítis intermedias si no está presente el edema macular quístico y la agudeza visual es superior de 20/40. De la misma forma, la mayoría de los pacientes con lesiones toxoplásmicas periféricas, pudieran no tratarse como tampoco aquellos pacientes con células vítreas "antiguas", sin turbidez del vítreo y células pigmentarias en el acuoso, especialmente posterior a dilatación.

Justificación

El diagnóstico de uveítis es una de las causas de consulta en el servicio de Oftalmología de este hospital, siendo la de tipo idiopática la entidad patológica a la que más

comúnmente nos enfrentamos en nuestro servicio; a pesar de que existen en la literatura diferentes esquemas de tratamiento para esta entidad, no se han publicado estudios comparativos que concluyan en un esquema óptimo. Se ha descrito en algunos reportes que la utilización de esteroides y ciclopléjicos es probablemente la mejor opción para estos pacientes, por lo que proponemos revisar la evolución y respuesta al tratamiento combinado de estos medicamentos, para evaluar su utilidad.

Diseño:

Se realizara un estudio descriptivo observacional de corte transversal.

Objetivo:

Primario: Describir las características clínicas de los pacientes y el resultado posterior a la administración de esteroides y ciclopléjicos como tratamiento para uveítis idiopática.

Métodos:

Se revisarán los expedientes de los pacientes con diagnóstico de uveítis de los cuales, se estudiará a aquellos que hallan presentado las de tipo idiopática, y que fueron tratados con terapia combinada de esteroides y ciclopléjicos, (entendiendo como ciclopléjico, todo aquel medicamento que paraliza al músculo ciliar), que acudieron a la consulta externa de Oftalmología en el periodo comprendido de Enero de 1998 a Junio de 1999. Se incluirán las siguientes variables para su estudio:

Demográficas

Género, edad y procedencia

Del diagnóstico de uveítis idiopática:

Descartar uveítis secundaria, tratamiento previo, evolución sin tratamiento.

Del tratamiento:

Esteroides: prednisolona, dexametasona, fluorometolona, betametasona, metilprednisolona, dosis utilizadas; ciclopléjicos: tropicamida, atropina, homatropina, ciclopentolato, escopolamina; dosis utilizada.

Del seguimiento:

Agudeza visual, Tyndall, flare y requerimiento de otro tratamiento. La agudeza visual, será tomada en cada visita, usando la cartilla de Snellen, y en caso de que el paciente sea analfabeta, se utilizará la cartilla de la E. El efecto Tyndall, será valorado en cruces, (+, ++, +++ y ++++) según la severidad del cuadro, si como el flare.

Análisis:

Se realizará un análisis descriptivo de los datos, en caso de emplearse estadística se usará solamente estadística descriptiva. Para el vaciamiento de los datos, se empleará un formato en el que se incluya la edad del paciente, sexo, fecha de las visitas médicas, diagnóstico, tratamiento empleado y presencia o no de efecto Tyndall, flare y agudeza visual, y fecha de remisión del cuadro.

comúnmente nos enfrentamos en nuestro servicio; a pesar de que existen en la literatura diferentes esquemas de tratamiento para esta entidad, no se han publicado estudios comparativos que concluyan en un esquema óptimo. Se ha descrito en algunos reportes que la utilización de esteroides y ciclopléjicos es probablemente la mejor opción para estos pacientes, por lo que proponemos revisar la evolución y respuesta al tratamiento combinado de estos medicamentos, para evaluar su utilidad.

Diseño:

Se realizara un estudio descriptivo observacional de corte transversal.

Objetivo:

Primario: Describir las características clínicas de los pacientes y el resultado posterior a la administración de esteroides y ciclopléjicos como tratamiento para uveítis idiopática.

Métodos:

Se revisarán los expedientes de los pacientes con diagnóstico de uveítis de los cuales, se estudiará a aquellos que hallan presentado las de tipo idiopática, y que fueron tratados con terapia combinada de esteroides y ciclopléjicos, (entendiendo como ciclopléjico, todo aquel medicamento que paraliza al músculo ciliar), que acudieron a la consulta externa de Oftalmología en el periodo comprendido de Enero de 1998 a Junio de 1999. Se incluirán las siguientes variables para su estudio:

Demográficas

Género, edad y procedencia

Del diagnóstico de uveítis idiopática:

Descartar uveítis secundaria, tratamiento previo, evolución sin tratamiento.

Del tratamiento:

Esteroides: prednisolona, dexametasona, fluorometolona, betametasona, metilprednisolona, dosis utilizadas; ciclopléjicos: tropicamida, atropina, homatropina, ciclopentolato, escopolamina; dosis utilizada.

Del seguimiento:

Agudeza visual, Tyndall, flare y requerimiento de otro tratamiento. La agudeza visual, será tomada en cada visita, usando la cartilla de Snellen, y en caso de que el paciente sea analfabeta, se utilizará la cartilla de la E. El efecto Tyndall, será valorado en cruces, (+, ++, +++ y ++++) según la severidad del cuadro, si como el flare.

Análisis:

Se realizará un análisis descriptivo de los datos, en caso de emplearse estadística se usará solamente estadística descriptiva. Para el vaciamiento de los datos, se empleará un formato en el que se incluya la edad del paciente, sexo, fecha de las visitas médicas, diagnóstico, tratamiento empleado y presencia o no de efecto Tyndall, flare y agudeza visual, y fecha de remisión del cuadro.

Recursos

No se requirieron recursos adicionales.

Implicaciones éticas:

No se incurre en ninguna implicación ética ya que los pacientes recibieron el tratamiento conducente, y este es sólo un trabajo descriptivo.

RESULTADOS:

Del total de pacientes con uveítis, sólo veinte cumplieron con los criterios de inclusión, siendo 14 mujeres y 6 hombres; la edad fluctuó desde los 8 a los 73 años, con un promedio de 51.8 años. El diagnóstico más frecuente fue la iridociclitis con 14 casos (70%); 4 presentaron panuveítis (20%), 1 una uveítis posterior (5%); y 1 una pars planitis, (5%). En 7 de los casos se afectó el ojo izquierdo (35%); en 5 el ojo derecho (25%); y en 8 ambos ojos (40%). El periodo de remisión fue de 1 a 201 días, (promedio, 53.5 días). Los tratamientos utilizados fueron **dexametasona + tropicamida en 7 casos (35%)** de los cuales, 3, (15%) no presentaron Tyndall o flare; 1, (5%) presentó $\frac{1}{2}$ de Tyndall; 2, (10%) Tyndall+ con flare +; y uno, (5%) presentó Tyndall ++ con flare ++. **6 pacientes, (30%)** fueron tratados con **Prednisolona + tropicamida**, de los cuales, 5, (25%) presentaron Tyndall+; y 1, (5%), Tyndall +++ con flare +. **3 pacientes, (15%),** recibieron tratamiento combinado con **betametasona subtenoniana, dexametasona y tropicamida tópicos 2, (10%)** con panuveítis bilateral; y 1, (5%) con iridociclitis crónica de ambos ojos; 1 de ellos (5%) presentó Tyndall +; 2, (10%) Tyndall++ con flare + y vasculitis, además de Tyndall vítreo +++. Sólo en un caso (5%), se utilizó **prednisona vía oral, betametasona subtenoniana y dexametasona y atropina al 1% tópicos** (1 paciente con uveítis posterior), presentando, Tyndall ++ y vitreítis. **En tres casos, (15%) se empleó Imurán en dosis promedio de 50mg / día (2 pacientes con panuveítis, 1 con pars planitis).** La agudeza visual de los pacientes en el inicio del cuadro, fluctuó de 20/20 a la no percepción de luz (NPL), de la siguiente forma; 6, (30%) con 20/20; 2, (10%) con 20/25; 3, (15%) con 20/30; 1, (5%) con 20/40; 1, (5%) 20/50; 1, (5%) 20/200; 1, (5%) 20/400; 2, (10%) cuenta dedos; 1, (5%) movimiento de manos(MM); y 1, (5%) NPL., en uno de los pacientes no fue tomada. En dos pacientes (10%) con panuveítis hubo mejoría de la agudeza visual, mientras que en otros 2, (10%) empeoró. Las complicaciones que se presentaron fueron: hemorragias prerretinianas, vasculitis, aumento de la tensión intraocular,(TIO), y vitreítis, en los pacientes que cursaron con panuveítis, (20%); y ptísis bulbi en el único paciente, (5%) con pars planitis. Excepto ésta última, el resto de complicaciones, resolvieron al controlarse el cuadro inflamatorio.

Durante el periodo de evaluación no hubo exacerbaciones.

Tabla número 1

Tabla número 1

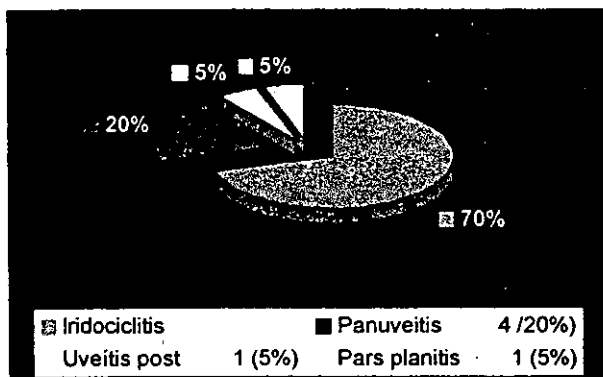


Tabla número 2

| TRATAMIENTO | No. Pac. | % |
|--|----------|----|
| Prednisolona+tropicamida | 6 | 30 |
| Dexametasona+tropicamida | 7 | 35 |
| Betametasona+dexametasona+tropicamida | 3 | 15 |
| Imurán+dexametasona+tropicamida | 3 | 15 |
| Prednisona V:O+dexametasona+betameta sona+tropicamida | 1 | 5 |

Tabla número 3

| Ojo afectado | Porcentaje | Número |
|--------------|------------|--------|
| Izquierdo | 35% | 7 |
| Derecho | 25% | 5 |
| Ambos | 40% | 8 |

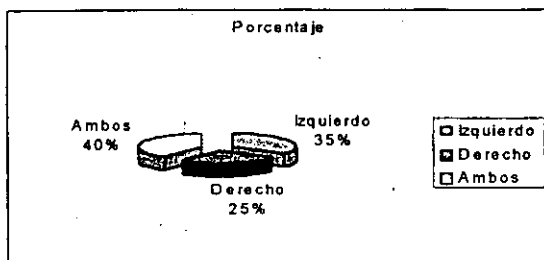


Tabla número 4

| AV | % | Número |
|--------|-----|--------|
| 20/20 | 30% | 6 |
| 20/25 | 10% | 2 |
| 20/30 | 15% | 3 |
| 20/40 | 5% | 1 |
| 20/50 | 5% | 1 |
| 20/200 | 5% | 1 |
| 20/400 | 5% | 1 |
| CD | 10% | 2 |
| MM | 5% | 1 |
| NPL | 5% | 1 |

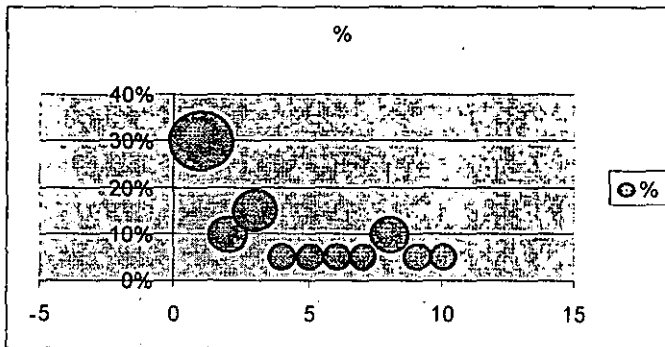
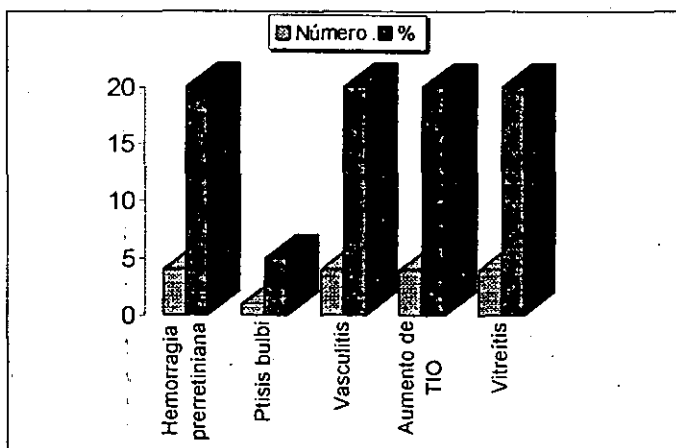


Tabla número 5

| Complicaciones | Número | % |
|--------------------------|--------|----|
| Hemorragia prerretiniana | 4 | 20 |
| Ptisis bulbi | 1 | 5 |
| Vasculitis | 4 | 20 |
| Aumento de TIO | 4 | 20 |
| Vitreítis | 4 | 20 |



DISCUSION:

-Al igual que en otros estudios la mayoría de las uveítis idiopáticas estudiadas fueron anteriores (8, 16).

-La mayoría de los cuadros de uveítis responden adecuadamente a la aplicación de esteroides tópicos o sistémicos agregando ciclopléjicos tópicos en algunos. Los inmunosupresores, se emplearán en casos de uveítis severas o en pacientes que no toleren los esteroides o con alguna contraindicación para su uso. En esta revisión, se observó que se usaron con mayor frecuencia, ciclopléjicos de acción corta o media, lo cual coincide con otros trabajos, en los que recomiendan a éstos (como la tropicamida), por evitar de una mejor forma la formación de sinequias posteriores al permitir la movilización pupilar (1,2,4,8 y 9).

-Los esteroides de depósito son efectivos aplicados vía subtenoniana, sin embargo, a pesar de que en otros estudios comentan que es mejor en el cuadrante superotemporal, en este estudio dieron buen repuesta sin administrarse en dicha región. Estos datos se relacionan con los descritos en el estudio de Rosembaun y Tanner y colaboradores, pues mencionan que además de mejorar la agudeza visual (parámetro con poca variación en este estudio), los signos inflamatorios como el flare disminuyen notablemente. (8,15 y 17).

-En esta revisión, al igual que en otras publicaciones, se observó que los cuadros de pars planitis, no responden adecuadamente a los esteroides, por lo que se requiere en muchos casos del uso de citotóxico; y aunque sólo hubo un caso en el estudio, se presentó en edad pediátrica, lo cual se también está descrito en la literatura. (8, 14).

-Al igual que en otros estudios, en la mayoría de casos en los que se aplicó esteroide periocular, se presentó aumento de la tensión intraocular, sin embargo, se coincide en el hecho de que pudiera deberse al mismo cuadro inflamatorio, pues al ceder éste, la tensión intraocular se normalizó, en contraposición al estudio hecho por Rosembaun y colaboradores, en que la TIO aumentó más de 8mmHg, requiriendo incluso de la realización de cirugías filtrantes para su control. En el presente trabajo, tampoco se observó ptosis o progresión de la catarata secundario a esta vía de administración de esteroides(15,17).

-La prednisolona tópica es efectiva en el tratamiento de la uveítis anterior, lo cual tiene relación con lo descrito en otros estudios, pero no con el hecho de que aumenta en forma importante la tensión intraocular pues en éstos casos, no se presentó aumento de la misma en ninguno de los pacientes a los que se les administró este medicamento (1,2,4,5,7).

-Igual que en otros reportes, el sexo más afectado fue el femenino(8,11,16).

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CONCLUSIONES:

La forma de presentación más frecuente de las uveítis idiopáticas fue la uveítis anterior.

La prednisolona tópica, da buenos resultados en uveítis anteriores de baja severidad, combinada con un ciclopléjico de corta duración como la tropicamida, sin aumentar en forma significativa la tensión intraocular.

La dexametasona, funciona mejor en forma tópica en los cuadros de uveítis anterior, de severidad moderada a importante, combinada con un ciclopléjico de mediana a corta duración como el ciclopentolato o la tropicamida.

La inyección subtenoniana de esteroides, puede usarse para los cuadros de uveítis posterior o panuveítis idiopática con buena efectividad, pues disminuyen en forma significativa los signos inflamatorios, posterior a la primera aplicación.

En la mayoría de los casos, la agudeza visual no se vio comprometida, por lo que quizá no sea un parámetro de inclusión constante en la evaluación de la respuesta al tratamiento.

El tiempo de recuperación fue más largo en los pacientes a quienes se les administró dexametasona en solución oftálmica y betametasona subtenoniana, sin embargo, fueron cuadros más severos.

La frecuencia de uveítis en niños es rara, sin embargo, su curso es prolongado y severo.

El sexo más afectado fue el femenino.

Referencias:

1. Am-J-Ophthalmol, 1999, May; 1227 (5): 537-44. "Controlled evaluation of loteprednol etabonate and prednisolone acetate in the treatment of acute anterior uveitis. Loteprednol Etabonate VS Uveitis Study Group.
2. Bartlet Jaanus, Ross. *Terapéutica en Oftalmología*: Mc Graw Hill -Interamericana; tercera Edic. , 1988: 241-258.
3. Duke-Elder. *System of Ophthalmology, (Diseases of the uveal tract)*. Vol IX; 1966; pp.39-47.
4. Fraunfelder F., Hampton F. *Current Ocular Therapy*; 1995; pp: 680-682.
5. Gross WL. "New concepts in treatment protocols for severe systemic vasculitis".
6. *Curr Opin Rheumatol*, 1999; Jan.1 (1) 41-46.
7. Hemady R., Tauber J., Foster GS. Immunosuppressive drugs in immune and inflammatory ocular disease. *Surv. Ophthalmol*;1991;35;369-385.
8. Hetch, Straus, Taylor. *Basic and Clinical Science Course 1999 – 2000. Intraocular Inflammation and uveitis*. Section 9. 211- 215.
9. Kanski J. *Oftalmología clínica*. Mosby. Tercera Edic. 1996. 11 – 158.
10. Lafranco Dafflon, Tran V.T: "Posterior subtenon' s steroid injection indications, efficacy and side effects". *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*, 1999; Apr, 237(4) 289 – 95.
11. Merril P.T. , Kim J., Cox T. A. "Uveitis in the Sowtheastern Unitaad States". *Curr Eye Res*, 1997; Sep 16 (9): 865-74.
12. Nussenblatt R; Palestine A. *Uveítis Fundamentals and clinical practique*; Year Book; 1989.
13. Paul W.E. *Fundamental inmunology*. Raven Press;1993.

14. Pivetti- Pezzi P. "Uveitis in children". *Eur J Ophthalmol*, 1996 Jul- Sep 6 (3): 293-8.
15. Rosenbaum J.T. , George R.K. "The treatment of refractory uveitis wiht intravenous, immunoglobulin". *Am J Ophthalmology*, 1999, May; 127 (5):545-9.
16. Santin M., Badrinas F., Masearo J. "Uveitis: an etiological study of 200 cases following a protocol". *Med Clin (Barc)*, 1991, May ; 96(17): 642-4.
17. Tanner V, Kanski J, Frith. Posterior sub-Tenon's triamcinolone injections in the treatment of uveitis. *Eye*, 1998;12 (Pt 4); 679-85.