



11234

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ASOCIACIÓN PARA EVITAR LA CEGUERA
EN MÉXICO, I.A.P.
HOSPITAL DR. LUIS SÁNCHEZ BULNES

FORMAS CLINICAS Y CAUSAS MAS FRECUENTES DE ESCLERITIS Y
EPIESCLERITIS

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA
PRESENTA

DRA. ROSA MARIA ROMERO CASTRO


SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

TUTOR DE TESIS
DR. MIGUEL PEDROZA SERES
CLINICA DE UVEITIS
ASOCIACIÓN PARA EVITAR LA CEGUERA EN MÉXICO, I.A.P.

COTUTOR DE TESIS
DRA. LOURDES ARELLANES GARCIA
JEFA DE CLINICA DE UVEITIS
ASOCIACIÓN PARA EVITAR LA CEGUERA EN MÉXICO I.A.P.

2005 0351292



ASOCIACIÓN PARA EVITAR LA CEGUERA EN MÉXICO, I.A.P.
HOSPITAL DR. LUIS SÁNCHEZ BULNES

JEFATURA DE ENSEÑANZA

V. Bo
R. Romero



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
2. OBJETIVOS	5
3. HIPÓTESIS	5
4. DISEÑO	5
5. POBLACIÓN	5
6. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	5
7. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	6
8. MATERIAL Y METODO	6
9. VARIABLES	6
10. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	6
11. RESULTADOS	7
12. DISCUSIÓN	8
13. CONCLUSIONES	8
14. REFERENCIAS	9
15. CUADROS Y TABLAS	10

INTRODUCCIÓN

El rango de afección de las escleritis y epiescleritis puede ser desde una forma clínica muy leve y autolimitada hasta un proceso necrosante o ulcerativo que pueda dar lugar a ceguera.

La epiescleritis es usualmente una enfermedad benigna, recurrente pero no debe subestimarse ya que ocasionalmente podría estar asociada con enfermedades sistémicas y complicaciones oculares. La escleritis se acompaña de dolor intenso, pérdida de visión y en muchos casos de destrucción del globo ocular. Con frecuencia se asocia a patologías sistémicas que ponen en peligro la vida. La diferenciación clínica entre estos espectros es importante porque ambas patologías tienen un curso clínico y pronóstico diferentes.

Se han propuesto numerosas clasificaciones de estas entidades con bases clínicas y etiológicas, la más frecuentemente utilizada está basada en el sitio anatómico de la inflamación y su apariencia clínica, de acuerdo a ella clasificaremos a los pacientes en el trabajo, propuesta por Watson y Hayreh divide a las epiescleritis y escleritis de la siguiente forma:

Epiescleritis:

1. Simple
2. Nodular

Escleritis:

1. Anterior:
 - A. Difusa.
 - B. Nodular
 - C. Necrosante: a) Con inflamación
b) Sin inflamación
2. Posterior.

Típicamente la epiescleritis se presenta en mujeres jóvenes como una inflamación benigna y recurrente que compromete a la epiesclera, el tejido conectivo laxo que la rodea incluyendo a la cápsula de Tenon. Se presenta clínicamente como ojo rojo, lagrimeo, sensación de cuerpo extraño y un dato importante en el diagnóstico es la ausencia de dolor e inflamación escleral, manteniéndose la configuración radial de la vasculatura. En la epiescleritis simple se observa edema difuso con congestión vascular usualmente en la región interpalpebral, en la epiescleritis nodular se observan uno o más nódulos superficiales, no dolorosos con pronta resolución de la sintomatología. Comúnmente la epiescleritis es una enfermedad autolimitada que no requiere tratamiento y solo se ha encontrado asociación sistémica en el 7% de los pacientes siendo la más común la Artritis reumatoide.

La escleritis se presenta con un dolor periorbitario intenso que se irradia a la mandíbula y despierta al paciente por la noche, debido a la particular distribución de la

vasculatura del ojo, la escleritis es más común anterior al ecuador pero se puede presentar también posterior originando una gran dificultad para su diagnóstico.

La escleritis anterior difusa es la forma de presentación más benigna, el 25 de los pacientes tienen una enfermedad asociada siendo la más frecuente la Artritis reumatoide. Clínicamente se presenta como una congestión intensa, violácea que involucra una región localizada de la esclera con alteraciones en la distribución radial de los vasos episclerales, cierre de capilares y reemplazo de éstos por vasos de neoformación. Después del episodio agudo los neovasos persisten, la esclera adquiere una coloración gris azulosa y pareciera ser transparente debido al reordenamiento de las fibras de colágena.

En la escleritis nodular se observan uno o varios nódulos discretos, profundos rojizos debido a intensa congestión vascular, son inmóviles y exquisitamente dolorosos. Al tacto el nódulo es separable de la episclera edematosa que lo rodea. En ocasiones el centro del nódulo es avascular, siendo un dato de progresión hacia la necrosis.

La escleritis necrotizante es una forma rara, potencialmente letal de escleritis, puede presentarse con o sin inflamación. La variedad con inflamación típicamente se presenta en personas entre los 30 y 60 años y es bilateral en más de la mitad de los casos, la mayoría de los pacientes tienen historia de episodios previos de inflamación escleral. Se acompaña de un intenso dolor que puede no ser proporcional a los signos clínicos. Al examen con la lámpara de hendidura se encontrará intensa inflamación y áreas de pobre perfusión escleral de color blanquecino, tiende a progresar circunferencialmente. La necrosis escleral puede dar lugar a extensas áreas de exposición de coroides o cuero ciliar. La perforación se presenta raramente y se relaciona con trauma. La escleritis necrotizante sin inflamación (escleromalacia perforans) ocurre comúnmente en mujeres adultas y se asocia a Artritis reumatoide de larga evolución. Consiste en una necrosis indolora insidiosa de la esclera, en la mayoría de los casos el paciente está asintomático. Se presenta adelgazamiento de la esclera y episclera sin inflamación. Puede ocurrir perforación asociada a trauma.

La escleritis posterior es una inflamación de la esclera atrás del ecuador que puede o no estar asociada a escleritis anterior. Se presenta con dolor, baja visual y proptosis con limitación a los movimientos oculares. En el fondo de ojo se puede observar edema del disco, desprendimiento de retina, edema macular, desprendimiento coroideo, pliegues coroideos y despegamientos localizados del EPR. Se asocia a una enfermedad sistémica en el 50% de los casos. En la ecografía modo B se observa engrosamiento de la pared posterior del globo, siendo esta una importante arma diagnóstica.

OBJETIVOS

El objetivo del presente estudio es conocer las formas clínicas de escleritis y epiescleritis y las causas más frecuentes que las originan en la población mexicana.

HIPÓTESIS

La forma más frecuentes de presentación de escleritis y epiescleritis es la difusa y la enfermedad sistémica asociada con más frecuencia es la Artritis Reumatoide.

DISEÑO

Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y transversal.

POBLACIÓN

Pacientes del servicio de uveítis del Hospital Dr. Luis Sánchez Bulnes Asociación para Evitar la Ceguera en México con diagnóstico de escleritis y epiescleritis vistos en los últimos 5 años (1987-2001).

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes de la Asociación para Evitar la Ceguera en México con diagnóstico de escleritis y epiescleritis vistos en la clínica de uveítis en el periodo de 1987 al 2001.
- Pacientes que hayan acudido por lo menos a dos visitas y con mínimo de cuatro semanas de seguimiento posterior al diagnóstico.
- Pacientes que refirieran cumplimiento del tratamiento recomendado.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Se excluyeron del estudio a pacientes con información incompleta en los expedientes.

MATERIAL Y MÉTODOS:

La clasificación de las epiescleritis y escleritis fue con bases clínicas. Todos los pacientes se examinaron bajo lámpara de hendidura y con filtro libre de rojo, en caso necesario se instiló una gota de fenilefrina al 10% para observar blanqueamiento escleral y diferenciar entre escleritis y epiescleritis.

Se realizó exploración bajo luz del día para valorar coloración escleral. A los pacientes con sospecha de escleritis posterior se les realizó ecografía buscando datos de engrosamiento de pared posterior y signo de la T.

Se efectuaron exámenes de laboratorio de rutina como Biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, velocidad de sedimentación globular y bajo la sospecha de enfermedad sistémica asociada o para descartarla se solicitaron exámenes específicos como: Factor reumatoide, ANA, pANCA, cANCA, radiografía de tórax y senos paranasales.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó estadística descriptiva, se reportaron medidas de tendencia central y dispersión en las variables continuas, tasas y proporciones para las variables nominales y categóricas.

VARIABLES

- Edad
- Sexo
- Tipo de escleritis o epiescleritis
- Ojo afectado
- Bilateralidad
- Enfermedad sistémica asociada.
- Cirugía desencadenante.
- Tiempo de cirugía desencadenante
- Complicaciones
- Recurrencias

RESULTADOS

Se estudiaron en total 165 pacientes de los cuales se excluyeron 5 por haber acudido únicamente a una cita y 3 por tener menos de 4 semanas de seguimiento. Se eliminaron 5 pacientes por no encontrarse información completa en los expedientes, quedando un total de 152 pacientes (cuadro 1) con una media de edad de 46.6 años. La desviación estándar fue de 17.9 años con un rango de 4 a 83 años. El 68.16% fueron del sexo femenino y el 36.84% masculino. De los pacientes con epiescleritis el 72.72% fue difusa y el 37.28% fue nodular. De los pacientes con escleritis se encontró que la más frecuente fue la difusa en el 44.7% de los casos, seguida por la nodular: 32.23%, necrosante en el 10.52%, escleromalasia:6.57% y escleritis posterior en el 3.9%.

Se presentó de forma bilateral en el 19.08%(cuadro1) de los casos, siendo simultáneo en 21 pacientes (72.41%) y alterno en 8 pacientes (27.59%). La mediana de tiempo entre un ojo y otro fue de 10 meses. Se asoció a uveitis anterior en 81pacientes (53.29%), catarata en 41 pacientes (26.97%), al igual que glaucoma en 41 pacientes (26.97%). Presentaron queratitis ulcerativa periférica 23 pacientes (15.23%) todos ellos con diagnóstico de Artritis Reumatoide o Granulomatosis de Wegener. La escleritis tuvo un inicio postquirúrgico(Cuadro2) en 18 pacientes (11.85%) siendo la cirugía desencadenante más frecuente la de pterigión(cuadro3) en 7 pacientes (4.6%), en 5 (3.29%) la extracción extracapsular de catarata + lente intraocular, en 3(1.97%) la resección de pterigión + betaterapia, en 1 la de pterigión + mitomicina (0.66%), 1 paciente (0.66%) la trabeculotomía + mitomicina y en 1 (0.66%) la resección de quiste conjuntival. El tiempo entre la cirugía y escleritis tuvo una media de 32.6 meses, con una desviación estándar de 29.8 meses y una mediana de 24 meses. Se encontraron recurrencias en 52 pacientes (34.21%).

Las enfermedades sistémicas asociadas fueron(Cuadro4): Ninguna en 79 pacientes (51.97%), Artritis reumatoide en 33 (21.71%), Granulomatosis de Wegener en 10 (6.58%), Lupus Eritematoso Sistémico en 4 (2.63%), policondritis recidivante en 1 (0.66%), Artritis reumatoide juvenil en 1 (0.66%), enfermedad inflamatoria intestinal en 2 (1.32%), Behcet en 1 (0.66%), Asociada a HLA B27 en 3 (1.97%), rosácea en 2 (1.32%), gota en 1 (0.66%), bocio 1 (0.66%).

Se encontró asociación a enfermedades infecciosas como el Herpes simples en 3 (1.97%), herpes zoster en 6 (3.95%), tuberculosis en 3 (1.97%), toxoplasmosis 1 (0.66%), toxocariasis 1 (0.66%).

DISCUSIÓN

Los datos reportados en nuestro estudio no muestran una gran diferencia a los reportados en estudios previos, como el de Watson y Hayreh con 159 pacientes en 1976, el de Sainz de la Maza y Foster con 172 pacientes en 1994 y Nakajima N Hyssaka con 52 pacientes en 1995. Encontrándose en todos ellos a la epiescleritis difusa como más frecuente que la nodular y a la escleritis difusa como la más frecuentes, seguida de la nodular, necrotizante, escleromalasia y posterior en orden de frecuencia, llama la atención en nuestro estudio que si bien la escleritis difusa fue la más frecuente, encontramos una gran cantidad de escleritis nodulares.

Cabe señalar que a diferencia de los reportes previos encontramos una importante cantidad de escleritis asociadas a enfermedades infecciosas, siendo en nuestra casuística la asociación más frecuente con herpes zoster con 6 casos.

Encontramos también un alto porcentaje de escleritis relacionadas a cirugía desencadenante y coincidiendo con reportes previos, la más frecuente fue posterior a cirugía de pterigión.

CONCLUSIONES

- La forma de epiescleritis más frecuente es la difusa.
- La forma de escleritis más frecuente es la difusa, seguida por la nodular, necrotizante, escleromalasia y posterior en orden de frecuencia.
- La enfermedad sistémica asociada con más frecuencia es la Artritis reumatoide.
- La enfermedad infecciosa más frecuentemente asociada es el herpes zoster.
- La cirugía desencadenante más frecuente es la resección de pterigión.
- Primer estudio de asociaciones y formas más frecuentes de escleritis y epiescleritis en población mexicana.
- No diferencia con estudios previos.

REFERENCIAS:

1. Watson, R Diseases of the sclera and episclera En: Tansam. W:ed Duane's Clinical Ophthalmology. Philadelphia J.B. Lippincott Company, 1993, 8-12.
2. Foster, C.S. Sainz de la Maza M.: The Sclera. New York. Springer-Verlag. 1993:95-136.
3. Watson, RG: Scleritis an Episcleritis. Br J Ophthal, 1976; 60:163-91.
4. Sainz de la Maza. M: Severity of scleritis and episcleritis. Ophthalmology, 1994; 101:189-96.
5. Sainz de la Maza.M: Scleritis associated with rheumatoid arthritis and with other systemic immune-mediated diseases. Ophthalmology, 1994; 101: 1281-88.
6. Hakin, K.N: Systemic associations of scleritis. In Ophthalmol Clin, 1991;31(3):111-29.

Cuadro 1.

No. de pacientes: 152		
Promedio de edad: 46.6 años Rango: 4-83 años		
Desviación estándar 17.94		
Distribución por sexo:	Hombres	36.84%
	Mujeres	68.16%
Bilateralidad.	29 Pacientes	19.08%
	Simultanea 21 pacientes	72.41%
	Alternativa 8 pacientes	27.59%
COMPLICACIONES		
Uveítis anterior	81 pacientes	53.29%
Catarata	41 pacientes	26.97%
Glaucoma	41 pacientes	26.97%
QUP	23 pacientes	15.23%

Cuadro 2.

INICIO DE ESCLERITIS POSTQUIRURGICO

Inicio postquirúrgico	Frecuencia(num. De pacientes)	Porcentaje
NO	134	88.15%
SI	18	11.85%

Cuadro 3.

CIRUGÍA DESENCADENANTE

CIRUGIA	No.	%
Ninguna	134	88.1
Resección de pterigion	7	4.6
EECC + LIO	5	3.29
Resección de pterigion + betaterapia	3	1.97
Resección de pterigion + mitomicina	1	0.66
Trabeculectomía + mitomicina	1	0.66
Resección de quiste conjuntival	1	0.66

ENFERMADAD SISTEMICA ASOCIADA

ENFERMEDAD SISTEMICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguna	79	51.97
Artritis Reumatoide	33	21.71
Granulomatosis de Wegener	10	6.58
Lupus Eritematoso Sistémico	4	2.63
Asociada a HLA B27	3	1.97
Enfermedad inflamatoria Intestinal	2	1.32
Rosácea	2	1.32
Artritis Reumatoide Juvenil	1	0.66
Behcet	1	0.66
Artritis Gotosa	1	0.66
Bocio	1	0.66
Policondritis recidivante	1	0.66
Herpes Zoster	6	3.95
Herpes Simplex	3	1.97
Tuberculosis	3	1.97
Toxoplasmosis	1	0.66
Toxocariasis	1	0.66
TOTAL	152	100