

11234

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADUO E INVESTIGACION

9
20

FACULTAD DE MEDICINA

I. S. S. S. T. E.

HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS.

UVEITIS. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PRESENTA EL DR.:

ARTURO IGNACIO BARROSO RAMOS.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD EN:

OF TALMOLOGIA.

DR. RICARDO LOPEZ FRANCO.

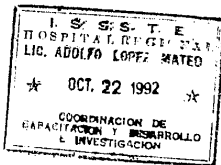
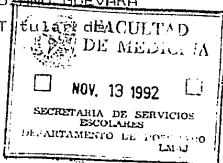
Coordinador de Capacitación y
Desarrollo e Investigación.

DR. FERMIN LOZANO GUEVARA

Profesor Titular de
Curso.

DR. AMADOR BOMEZ ANGELEZ.

Coordinador de Cirugía.



22 OCT. 1992

Subdirección General Médica

de los Servicios de Enseñanza e Investigación

Departamento de Investigación





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.

RESUMEN

Se estudiaron nueve pacientes que acudieron en forma secuencial al servicio de oftalmología del Hospital Regional Lic. Adolfo Lopez Mateos de I.S.S.S.T.E., todos derechohabientes del mismo, se les realizó el diagnóstico de uveítis de etiología diferentes; fueron seis hombres (67%) y tres mujeres (33%), con mayor frecuencia en su presentación en el grupo de 21 a 30 años; los síntomas más frecuentes fueron: dolor (30%), fotofobia (30%), disminución de la agudeza visual (30%) y lagrimeo (10%). Los signos fueron inyección ciliar (43%), turbidez del humor vítreo (24%), células en el humor vítreo (24%), sinequias posteriores (5%) y precipitados queratohialinos (5%). La etiología más frecuente fué la toxoplasmosis (33%) y las de causa inespecífica (33%); la artritis reumatoide y las postraumáticas representan el 11% cada una .

La evolución fué satisfactoria en el 89% y el resto (un caso) 11% evolucionó a la catarata.

En general concluyo que la frecuencia de uveítis es baja por una inadecuada historia clínica y una exploración física - insuficiente, siendo las etiologías más frecuentes toxoplasmosis y uveítis inespecíficas.

Palabras Claves: uveítis, diagnóstico.

SUMMARY

In this serie we reviewed nine patients in the Hospital Regional Lic. Adolfo Lopez Mateos I.S.S.S.T.E.; all of them with the diagnoses of uveitis.

In this study, we determined in the relative frecuencies of the uveitis respect the ages, sex, etiology, symptoms, signs, evolution, etiology and classification.

Six patients were males (67%) and three were females (33%). The main group were from 21 to 30 years of age.

The ocular toxoplasma and the inespecific inflammations were the two most frequents cause of uveitis.

The most frequent symptoms were ocular pain (30%) phothofobia (30%) and blurred vision (30%).

The most frequent signs were ciliary injection (43%) and cells in the vitreos (24%).

The evolution was satisfactory in the 89% of the cases.

The general conclusion is that the uveitis is rare due to a inadequate clinic history and fisic examination.

KEY WORDS: UVEITIS , DIAGNOSTIC .

INTRODUCCION

La uveítis es una entidad que puede tener diferentes causas así como estar asociada a múltiples enfermedades sistémicas .

A pesar de que existen importantes progresos tanto en su diagnóstico como en su tratamiento muchos oftalmólogos se desconciertan y decepcionan ante un nuevo caso.

DEFINICION: la uveítis indica la inflamación de la túnica media del ojo, la uvea. Aunque generalmente el término de uveítis es usado para todo tipo de inflamación intraocular - enoógena, aunque el tracto uveal no este comprometido.

CLASIFICACION: se han propuesto numerosas clasificaciones de uveítis pero ninguna ha sido satisfactoria. La clasificación aquí descrita intenta caracterizar cada caso de uveítis apropiadamente.

CLASIFICACION ANATOMICA: según la clasificación anatómica, la uveítis puede ser: anterior, media, posterior y difusa.

UVEITIS ANTERIOR: se subdivide a su vez en: iritis; inflamación predominantemente del iris , e iridociclitis; tanto el iris como el cuerpo ciliar están afectados.

UVEITIS MEDIA: se caracteriza por estar afectada principalmente la parte posterior del cuerpo ciliar (pars plana) y de la extrema periferia de la retina.

UVEITIS POSTERIOR: en la uveítis posterior la inflamación se localiza por detrás del límite posterior de la base del vitreo. Dependiendo del lugar que se afecte primero la uveítis

posterior se subdivide en : coroiditis, retinitis, coriorretinitis y retinocoroiditis.

DIFUSA O PANUVEITIS: Se caracteriza por la inflamación de la totalidad del tracto uveal.

CLASIFICACION CLINICA: según la forma de comienzo y la duración de las uveitis pueden ser : agudas y crónicas.

UVEITIS AGUDA: la uveitis aguda tiene normalmente un comienzo sintomático brusco y una duración de seis semanas o menos.

UVEITIS CRONICA: la uveitis crónica tiene una duración que va de meses a años. Su comienzo es frecuentemente insidioso y asintomático, a pesar de que ocasionalmente pueden existir exacerbaciones subagudas.

CLASIFICACION ETIOLOGICA: según su etiología pueden ser exógenas o endógenas.

UVEITIS EXOGENAS: están causadas por una agresión externa a la uvea o por la invasión de microorganismos u otros agentes patógenos a la misma (aquí se incluyen los traumatismos).

UVEITIS ENDOGENAS: son secundarias a padecimientos sistémicos, que por su fisiopatología afectan en una fase de su evolución a estructuras intraoculares (sean infecciosas o no).

CLASIFICACION DE UVEITIS ENDOGENA. Los seis tipos principales de uveitis endógena son:

- 1.- Secundarias a enfermedad sistémicas como : artritis ej.: espondilitis anquilosante; granulomatosas ej.: tuberculosis y sarcoidosis.
- 2.- Infecciones por parásitos ; ej.: toxoplasmosis.
- 3.- Infecciones virales; ej.: citomegalovirus.
- 4.- Infecciones por hongos; ej.: candidiasis.
- 5.- Uveitis idiopáticas específicas; que son un grupo de en-

tidades que no se encuentran normalmente asociadas con ninguna enfermedad sistémica subyacente, pero que tienen características especiales por sí mismas para justificar una descripción por separado, ej.: pars planitis.

- 6.- Uveítis idiopáticas no específicas, que no pueden clasificarse en ninguna de las categorías anteriores y que constituyen el 25% de todos los casos de uveítis.

CLASIFICACION ANATOMOPATOLOGICA.

Según la clasificación anatomopatológica las uveítis pueden ser granulomatosas y no granulomatosas.

Clinicamente la separación no siempre es útil porque algunas formas de uveítis granulomatosa, ej.: la sarcoidosis; pueden presentarse con rasgos no granulomatosos y ocasionalmente -- algunas inflamaciones no granulomatosas pueden tener características granulomatosas.

SIGNOS Y SINTOMAS

Los síntomas principales de la uveítis anterior aguda son fotofobia, dolor enrojecimiento, disminución de la agudeza visual y lagrimeo. En la uveítis crónica anterior, por el contrario, el ojo suele estar blanco y con sintomatología mínima aún en presencia de inflamación grave.

SIGNOS

Inyección ciliar: en la uveítis anterior aguda, la inyección ciliar periorificial presenta un tono violáceo. El grado de inyección ciliar suele clasificarse de 0 a 4 +.

Precipitados Queráticos. Las características y distribución de los precipitados queráticos (PKs) pueden orientarnos hacia la posible etiología de la uveítis.

Distribución. Los PKs se localizan normalmente en las zonas inferior y media de la córnea. Por el contrario en la uveítis del síndrome de Fuchs se encuentran distribuidos en todo el endotelio.

Tamaño: Depósitos endoteliales en polvo de tabaco, constituidos por varios cientos de pequeñas células, suelen aparecer en la uveítis anterior aguda así como de las exacerbaciones subagudas de las inflamaciones crónicas. Los PKs pequeños, característicos del Herpes Zoster y del síndrome de Fuchs.

Los PKs medianos, aparecen en la mayoría de las uveítis agudas o crónicas anteriores. Los PKs gruesos que constituyen normalmente la variedad denominada " en grasa de carnero " y que posee un aspecto grasoso. Se encuentran formados por racimos de células epiteliales y macrófagos mononucleares y parecen típicamente en las uveítis granulomatosas.

Tiempo de evolución. Los PKs recientes suelen ser blancos y redondos, a medida que envejecen van encogiéndose y pigmentándose. Los PKs en grasa de carnero al pigmentarse suelen adquirir una apariencia nialinizada.

Células en el humor acuoso. Las células se clasifican en relación al número observado con el haz de la lámpara de hendidura proyectada oblicuamente: las células se contarán y clasificarán de 0 a 4 +.

Turbidez del humor acuoso. La clasificación del grado de turbidez debe realizarse utilizando el mismo haz en la lámpara de hendidura que para el conteo de células. La turbidez se gradúa de 0 a 4 +.

Nódulos del iris. Los nódulos de Koeppel están situados en el

borde pupilar, son más pequeños que los nódulos de Busacca que son menos frecuentes y se encuentran localizados en la superficie del iris.

Atrofia del iris. Aparece en las uveítis debidas a Herpes Simple y Herpes Zoster.

Rubeosis del iris. La neovascularización del iris se asocia frecuentemente con una turbidez persistente del humor acuoso debido a la difusión continua de proteínas hacia este humor. sinequias posteriores. Las sinequias posteriores (adherencias entre la cara anterior del cristalino y el iris) se forman - facilidad en el curso de un ataque agudo de uveítis anterior, ya que la pupila es de tamaño pequeño. Las sinequias posteriores que se extiende de 360° (oclusión pupilar) impiden el paso del humor acuoso desde la cámara posterior a la cámara anterior provocando un abombamiento del iris periférico (iris bombe), que pueden llevar a la elevación de la presión intraocular debida a un cierre secundario del ángulo por el iris periférico.

Vitreo anterior. La densidad celular en el vitreo anterior debe ser comparada con la existente en el humor acuoso.

Segmento posterior debe realizarse un examen cuidadoso de la macula para lograr evidenciar la existencia de un edema macular cistoide, que es una complicación ocasional de la uveítis anterior crónica y una complicación bastante común en la uveítis intermedia.

La selección de pruebas de laboratorio para la investigación de cualquier paciente que sufra uveítis será para efectuar el diagnóstico diferencial en particular de cada paciente.

Indicadores de inmunidad humoral. El V.D.R.L., el ATA-ABS, an-

ticuerpos para el Toxoplasma, para el Coccidioides e Histoplasma así como para la Chlamidia.

Examen general de laboratorio, biometría hemática completa, - estudios de circulación de células sanguíneas HLA. El HLA-B 27 ha sido encontrado en un alto porcentaje en pacientes con espondilitis anquilosante, síndrome de Reiter y otras formas de iridociclitis aguda o recurrentes.

Pruebas cutáneas. Las inyecciones intracutaneas de antígenos solubles preparados de microorganismos, extractos de tejidos y otros materiales alerénicos son los más comunmente utilizados en pacientes con uveitis, probablemente las más importantes son la tuberculina, histoplasmina y toxoplasmina. Examen por rayos X. A todos los varones jóvenes con iridociclitis - aguda unilateral se deben realizar estudio radiológico de las articulaciones sacroilíacas independientemente se presenta - sintomatología o no de dicha región, en enfermedades inflamatorias que afecta el segmento posterior o que existan datos de enfermedad granulomatosa, se practicarán tele de tórax, placas radiográficas de manos y pies, mismas que ayudan en el diagnóstico de sarcoidosis.

Los objetivos principales del tratamiento son: evitar complicaciones que amenazan la visión como el glaucoma; catarata edema macular cistoide crónico y desprendimiento de retina.

Aliviar el dolor y tratar si es posible la causa subyacente.

Los cuatro grupos principales de fármacos utilizados en las uveitis son: los midriáticos, esteroides, agentes citotóxicos - y ciclosporina. Las uveitis infecciosas serán tratadas con antimicrobianos o antivirales adecuados.

Indicaciones: Los midriáticos se utilizan por tres razones:

Para el confort, el dolor de la uveítis anterior aguda severa se produce por espasmo del músculo ciliar y del esfínter de la pupila.

Para evitar las sinequias posteriores..

Para romper las sinequias posteriores. La formación de sinequias puede llevar a la alteración de la motilidad pupilar normal, glaucoma por bloqueo pupilar debido a seclusión pupilar y participa en el desarrollo de la catarata complicada.

Los esteroides pueden ser utilizados tópicamente o por inyección periocular o sistémica.

Agentes citotóxicos. Su administración debe de ser supervisada por un internista ya que son potencialmente tóxico; las dos indicaciones básicas para el uso de agentes citotóxicos son: inflamación intraocular reversible, con posibilidad de crear ceguera (bilateral), efectos secundarios intolerables por el uso de esteroides sistémicos. La ciclosporina es un potente agente inmunosupresor anti-células T, está demostrado ser un agente prometedor en el tratamiento de casos resistentes a los esteroides y , o agentes citotóxicos en uveítis por enfermedad de Behcet.

MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron pacientes de primera vez con diagnóstico de uveítis que acudían al Servicio de Oftalmología del Hospital - Regional Lic. Adolfo López Mateos en el periodo comprometido entre marzo de 1991 y septiembre de 1992, se les efectuó his- clinica, valorandose dolor ocular, fotofobia, inyección ci- liar, disminución de la agudeza visual, precipitados queráti- cos, células en el humor acuoso, turbidez del humor acuoso, - sinequias posteriores, atrofia de iris, nódulos de iris, ví- treo anterior y segmento posterior, utilizándose para lo an- terior : proyector de optotipos marca American Optical para - valoración de la agudeza visual, el segmento anterior se valo- ró con lámpara de hemidura marca Haag Streit 900, la tonome- tría se efectuó con tonómetro de Schiøtz marca Miltex, - el estudio del segmento posterior se realizó con oftalmoscopio directo marca Welch Allyn, lente de Goldman de tres espejos - marca Carl Zeiss. Se solicitaron biometría hemática, química - sanguínea, examen general de orina con aparato Coulter. Rayos X , A-P y lateral de cráneo. A-P y lateral de columna lumbosacra con aparato C.G.R.. Se realizó serología para toxo - plasmosis y factor reumatoide con reactivos de marca Ortho. Se presentan resultados, tablas y gráficas.

RESULTADOS

Se estudiaron un total de nueve pacientes todos derechohabientes del I.S.S.S.S.T.E., seis pacientes correspondieron-- al sexo masculino y tres al sexo femenino. De los nueve pacientes a tres se les diagnosticó uveítis por toxoplasma Gondii, - uno presentó uveítis secundaria a artritis reumatoide; tres de causa inespecífica; uno de tipo postraumática y el último afectado por el virus del Herpes simple.

CASO 1

Hombre de 44 años de edad que acude al servicio presentando dolor en ojo derecho con disminución de la agudeza visual e hiperemia conjuntival de seis meses de evolución con recidiva - en esta consulta . Dentro de sus antecedentes presenta dolor - articular de extremidades superiores e inferiores . La agudeza visual de ojo derecho es de 20/70 y en ojo izquierdo de 20/40, no mejorando con estenopeico, la presión intraocular, la movilidad ocular y los reflejos fueron normales . En el segmento anterior hubo hiperemia conjuntival de 2 a 3 + . El fondo de ojo fue de características normales. Los estudios para artritis reumatoide fueron positivos, Llegándose al diagnóstico de uveítis endógena secundaria a artritis reumatoide. Se prescribió prednisona 50 mg. vía oral cada 24 horas, atropina al 1 % una gota cada 12 hrs en ojo derecho; Naproxeno 250 mg --- vía oral cada 8 hrs, presentando mejoría con recidivas que -- lo llevaron a opacidad total de cristalino , se programó para cirugía de catarata y finalmente desertó del servicio.

CASO 2

Mujer de 42 años de edad; durante una semana presentó dolor ocular, fotofobia e hiperemia de ojo izquierdo, se autome-- dicó y cursó con odontalgia una semana antes de haber ini--

ciado el cuadro oftálmico. Su agudeza visual en ojo derecho de 20/20 y en ojo izquierdo de 20/30 que mejoró al 20/20. La presión, motilidad y reflejos oculares normales. En el segmento anterior hubo hiperemia conjuntival 3+, en el ojo izquierdo; en el derecho fué de grado muy leve; la reacción ciliar fué intensa y el signo de tyndall de 2+, el cristalino sin alteración; el fondo de ojo normal.

Se manejó con prednisona 50 mgs. cada 24 hrs.vía oral, ciclopiololato al 1% una gota cada 8 hrs. en el ojo izquierdo y prednisona gotas oftálmicas una gota cada 3 hr. por 10 días en el ojo izquierdo; presentó mejoría y se inició dosis de reducción. Los resultados de laboratorio y gabinete fueron normales. Se canalizó al servicio de odontología para su manejo. Llegándose al diagnóstico oftalmológico de uveítis anterior de causa inespecífica.

CASO 3

Hombre de 23 años de edad el cual fué evaluado por primera vez en el servicio de Urgencias Adultos por presentar ojo coloroso, sensación de cuerpo extraño y visión borrosa del ojo derecho. Entre sus antecedentes personales de importancia, refirió un cuadro similar al actual 3 meses antes, que se trató con corticosteroides tópicos y midriáticos; la evaluación oftalmológica mostró agudeza visual de ojo derecho de 20/20 y de ojo izquierdo de 20/20; la tensión intraocular, los reflejos y movimientos oculares fueron normales. En el examen ocular con lámpara de hendidura se encontró en el ojo derecho hiperemia conjuntival 2+; depósitos retroqueráticos en grasade carnero; células en la cámara anterior 3 + . El fondo de ojo

derecho mostró células inflamatorias y abundante pigmento en vítreo que impedían valorar adecuadamente el polo posterior observándose solamente la silueta pupilar. Con lo anterior - se hizo el diagnóstico de probable toxoplasmosis. Se solicitó anticuerpos para toxoplasma y resultó positivo con niveles de 1:16. se inicio tratamiento con trimetoprim con sulfametoxazol una tableta cada 12 hrs , fosfato de dexametasona, sulfato de neomicina, sulfato de polimixina B y clorhidrato de fenilefrina una gota cada 6 hr. y atropina al 1% una gota cada 12 hrs. Dos días y se llegó a percibir en el polo posterior una lesión - nasal superior, blancoamarillenta, elevada con bordes difusos sin observarse cicatriz coriorretiniana; y se continuó con el mismo manejo.

El paciente dejó de asistir a consulta y perdimos el seguimiento del caso.

CASO 4

Hombre de 14 años de edad, refirió ojo rojo bilateral; - ardor, prurito y fotofobia desde hacia seis años con exacerbaciones del cuadro cada dos meses aproximadamente con mejoría a corto plazo secundaria a automedicación inespecífica. No refirió afección de la agudeza visual sino hasta siete -- días antes de su ingreso a este hospital.

Los antecedentes personales patológicos, heredofamiliares y no patológicos sin datos de importancia.

En la exploración oftalmológica reportó: agudeza visual de -- ojo derecho 20/30 y de ojo izquierdo de cuenta dedos, sin mejorar con el estenopeico. La presión intraocular fué de 12 mm.-- Hg. en ambos ojos, los reflejos y la motilidad ocular fueron normales. En el segmento anterior se encontró hiperemia conjuntival de predominio superior en ambos ojos; se observó -

vascularización superficial media y profunda en la córnea periférica en el meridiano de 9 a 3 asociado a edema estromal; en el ojo izquierdo llegó cerca del área pupilar.

También se observaron depósitos retroqueráticos (de medianos a pequeños con disposición anular, en la periferia de la córnea; más notorios en el ojo izquierdo). En la cámara anterior se encuentran células 2+, no se observaron sinequias, cristalino normal, vítreo transparente, fondo de ojo sin alteración.

Se diagnosticó esclerouveítis en estudio.

Se indicaron los estudios siguientes: Biometría Hemática, Química Sanguínea, Examen General de Orina, P.P.D., V.D.R.L., y anticuerpos para el toxoplasmas. Los resultados fueron negativos. Se prescribió tratamiento tópico a base de fosfato de dexametasona en combinación con polimixina y neomicina cada 8 hrs. además de fenilefredina y ciclopentolato cada 8 hrs.

Continuó con este tratamiento por un mes. Posteriormente sólo gotas de metilcelulosa cada 8 hrs. Durante 30 días presentó mejoría del edema corneal así como de la agudeza visual. A los tres meses su agudeza visual fué de 20/20 en ambos ojos; leve hiperemia conjuntival y vasos exanques en la periferia corneal; en el ojo izquierdo presentó opacidades estromales en forma de moneda en el área pupilar del lado temporal. la cámara anterior se mostró libre de células.

CASO 5

Hombre de 16 años de edad originario del estado de Guerrero que refirió dolor ocular, fotofobia, lagrimeo, sensación de cuerpo extraño y enrojecimiento del ojo derecho. Entre sus antecedentes de importancia cuenta con dos hermanos mayores con diagnóstico de coriorretinitis por toxoplasma (en la región -

donde residen hay murciélagos).

A la exploración oftalmológica la agudeza visual del ojo derecho fué de 20/200 y no mejoró con estenopeico; en el ojo izquierdo fué de 20/20 . La presión intraocular fué de 12 mm. - de Hg. en ambos ojos; los reflejos y la motilidad ocular fueron normales. En el segmento anterior encontramos hiperemia conjuntival de 2 +; en la cámara anterior células 3+; turbidez vítrea 2+ : En el fondo de ojo se encontró una lesión blanquecina perimacular de aproximadamente dos diámetros papilares..

Finalmente se diagnosticó probable toxoplasmosis ocular. La serología con anticuerpos contra *Toxoplasma Gondii* fué positiva. Se trató a base de sulfametoxazol con trimetoprim una tableta cada 8 hrs., ciclopentolato al 1% una gota cada 8 hrs. y prednisolona; a la semana siguiente se agregó clindamicina la cual fué rechazada por la madre ya que uno de sus hijos presentó -- complicaciones severas. No se volvió a presentar el paciente - para nueva valoración.

CASO 6

Hombre de 22 años de edad . oficinista. Refirió haber -- iniciado su padecimiento ocular 15 días antes de presentarse - en este servicio. Cursó cuadro gripal previo. no existen otros antecedentes importantes para su enfermedad. La valoración oftalmológica encontró agudeza visual de 20/20 en el ojo derecho y en el ojo izquierdo de 20/50 y no mejoró con estenopeico; la presión intraocular, reflejos y motilidad ocular normales. El - segmento anterior presentó hiperemia conjuntival 2+, células - en cámara anterior 2+, no se observaron precipitados retroqueráticos, la turbidez vítrea de 3+ y no se logró valorar el polo posterior.

Se solicitaron estudios de laboratorio siendo positivos para - toxoplasmosis: las placas sacroiliacas fueron normales. Finalmente se decidió tratamiento a base de trimetoprim con sulfametoxazol una tableta cada 12 hrs., ciclopentolato al 1% y -- prednisolona una gota cada tres hrs. A los 15 días hubo mejoriasintomática y la agudeza visual permanecio sin cambio.

CASO 7

Hombre de 32 años de edad que refirió disminución de la - agudeza visual del ojo izquierdo con lagrimeo y fotofobia secundariamente a traumatismo directo con corcholata.

Sin otro dato de importancia para su padecimiento oftálmico.

En la valoración oftálmica la agudeza visual del ojo derecho - fué de 20/20 y en el izquierdo únicamente percibió luz. La presión intraocular fué de 4 mm Hg. en el el ojo izquierdo. En el segmento anterior hubo hifema del 80% , hiperemia conjuntival de 3 + . La ultrasonografía ocular izquierda no mostró daño en la retina ni luxación del cristalino. Se administró prednisona 100 mgs. cada 24 hrs., atropina al 1% una gota cada 12 hrs. y reposo semisentado; a los 8 días el hifema no mejoró y se realizó lavado de la cámara anterior, sin complicaciones. Al segundo día mejoró la agudeza a 20/200, la tensión intraocular continuó baja y continuó con el mismo tratamiento. El diagnóstico clínico fué de uveitis postraumática del ojo izquierdo..

CASO 8

Mujer de 23 años de edad que acudió al servicio refiriendo -- disminución de la agudeza visual y " 2 moscas volantes " .No tuvo antecedentes de importancia para su padecimiento oftálmico. A la valoración se encontró agudeza visual de ojo derecho de 20/20 y de ojo izquierdo de 20/70 sin mejorar con esteno -

peico, la presión intraocular, los reflejos y motilidad sin alteración. El segmento anterior en límites normales; aunque en la cámara anterior se encontraron células 2+ y varios precipitados retroqueráticos pequeños en el ojo izquierdo; el vítreo mostró células y la retina periférica datos de ligera vasculitis; en la pars plana se observó una placa blanco grisacea y edema del polo posterior.

Se trató como pars planitis con administración para-ocular de metilprednisolona y de prednisolona 50 mgs. vía oral cada 24 hrs. A los 15 días presentó mejoría notable en la agudeza visual del ojo izquierdo; 20/30 manejando dosis de reducción por 5 días. El paciente desertó del servicio.

CASO 9

Mujer de 53 años de edad que acudió al servicio de oftalmología refiriendo fotofobia, sensación de cuerpo extraño, dolor intenso y enrojecimiento de ojo izquierdo. Se trató de paciente diabética de 10 años de evolución, tratada con hipoglucemiantes orales y en buen estado de control.

En la evaluación oftálmica la agudeza visual del ojo derecho fue de 20/30 y la del ojo izquierdo de 20/40 sin mejorar con el estenopeico, no se realizó tonometría, en el segmento anterior se encontró hiperemia conjuntival 3+ con signo de tyn-dall de 2+; con la fluoresceína se localizó lesión corneal dendrítica activa. El resto de la exploración en límites normales. No se exploró el fondo de ojo del lado afectado por presentar blefarospasmo y dolor intenso. Su diagnóstico clínico fue de uveítis anterior secundaria a lesión herpética corneal. Se manejó con antivirales tópicos y ciclopentolato al 1% una gota cada 8 hrs., no se prescribieron esteroides.

DISCUSION

La importancia principal de la presentación de estos casos estriba en el reconocimiento de la dificultad diagnóstica de la uveítis, dada la escasez de sistematización en los datos de reconocimiento, recolección, estudio y seguimiento de los pacientes portadores de dicho padecimiento.

En nuestro medio una de las causas más frecuentes de uveítis es la toxoplasmosis; padecimiento secundario a la afección por el parásito *Toxoplasma Gondii*, intracelular obligado, que puede afectar tanto a humanos como a animales.

La mayor parte de los casos en seres humanos cursan como portadores asintomáticos.

La toxoplasmosis ocular se presenta como una retinitis - corioidea focal necrotizante, asociada comúnmente a vitreitis y a uveítis anterior granulomatosa. Este parásito es una de las causas más frecuentes de retinocoroiditis. Se observan en la retina cambios inflamatorios crónicos como infiltración linfocítica perivascular, granulomas y células espumosas cargadas en su citoplasma del parásito cuando se llega a estudiar un espécimen que sea portador de toxoplasmosis.

A nuestros pacientes se les prescribió tratamiento a base de corticoesteroides tanto tópicos como sistémicos obteniendo buenos resultados; sin complicaciones ni efectos indeseables como se ha reportado en la literatura mundial debido a su efecto inmunosupresor y citotóxico. Sin embargo la serie es muy pequeña como para tomar un criterio contundente sobre este punto.

Los midriáticos ayudaron a evitar sinequias y a mitigar el dolor . En este estudio sólo un caso desarrolló sinequias permanentes con evolución tórpida.

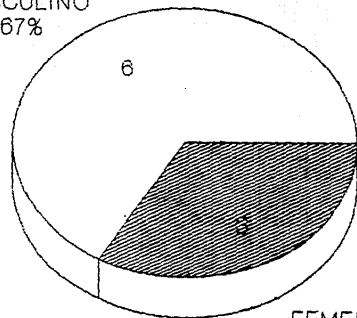
La antibioticoterapia se administró sólo en los casos que lo ameritaban ; ya sea local o sistémicamente.

CONCLUSIONES

1.- La etiología más frecuente de uveítis, en este estudio es la toxoplasmosis y las de causa inespecífica.

2.- Es necesario profundizar el interrogatorio y exploración física en pacientes con Síndrome de Ojo Rojo, para detectar problemas como la uveítis, tempranamente.

MASCULINO
67%

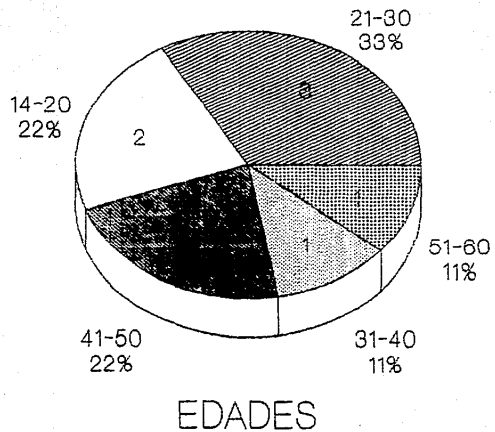


FEMENINO
33%

SEXO

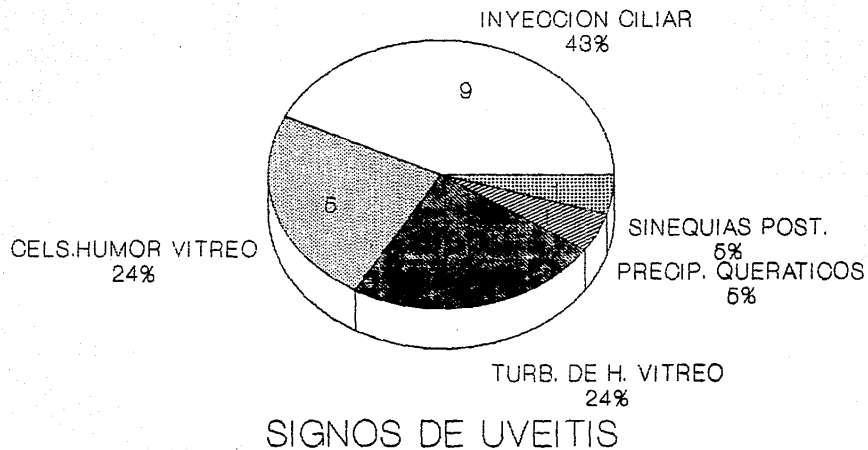
FUENTE: H.R.L.A.L.M.

GRAFICA 1.



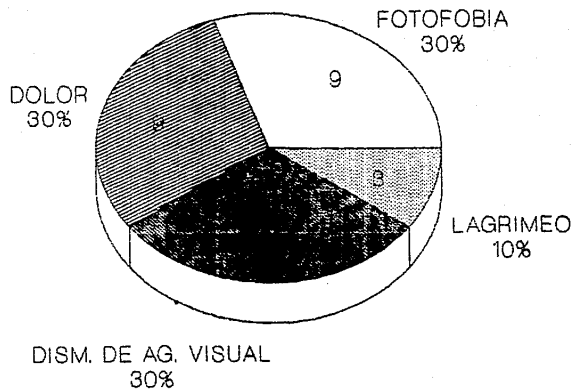
FUENTE: H.R.L.A.L.M.

GRAFICA 2.

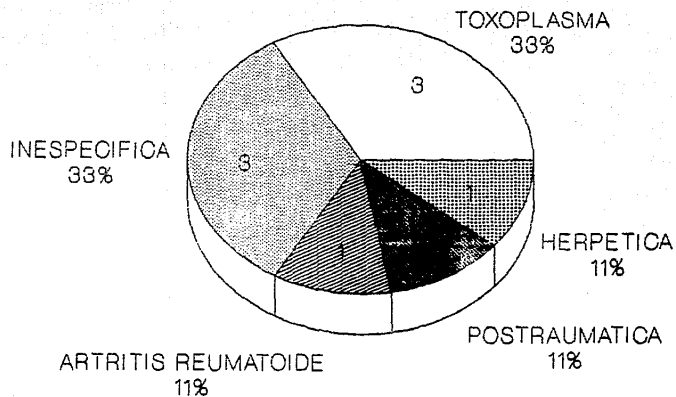


FUENTE: H.R.L.A.L.M.

GRAFICA 3.



SINTOMAS DE UVEITIS



ETIOLOGIA DE UVEITIS

FUENTE: H.R.L.A.L.M.

GRAFICA 5.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Abrams, J. Schlaegel, T. F.: The Tuberculin Skin Test in the Diagnosis of Tuberculous Uveitis. Am. J. Ophthalmol. 1983; 96 : 295 - 298 .
- 2.- Asher W.; Benezra D.: Clinical Patterns and Associated Conditions in Chronic Uveitis. Am. J. Ophthalmol. 1991; 112: 151 - 158.
- 3.- Baarsma, s.; Luyendiik, L.; Kikstra, A.: Analysis of Antibody Production in the vitreous Humor of Patients With Severe Uveitis. Am. J. Ophthalmol. 1991; 112: 147-150.
- 4.- Brezin, P.; Eguagu, C.E.; Burnier, M.: Identification of *Toxoplasma Gondii* in Paraffin-Embedded Sections by the Polymerase Chain Reaction. Am. J. Ophthalmol. 1990; 110: 599 - 604 .
- 5.- D'Alessandro, P. L.; Foster, D.J.; Rao, N.A. Anterior Uveitis and Hypopyon . Am. J. of Ophthalmol. 1991; 112: : 317 -321.
- 6.- Hogan, M.J.; Wood, I. S.; Godfrey; W.A.: Aqueous Humor Cytology in Uveitis. Arch. Ophthalmol. 1973; 89: 217-220.
- 7.- Kanski, J.J.: Anterior Uveitis in Juvenil Rheumatoid Arthritis. Arch. Ophthalmol. 1977; 95: 1794-1797.
- 8.- Uveitis, A Colour Manual of Diagnosis and Treatment. Kanski, J.J., Butterworth and Co. Ltd., Londres Reino Unido; 1992: 1-109.
- 9.- La Hey, E.; Mooy, C.M.; Baarsma, G.S.: Immune Deposits in Iris Biopsy Specimens From Patients With Fuchs' Hetero-chronic Iridocyclitis. Am. J. Ophthalmol. 1992; 113: 75-79.
- 10.- Nussenblatt, R.B.; Palestine, A.G. And Chi-Chao-Chan: Cyclosporin a Therapy in the Treatment of Intraocular - Inflammatory Disease Resistant to Systemic Corticosteroids and Cytotoxic Agents. Am. J. Ophthalmol. 1983; 96: 275 - 281.
- 11.- Nusenblatt, R.B.; Palestines, A.G. And Chi-Chao-Chan: Randomized, Double-Masked Study of Cyclosporine Compared

to Prednisolone in the Treatment of Endogenous Uveitis.
Am. J. Ophthalmol. 1991; 112: 138-146.

- 12.- O'Connor, G.R.: Factors Related to the Initiation and recurrence of Uveitis. Am. J. Ophthalmol. 1983; 96: 577-584.
- 13.- Shorb, S.R.; Irvine, A.R.; Kimura, S.J.: Optic Disk Neovascularization Associated with Chronic Uveitis. Am. J. -- Ophthalmol. 1976; 82: 175-178.
- 14.- Tilden, M.E.; Rosenbaum, J.T.; Fraunfelder, F.T.: Systemic sulfonamides as a cause of Bilateral, Anterior Uveitis.. Arch. Ophthalmol. 1991; 109: 67-69.
- 15.- Wellington Belin, M.; Baltch, A. Hay, P.: Secondary Syphilitic Uveitis . Am. J. Ophthalmol. 1981; 92: 210-214.
- 16.- Zantos, S.G. And Holden B.A.: Guttate endothelial Changes with anterior eye inflammation. Br. J. Ophthalmol. 1981; 65: 101-103.