

11234

21



**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**

**HALLAZGOS FLUORANGIOGRÁFICOS EN PACIENTES MEXICANOS  
CON PARS PLANITIS CLASICA**

**TESIS DE POSGRADO**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA  
PRESENTA**

**DR. PEDRO CERVANTES FANNING**

**TUTOR DE TESIS  
DRA. LOURDES ARELLANES GRACIA  
JEFA DEL SERVICIO DE UVEITIS  
ASOCIACIÓN PARA EVITAR LA CEGUERA EN MÉXICO, I.A.P.**

**COTUTOR DE TESIS  
DR. JANS FROMOW GUERRA  
MÉDICO ADSCRITO SERVICIO DE RETINA  
ASOCIACIÓN PARA EVITAR LA CEGUERA EN MÉXICO, I.A.P.**

**MÉXICO D.F.**

**2002**



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.

*[Handwritten signature]*



ASOCIACION PARA EVITAR LA CECIENDA EN MEXICO, S. A. P.  
HOSPITAL DE LOS CHICHES, U. N. A. M.

JEFATURA DE ENSEÑANZA

*[Handwritten signature]*



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

## INDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
2. OBJETIVO GENERAL	4
3. OBJETIVOS ESPECIFICOS	4
4. HIPÓTESIS	4
5. METODOLOGÍA	4
5.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	4
5.1.1 POBLACIÓN	4
5.1.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	5
5.1.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	5
6. MATERIAL Y MÉTODOS	5
7. ANALISIS ESTADÍSTICO	6
8. VARIABLES	6
9. RESULTADOS	7-8
10. DISCUSIÓN	8-9
11. CONCLUSIONES	10
12. BIBLIOGRAFIA	11
13. TABLAS	12-18
14. GRÁFICA	19

## INTRODUCCIÓN

La Pars Planitis Clásica (PPC) es un subtipo de las Uveítis Intermedias (UI) que se caracteriza clínicamente por la presencia de inflamación leve a moderada en cámara anterior, y numerosas alteraciones del segmento posterior como los característicos exudados en pars plana y retina periférica conocidos como “bancos de nieve”, condensaciones en vítreo o “copos de nieve” vitritis y papilitis de grado variable, y vasculitis de retina de predominio periférico.<sup>1</sup>

La Pars Planitis clásica (PPC) ha sido definida como una UI idiopática no asociada a enfermedades sistémicas<sup>2</sup> de probable origen autoinmune, en el que la respuesta está probablemente dirigida contra el vítreo, cuerpo ciliar, la retina periférica<sup>3</sup> o los vasos de retina periférica<sup>4</sup> y en la que existe cierta predisposición inmunogenética.<sup>5</sup>

En un centro de referencia representa del 3 al 11% de todos los pacientes con diagnóstico de uveítis.<sup>1</sup> Los síntomas principales son disminución de la agudeza visual, miodesopsias, “mancha blanca “ en un ojo y enrojecimiento ocular, aunque frecuentemente la sintomatología pasa desapercibida tanto para el paciente como para los familiares. Entre sus complicaciones más comunes se encuentran: edema macular quístico, catarata, desprendimiento de retina y glaucoma<sup>6</sup>.

El diagnóstico de PP se hace clínicamente y al excluir otras causas de UI, como la sarcoidosis, la toxoplasmosis periférica, la esclerosis múltiple, etc.<sup>3</sup>. El estudio angiográfico de retina (FAR) es de gran utilidad para evaluar la severidad de la inflamación, detectar la presencia de edema de mácula y monitorear la respuesta al tratamiento anti-inflamatorio. Aunque existen varios reportes en la literatura en los que se describen los hallazgos angiográficos en las UI<sup>7</sup>, hasta donde sabemos no se ha correlacionado la severidad de la inflamación clínica con las alteraciones angiográficas en pacientes con PPC.

El objetivo de nuestro trabajo es correlacionar las características fluorangiográficas con el grado de la inflamación intraocular clínicamente evidente en pacientes con diagnóstico de PPC.

## **OBJETIVOS**

El objetivo general del presente estudio es correlacionar los hallazgos clínicos de la Pars Planitis Clásica con los hallazgos fluorangiográficos de dichos pacientes.

El objetivo específico es el de determinar las características fluorangiográficas en pacientes con Pars Planitis Clásica.

## **HIPÓTESIS**

Dentro de los pacientes con diagnóstico clínico de Pars Planitis Clásica; aquellos pacientes sin inflamación clínica y aquellos con inflamación leve tendrán pocas alteraciones fluorangiográficas mientras los pacientes con inflamación moderada y severa tendrán muchas alteraciones fluorangiográficas.

## **DISEÑO**

Se diseñó un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal.

## **POBLACIÓN**

Pacientes de 3 a 29 años con diagnóstico de Pars Planitis Clásica en el departamento de enfermedades inflamatorias oculares de la Asociación Para Evitar la Ceguera en México "Dr. Luis Sánchez Bulnes".

## **OBJETIVOS**

El objetivo general del presente estudio es correlacionar los hallazgos clínicos de la Pars Planitis Clásica con los hallazgos fluorangiográficos de dichos pacientes.

El objetivo específico es el de determinar las características fluorangiográficas en pacientes con Pars Planitis Clásica.

## **HIPÓTESIS**

Dentro de los pacientes con diagnóstico clínico de Pars Planitis Clásica; aquellos pacientes sin inflamación clínica y aquellos con inflamación leve tendrán pocas alteraciones fluorangiográficas mientras los pacientes con inflamación moderada y severa tendrán muchas alteraciones fluorangiográficas.

## **DISEÑO**

Se diseñó un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal.

## **POBLACIÓN**

Pacientes de 3 a 29 años con diagnóstico de Pars Planitis Clásica en el departamento de enfermedades inflamatorias oculares de la Asociación Para Evitar la Ceguera en México "Dr. Luis Sánchez Bulnes".

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Los criterios de inclusión fueron: expedientes de pacientes de cualquier edad con diagnóstico de Pars Planitis Clásica que tuvieran al menos una fluorangiografía de buena calidad.

## **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Se excluyeron todos aquellos expedientes que tuvieran angiografías de mala calidad o aquellos que tuvieran expedientes incompletos.

## **PACIENTES Y MÉTODOS**

Se diseñó un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal que abarca el periodo de julio de 1987 a mayo de 2001 en el que se incluyeron pacientes con diagnóstico clínico de PPC en los que se hubiera efectuado al menos un estudio de FAR y en los que mediante una cuidadosa revisión por sistemas y una extensa evaluación de laboratorio, se hubieran descartado otras causas de inflamación ocular y la presencia de enfermedades sistémicas asociadas. Se excluyeron pacientes con fluorangiografías deficientes o expedientes incompletos.

Se definieron siete patrones angiográficos (Tabla 1) y se relacionó su presencia con el grado de inflamación intraocular al momento de haberse realizado dicha angiografía. La Tabla 2 define el grado de inflamación de acuerdo a la cantidad de células encontradas en cámara anterior y vítreo<sup>8,9</sup>.

Se calculó la frecuencia de presentación de cada hallazgo angiográfico según el grado de inflamación mediante porcentajes.



## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Los criterios de inclusión fueron: expedientes de pacientes de cualquier edad con diagnóstico de Pars Planitis Clásica que tuvieran al menos una fluorangiografía de buena calidad.

## **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Se excluyeron todos aquellos expedientes que tuvieran angiografías de mala calidad o aquellos que tuvieran expedientes incompletos.

## **PACIENTES Y MÉTODOS**

Se diseñó un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal que abarca el periodo de julio de 1987 a mayo de 2001 en el que se incluyeron pacientes con diagnóstico clínico de PPC en los que se hubiera efectuado al menos un estudio de FAR y en los que mediante una cuidadosa revisión por sistemas y una extensa evaluación de laboratorio, se hubieran descartado otras causas de inflamación ocular y la presencia de enfermedades sistémicas asociadas. Se excluyeron pacientes con fluorangiografías deficientes o expedientes incompletos.

Se definieron siete patrones angiográficos (Tabla 1) y se relacionó su presencia con el grado de inflamación intraocular al momento de haberse realizado dicha angiografía. La Tabla 2 define el grado de inflamación de acuerdo a la cantidad de células encontradas en cámara anterior y vítreo<sup>8,9</sup>.

Se calculó la frecuencia de presentación de cada hallazgo angiográfico según el grado de inflamación mediante porcentajes.

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Se utilizó la prueba de Chi cuadrada para determinar la significancia de la frecuencia de presentación de cada hallazgo, en cada grupo, en relación con la encontrada en los otros tres grupos.

## **VARIABLES**

- Edad
- Sexo
- Edad de inicio
- Ojo
- Vitritis
- Vasculitis
- Papilitis
- Edema macular quístico
- Hiperfluorescencia papilar
- Hiperfluorescencia vascular parietal
- Hiperfluorescencia macular petaloide
- Hiperfluorescencia capilar en helecho
- Hiperfluorescencia vascular en otro sitio
- Hiperfluorescencia vítrea

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Se utilizó la prueba de Chi cuadrada para determinar la significancia de la frecuencia de presentación de cada hallazgo, en cada grupo, en relación con la encontrada en los otros tres grupos.

## **VARIABLES**

- Edad
- Sexo
- Edad de inicio
- Ojo
- Vitritis
- Vasculitis
- Papilitis
- Edema macular quístico
- Hiperfluorescencia papilar
- Hiperfluorescencia vascular parietal
- Hiperfluorescencia macular petaloide
- Hiperfluorescencia capilar en helecho
- Hiperfluorescencia vascular en otro sitio
- Hiperfluorescencia vítrea

## RESULTADOS

En el período del estudio se encontraron 113 expedientes de pacientes con diagnóstico clínico de PPC, se excluyeron 8 por mala calidad de la angiografía teniendo un total final de 105 expedientes. El 62.8% (n = 66) correspondieron a pacientes del sexo masculino y 37.1% (n = 39) al sexo femenino. La edad promedio fue de  $11.40 \pm 4.25$ DS con un rango de 3 a 29 años presentando dos picos de incidencia: a los 5 y a los 10 años de edad (Gráfica 1). A lo largo del seguimiento se realizó más de una FAR en 64 pacientes, por lo que se analizaron los hallazgos de 464 ojos.

El 28.87% (n = 134) de los ojos no presentaron evidencia clínica de inflamación al momento del estudio, en 62.7% (n = 291) la inflamación era de leve a moderada, y sólo el 8.4% (n = 39) presentó inflamación severa (Tabla 3).

En los pacientes sin inflamación clínicamente evidente se observó hiperfluorescencia capilar “en helecho” en el 65.7% de los ojos (n =88,  $p \leq 0.001$ ) e hiperfluorescencia macular petaloide en el 37.3% (n =50,  $p = 0.003$ ) siendo estos valores estadísticamente significativos al compararlos con los otros grupos. La hiperfluorescencia papilar fue encontrada en el 44.8% (n =60,  $p = 0.035$ ) (Tabla 4)

En los pacientes con inflamación leve los patrones más frecuentemente encontrados fueron: hiperfluorescencia capilar “en helecho” en el 80.5% (n =140,  $p = 0.47$ ), hiperfluorescencia papilar en 50% (n =87,  $p = 0.48$ ) y la hiperfluorescencia macular petaloide en 49.4% (n =86,  $p = 0.97$ ). (Tabla 5).

En los pacientes con inflamación moderada se observó con mayor frecuencia la hiperfluorescencia capilar “en helecho” en un 88% (n =103,  $p = 0.01$ ), la hiperfluorescencia macular petaloide en el 63.3% (n =74,  $p = 0.007$ ) y la hiperfluorescencia papilar se encontró en el 60.6% (n =71,  $p = 0.13$ ). En este grupo se encontró hiperfluorescencia vítrea en el 30.8% (n =36,  $p = 0.002$ ), en los demás grupos este hallazgo no fue estadísticamente significativo (Tabla 6).

En el grupo de inflamación severa los patrones más frecuentes fueron: la hiperfluorescencia capilar en helecho en el 84.6% (n =33,  $p = 0.02$ ), hiperfluorescencia papilar se observó en el 69.2% (n =27,  $p = 0.09$ ) e hiperfluorescencia macular petaloide en 61.6% (n =24,  $p = 0.54$ ). (Tabla 7)

Encontramos hiperfluorescencia vascular parietal en porcentajes similares en los cuatro grupos, variando entre el 12 y 21%.

## DISCUSIÓN

En pacientes con UI la FAR muestra gran cantidad de alteraciones vasculares en retina consistentes con una vasculitis, también puede poner en evidencia la severidad de la inflamación y la presencia de otras alteraciones como papilitis, edema macular quístico y vasos de neoformación.<sup>10</sup>

En nuestro estudio el patrón angiográfico más frecuentemente encontrado en los cuatro grupos fue la hiperfluorescencia “en helecho”, que corresponde a inflamación de vasos capilares retinianos, la cuál aumenta su permeabilidad y permite la salida del colorante. Más del 80% de los ojos con inflamación intraocular clínica mostró este patrón. Se debe destacar que incluso en ojos en los que la inflamación no era clínicamente evidente en el momento del estudio, la FAR demostró la hiperfluorescencia “en helecho” en el 65% de los casos. Este hallazgo fue descrito previamente por Schmidt en 26 de 37 ojos de pacientes con UI que mostraban algún tipo de alteración angiográfica.<sup>11</sup> En 1992, nuestro grupo<sup>12</sup> presentó los hallazgos angiográficos de 26 pacientes (52 ojos) con diagnóstico de PP; en veintiocho ojos se observó la hiperfluorescencia capilar “en helecho”.

La afección de venas de mayor calibre (hiperfluorescencia vascular parietal) se encontró menos frecuentemente en los cuatro grupos estudiados (del 12 al 21%). Pruetz la encontró en el 100% de sus casos<sup>7</sup> y Schmidt la observó en 11 de los treinta y siete ojos afectados.<sup>11</sup> En nuestro reporte previo<sup>12</sup> nosotros encontramos hiperfluorescencia de la pared venosa en el 21% de los casos.

La frecuencia de edema macular quístico detectado por FAR es mayor que la encontrada clínicamente.<sup>13</sup> En la serie de Schmidt<sup>11</sup> se reportó edema macular quístico clínicamente evidente sólo en el 6.3% de los casos, sin embargo la FAR reveló la típica hiperfluorescencia macular petaloide en 43.2% de los casos. En nuestra serie el edema macular quístico detectado por FAR, se observó en más del 60% de los ojos con inflamación moderada o severa, en la mitad de los ojos con

Encontramos hiperfluorescencia vascular parietal en porcentajes similares en los cuatro grupos, variando entre el 12 y 21%.

## DISCUSIÓN

En pacientes con UI la FAR muestra gran cantidad de alteraciones vasculares en retina consistentes con una vasculitis, también puede poner en evidencia la severidad de la inflamación y la presencia de otras alteraciones como papilitis, edema macular quístico y vasos de neoformación.<sup>10</sup>

En nuestro estudio el patrón angiográfico más frecuentemente encontrado en los cuatro grupos fue la hiperfluorescencia “en helecho”, que corresponde a inflamación de vasos capilares retinianos, la cuál aumenta su permeabilidad y permite la salida del colorante. Más del 80% de los ojos con inflamación intraocular clínica mostró este patrón. Se debe destacar que incluso en ojos en los que la inflamación no era clínicamente evidente en el momento del estudio, la FAR demostró la hiperfluorescencia “en helecho” en el 65% de los casos. Este hallazgo fue descrito previamente por Schmidt en 26 de 37 ojos de pacientes con UI que mostraban algún tipo de alteración angiográfica.<sup>11</sup> En 1992, nuestro grupo<sup>12</sup> presentó los hallazgos angiográficos de 26 pacientes (52 ojos) con diagnóstico de PP; en veintiocho ojos se observó la hiperfluorescencia capilar “en helecho”.

La afección de venas de mayor calibre (hiperfluorescencia vascular parietal) se encontró menos frecuentemente en los cuatro grupos estudiados (del 12 al 21%). Pruetz la encontró en el 100% de sus casos<sup>7</sup> y Schmidt la observó en 11 de los treinta y siete ojos afectados.<sup>11</sup> En nuestro reporte previo<sup>12</sup> nosotros encontramos hiperfluorescencia de la pared venosa en el 21% de los casos.

La frecuencia de edema macular quístico detectado por FAR es mayor que la encontrada clínicamente.<sup>13</sup> En la serie de Schmidt<sup>11</sup> se reportó edema macular quístico clínicamente evidente sólo en el 6.3% de los casos, sin embargo la FAR reveló la típica hiperfluorescencia macular petaloide en 43.2% de los casos. En nuestra serie el edema macular quístico detectado por FAR, se observó en más del 60% de los ojos con inflamación moderada o severa, en la mitad de los ojos con

inflamación leve y aún en ausencia de inflamación clínica se encontró en más de un tercio de los ojos. Debemos hacer hincapié en que el edema macular quístico es el factor más importante en el pronóstico visual final de estos pacientes.<sup>13</sup>

La papilitis o hiperfluorescencia papilar, que traduce daño capilar a nivel de la cabeza del nervio óptico se encontró en aproximadamente la mitad de los casos en todos los grupos. La hiperfluorescencia vítrea, traducida como vitritis, fue observada entre el 15 y el 31% en los cuatro grupos. En estos pacientes se han descrito anomalías neovasculares de papila y otras áreas de retina, sin embargo son una complicación poco frecuente.<sup>10</sup>. En el presente estudio no encontramos casos de neovasos en papila y la neovascularización en otros sitios de retina fue observada en menos del 6.8% de las angiografías.

Pruett<sup>7</sup> ya había señalado la presencia de una flebitis retiniana en pacientes con uveítis periféricas y Schmidt<sup>11</sup> propuso que el mecanismo primario involucrado en las UI es una vasculitis de retina y no una inflamación primaria de la pars plana o vítreo, por lo tanto no representa realmente una uveítis. Nuestros hallazgos apoyan la hipótesis de que la pars planitis es básicamente una vasculitis de retina y que las alteraciones vasculares no están limitadas a la periferia de la retina. Además, los hallazgos fluorangiográficos que encontramos más frecuentemente en todos los grupos estudiados fueron: la hiperfluorescencia capilar “en helecho”, la hiperfluorescencia papilar y la hiperfluorescencia macular petaloide, todas ellas manifestaciones del aumento de permeabilidad de capilares (retinianos, peripapilares y perifoveales), por lo que podríamos postular que la PP clásica es primariamente una vasculitis de retina que afecta principalmente a los capilares.

En la evaluación de los pacientes con PPC la fluorangiografía de retina no solamente nos permite confirmar el diagnóstico clínico, sino que además nos permite evaluar la severidad de la inflamación, nos ayuda a detectar daño vascular en ojos sin inflamación clínicamente evidente, facilita el diagnóstico temprano del edema macular quístico y nos ayuda a monitorear la respuesta al tratamiento.

## CONCLUSIONES

En los cuatro grupos se observó con mayor frecuencia la hiperfluorescencia capilar “en helecho” . En los grupos sin inflamación, inflamación leve y moderada la hiperfluorescencia macular petaloide fue el segundo hallazgo mas frecuente mientras que en le grupo con inflamación severa el segundo hallazgo mas frecuente fue la hiperfluorescencia papilar.

Es importante recalcar que la fluorangiografía de retina es de gran ayuda para la valoración de los pacientes sin inflamación clínica evidente ya que encontramos muchas alteraciones fluorangiográficas y esto nos puede dar la pauta para monitorear la respuesta al tratamiento.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Ortega, G, Arellanes L. Pars Planitis: Epidemiology and Clinical Outcome in a Large Community Hospital in Mexico City. *International Ophthalmology*. 19:117-120, 1995.
2. Kaplan HJ, Tessler H, Goldstein DA. " Classification of the Intermediate Uveitis". Minute of the First Symposium American Uveitis Society , Breckenridge Co. January 1997. *Ocular Immunol Inflamm* 1997, 5:283 – 288.
3. Yanoff, M, Zimmerman, P et al. Pars Planitis and Other Intermediate Uveitis. In: *Ophthalmology*. Mosby, London UK, pp 10.1- 10.5, 1999.
4. Mahlberg P, Cunha-Vaz J, Tessler H. Vitreous Fluorophotometry in Pars Planitis. *Am J Ophthalmol*. 95: 189-96, 1983.
5. Arellanes - García L, Navarro P, Alaéz C., Vásquez A, Vásquez – García MN, Debáz H, Burgete A, Olivo A, Gorodezky C. Pars Planitis. A Class II Associated Disease in Mexican Mestizos. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 2000, 41:S777.
6. Forster DJ, Rao NA, Smith RE. Corticosteroids in the treatment of Intermediate Uveitis. *Dev Ophthalmol* 1992; 23:163-70.
7. Pruett RC, Brockhurst RJ, Letts NF. Fluorescein Angiography of Peripheral Uveitis. *Am J Ophthalmol* 77 :448-453, 1974.
8. Hogan M, Kimura S, Thygeson P. Signs and Symptoms of Uveitis: I Anterior Uveitis .
9. Hogan M, Kimura S, Thygeson P. Signs and Symptoms of Uveitis: II Posterior Uveitis .
10. Felder KS, Brockhurst RJ Neovascular fundus abnormalities in Peripheral Uveitis. *Arch Ophthalmol* 100:750-754,1982.
11. Schmidt F. Fluorescein angiography in Intermediate Uveitis. *Dev Ophthalmol* 23:139-144, 1992.
12. Arellanes L, García LM, Morales V, et al. Report of characteristic angiographic findings in a series of pars planitis patients. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 33:743, 1992.
13. Davis JL, Bloch-Michel. Intermediate Uveitis. In: Pepose JS, Holland GN, Wilhelmus KR, editors. *Ocular Infection and Immunity*. St. Louis: Mosby, 1996; 676 – 693.

Tabla 1.

**CORRELACIÓN CLÍNICO - FLUORANGIOGRÁFICA**

<b>PATRÓN FAR</b>	<b>TRADUCCIÓN CLÍNICA</b>
Hiperfluorescencia papilar	Papilitis
Hiperfluorescencia macular petaloide	Edema macular quístico
Hiperfluorescencia vascular parietal	Vasculitis retiniana
Hiperfluorescencia capilar en helecho	Vasculitis retiniana
Hiperfluorescencia vascular en papila	Neovascularización en disco
Hiperfluorescencia vascular en otro sitio	Neovascularización retiniana
Hiperfluorescencia vítrea	Vitritis

Tabla 2.

**CLASIFICACIÓN DE INFLAMACIÓN EN CÁMARA ANTERIOR Y VÍTREO**

<b>Grado de inflamación</b>	<b>Células en Cámara Ant.</b>	<b>Células en vítreo</b>
Inflamación ausente	No	No
Leve	+	+
	+	No
	No	+
Moderada	+	++
	++	+ - ++
	+ - ++	++
Severa	++ - +++	≥+++
	≥+++	++ - +++
	++ - +++	≥+++

Tabla 3.

**INFLAMACIÓN CLÍNICAMENTE EVIDENTE AL MOMENTO DE FAR**

<b>Grado de inflamación</b>	<b>No. Ojos</b>	<b>%</b>
Ausente	134	28.87
Leve	174	37.50
Moderada	117	25.22
Severa	39	8.41

Tabla 4.  
**INFLAMACIÓN AUSENTE**

<b>Patrón Angiográfico</b>	<b>N</b>	<b>Grupo (%)</b>	<b>Resto (%)</b>	<b>p</b>
Hiperfluorescencia Papilar	60	44.8	56.1	0.035
Hiperfluorescencia macular petaloide	50	37.3	55.8	0.003
Hiperfluorescencia vascular parietal	17	12.7	17.6	0.308
Hiperfluorescencia capilar en helecho	88	65.7	84.5	<0.001
Hiperfluorescencia vascular en papila	0	0.0	0.0	NS
Hiperfluorescencia vascular en otro sitio	1	0.7	4.5	0.317
Hiperfluorescencia vítrea	21	15.7	23.9	0.312

NS = No estadísticamente significativo

Tabla 5.  
**INFLAMACIÓN LEVE**

<b>Patrón Angiográfico</b>	<b>N</b>	<b>Grupo (%)</b>	<b>Resto (%)</b>	<b>p</b>
Hiperfluorescencia Papilar	87	50.0	54.5	0.485
Hiperfluorescencia macular petaloide	86	49.4	51.0	0.978
Hiperfluorescencia vascular parietal	23	13.2	18.6	0.307
Hiperfluorescencia capilar en helecho	140	80.5	79.0	0.476
Hiperfluorescencia vascular en papila	0	0.0	0.0	NS
Hiperfluorescencia vascular en otro sitio	12	6.8	1.4	0.024
Hiperfluorescencia vítrea	34	19.5	22.8	0.237

NS = No estadísticamente significativo

Tabla 6.

**INFLAMACIÓN MODERADA**

<b>Patrón Angiográfico</b>	<b>N</b>	<b>Grupo (%)</b>	<b>Resto (%)</b>	<b>p</b>
Hiperfluorescencia Papilar	71	60.6	50.1	0.135
Hiperfluorescencia macular petaloide	74	63.3	46.1	0.007
Hiperfluorescencia vascular parietal	25	21.4	15.0	0.120
Hiperfluorescencia capilar en helecho	103	88.0	77.5	0.010
Hiperfluorescencia vascular en papila	0	0.0	0.0	NS
Hiperfluorescencia en otro sitio	1	0.9	4.3	0.454
Hiperfluorescencia vítrea	36	30.8	18.4	0.002

NS = No estadísticamente significativo

Tabla 7.  
**INFLAMACIÓN SEVERA**

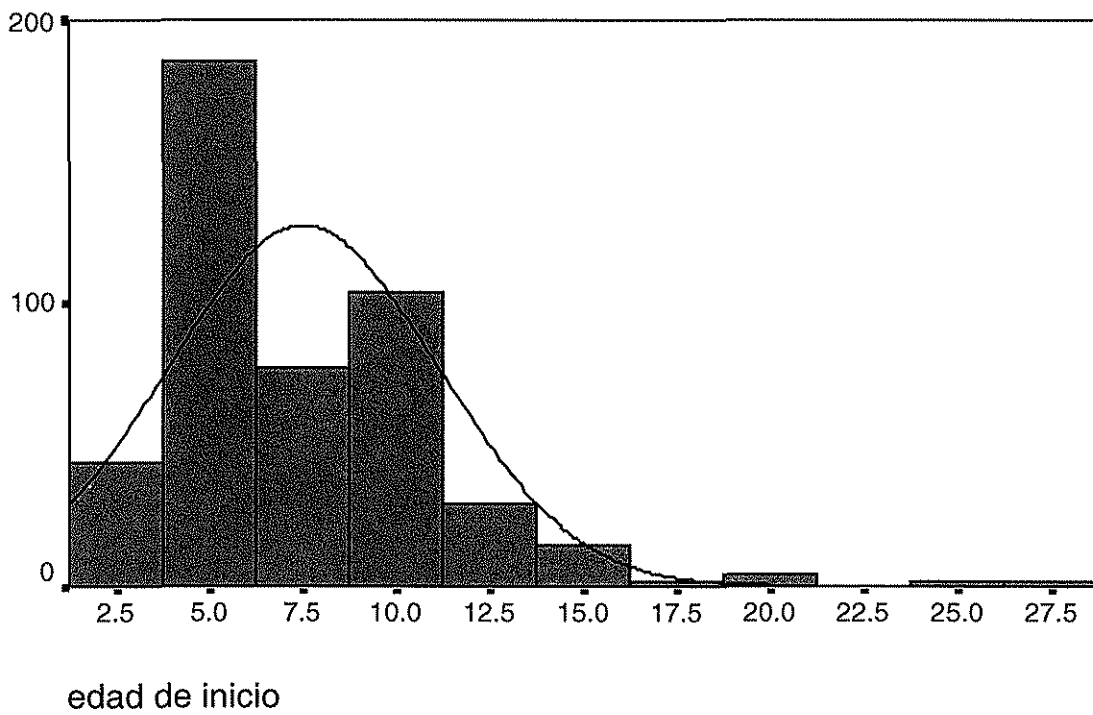
<b>Patrón Angiográfico</b>	<b>N</b>	<b>Grupo (%)</b>	<b>Resto (%)</b>	<b>p</b>
Hiperfluorescencia Papilar	27	69.2	51.3	0.093
Hiperfluorescencia macular petaloide	24	61.6	49.4	0.548
Hiperfluorescencia vascular parietal	7	17.9	16.5	0.682
Hiperfluorescencia capilar en helecho	33	84.6	78.8	0.028
Hiperfluorescencia vascular en papila	0	0.0	0.0	NS
Hiperfluorescencia vascular en otro sitio	2	5.1	3.3	0.111
Hiperfluorescencia vítrea	9	23.0	21.4	0.408

NS = No estadísticamente significativo



Gráfica 1

## Distribucion de edades en pacientes con pars planitis



N= 105 pacientes

TESIS CON  
CARTA DE ORIGEN

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS  
VENEZUELA