



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



Facultad de Medicina
División de Posgrado

Instituto de Oftalmología “Fundación Conde de
Valenciana”

**Pars Planitis: Epidemiología, hallazgos
clínicos, complicaciones, tratamiento y
resultados visuales en el Departamento de
Uveítis del Instituto de Oftalmología Fundación
Conde de Valenciana**

TESIS

para obtener la
Especialidad en Oftalmología

Presenta
Dra. Martha Itzel Ramos Blanco

Director de Tesis
Dr. Miguel Pedroza Seres

México, D.F. 2009

Facultad de Medicina





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.

Dr. Enrique Luis Graue Wiechers
Profesor Titular del Curso
Instituto de Oftalmología “Fundación Conde de Valenciana”

Dra. Claudia Elena Murillo Correa
Jefa de Enseñanza
Instituto de Oftalmología “Fundación Conde de Valenciana”

Dr. Miguel Pedroza Seres
Director de Tesis
Instituto de Oftalmología “Fundación Conde de Valenciana”

ÍNDICE

1. Introducción	4 a 8
1.1 Epidemiología	
1.2 Etiopatogenia	
1.3 Manifestaciones Clínicas	
1.4 Complicaciones	
1.5 Tratamiento	
2. Justificación del estudio.....	9
3. Objetivo del Estudio.....	10
Objetivos Generales	
Objetivos Específicos	
4. Material y Métodos.....	11-12
5. Resultados.....	13-14
6. Discusión.....	15
7. Conclusiones	16
8. Figuras.....	17-38
9. Referencias Bibliográficas	39 - 41

INTRODUCCIÓN

La pars planitis es definida como la presencia de mínima celularidad en la cámara anterior con o sin sinequias posteriores, células en vítreo, exudados de la pars plana, bancos de nieve, copos de nieve y edema macular.(1).

Las causas más frecuentes de uveítis en niños son la toxoplasmosis, artritis reumatoide juvenil y pars planitis.

La causa más frecuente de pars planitis es la idiopática. (2).

La falta de un diagnóstico temprano y tratamiento puede llevar a una marcada pérdida permanente de la agudeza visual y ambliopía.(3).

EPIDEMIOLOGIA

Alrededor del 10-12% de todos los niños quienes presentan signos de uveítis sufren de uveítis intermedia. (2).

La incidencia de uveítis varía de 14 a 18/ 100,000 habitantes y de acuerdo a su clasificación anatómica la uveítis intermedia es del 7 % a 15 % (4).

De entre las más comunes etiologías de uveítis en la niñez se menciona la pars planitis en tercer lugar después de la toxoplasmosis y artritis reumatoide juvenil (5).

La incidencia de pars planitis es de 2.077 por 100 000 personas (3).

En un estudio prospectivo de distribución comparativa de pacientes con uveítis según la clasificación anatómica en el Instituto de Oftalmología Fundación Conde de Valenciana se reportó que la pars planitis ocupó el tercer lugar (19%), después de la primera diagnóstico más común fue la uveítis anterior 45% y segundo lugar panuveítis 24%. (6).

En ocasiones se ha asociado a enfermedades sistémicas, siendo la más frecuente esclerosis múltiple en un 14.8% (1).

PATOGENESIS

Chang realizó una revisión de 32 estudios los cuales son representativos de Australia, América del norte y Sudamérica y encontró que hay similitudes y diferencias distintivas en patrones de uveítis en varias regiones geográficas y que los patrones de uveítis están influenciados por combinación de factores geográficos, medio ambiente y genéticos(7).

Recientemente se reportó que la alta expresión de proteínas intracelulares implicada en la citotoxicidad sugiere que las células CD 8 + CD 57 + pueden jugar un papel efector. La pars planitis puede estar asociada con un incremento de células T efectoras de memoria (8).

Christen M y Foster en un estudio realizado en Massachusetts concluyeron que la IL-6 está elevada en el vítreo de pacientes con pars planitis y uveítis posterior y no detectaron TNF alfa, IL -2, IL- 1 alfa o beta. (9)

Castañeda Sánchez y cols mencionaron que el HLA clase II, proteína p 36, proteína de choque térmico y antígenos retinianos se han asociado a pars

planitis pero su participación en el desarrollo de esta enfermedad aun es desconocido.

El autor realizo un estudio con 100 clonas seleccionadas de una biblioteca de fagos usando proteínas de suero de pacientes con pars planitis. De aquí una sola clona fue reconocida por el suero de pacientes con pars planitis comparado a los controles ,la secuencia correspondió a una proteína 2 transmembrana rica en prolina, denominada HSEATGPP, la cual no se había relacionado a enfermedad ocular.(10)

CUADRO CLINICO

En un estudio previo se describieron las características clínicas de pars planitis en 165 pacientes mexicanos, el promedio de presentación fue de 10 años y los hombres fueron los más frecuentemente afectados . Ambos ojos fueron afectados en 84.4% de los casos. (11).

Las uveítis intermedias se presentan con mayor frecuencia en los grupos de edades menor a 20 años . (12).

Romero R, et al estudiaron 30 ojos en 16 niños donde la Pars Planitis fué bilateral en 87.5 % y más frecuente en hombres (68.8%) , el promedio de edad de inicio fue de 9.2 años. Los principales hallazgos oftalmológicos fueron copos de nieve (97.7%) y vitreitis (93.3 %). (13).

Jain R , et al estudiaron 26 pacientes (45 ojos) que fueron identificados 114 casos con uveítis. La edad promedio de presentación fue de 10 años (rango de 7 a 13 años) y el promedio del tiempo fue de 3 años(rango de 0 a 7 años). Todos los pacientes tuvieron varios grados de vitreitis, 28 ojos tuvieron bancos de nieve y 5 tuvieron edema macular quístico en la presentación. Los síntomas más importantes son las miodesopsias y visión borrosa producida por las células en el vítreo y por el edema macular quístico. (14).

El motivo más frecuente de consulta al momento de presentación fue disminución de la agudeza visual. La agudeza visual inicial fue de NPL a 20/ 20 (promedio de 20/ 50) , el promedio de agudeza visual final fue de 20/ 30. Las manifestaciones más frecuentes fueron vitreitis (99.7%) , copos de nieve (99.3%) , vasculitis retiniana (89.2%) y bancos de nieve (63.1%) . (11)

En la niñez , la enfermedad tiene un tiempo largo y asintomático hasta bien avanzada la enfermedad, con marcada reducción de la visión. La falta de un diagnostico temprano y tratamiento lleva a perdida visual permanente y ambliopia. (3)

Los pacientes que tienen pars planitis en la niñez tienen un empeoramiento de la agudeza visual desde el diagnostico inicial y durante el seguimiento , sin un tratamiento adecuado .(15).

Ortega reviso expedientes clínicos de 51 pacientes y basados en la severidad de inflamación vítrea los clasifíco como leve (35%) , moderada (39%) y severa

(26%). La vasculitis se presentó en (53%) , copos de nieve (43%) , bancos de nieve (30%), catarata (20%) , edema macular quístico (27%), desprendimiento de retina (4%) y glaucoma (3%) . (16)

COMPLICACIONES.

Las complicaciones más frecuentes en pars planitis son : maculopatía en celofán moderada a severa (6.5%), edema macular quístico (6.35 %) y papilitis (7.4%).

La importante opacificación del cristalino fue asociada con un riesgo más grande de desprendimiento de retina. (1).

Romero R , et al observaron que la formación de catarata fue la complicación más prevalente en pars planitis (36.7%). (13).

Lauer AK y cols, encontraron que un 14 % de pacientes con pars planitis experimentaron hemorragia vítrea. Las personas con hemorragias fueron significativamente más jóvenes al tiempo en que se diagnosticó la enfermedad que personas sin hemorragia . La diferencia en prevalencia de hemorragia vítrea entre niños (26%) y adultos con uveítis intermedia (6%) fue estadísticamente significativa. (17).

En un estudio sobre uveítis , se menciona que en la pars planitis , el glaucoma se presentó en el 4% de los pacientes a pesar de lo agresivo de la terapia médica y quirúrgica, el glaucoma se asoció con pérdida del campo visual y daño del nervio óptico (33 %).(18).

TRATAMIENTO

El tratamiento se basa en el algoritmo para el tratamiento de pars planitis, recomendado por Foster CS., que consiste en el primer paso, en la terapia con inyección de esteroides paraoculares a través del septum pre-orbitario y párpado inferior . Si después de una serie de seis inyecciones de esteroides transeptales separadas al menos dos semanas . la inflamación de la pars plana recurre o continúa , se agrega un anti –inflamatorio no esteroideo vía oral (AINE).

Si la inflamación del paciente continúa , sigue la crioterapia de la pars plana o la fotocoagulación con láser de argón. Si todo lo anterior no controla adecuadamente el proceso inflamatorio, la alternativa entre inmunosupresores sistémicos por ejemplo, con baja dosis de ciclosporina o con metotrexato una vez a la semana o vitrectomía por pars plana , depende de cada caso basado en la edad, sexo y otras enfermedades médicas y si el paciente es faquico o afaco . Si la opción es una terapia con un agente inmunosupresor , se empieza con metotrexato una vez a la semana o ciclosporina sistémica , asociado a un esteroide por vía oral

La vitrectomía vía pars plana es una técnica efectiva en pacientes con pars planitis recurrentes.(19).

Se observó en un estudio, que la combinación de inyecciones del piso de la órbita de betametasona y metilprednisolona pueden mejorar la agudeza visual una línea de Snellen(44%), dos líneas (15%) y los síntomas, y signos de inflamación (47%) y pueden por lo tanto evitar la necesidad de incrementar la medicación sistémica.(21).

Romero et al, aplicaron los corticoides paraoculares en un 33.3 % de casos , la crioterapia o fotocoagulación de láser en 16.7 % . Las complicaciones que requirieron manejo quirúrgico ocurrieron en un 13.3 % . (13).

Un estudio demostró que los corticoesteroides sistémicos fueron necesarios en 75% de los casos de pars planitis. Cuando la corticoterapia se asocio con azatioprina un 61% mejoro y con Mofetil de micofenolato resulto en una mejoría del 94%. Las Complicaciones oculares se presentaron en 57.5% de casos y las complicaciones sistémicas se presentaron en 12.5% , sin relación directa con el uso de esteroides.(23).

Entre las enfermedades inflamatorias oculares que requirieron terapia inmunosupresora las más frecuentes son la pars planitis en un 28.8%. (24).

Los pacientes con pars planitis con facoemulsificación más implante de lente intraocular , la opacificación de la capsula posterior ocurrió en el 10 % , el edema macular quístico en el 50% , la reactivación de pars planitis en el 51% , los depósitos del lente intraocular de la cámara posterior en el 29 % , la descentración del lente intraocular en el 1% y la fibrosis de la capsula anterior en el 14% . La causa más frecuente de recuperación pobre de agudeza visual fue edema macular quístico , fibrosis submacular y membrana epirretineana. El 91% tuvo mejoría en la agudeza visual , 4 no cambiaron y 5 tuvieron una disminución como resultado reactivación de pars planitis y progresión de edema macular quístico. Los factores en el éxito quirúrgico fue control de la inflamación, cirugía meticulosa, implante del lente intraocular y cuidado después de la cirugía con vigilancia.(28). La principal razón de disminución de la agudeza visual fue edema macular refractario. (27)

En la mayoría de los casos y con un control óptimo de inflamación intraocular, la cirugía de catarata mejora el resultado visual en niños con uveítis crónica. El Implante de lentes intraoculares fueron bien tolerados en la mayoría de los casos y puede resultar en una visión óptima.(25)

Un beneficio importante a largo término se ha observado en pacientes con pars planitis tratados con vitrectomía, la cual está indicada cuando la hemorragia vítrea es densa, o cuando ha fallado o el paciente no ha tenido una respuesta adecuada a los pasos del algoritmo en el tratamiento de la pars planitis. Es importante considerar, antes de la vitrectomía que el paciente este bajo un estricto régimen de tratamiento médico por un periodo mínimo de tres o más meses.(26).

PRONOSTICO

El pronóstico para una buena visión se relaciona primordialmente con una inflamación menos grave y la ausencia de edema macular quístico más que con la duración .

En un estudio de 173 ojos con un mínimo de cuatro años de duración de la enfermedad se encontró el pronóstico visual era al final muy bueno manteniendo la mayoría de los pacientes una visión de 20/50 o mejor.(14).

En pacientes que tienen uveítis y pérdida de la visión, el glaucoma esta menospreciado como complicación. Se insiste en que durante el cuidado de pacientes con uveítis se requiere un incremento de la vigilancia para buscar glaucoma, y tratamiento médico y quirúrgico para reducir la presión intraocular.(18).

JUSTIFICACION

En el servicio de Uveítis e Inmunología Ocular del Instituto de Oftalmología no se había realizado un estudio con los objetivos específicos del presente, estudio en los pacientes con pars planitis, solamente se conocía la frecuencia de la pars planitis, por lo tanto se analizó la información de los expedientes recopilados y fueron identificados los patrones de diagnóstico de pars planitis asociada con otras variables.

El análisis del tipo de diversos tratamientos en nuestra población, permitirá crear un antecedente para justificar un algoritmo específico de tratamiento en nuestra institución, así como el aprendizaje en base a nuestra experiencia de los cuidados a considerar en una entidad que potencialmente es causa de ceguera en nuestra población.

OBJETIVO GENERAL

Determinar el comportamiento epidemiológico de la pars planitis , describir las manifestaciones clínicas de presentación, complicaciones, así como el tratamiento que recibieron , medico y quirúrgico, en pacientes del departamento de Uveítis e Inmunología Ocular del Instituto Fundación conde de Valenciana.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1.- Describir los datos epidemiológicos de los pacientes con diagnostico de pars planitis .

2.-Describir las características clínicas de los pacientes de pars planitis.

3.- Describir el tipo de tratamiento médico, evaluando el más utilizado: tópico, anti-inflamatorios no esteroideos, costicosteroides e inmunosupresores.

4.- Describir las complicaciones que se presentaron en los pacientes con pars planitis.

5.- Describir el tipo de tratamiento médico y/o quirúrgico en los pacientes con complicaciones de catarata, glaucoma y/o retina con pars planitis.

6.-Evaluar el resultado visual final de los pacientes con pars planitis en el periodo de estudio.

MATERIAL Y METODOS.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se realizo un estudio retrospectivo , longitudinal, observacional y descriptivo en el Departamento de Uveítis e Inmunológica Ocular del Instituto de Oftalmología Fundación Conde de Valenciana en pacientes con el diagnostico de Pars planitis , con o sin antecedentes de tratamiento previo en el periodo del 2007 al 2008 , mediante la revisión de la base de datos electrónica.

CRITERIOS DE INCLUSION

Se incluyeron todos los pacientes con diagnostico confirmado de pars planitis que fueron valorados por el servicio de Úvea del Instituto de Oftalmología durante un año.

---Pacientes con diagnostico de Pars Planitis, menores de 16 años, con o sin antecedentes de tratamiento previo.

---Pacientes con expediente clínico electrónico completo.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Se excluyeron los pacientes que a lo largo de su evaluación se les descarto el diagnostico de pars planitis o en quienes , por diversas razones, no se contara con los datos confinados en su expediente médico requeridos para el estudio. Pacientes con diagnostico de Pars Planitis ,mayores de 16 años .

PACIENTES.

La muestra fue obtenida de una base de datos de sistema hospitalario. El tamaño de la muestra fue de 46 pacientes (92 ojos) con un grupo de edad menor de 16 años. La clasificación utilizada fue anatómica: intermedia.

ANALISIS ESTADISTICO

El análisis estadístico descriptivo utilizado para las variables estudiadas se realizo a través de la prueba T de Student para muestra pareada con alfa de 0.05 del programa SPSS versión 17.

VARIABLES EN ESTUDIO

- 1.- Edad.
- 2.-Sexo
- 3- Si la afectación Ocular fue en ojo derecho, ojo izquierdo y ambos ojos
- 4-Agudeza visual inicial, capacidad visual inicial y la agudeza y capacidad visual final en su última cita
- 5-Presión intraocular
- 6- Motivo de la consulta referido por los padres y por el niño
- 7- Cuadro clínico . En la biomicroscopia determinar la celularidad anterior, Presencia de copos de nieve, bancos de nieve, queratopatía en banda, celularidad vítrea.
- 8- En la fundoscopia determinar la presencia de celularidad vítrea , vasculitis .
- 9-Determinar las diferentes complicaciones catarata, edema macular , membrana epirretiniana, hemorragia vítrea.
- 10- Evaluar los diferentes tratamientos médicos
- 11-Determinar el tratamiento tópico , aplicación de paraocular, antiinflamatorios tópicos , antiinflamatorios sistémicos, corticoesteroides sistémicos
- 12- Determinar que pacientes se les inicio con terapia de inmunosupresores
- 13- Que tratamiento quirúrgico fue en estos pacientes si fue de glaucoma, segmento anterior, retina.
- 14- El promedio de duración de la enfermedad.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 46 pacientes (92 ojos.)

El promedio de edad de presentación fue de 6 años . (Fig 1).

Los hombres fueron los más frecuentemente afectados en un 73%. (Fig 2)

Ambos ojos fueron afectados en el 96% de los casos.

La agudeza visual inicial más frecuente en el ojo derecho fue de 20/400.

(Fig 3), y la inicial del ojo izquierdo fue de 20/50. (Fig 4)

El motivo de consulta más frecuente fue la disminución de la agudeza visual en un 70%, seguido de alteración corneal (queratopatía en banda), en un 14%.(Fig 5).

La presión intraocular en la primera consulta fue 14mmHg. (24%) (Fig 6).

Las manifestaciones clínicas fueron por orden de frecuencia :

1. Vasculitis de retina en 70% (Fig 7).
2. Celularidad vítrea bilateral en 54.3% (Fig 8).
3. Copos de nieve bilateral en 45.6% (Fig 9).
4. Celularidad en cámara anterior bilateral en 28% (Fig 10).
5. Queratopatía en banda bilateral en 15% (Fig 11).
6. Banco de nieve bilateral en 8.6%(Fig 12).

Las complicaciones fueron por orden de frecuencia:

1. Catarata (50%) (Fig 13).
2. Papilitis (41%) (Fig 14).
3. Glaucoma (39%) (Fig 15).
4. El edema macular quístico(24%).(Fig 16).
5. Desprendimiento de retina (22%).(Fig 17).
6. Hemorragia vítrea (15.1%).(Fig 18).
7. Membrana epirretineana (10.7%).(Fig19).

El tratamiento que usualmente utilizamos en nuestros pacientes se basa en el algoritmo de pars planitis como anteriormente se menciono.(19)

Nosotros utilizamos para el tratamiento : Predisolona tópica en un 76% (Fig 20).

A un 69% de los pacientes les aplicamos esteroides paraoculares (Fig 21). Al momento del cohorte del estudio, la mayoría de nuestros pacientes con pars planitis habían recibido una inyección paraocular a seis inyecciones paraoculares. (Fig 22).

Los pacientes que recibieron corticoesteroide sistémico fueron 43.4%, del cual la prednisona en un 24% y el deflazacort en un 19.5% (Fig 23).

El AINE principal fue el nepafenaco con un 52% , el flurbiprofeno 26% y ketorolaco trometamina 17%.(Fig 24)

El AINE sistémico fue la indometacina en un 34.7% y el naproxeno en un 4.3%. (Fig 25).

Recibieron inmunosupresores un 54% de los pacientes. (Fig 26).La azatioprina fue el inmunosupresor más utilizado(43%) , seguido por el metotrexate (15%) y por la ciclofosfamida (10%). (Fig 27).

Un inmunosupresor en el 41.3% , dos inmunosupresores en 8.6% y tres inmunosupresores en el 4.3%.(Fig 28).

La cirugía de glaucoma con válvula en un 13% y trabeculectomía en un 2% (Fig 29).

El tratamiento antiglaucomatoso estuvo indicado en un 37% de los pacientes. (Fig 30).

En cuanto al tratamiento quirúrgico, la cirugía de catarata que se realizó más frecuentemente fue la facoemulsificación en un 28% (Fig 31), con implante de LIO fueron 76% y afacos en un 23.5% (Fig 32).

El tipo de cirugía que se realizó más frecuentemente fue la combinación de vitrectomía y retinopexia en un 17.3% y vitrectomía en un 10.8%.(Fig 34).

Los pacientes quienes recibieron intravitreos fueron un 15%. (Fig 35).

Una aplicación de intravitreo en un 8.6% y dos aplicaciones en un 4.3%. (Fig 36).

La aplicación de láser en el ojo derecho en un 6.5% y en el ojo izquierdo en un 17.3% y en ambos ojos en un 8.6%.(Fig 37).

La agudeza visual final en el ojo derecho de 20/60 (Fig 38).

La agudeza visual final en el ojo izquierdo de 20/50 y 20/20 (Fig 39).

DISCUSION

En la población estudiada, la Pars Planitis se presentó con una mayor frecuencia a la edad de 6 años, comparado con un estudio que se realizó en población mexicana de 10 años. (11).

En otro estudio también el rango fue de 7 a 13 años; 9.2 años(11), (12). Los hombres fueron los más frecuentemente afectados en un 73%, en otros estudios reportan en un 68.8%(3).

Ambos ojos fueron afectados en el 96% de los casos comparado en otros estudios que fueron del 84.4%, 87.5%. (14).

La causa más frecuente de consulta en este estudio fue la disminución de la agudeza visual, lo cual es similar a otros estudios.

Los hallazgos oftalmológicos principales en este estudio fueron copos de nieve y celularidad vítrea en un 76.1%. y la vasculitis en un 70%, las cuales son similares a otros estudios que reportan como principales hallazgos oftalmológicos los copos de nieve con un 97.7% y la vitritis (93.3%), vasculitis retiniana en 89.2%.(16), (13).

En un estudio de población mexicana coincide que las manifestaciones clínicas más frecuentes son la vitritis en un 99.7%, copos de nieve 63.1%.(5)

En este estudio la complicación principal fue la catarata pero con un porcentaje mayor del 50%, la cual también en otros estudios observaron que fue la complicación más prevalente en un 36.7%: 30.4%.(4), (15). Aunque en un estudio en población mexicana fue la segunda complicación con un 47.5% .(7). La hemorragia vítrea se presentó en un 14% similar con lo reportado en otros estudios de un 15%.(17).

En este estudio el edema macular quístico se presentó en el 24%, en otros estudios reportan un porcentaje menor del 6.35%, 8.3%,26.1%. (4) .En México reportan en un 63.4%.(11)

En el 69% se les aplicó corticoesteroide paraocular, en otros estudios reportan en un 33.3%(21). En otro estudio en México en un 97.5%.(11).

Los pacientes que recibieron corticoide sistémico fue 43.4%, comparándolo con un 68.1% ó 75% de los casos.(23).

Los pacientes que recibieron inmunosupresor en este estudio fueron en un 54%; comparándolo con otros estudios de un 21.3% a 28.8%.(24)

La Implantación del LIO en este estudio fue del 76% y afacos en el 23% comparado con otro estudio de un 66.7%, afacos en un 13.8%.(28).

No hay un estudio en México que evalúe que tipo de tratamiento médico como cual AINE, corticoide o inmunosupresor es el más utilizado. No se describen en el tratamiento quirúrgico que técnicas son para pacientes que presentan complicaciones de retina, glaucoma, segmento anterior. Al final del seguimiento la Agudeza visual fue de 20/40.

La agudeza visual mejoró en ambos ojos en la última cita de los pacientes.

Este estudio aporta información de cómo es el abordaje de los pacientes de pars planitis en el Instituto.

CONCLUSION.

Es más frecuente en hombres y bilateral.

El más común síntoma es la disminución de la agudeza visual

Los hallazgos clínicos más importantes están localizados en vítreo y retina.

La complicación más frecuente es la catarata y edema macular quístico

El tratamiento comprende corticoesteroides paraoculares, esteroides sistémicos, AINES tópicos y sistémicos y otras drogas inmunosupresoras, así como vitrectomía como una última alternativa en el manejo de pacientes con pars planitis .

El tratamiento quirúrgico fue para complicaciones como catarata, glaucoma y retina.

RESULTADOS

EPIDEMIOLOGIA

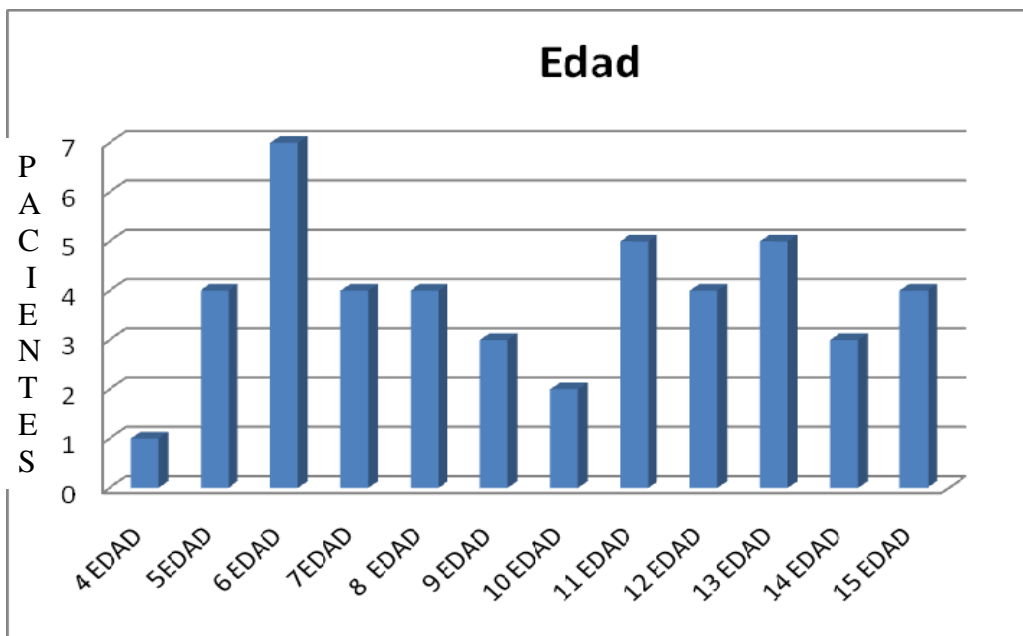


FIGURA 1. La edad va de un rango de 4 años de edad a 15 años de edad con un mayor número a los 6 años de edad.



FIGURA 2. La parapsoriasis se encontró más frecuente en pacientes del sexo masculino 73% y el resto en pacientes del sexo femenino 27%.

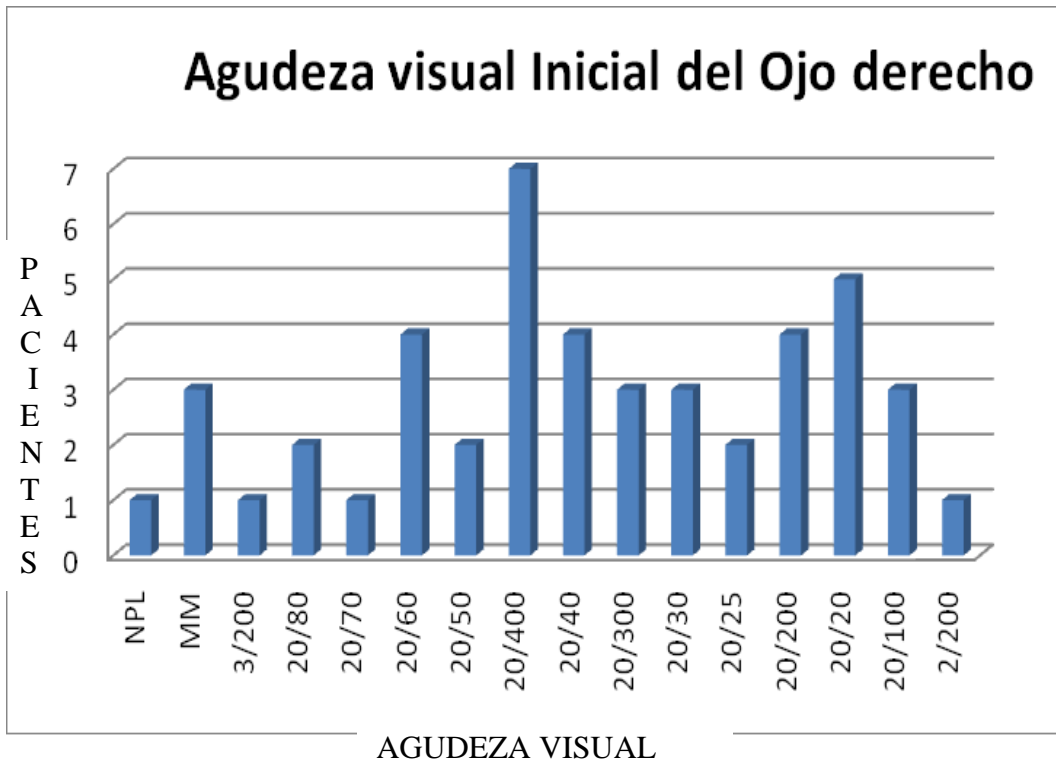


FIGURA 3. La agudeza visual del ojo derecho vario desde NPL hasta 20/20 siendo mayor numero 20/400 en un 15.2%

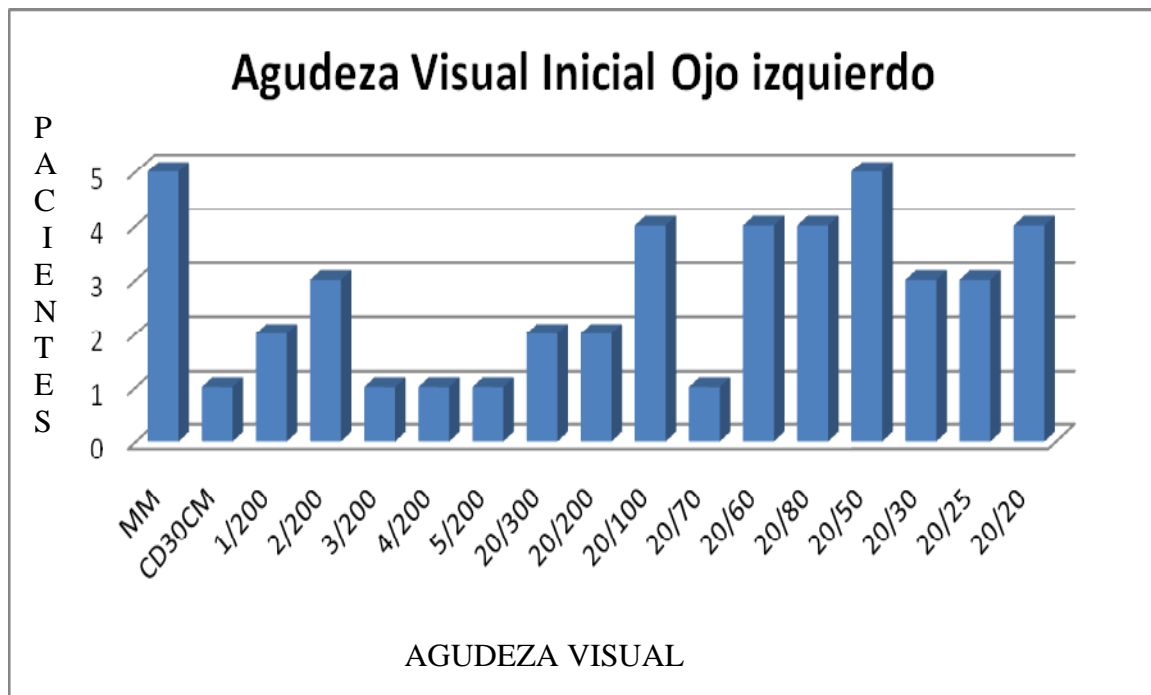


FIGURA 4. La agudeza visual del ojo izquierdo va desde MM hasta 20/20 siendo con mayor frecuencia MM y 20/50.

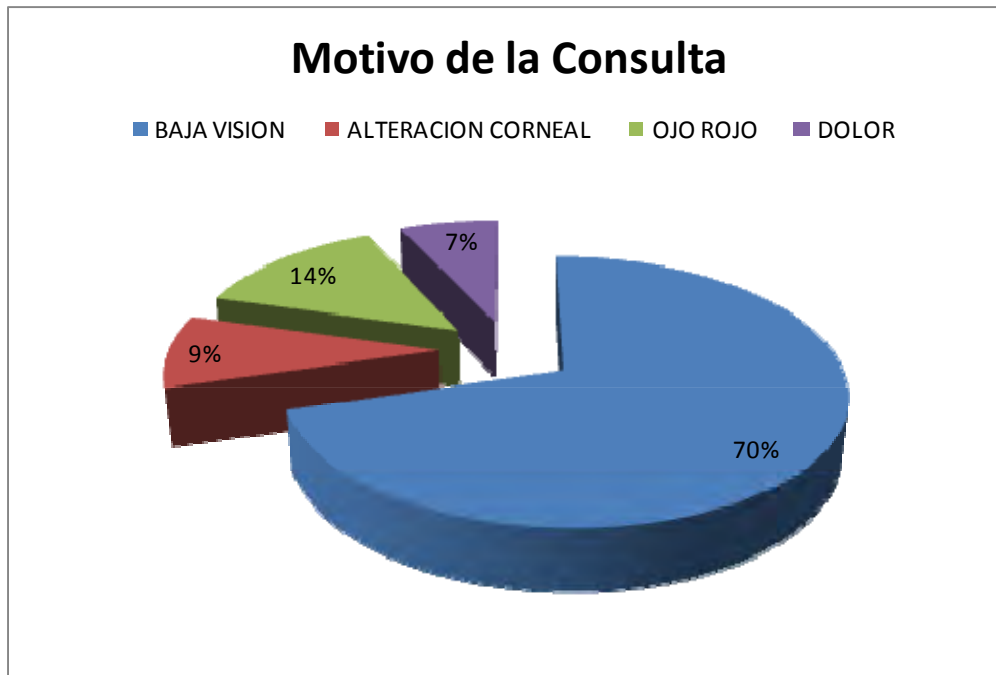


FIGURA5. El motivo de consulta fue en primer lugar la baja de visión en un 70%, alteración corneal en un 14%, ojo rojo en un 9% y dolor en un 7%.

MANIFESTACIONES CLINICAS

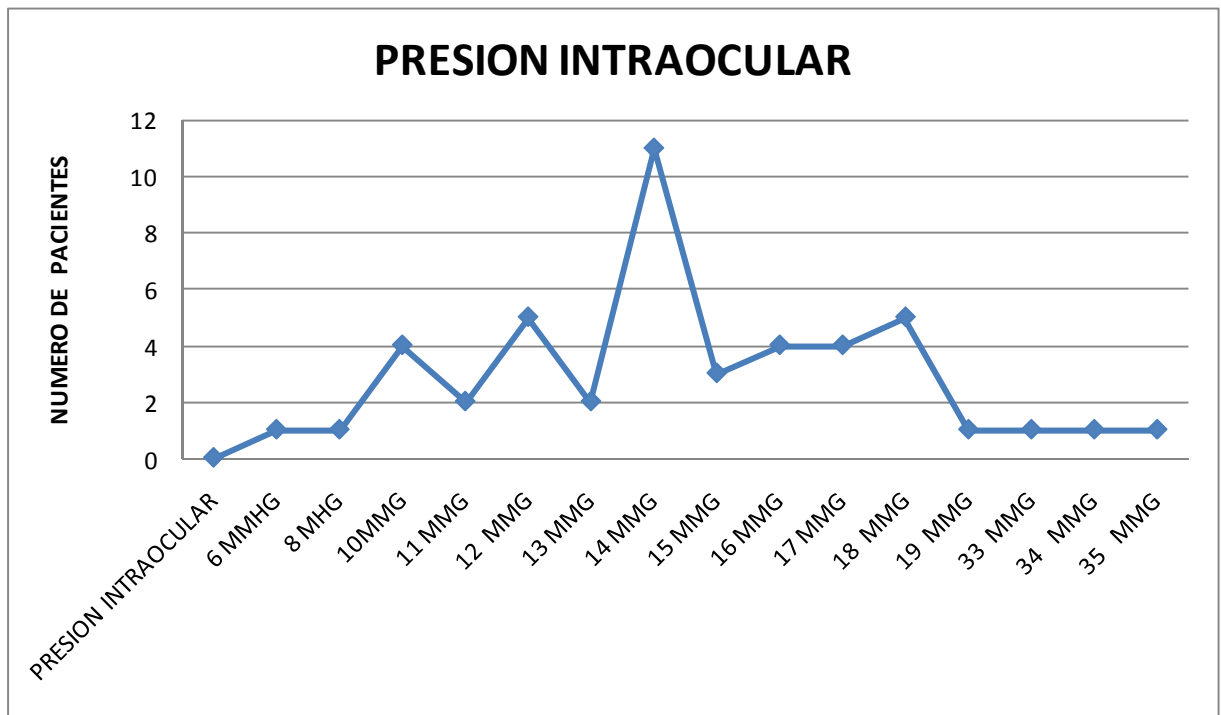


FIGURA 6. La presión intraocular en la primera consulta fue 14mmHg .(24%).

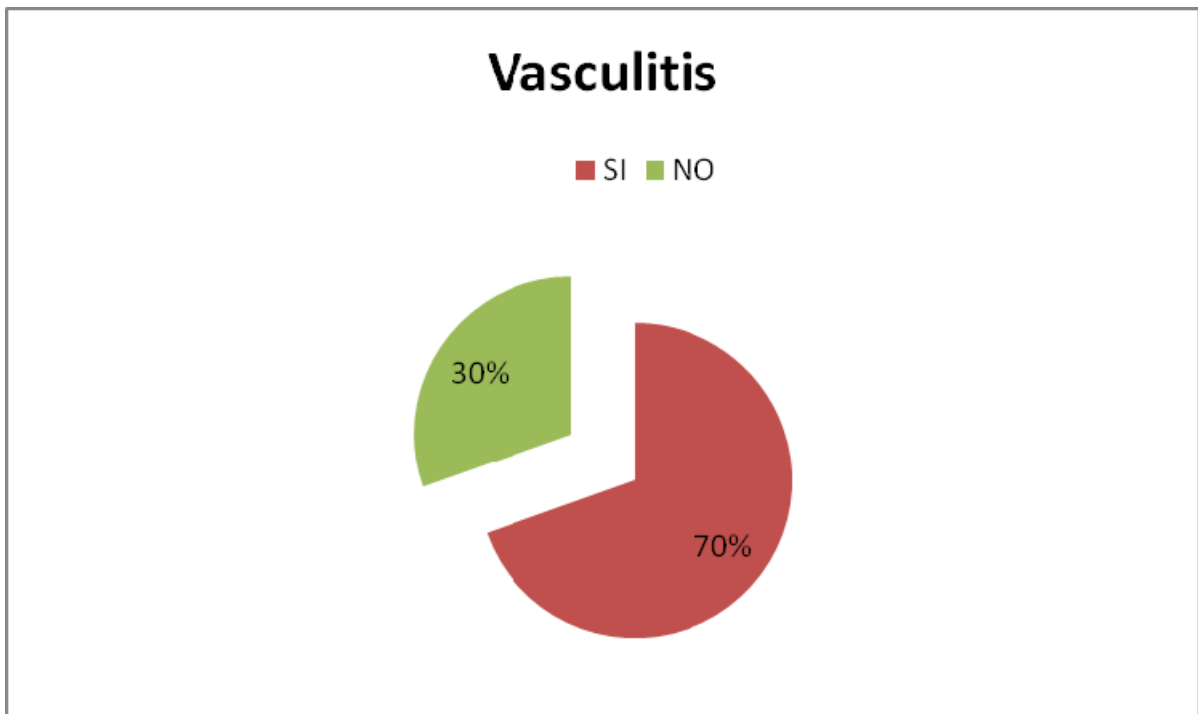


FIGURA 7. La vasculitis de retina es en el 70%

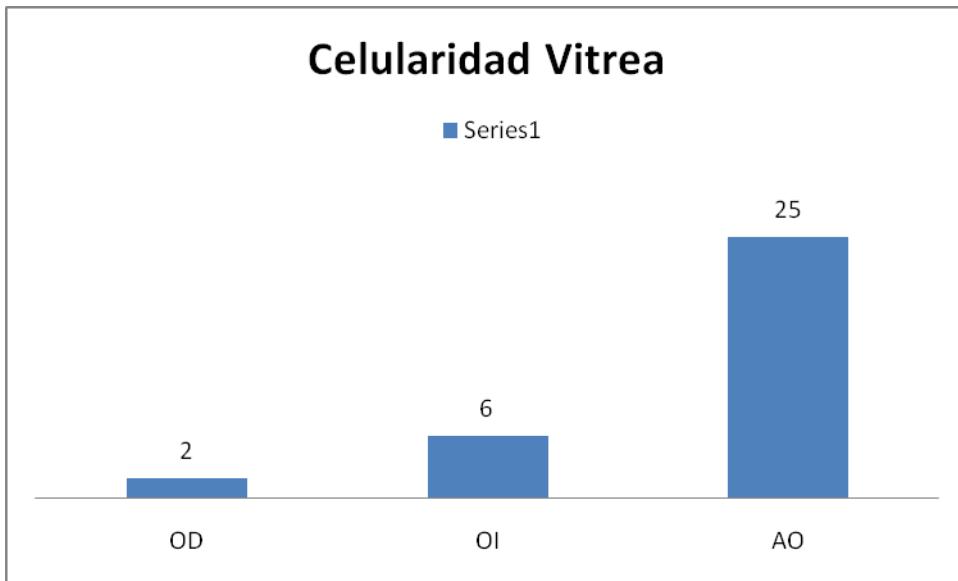


FIGURA 8. La celularidad vítrea en el ojo derecho 4.3%, en el ojo izquierdo 13%, en ambos ojos 54.3%.

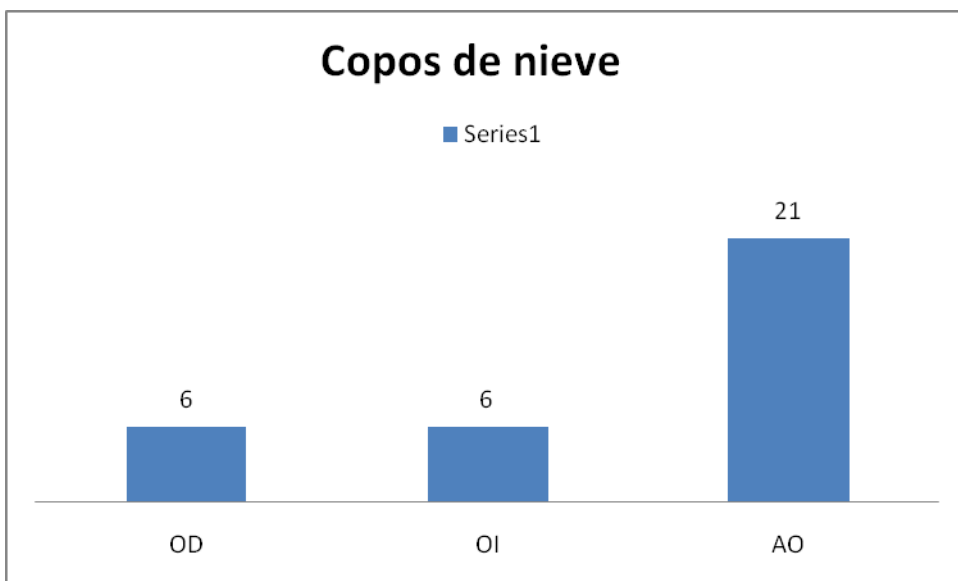


FIGURA 9. Los copos de nieve en el ojo derecho en un 13 % y en el ojo izquierdo en un 13% y en ambos ojos 45.6%

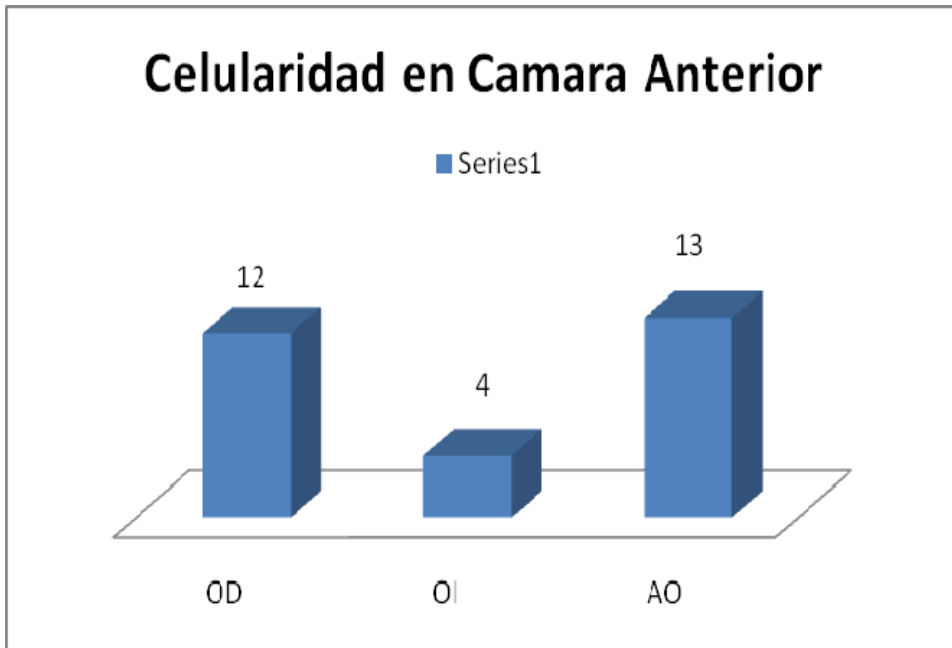


FIGURA 10. La celularidad en la cámara anterior en el ojo derecho 26% , en el ojo izquierdo 8.6%, en ambos ojos 28%.

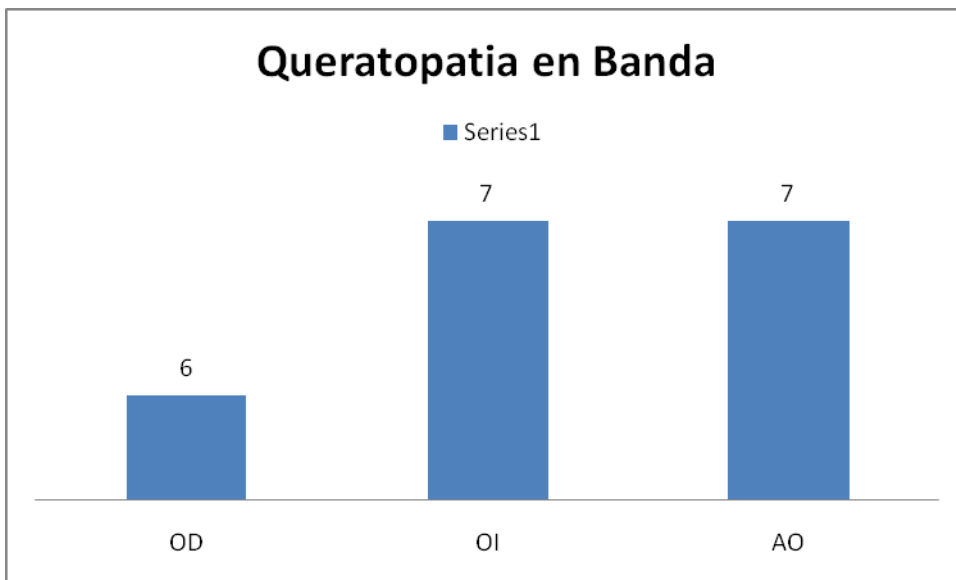


FIGURA11. La queratopatía se presentó en ambos ojos en un 15%

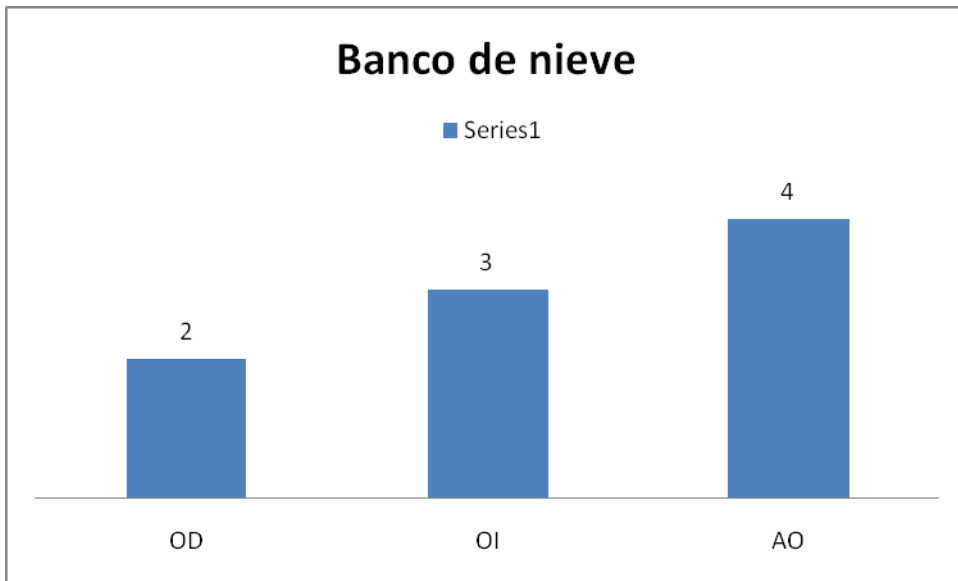


FIGURA 12 Los bancos de nieve en el ojo derecho 4.3% , en el ojo izquierdo 6.5% y ambos ojos 8.6%

COMPLICACIONES

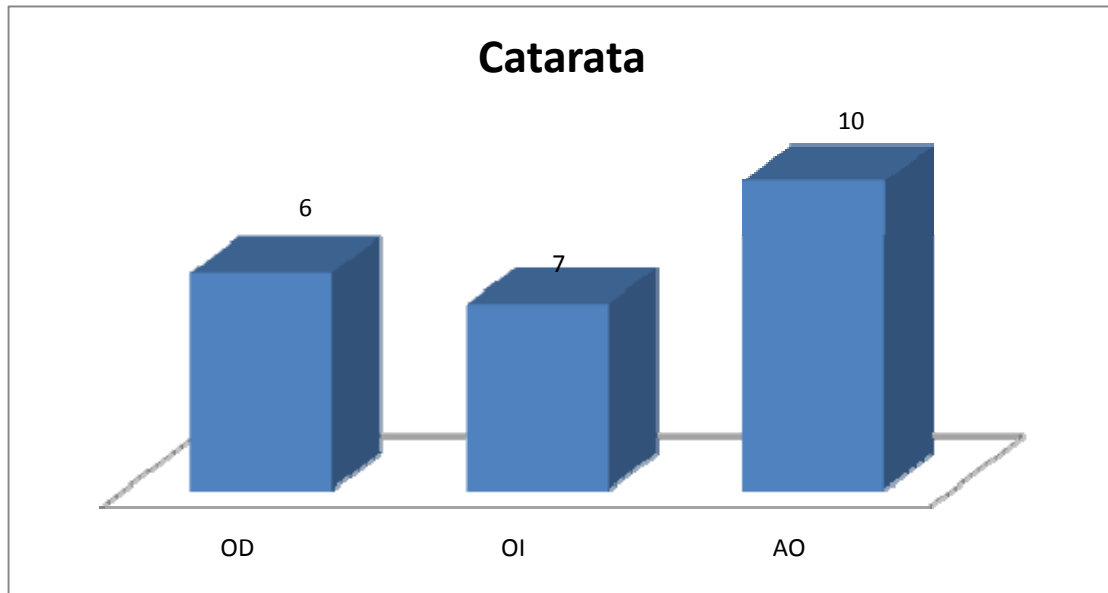


FIGURA 13. La catarata en el ojo derecho 13% , en el ojo izquierdo 15%, en ambos ojos 22%

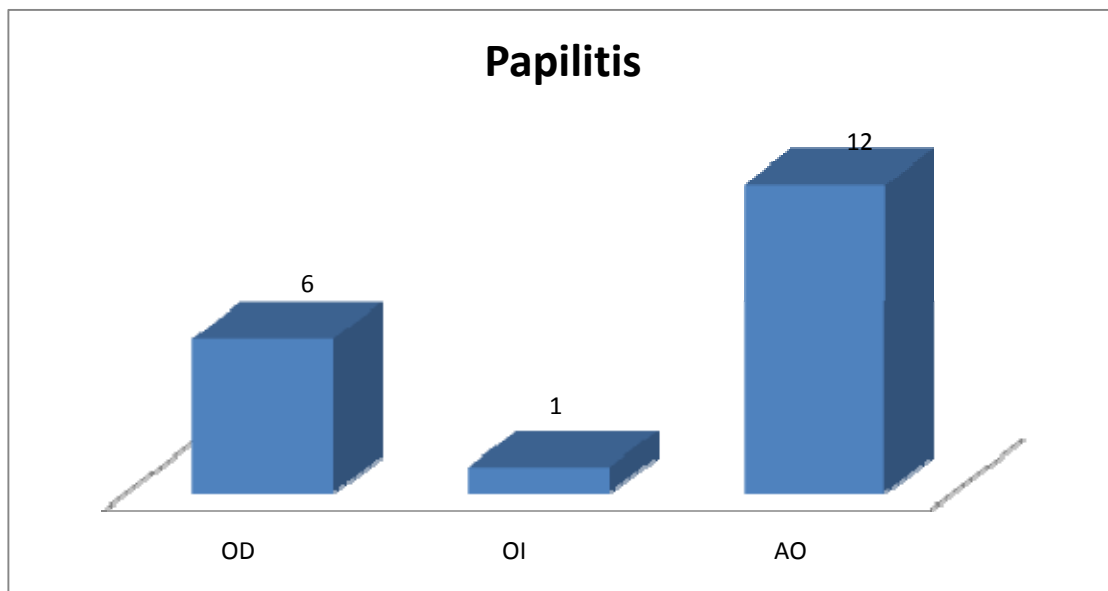


FIGURA 14. La papilitis se presento en el ojo derecho 13% , en el ojo izquierdo 2% , en ambos ojos 26%.

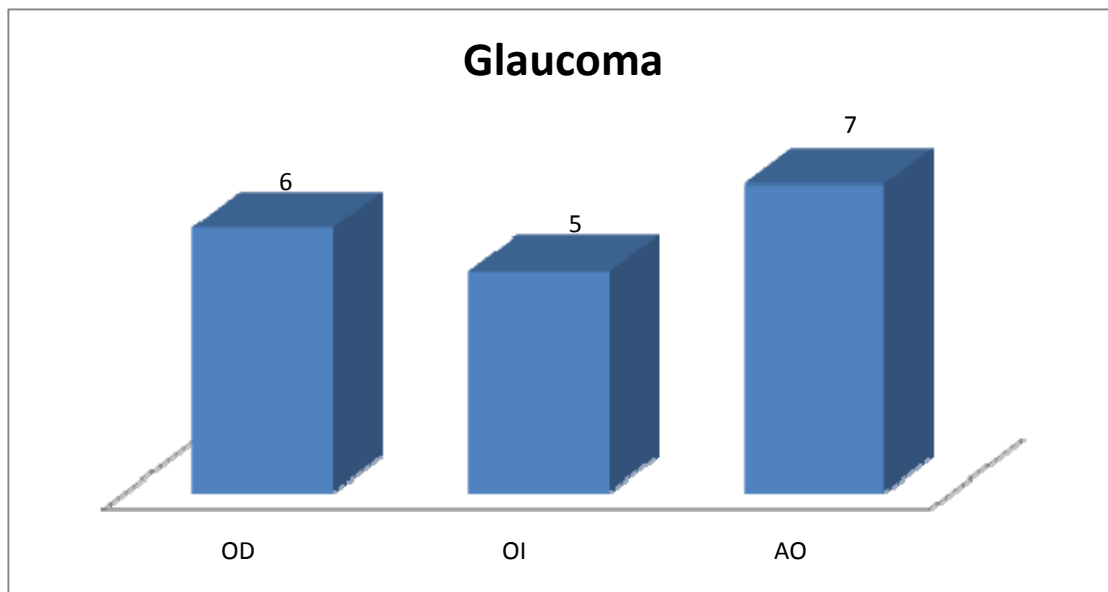


FIGURA 15. El glaucoma en el ojo derecho 13%, en el ojo izquierdo 11% , en ambos ojos 15%.

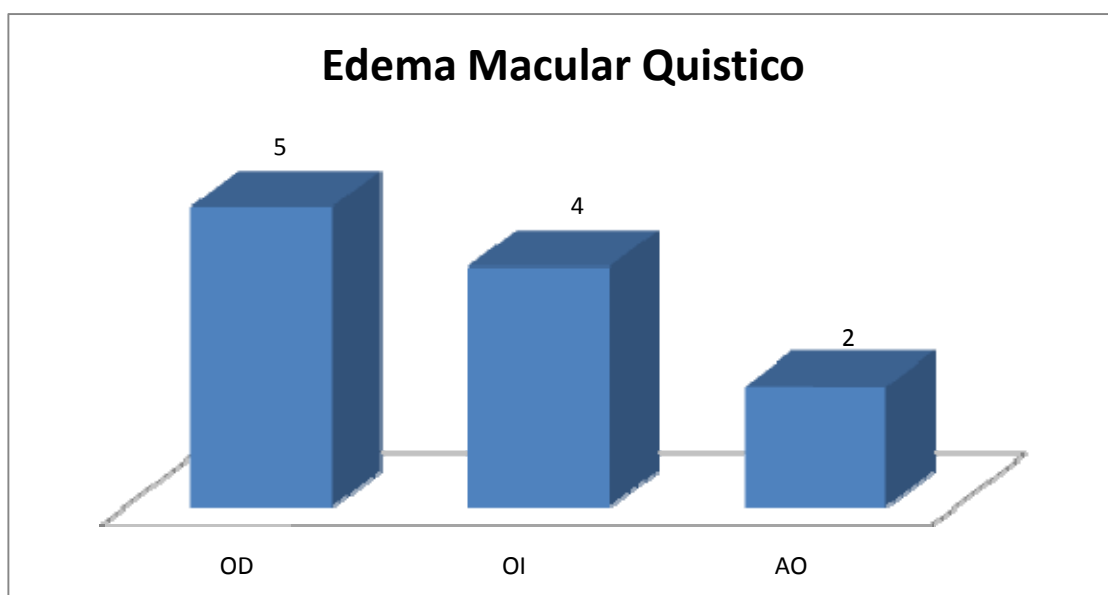


FIGURA 16. El edema macular quístico en el ojo derecho 11% , en el ojo izquierdo 9% , en ambos ojos 4%

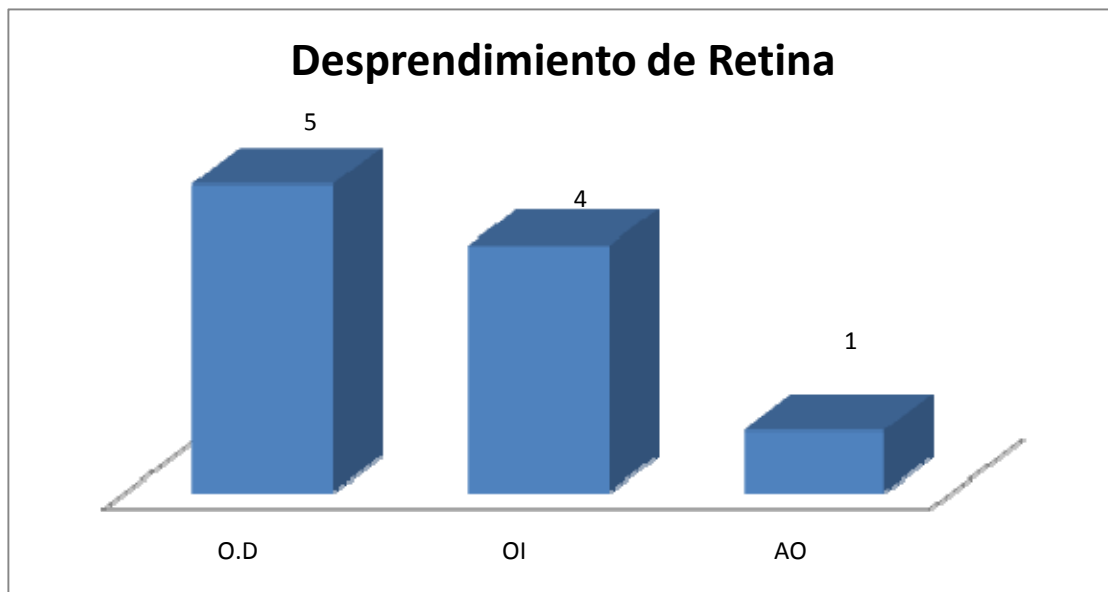


FIGURA 17. El desprendimiento de retina el ojo derecho 11% , en el ojo izquierdo 9% , en ambos ojos 2%

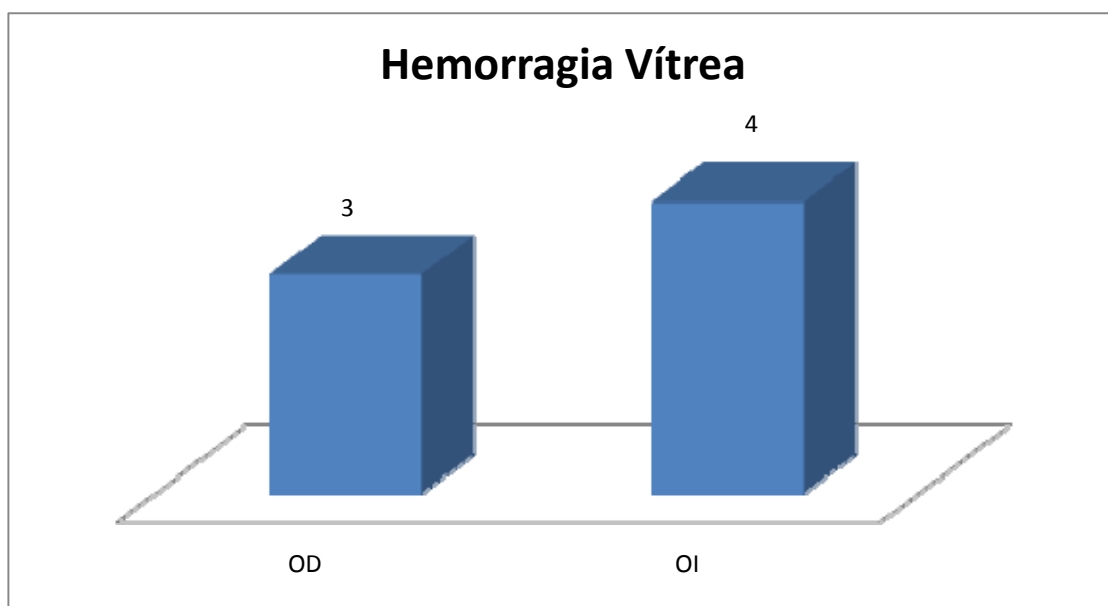


FIGURA 18. La hemorragia vítrea 15.1%

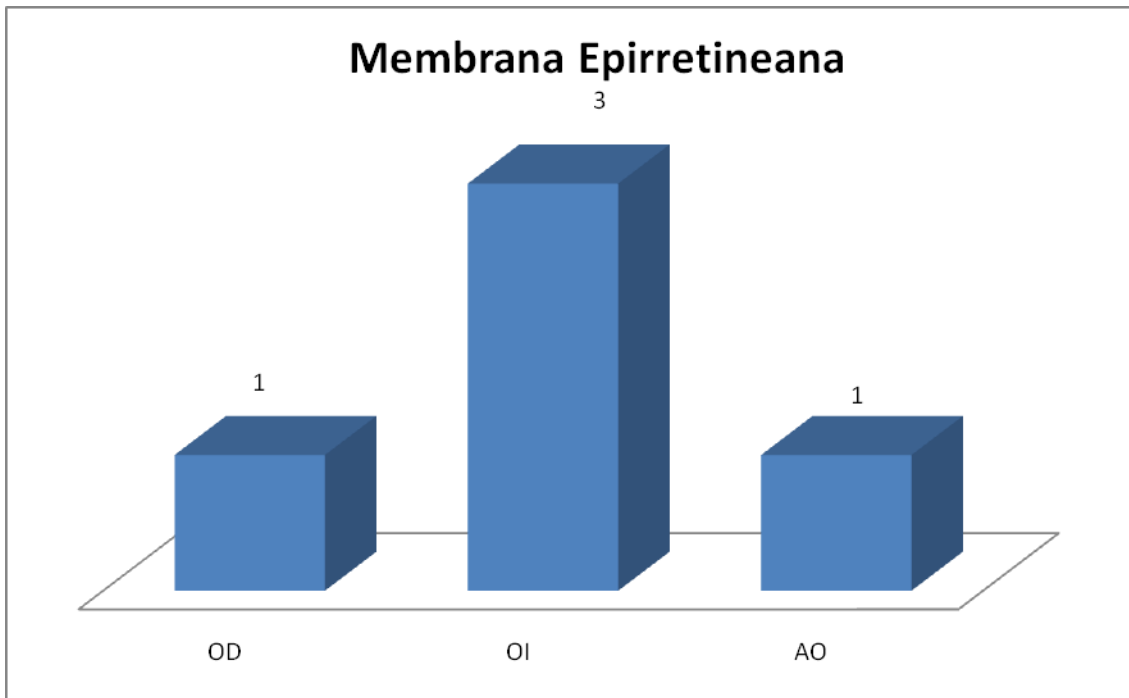


FIGURA 19. La membrana epirretineana en el ojo derecho 2.1% , en el ojo izquierdo 6.5% y en ambos ojos 2.1%

TRATAMIENTO

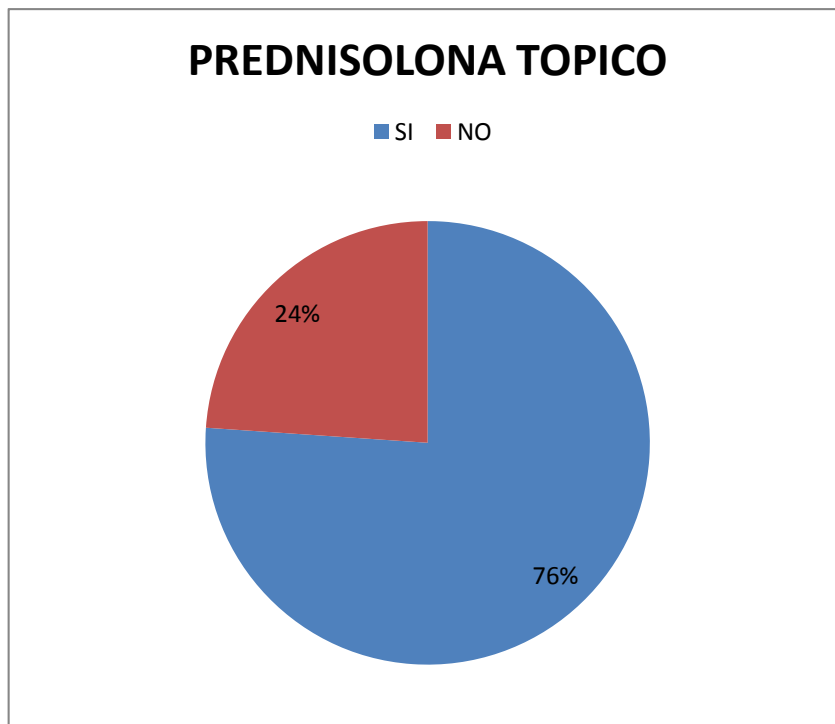


FIGURA 20. Recibieron prednisolona tópica en un 76%.

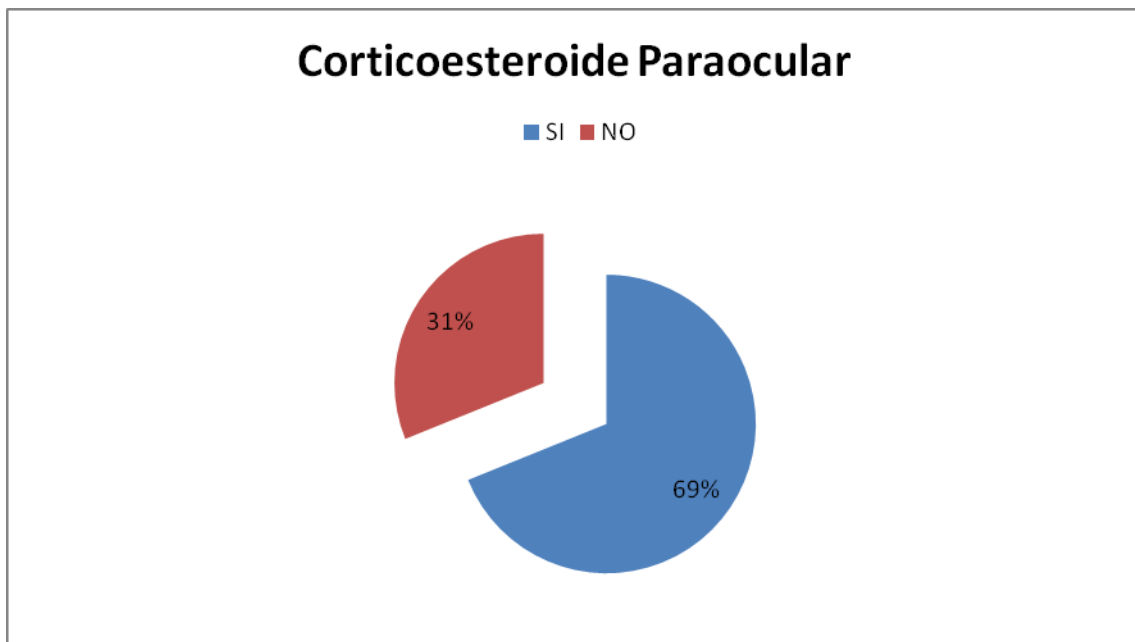


FIGURA 21. Se les aplico corticoesteroide paraocular en un 69%.

NÚMERO DE PARAOCULARES

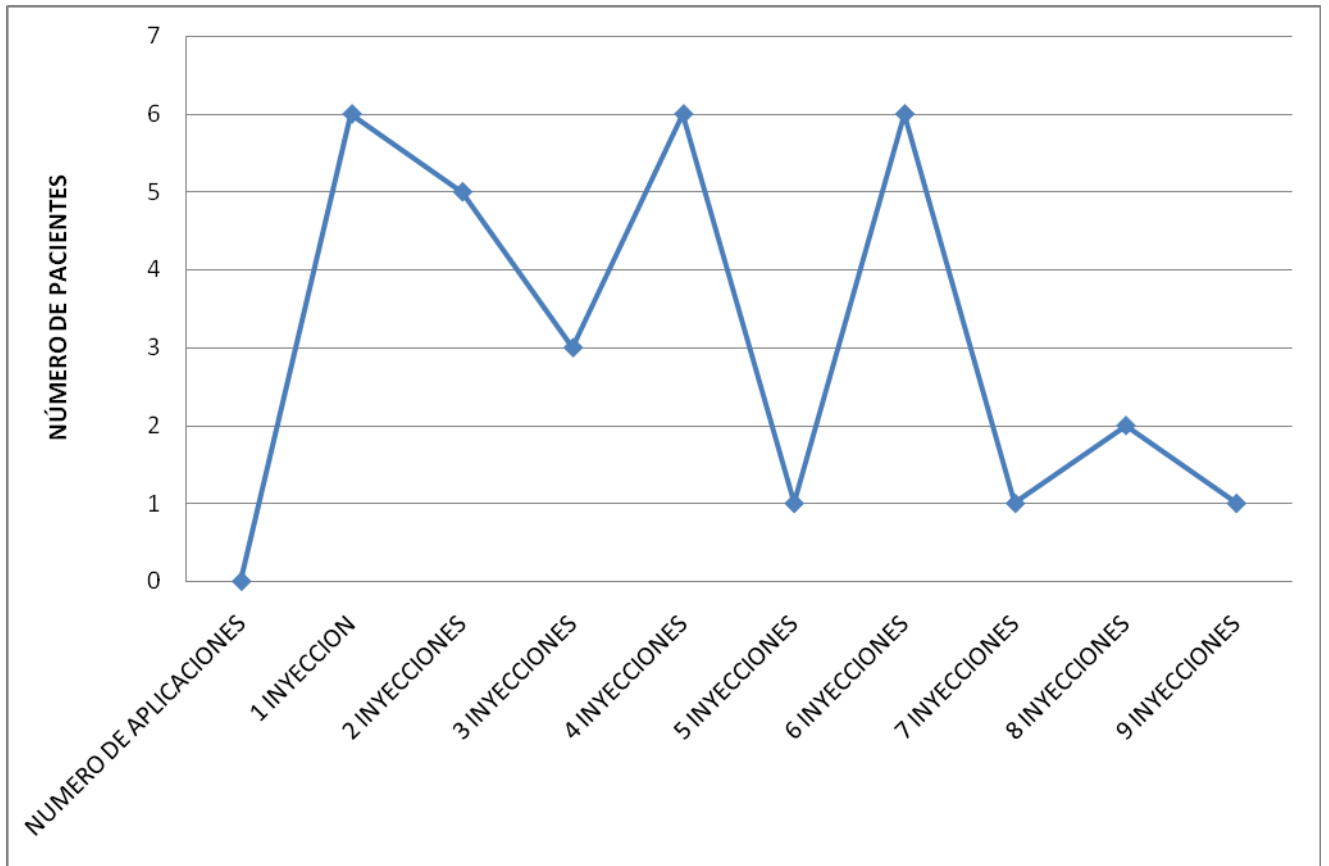


FIGURA 22. La mayoría de los pacientes con pars planitis habían recibido una inyección paraocular a seis inyecciones paraoculares

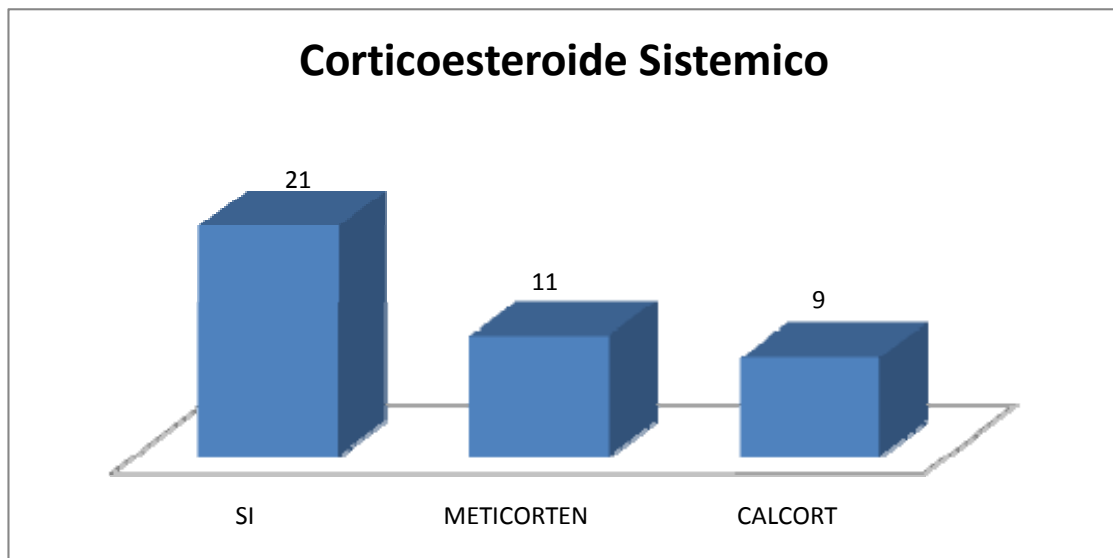


FIGURA 23. Los pacientes que recibieron corticoesteroide sistémico fue 43.4%, del cual el meticorten en un 24% y el calcort en un 19.5%

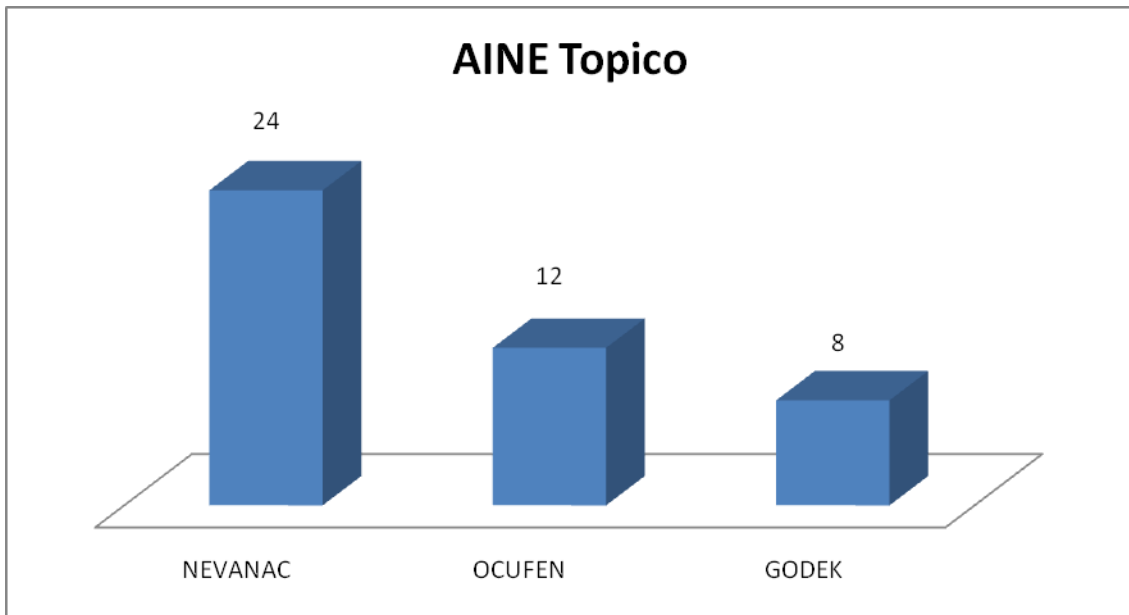


FIGURA 24. El AINE principal fue el nevanac con un 52%, el ocufen 26% y el godek 17%.

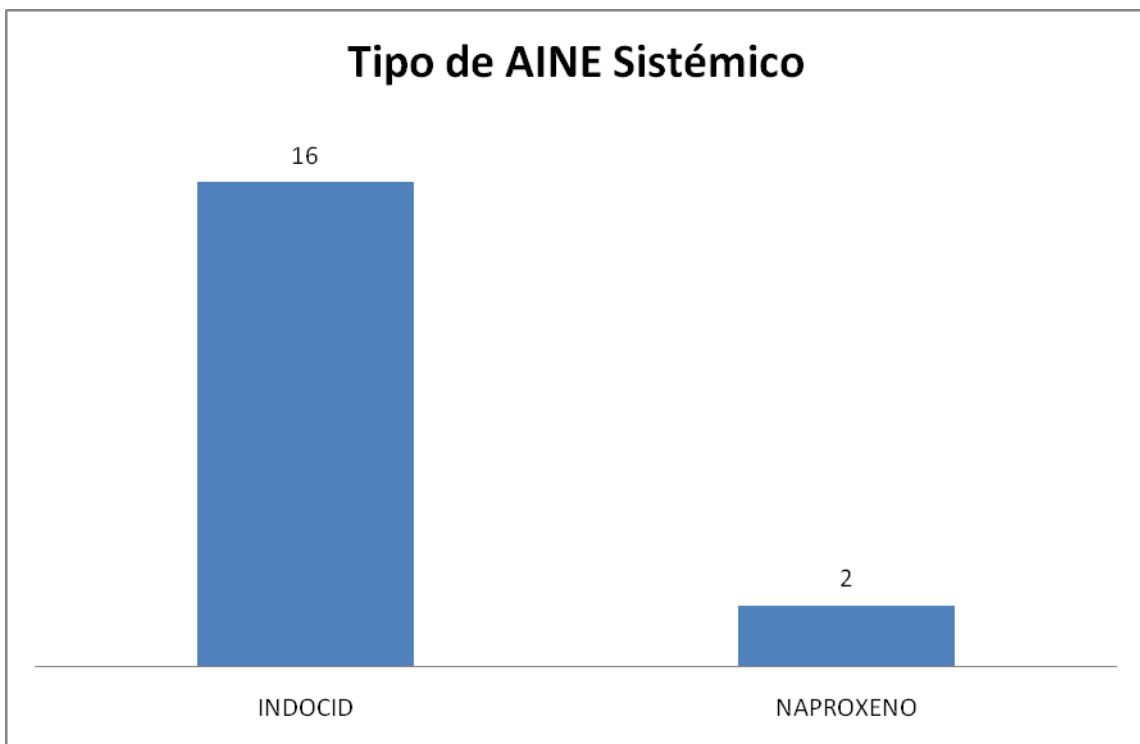


FIGURA 25. El AINE sistémico fue el incocid con un 34.7% y el naproxeno en un 4.3%

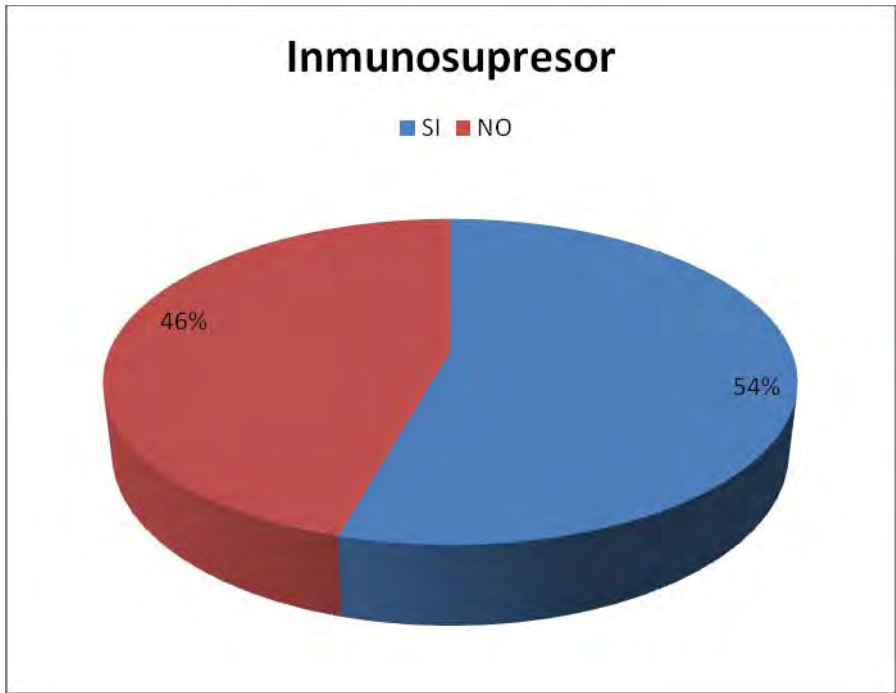


FIGURA 26. Recibieron inmunosupresor en un 54%..

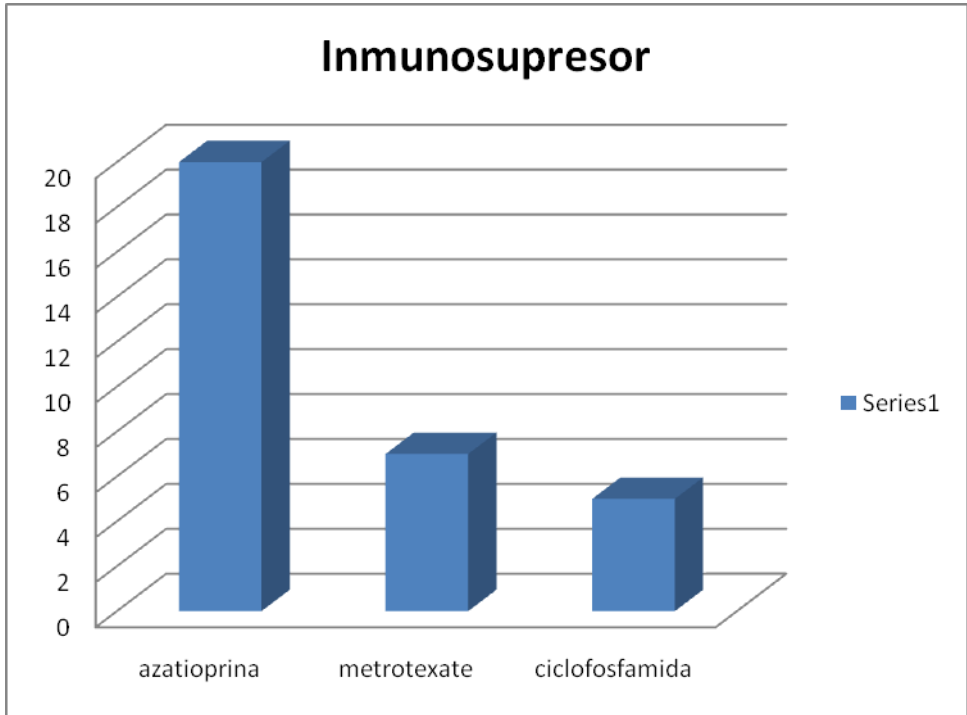


FIGURA 27. El inmunosupresor más utilizado fue la azatioprina en el 43%, seguido del metrotexate 15% y ciclofosfamida 10%.

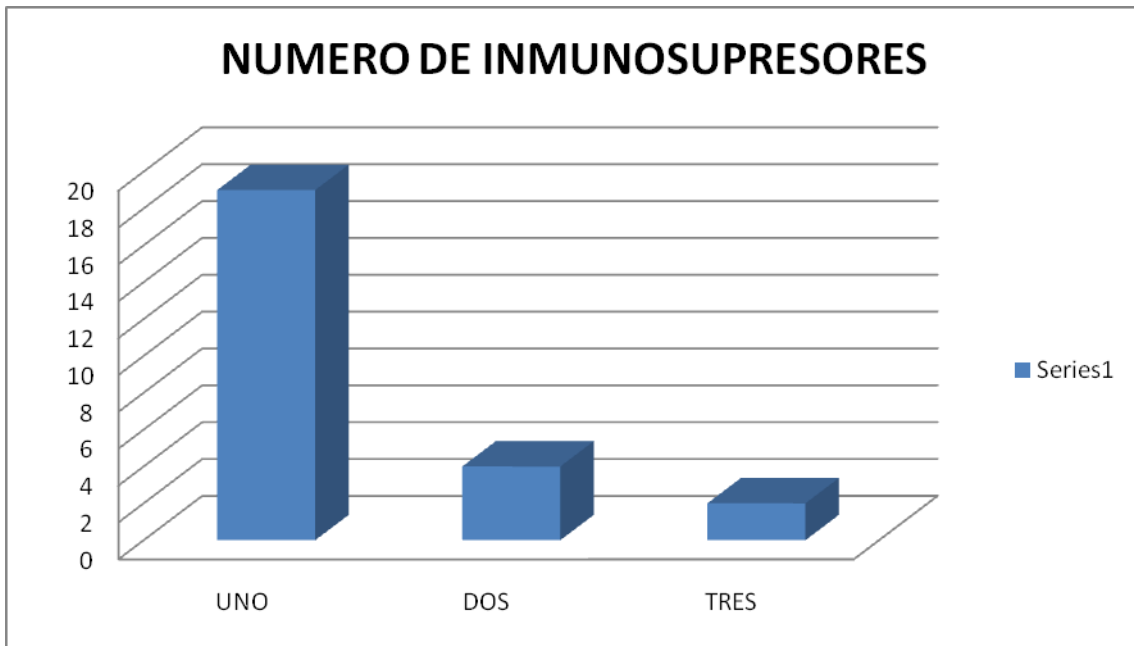


FIGURA 28. Recibieron un inmunosupresor en el 41.3%, dos inmunosupresores en 8.6% y tres en el 4.3%



FIGURA 29. La cirugía de glaucoma con válvula en un 13% y trabeculectomia en un 2%.

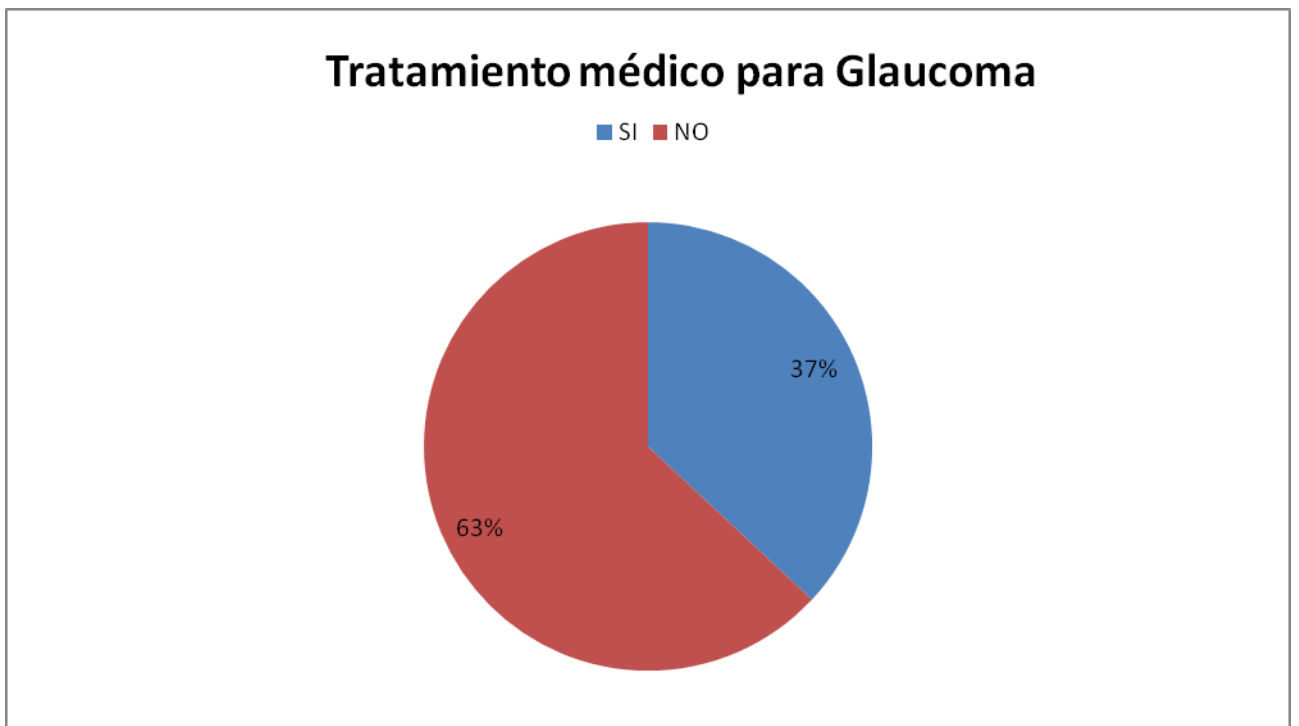


FIGURA 30. El tratamiento con antiglaucomatosos estuvo indicado en el 37%.

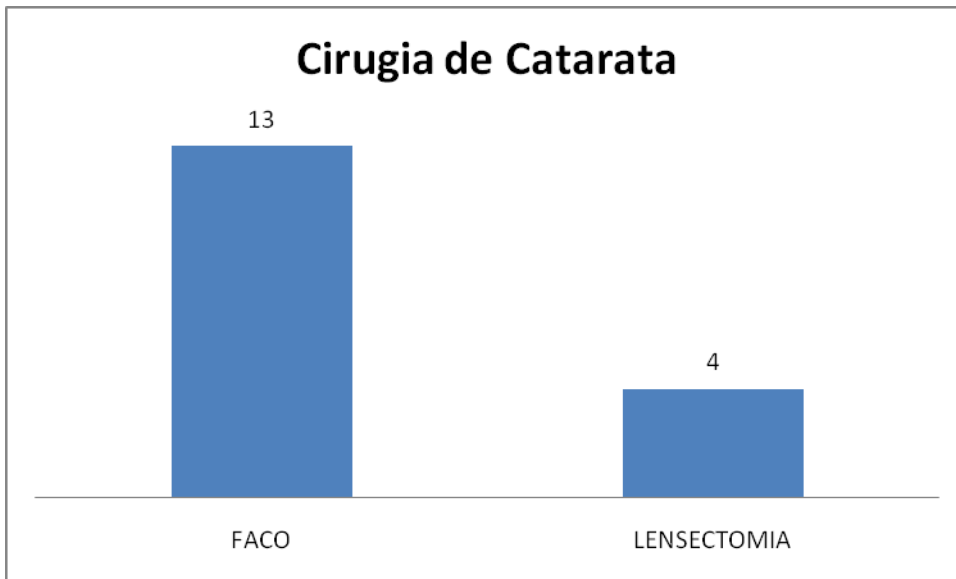


FIGURA 31. La cirugia de catarata que se realizo mas frecuente fue la facoemulsificacion en un 28%.



FIGURA 32. Se coloco un lente intraocular en el 76% y se quedaron afacos en el 23.5%.

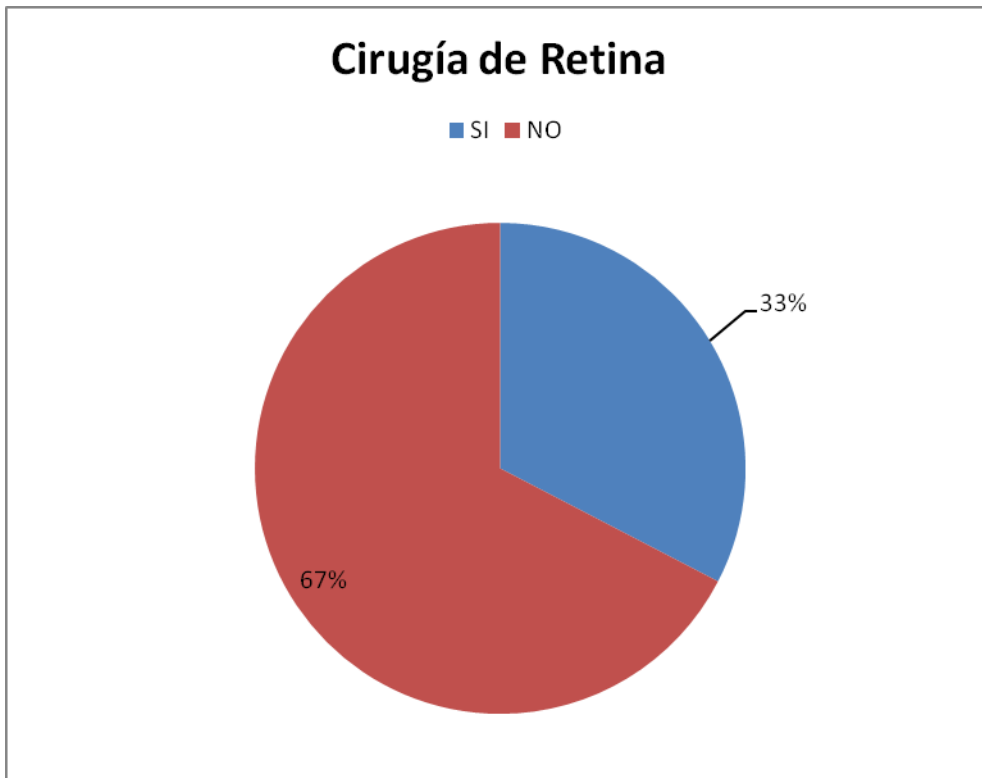


FIGURA 33. Los pacientes a quienes se les sometió a cirugía de retina fueron en un 33%.



FIGURA 34. El tipo de cirugía que se realizó más fue la combinación de vitrectomía y retinopexia en un 17.3% y vitrectomía en un 10.8%

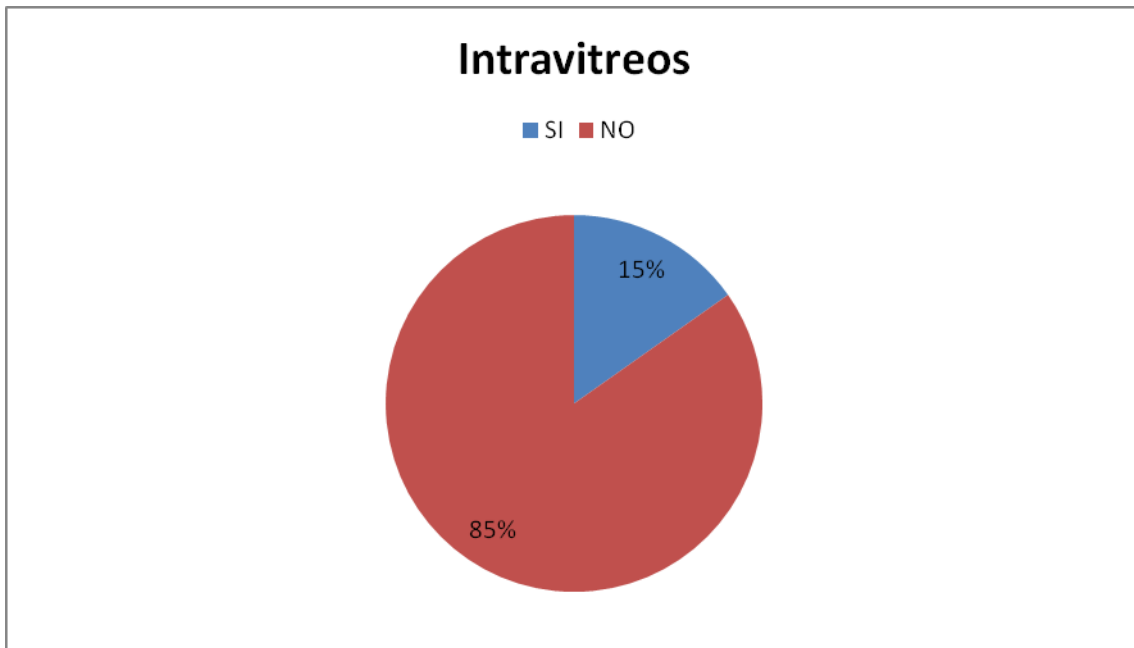


FIGURA 35. Los pacientes quienes recibieron intraviteos fueron un 15%.

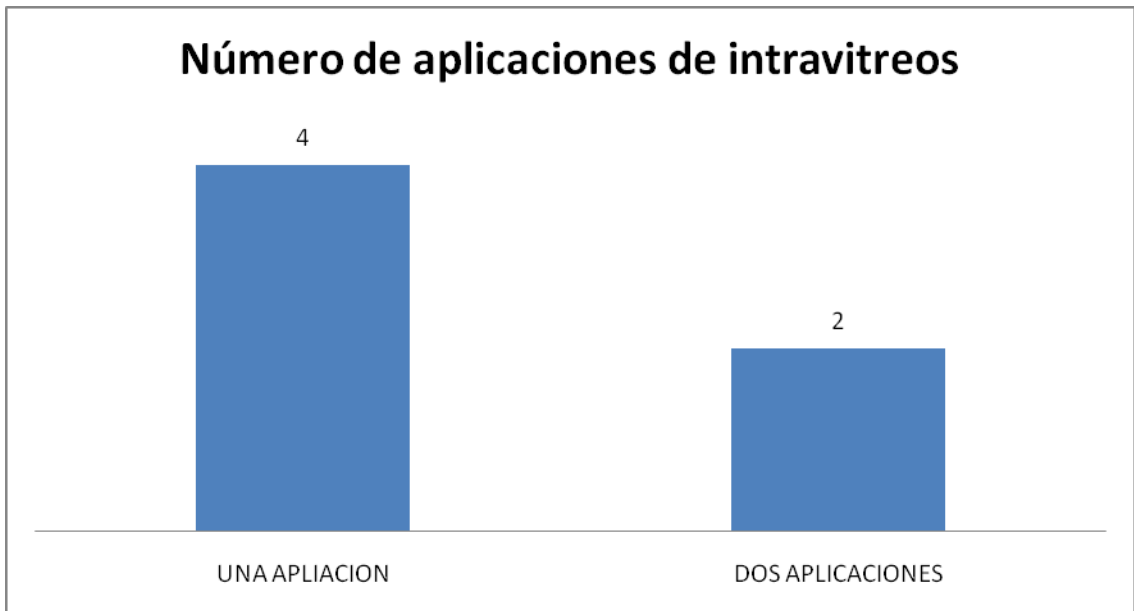


FIGURA 36. Una aplicación de intraviteos en un 8.6% y dos aplicaciones en un 4.3%.

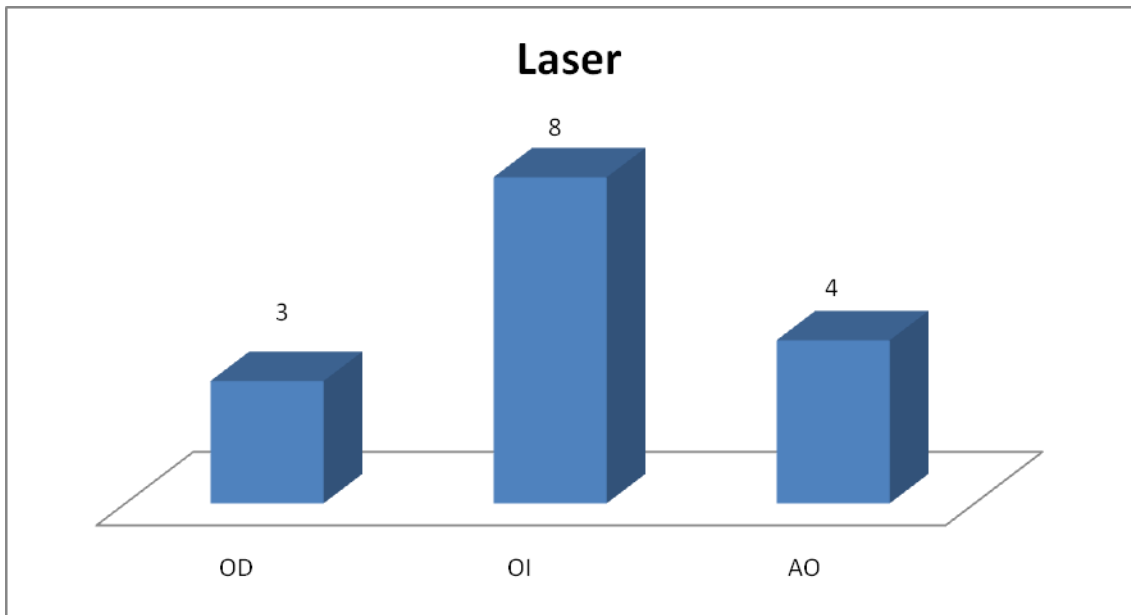


FIGURA 37. Se les aplico laser en el ojo derecho en 6.5% y en el ojo izquierdo 17.3% y en ambos ojos 8.6%.

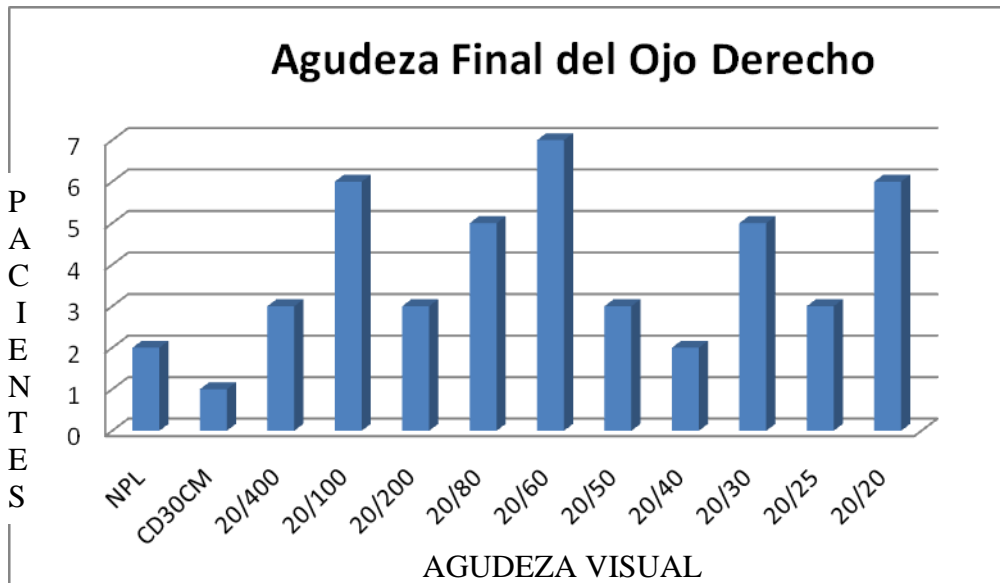


FIGURA 38. La agudeza final del ojo derecho va desde NPL hasta 20/20 , siendo 20/60 el 15%.

AGUDEZA FINAL DEL OJO IZQUIERDO

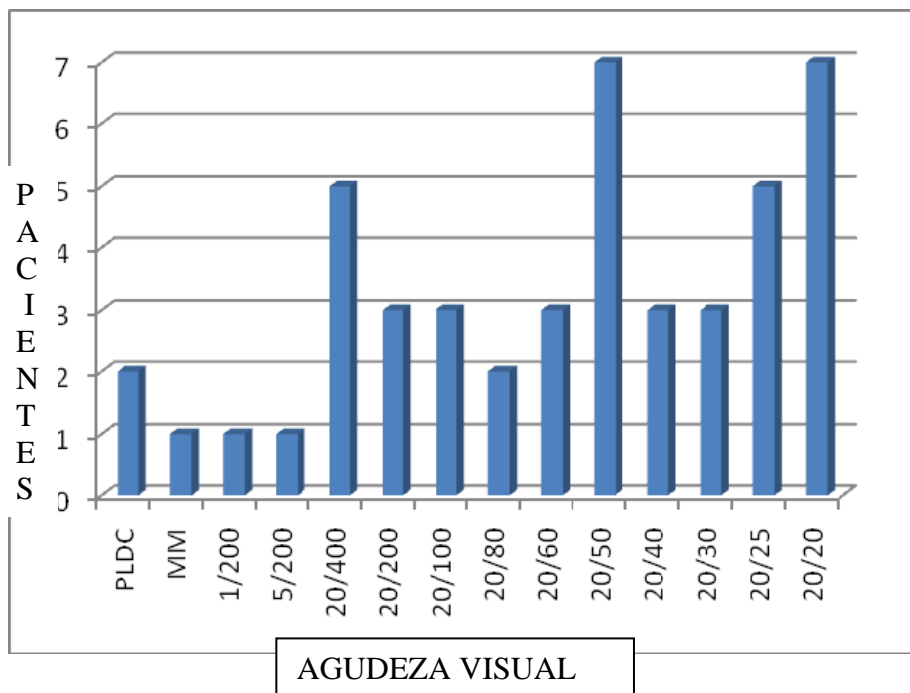


FIGURA 39. La agudeza final del ojo izquierdo va desde PLDC hasta 20/20 siendo 20/50 y 20/20 el 15.2%

ARTICULOS Y BIBLIOGRAFIA

- 1.-Malinowski SM . Pulido JS, Folk. JC: Long term visual outcome and complications associated with pars planitis. *Ophthalmology*. 1993 jun; 100 (6):818-24.
- 2.-Engelmann K, Ness, Greiner K: Uveitis intermedia in childhood. *Klin Monatsbl augenheilk* . 2007jun;224 (6) : 462-8
- 3.- Donaldson MJ, Pulido JS, Hernan DC: Pars planitis : a 20 year study of incidence , clinical features and outcomes. *Am J Ophthalmol* .2007 dec; 144 (6): 912-817
- 4.- Guex Crosier :Epidemiology of uveitis .*Rev Prat*. 1999 nov15;49(18): 1989-94.
5. -Kadayifcilar S, Eldem B,Tumer B: Uveitis in childhood. *J pediatr ophthalmol strabismus*. 2003 nov-dic;40(6):335-40.
- 6.-Polifroni L. Voorduin R, Pedroza Seres M. Epidemiología y Etiología de la Uveítis en un centro de referencia de la ciudad de México. Tesis.
- 7.- Chang JH, Wakefield D. Uveitis: A global perspective. *Ocul Immunol Inflamm*. 2002 december. 10 (4) : 263-79.
- 8.- Pedroza -Seres M, Linares M, Voorduin S, Garfias , Jimenez –Martinez: Pars planitis is associated with an increased frequency of effector- memory CD57+ Tcells . *Br J Ophthalmol*. 2007 oct ;91(10):1393-8.
- 9.-Perez VL, Papaliadis GN, Foster CS: Elevated levels of interleukin 6 in the vitreous fluid of patients with pars planitis and posterior uveítis: the Massachusetts eye and ear experience and review of previous studies. *Ocul Immunol Inflamm*. 2004 sept;12 (3): 193-201
- 10.- Castañeda Sanchez , Curiel Quesada, Pedroza Seres M : Peptidic sequence HSEATGPP is recognized by the sera of pars planitis patients.*Clin Invest Med*. 2009 jun 1 ; 32 (3) : e 206-11.
- 11 .- Arellanes-Garcia L, Navarro -Lopez L, Recillas-Gispert : Pars planitis in the Mexican Mestizo population : ocular findings, treatment , and visual outcome. *Ocul immunol inflamm*. 2003 mar,11(1):53-60

12.-Voorduin R. Frecuencia y Causa de las Uveítis en el Instituto de Oftalmología , Conde de Valenciana. Tesis .

13.- Romero R, Peralta J, Sendagorta E, Abelairas J: Pars planitis in children. J pediatr Ophthalmol Strabismus. 2007 sep-oct; 44(5):288-93.

14. -Jain R, Ferrante P, Reddy GT , Lightman : Clinical features and visual outcome of intermediate uveitis in children. Clin Experiment Ophthalmol. 2005 feb ; 33(1) : 22-5.

15.- Maris I, Van Calster J, Wouters C, Casteels I: Clinical symptoms and complications of pars planitis in childhood. Bull Soc Belge Ophtalmol, 2005;(295):29-33.

16.- Ortega--Larrocea G, Arellanes -Garcia L: Pars planitis: epidemiology and clinical outcome in a large community hospital in Mexico City. Int ophthalmol. 1995; 19(2): 117-20.

17.-Lauer AK, Smith JR, Robertson JE, Rosenbaum : Vitreous hemorrhage is a common complication of pediatric pars planitis. Ophthalmology . 2002 enero ; 109 (1) : 95-8.

18.- Merayo-Llodes ,Power WJ, Rodriguez, Pedroza-Seres M, Foster CS: Secondary glaucoma in patients with uveítis. Ophthalmologica. 1999;213 (5) :300-4.

19.-Stephen Foster CS. Treatment algorithm for Pars planitis. Ocular Immunology and Uveitis Foundation.

21.-Duguid, Ford, .Horgann, Towler: Combined orbital floor betamethasone and depot methylprednisolone in uveitis. Ocul Immunol Inflamm. 2005 feb ; 13(1):19-2

23.-Schatz CS, Uzel JL, Leininger I, Danner S, Terzic J: Immunosuppressants used in a steroid –sparing strategy for childhood uveítis. J Pediatr Ophthalmol Strabismus .2007 jan –feb ,44(1) :28-34.

24.-Treviño S, Pedroza Seres M:Manejo y control de enfermedades inflamatorias oculares con inmunosupresores. 2009. Tesis.

25.-Quiñones K,Cervantes, Foster CS: Outcomes of cataract surgery in children with chronic uveítis . J cataract refract surg. 2009 apr; 35(4):725-31.

26. Potter MJ, Myckatyn, .Maberley : Vitrectomy for pars planitis complicated by vitreous hemorrhage : visual outcome and long term follow up. J Ophthalmol. 2001 april; 131(4) : 514-5.

27. Androudi S. Ahmed M, Fiore T, Brazitikos P. Foster CS : Combined pars plana vitrectomy and phacoemulsification to restore visual acuity in patients with cronic uveitis. J cataract refract surg. 2005 mar;31(3):472-8

28.- Ganesh SK, Babu K, Biswas J: Phacoemulsification with intraocular lens implantation in cases of pars planitis . J cataract refract surg, 2004 oct; 30 (10): 2072-6.