

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



**ASOCIACIÓN PARA EVITAR LA CEGUERA
EN MÉXICO**
HOSPITAL "DR. LUIS SÁNCHEZ BULNES"



**TESIS DE POSGRADO PARA OBTENER EL
TÍTULO EN:**

OFTALMOLOGÍA

TÍTULO DE TESIS:

**RESULTADOS VISUALES EN PACIENTES
CON UVEITIS QUE SE SOMETEN A CIRUGIA
DE CATARATA**

AUTOR:

DRA. NANCY EDITH ARREGUIN REBOLLAR



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.

AUTOR

DRA. NANCY EDITH ARREGUÍN REBOLLAR

JURADO

DR. BERTHA DELIA GARIBAY VELAZQUEZ

PRESIDENTE

DR. JAIME VILLASEÑOR SOLARES

SECRETARIO

DR. ABELARDO A. RODRÍGUEZ REYES

VOCAL

DRA. LUZ ELENA CONCHA DEL RIO

VOCAL

DRA. LILIA GIL FERNANDEZ

VOCAL

México, D.F.,23 de Agosto de 2010

DEDICATORIAS

Dedido mi trabajo y mis logros personales y profesionales a Dios por haberme dado la oportunidad de vencer todas las eventualidades y darme la fuerza para continuar adelante.

A mi esposo, Xicotencatl, que sin su apoyo y su fe en mi trabajo no hubiera sido posible superar los obstáculos. Gracias amor por siempre creer en mí, en todo momento.

A mi tesoro, Mariana, por los sacrificios hechos que aún no se da cuenta que hace. Princesa, tú eres mi motor más grande y todo lo que hago, siempre es pensando en ti.

A mis padres, que me han apoyado de manera incondicional desde mis primeros años. Espero que estén orgullosos de mí como yo estoy de ustedes. Son los mejores padres que Dios me pudo dar.

A mis hermanos por todos los momentos buenos y malos que hemos pasado en nuestra vida... los adoro.

A mis amigos... por hacer llevaderos los momentos difíciles.

A mi hospital y a mis maestros por todas las enseñanzas y vivencias que obtuve en este tiempo junto a ustedes.

INDICE

INTRODUCCIÓN	5
SÍNTESIS	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
JUSTIFICACIÓN	8
OBJETIVOS	9
HIPÓTESIS	10
MATERIAL Y MÉTODOS	11
RESULTADOS	14
DISCUSIÓN	27
CONCLUSIONES	30
BIBLIOGRAFÍA	31

INTRODUCCIÓN

La formación de catarata es una de las causas más comunes de disminución de la agudeza visual (AV) en pacientes con uveítis. (1)

En varias formas de uveítis la incidencia de catarata se ha descrito hasta desde un 50% hasta el 77%.(1,6.15)

En algunas formas de uveítis, como el Síndrome Uveítico de Fuchs o las uveítis asociadas a artritis idiopática juvenil, la catarata forma parte del proceso patológico hasta en 77% mientras que en otras es resultado tanto del proceso inflamatorio crónico como del tratamiento esteroideo tópico y sistémico.

La cirugía de catarata mediante la técnica de facoemulsificación con implante de Lente Intraocular es considerada una intervención segura en pacientes con inflamación intraocular, encaminada a mejorar la capacidad visual y disminuir de manera importante las complicaciones derivadas del procedimiento

SÍNTESIS DEL PROYECTO

Estudio transversal y descriptivo donde se realizó revisión de Expedientes del servicio de Enfermedades Inflamatorias Oculares de la Asociación para Evitar la Ceguera en México, que tuvieran el antecedente de cirugía de Catarata. Se correlacionaron los datos obtenidos con el tipo de uveítis.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los resultados visuales de los pacientes con uveítis a los que se les realiza cirugía de catarata?

JUSTIFICACIÓN

La cirugía de catarata es la principal complicación causante de baja en la agudeza visual en los pacientes que padecen enfermedades inflamatorias oculares.

Los resultados visuales en estos pacientes dependen de un adecuado manejo periquirúrgico y una técnica quirúrgica depurada.

Es importante determinar los resultados post-operatorios según el tipo de uveitis para proporcionar un pronóstico visual a estos pacientes.

OBJETIVOS

General:

- Determinar los resultados visuales en los pacientes con uveitis que han sido sometidos a cirugía de catarata

Específicos:

- Describir las complicaciones asociadas a la cirugía de catarata en pacientes con uveitis
- Determinar las diferencias en la evolución postoperatoria en los pacientes con diferentes entidades inflamatorias

HIPÓTESIS

General:

- Los pacientes con uveitis con remisión de la inflamación previo a cirugía de 3 meses o mas, que se someten a cirugía de catarata, obtendran una agudeza visual final mejor o igual a 20/40

Específicas:

- Existe una relación entre el tipo de uveitis y la agudeza visual final obtenida.
- El tipo de complicación postquirúrgica depende del tipo de uveitis.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Se trata de un estudio de investigación clínica, retrospectivo observacional y descriptivo

Criterios de inclusión

Pacientes con el diagnóstico de Enfermedad de inflamatoria ocular que se hubieran sometido a cirugía de Catarata entre enero de 2003 y marzo de 2009 en el Hospital "Dr. Luis Sánchez Bulnes" de la Asociación para evitar la Ceguera en México, A.C.

Criterios de exclusión

- Seguimiento menor a 3 meses
- Expediente clínico incompleto

Variables

Se recolectaron y analizaron las siguientes variables :

- Sexo
- Edad
- Diagnóstico oftalmológico
- Diagnóstico sistémico
- Tratamiento prequirúrgico
- Técnica quirúrgica
- Tipo de Lente Intraocular
- Tiempo de remisión de la inflamación prequirúrgico
- Agudeza Visual inicial y final
- Tratamiento postquirúrgico
- Complicaciones
- Tiempo de aparición de las complicaciones
- Tratamiento de las complicaciones

Metodología

Se analizaron retrospectivamente los expedientes de pacientes que fueron intervenidos de cirugía de catarata entre Enero 2003 y Marzo de 2009.

Todos los pacientes pertenecen al servicio de Enfermedades Inflamatorias Oculares del Hospital "Dr. Luis Sánchez Bulnes" de la Asociación para Evitar la Ceguera en México (APEC).

Los procedimientos quirúrgicos fueron realizados por médicos experimentados en cirugía de catarata en pacientes con enfermedades inflamatorias.

Los datos recolectados fueron: edad, sexo, tipo de uveítis, tiempo sin inflamación prequirúrgica, grado de inflamación prequirúrgico, tratamiento pre y post quirúrgico, tiempo de evolución de la uveítis, tipo de cirugía, tipo de lente, complicaciones post-quirúrgicas, tiempo de aparición de las complicaciones y Capacidad Visual (CV) prequirúrgica y post-quirúrgica.

El grado de inflamación fue determinado de acuerdo al Standardization of Uveitis Nomenclature (SUN) Working Group.(2)

La AV fue medida en escala decimal y analizada según su equivalente logarítmico.

Se incluyeron pacientes con un seguimiento mínimo de 3 meses.

Se recolectaron todas las variables en una base de datos en el programa Excell versión 2007 (Microsoft) y posteriormente se analizaron los datos por estadística no paramétrica.

RESULTADOS

Se incluyeron 166 pacientes con padecimientos inflamatorios crónicos (femenino 56.6%, n=94; masculino 43.4% n=72; edad promedio 43.8 ± 22.5 años), para un total de 212 ojos.

En la tabla Número 1 se muestran los diferentes diagnósticos etiológicos, y las características epidemiológicas de cada uno. Los principales diagnósticos son uveítis anterior seguido de Iridociclitis heterocrómica de Fuchs, Pars Planitis Clásica y Síndrome de Vogt Koyanagi Harada.

En la tabla Número 2 se muestran las variable demográficas de la población de este estudio.

La principal técnica quirúrgica fue la Facoemulsificación con implante de lente Intraocular en 100% de los ojos. En algunos ojos se realizaron técnicas combinadas, como iridectomía en 8.49% (n=18), vitrectomía anterior en 5.59% (n=11), Implante de Valvula de Ahmed en 2.83% (n=6), Capsulorrexis Circular Continua Posterior en 0.94% (n=2), Implante de Valvula de Ahmed y Vitrectomía anterior en 0.94% (n=2), iridectomía y vitrectomía anterior en 0.94% (n=2). En 58.96% de los ojos (n=125) se implantó un Lente Intraocular de Acrílico Hidrofóbico de 1 pieza (SN60WF, SN60AT, SA60AT, Alcon Labs) y en 41.04% (n=87) se implantó un lente intraocular de Acrílico Hidrofóbico de tres piezas (MA60AC, MA60AM, MA60BM, MA60MA, MA60SM, Alcon Labs).

En la gráfica Número 1 observamos los 4 diagnósticos principales comparando los cambios pre y postquirúrgicos en la capacidad visual.

UVEITIS ANTERIOR

Se analizaron 81 ojos contaban con el diagnóstico de Uveitis anterior, 23.4% (n=19) asociada a Diabetes Mellitus, 4.93% (n=4) asociada a la presencia de HLA-B27 +, 2.46% (n=2) asociada a Artritis Idiopática Juvenil; y el resto (69.3% n=56) se diagnosticaron como idiopáticas. El 62.7% (n=50) de los ojos presentaban una capacidad visual prequirúrgica menor a 20/200, el 27.1% (n=22) de los ojos se encontraban entre 20/40 y 20/200 y sólo el 11.1% (n=9) de los ojos tenían capacidad visual mayor a 20/40. Al describir la capacidad visual postquirúrgica se observa que el 23.4% (n=19) tenían capacidad visual menor a 20/200, 17.2% (n=14) de los ojos se encontraban entre 20/200 y 20/40 y 59.3% (n=48) registraron una capacidad visual mejor que 20/40. Solo el 40.74% (n=33) de los ojos se encontraban con algún tratamiento prequirúrgico, de los cuales en 84.8% (n=28) se encontraban con esteroide tópico, 21.2% (n=7) con esteroide por vía sistémica, al 6.06% (n=2) se les administró esteroide periocular, 3.03% (n=1) se reportó con esteroide por vía intravenosa y 21.21% (n=7) contaban con tratamiento inmunosupresor.

El promedio del tiempo libre de inflamación previo a la cirugía (fue de 17.16 semanas (rango de 0 a 169 semanas). 36 ojos (44.4%) presentaron un periodo libre de inflamación menor a 3 meses; en 45 ojos (45.5%) se registró un periodo

de remisión de la inflamación de más de 3 meses; 13 ojos (16.04%) presentaron un periodo sin inflamación prequirúrgica menor a 1 mes.

En cuanto a tiempo entre el diagnóstico del padecimiento inflamatorio y la cirugía de catarata se encontró un promedio de 14.06 meses \pm 16.69 meses (rango de 1 a 112 meses)

En lo que respecta a las complicaciones transquirúrgicas solo se presentó ruptura de la Cápsula Posterior en 7.4% de los ojos (n=6).

Los distintos tratamientos postquirúrgicos se distribuyeron de la siguiente manera: 100% (n=81) contaban con esteroide por vía tópica, 12.34% (n=10) con esteroide vía sistémica, 11.11% (n=9) con esteroide por vía intravenosa, 17.28% (n=14) con esteroide administrado de manera periocular y 6.17% (n=5) con tratamiento inmunosupresor.

53.08% de los ojos (n=43) no presentaron complicaciones post quirúrgicas. Sin embargo las complicaciones encontradas fueron: Edema Macula Quístico en 13.5% (n=11); Reactivación de la inflamación en 9,87% (n=8); Glaucoma en 7.4%; (n=6) Opacidad de la Cápsula Posterior en 4.9% (n=4), Hipertensión ocular en 3.7% (n=3), Desprendimiento de retina regmatógeno en 3.7% (n=3), Membrana anterior en 2.4% (n=2) Hemorragia Vítrea en 2.4% (n=2) Membrana epirretiniana en 1.2% (n=1) y Endoftalmitis crónica en 1.2% (n=1). Otras complicaciones que se presentaron fueron: Desprendimiento de Retina traccional en 1.2% (n=1), Endoftalmitis aguda en 1.2% (n=1) e Hipotensión crónica en 1.2% (n=1).

SINDROME UVEITICO DE FUCHS

Se analizaron 44 ojos con el diagnóstico clínico de Síndrome Uveítico de Fuchs. El 65.9% (n=29) de los ojos presentaban una capacidad visual prequirúrgica menor a 20/200, el 27.2% (n=12) de los ojos se encontraban entre 20/40 y 20/200 y sólo el 6.8% (n=3) de los ojos tenían capacidad visual mayor a 20/40. En comparación el 4.5% (n=2) presentaron de manera postquirúrgica capacidad visual menor a 20/200, 11.3% (n=5) se presentaron con capacidad visual entre 20/40 y 20/200, y 84.1% (n=37) presentaron capacidad visual mejor a 20/40.

Resalta que el 97.7% de los ojos (n=43) no contaban con tratamiento prequirúrgico. En 2.3% de los ojos se administró esteroide por vía tópica.

Debido a que el cuadro clínico de esta entidad uveítica se caracteriza entre otras cosas por presentar celularidad persistente en cámara anterior, no se registró el periodo sin inflamación prequirúrgica.

El tiempo entre el diagnóstico del padecimiento inflamatorio y la cirugía de catarata fue 15.02 ± 22.86 meses (rango de 1 a 80 meses).

Solo se presentaron complicaciones transquirúrgicas en 4.54% de los ojos (n=2) reportadas como ruptura de cápsula posterior en 1 ojo; así como luxación de fragmentos nucleares a cavidad vítrea en otro.

100% (n=44) de los ojos recibieron de manera postquirúrgica esteroide tópico. En solo 2.2% de los ojos (n=1) se administró esteroide por vía sistémica.

No presentaron complicaciones post quirúrgicas en 61.36% de los ojos (n=27). Las complicaciones encontradas en orden de frecuencia fueron: Opacidad de la cápsula posterior y probable endoftalmitis crónica en 13.6% de los ojos (n=6) respectivamente; reactivación de la inflamación en 6.8% (n=3), hipertensión ocular en 4.5% de los ojos (n=2) y descompensación corneal en 2.7% de los ojos (n=1)

PARS PLANITIS

En 29 ojos se registró Pars Planitis como diagnóstico ocular. El 79.3% (n=23) de los ojos presentaban una capacidad visual prequirúrgica menor a 20/200, el 17.2% (n=5) de los ojos se encontraban entre 20/40 y 20/200 y sólo el 3.4% (n=1) de los ojos tenían capacidad visual mayor a 20/40. El 27.5% (n=8) de los ojos tenían una capacidad visual menor a 20/200, 37.9% de los ojos (n=11), 34.4% de los ojos (n=10) tuvieron una capacidad visual mejor a 20/40.

Es importante señalar que al 13.79% (n=4) de los ojos no se les administró ningún tratamiento prequirúrgico. Del 86.2% de ojos (n=25) restante a los que si contaron con tratamiento prequirúrgico, se distribuyeron de la siguiente manera: 80% (n=20) recibieron esteroide tópico, 64% (n=16) contaban con esteroide sistémico, en 32% (n=8) se administró esteroide vía periocular y en 36% (n=9) se indicó tratamiento inmunosupresor.

El promedio del tiempo libre de inflamación previo a la cirugía fue de 15.51 ± 8.5 semanas (rango de 4 a 40 semanas). 41.37% (n= 12) presentaron un periodo sin inflamación prequirúrgica menor a 3 meses; en 58.62% de los ojos (n=17) se registró un periodo de remisión de la inflamación prequirúrgica de más de 3 meses; solo el 3.4% de los ojos (n= 1) presentaron un periodo sin inflamación prequirúrgica menor a 1 mes.

El tiempo transcurrido entre el diagnóstico del padecimiento inflamatorio y la cirugía de catarata se encontró un promedio de 37.55 meses \pm 61.45 meses (rango de 2 a 308 meses).

Solo se presentó, como complicación transquirúrgica, en 3.4% de los ojos (n=1) ruptura de la cápsula posterior.

Solo el 20.6% de los ojos no presentó complicaciones post quirúrgicas. Se encontraron con mayor frecuencia Opacidad de la Capsula posterior en 44.8% de los ojos (n=13) y Reactivación de la inflamación en 24.7% de los ojos (n=7). En 17.2% de los ojos (n=5) se presentó Edema macular quístico, 3.4% (n=1) presentó Desprendimiento de retina regmatógeno, así como Glaucoma, Descompensación corneal y Hemorragia vítrea, que se presentaron con la misma frecuencia.

Los distintos tratamientos postquirúrgicos se distribuyeron de la siguiente manera: 100% (n=29) contaban con esteroide por vía tópica, 68.9% (n=20) con esteroide vía sistémica, 24.1% (n=7) con esteroide por vía intravenosa, 27.5% (n=8) con

esteroide administrado de manera periocular y 9.3%% (n=9) con tratamiento inmunosupresor.

SINDROME DE VOGT KOYANAGI HARADA

28 ojos contaban con el diagnóstico de Síndrome de Vogt Koyanagi Harada. El 75% (n=21) de los ojos presentaban una capacidad visual prequirúrgica menor a 20/200 y el restante 25% (n=7) de los ojos se encontraban entre 20/40 y 20/200 y ninguno de los ojos tenían capacidad visual mayor a 20/40. Al analizar la capacidad visual postquirúrgica 28.5% (n=8) se encontraban con capacidad visual menor a 20/200, 21.4% (n=6) se encontraron en el rango entre 20/200 y 20/40 y 50% (n=14) se encontraban con capacidad visual mejor a 20/40.

Solamente el 3.7% (n=1) de los ojos no se les administró ningún tratamiento prequirúrgico. Del 96.4% de ojos (n=27) restante a los que si contaron con tratamiento prequirúrgico, se distribuyeron de la siguiente manera: 70.3% (n=19) recibieron esteroide tópico, 55.5% (n=15) contaban con esteroide sistémico, en 7.4% (n=2) se administró esteroide vía periocular y en 40.7% (n=11) se indicó tratamiento inmunosupresor.

El promedio del tiempo libre de inflamación previo a la cirugía fue de 12.35 ± 7.2 semanas (rango de 2 a 34 semanas). 46.42% (n= 13) presentaron un periodo sin inflamación prequirúrgica mayor a 3 meses; en 53.57% de los ojos (n=15) se registró un periodo de remisión de la inflamación prequirúrgica de menos de 3 meses; solo el 14.2% de los ojos (n= 4) presentaron un periodo sin inflamación prequirúrgica menor a 1 mes.

El tiempo transcurrido entre el diagnóstico del padecimiento inflamatorio y la cirugía de catarata se encontró un promedio de 22.17 meses \pm 40.26 meses (rango de 1 a 216 meses).

Solo el 10.71% de los ojos (n=3) presentó, de manera transquirúrgica, ruptura de la cápsula posterior.

Cabe resaltar que el 67.86% de los ojos (n=19) no presentó ninguna complicación postquirúrgica. 17.85% (n=5) presentó reactivación de la inflamación, como complicación más frecuente. Se presentaron con la misma frecuencia edema macular quístico, glaucoma, hemorragia vítrea y desprendimiento corioideo en 3.57% de los ojos (n=1)

Los distintos tratamientos postquirúrgicos se distribuyeron de la siguiente manera: 100% (n=28) contaban con esteroide por vía tópica, 46.42% (n=13) con esteroide vía sistémica, 17.8% (n=5) con esteroide por vía intravenosa, 25% (n=7) con esteroide administrado de manera periocular y 42.85 (n=12) con tratamiento inmunosupresor.

UVEITIS POSTERIOR

4 ojos contaban con el diagnóstico de uveitis posterior. El tiempo promedio sin inflamación fue de 80.25 semanas (rango 20-169). Ninguno de los ojos se encontraba con tratamiento prequirúrgico. El 100% (n=4) de los ojos presentaron una Capacidad visual inicial menor a 20/200 y en el postquirúrgico, 75% de los ojos (n=3) continuaron con capacidad visual menor a 20/200 y solamente el 25%

de los ojos (n=1) mejoro a el rango de capacidad visual entre 20/40 y 20/200. Ninguno de los ojos presentó complicaciones transquirúrgicas o postquirúrgicas.

El tratamiento postquirúrgico se caracterizó por esteroide tópico en 100% de los ojos (n=4) y esteroide periocular en 25% de los ojos (n=1)

ESCLERITIS DIFUSA ANTERIOR

Se analizaron 2 ojos con el diagnóstico de escleritis anterior de tipo difuso, el tiempo sin inflamación prequirúrgica promedio fue de 19 semanas. El 100% (n=2) contaba con el diagnóstico sistémico de Artritis Reumatoide. El 100% de los ojos (n=2) se encontraban con capacidad visual prequirúrgica entre 20/40 y 20/200 que, en el postquirúrgico, cambió en 100% de los pacientes 20/40 o mejor. 100% de los ojos (n=2) no contaban con tratamiento prequirúrgico, ni presentaron complicaciones transquirúrgicas. Tampoco se reportaron complicaciones postquirúrgicas. Al 100% de los ojos (n=2) se les indicó como tratamiento postquirúrgico tanto esteroide tópico como sistémico.

QUERATITIS ULCERATIVA PERIFERICA

Se analizaron 3 ojos con el diagnóstico de escleritis anterior de tipo difuso, el tiempo sin inflamación prequirúrgica promedio fue de 19.3 semanas. El 33.3% (n=1) contaba con el diagnóstico sistémico de granulomatosis de Wegener. El 100% de los ojos (n=3) se encontraban con capacidad visual prequirúrgica entre 20/40 y 20/200 que, en el postquirúrgico, cambió en 100% de los pacientes 20/40

o mejor. 100% de los ojos (n=2) contaban con tratamiento prequirúrgico que se caracterizaba por tratamiento inmunosupresor en 100% de los ojos (n=3) y esteroide sistémico prequirúrgico en 33.3% de los ojos (n=1). En 33.3% de los ojos se presentó como complicación transquirúrgica luxación de fragmentos nucleares a cavidad vítrea. En el rubro de complicaciones postquirúrgicas, no se reportaron en el 100% de los ojos.

Al 100% de los ojos (n=3) se les indicó como tratamiento postquirúrgico esteroide tópico, en 66.6% de los ojos (n=2) se indicó esteroide por vía sistémica, y en 66.6% de los ojos (n=2) se indicó tratamiento inmunosupresor.

QUERATITIS

Se analizaron 5 ojos con el diagnóstico de Queratitis infecciosa, el tiempo sin inflamación prequirúrgica promedio fue de 68.2 semanas. El 100% (n=5) contaba con el diagnóstico de queratitis de etiología herpética. El 80% de los ojos (n=4) se encontraban con capacidad visual prequirúrgica menor a 20/200 y 20% (n=1) entre 20/40 y 20/200 que al comparar con el postquirúrgico, 20% (n=1) se encontró con capacidad visual menor a 20/200, 60% de los ojos (n=3) entre 20/40 y 20/200 y 20% (n=1) con capacidad visual mejor a 20/40.

Solamente el 20% (n=1) de los ojos presentó tratamiento prequirúrgico que consistía en esteroide tópico.

En ninguno de los ojos se presentaron complicaciones transquirúrgicas y solamente en 20% de los ojos (n=1) se presentó reactivación de la inflamación como complicación postquirúrgica.

Al 100% de los ojos (n=5) se les indicó como tratamiento postquirúrgico esteroide tópico.

COROIDITIS

Se analizaron 9 ojos con el diagnóstico de Coroiditis, el tiempo sin inflamación prequirúrgica promedio fue de 26.5 semanas. El 33.3% de los ojos (n=3) se encontraban con capacidad visual prequirúrgica menor a 20/200 y 66.6% (n=6) entre 20/40 y 20/200 que al comparar con el postquirúrgico, 22.2% (n=2) se encontró con capacidad visual menor a 20/200, 11.1% de los ojos (n=1) entre 20/40 y 20/200 y 66.6% (n=6) con capacidad visual mejor a 20/40.

Solamente el 22.2% (n=2) de los ojos presentó tratamiento prequirúrgico que consistía en esteroide tópico.

En 11.1% (n=1) de los pacientes se presentó ruptura de la cápsula posterior como complicación transquirúrgica.

En lo que respecta a las complicaciones postquirúrgicas 55.5% (n=5) de los ojos no presentaron alguna, 33.3% de los ojos (n=3) presentaron reactivación de la inflamación, 22.2% de los ojos (n=2) presentaron Hipertensión Ocular y 11.1% (n=1) presentó edema macular quístico.

Al 100% de los ojos (n=9) se les indicó como tratamiento postquirúrgico esteroide tópico, en 22.2% (n=2) se administró esteroide periocular y en 11.1% (n=1) se requirió utilizar esteroide por vía intravenosa.

RETINITIS

Se analizaron 3 ojos con el diagnóstico de Retinitis, el tiempo sin inflamación prequirúrgica promedio fue de 17.8 semanas. El 100% de los ojos (n=3) se encontraban con capacidad visual prequirúrgica menor a 20/200 que al comparar con el postquirúrgico, 66.6% (n=2) se encontró con capacidad visual menor a 20/200, 33.3% de los ojos (n=1) entre 20/40 y 20/200.

Solamente el 33.3% (n=1) de los ojos presentó tratamiento prequirúrgico que consistía en esteroide tópico.

En ninguno de los ojos se presentó complicaciones transquirúrgicas

En lo que respecta a las complicaciones postquirúrgicas 33.3% (n=1) de los ojos no presentaron alguna y 66.6% de los ojos (n=2) presentaron opacidad de la cápsula posterior.

Al 100% de los ojos (n=9) se les indicó como tratamiento postquirúrgico esteroide tópico solamente.

PENFIGOIDE

Se analizaron 4 ojos con el diagnóstico de Penfigoide, el tiempo sin inflamación prequirúrgica promedio fue de 15.5 semanas. El 50% de los ojos (n=2) se

encontraban con capacidad visual prequirúrgica menor a 20/200 y 50% (n=2) se encontraban entre 20/200 y 20/40 que al comparar con el postquirúrgico, 33.3% (n=2) se encontró con capacidad visual menor a 20/200, 66.6% de los ojos (n=1) entre 20/40 y 20/200.

El 50% (n=2) de los ojos presentó tratamiento prequirúrgico que consistía en esteroide tópico e inmunosupresor.

En ninguno de los ojos se presentó complicaciones transquirúrgicas

En lo que respecta a las complicaciones postquirúrgicas 75% (n=3) de los ojos no presentaron alguna y 25% de los ojos (n=1) presentaron reactivación de la inflamación.

Al 100% de los ojos (n=9) se les indicó como tratamiento postquirúrgico esteroide tópico, se indicó esteroide periocular en 25% (n=1) de los ojos, y tratamiento inmunosupresor en 50% de los ojos (n=2)

DISCUSIÓN

La cirugía de catarata en pacientes con uveítis representa un reto con el fin de tener los mejores resultados que nos aseguren una adecuada rehabilitación visual (1,3)

La media de edad de nuestra serie es de 43.8 años que es similar a lo reportado previamente en la literatura (3-5)

Un mayor reto lo representan los niños que además de padecer de catarata, ésta tiene como factor etiopatogénico la coexistencia de un padecimiento inflamatorio ocular.

Jancevski y colaboradores han reportado que de un 5 a 10% de los pacientes que padecen uveítis, son niños. En nuestro estudio encontramos un porcentaje del 15% (33 ojos) que es muy similar a lo reportado (6)

Nuestros diagnósticos más frecuentes son Uveitis anterior Idiopática, Iridociclitis Heterocrómica de Fuchs, Pars Planitis Clásica y Síndrome de Vogt Koyanagi Harada. En estudios similares los diagnósticos oftalmológicos no son similares a los que nosotros reportamos, debido a que la mayoría de los estudios son llevados a cabo en población oriental en la que difiere los tipos de enfermedades inflamatorias con respecto a la población mexicana. Solo en el estudio de Yamane y colaboradores encontramos una distribución de los tipos de uveítis similar a nuestro estudio.(4)

Es ampliamente aceptado que para poder realizar en las mejores condiciones la cirugía de catarata se requiere un completo control sobre la inflamación por lo menos de 3 meses aproximadamente (7,8). En nuestro estudio observamos que a pesar de que la media del tiempo de remisión de la inflamación fue de más de 3 meses, la mayoría de nuestros ojos tenían un periodo menor al tiempo sugerido. Sin embargo este dato puede explicarse debido al número de ojos que padecían Iridociclitis heterocrómica de Fuchs y que por lo tanto pueden permanecer con datos de inflamación en la cámara anterior por muchos años.(9)

El uso de agentes inmunomoduladores en estos pacientes ha demostrado ser efectivo para el control de la inflamación prequirúrgica (6). Estos fármacos nos permiten disminuir la dosis de antiinflamatorios esteroides así como sus efectos adversos sistémicos como la hiperglucemia y la pérdida de tejido óseo.

Nancy Arreguin Rebollar 16/8/10 07:35
Comentario: Jancevski, et al, Cataracts and uveitis, Curr Opin Ophthalmol 2009, 20;000-000

Foster y colaboradores han utilizado estos agentes con el fin de controlar de manera muy estricta la inflamación, pero sugieren un seguimiento estrecho ya que los fármacos no están exentos de efectos adversos.(10)

La ganancia promedio de AV en nuestros pacientes fue de 57.43% con una ganancia de líneas de visión

Se han reportado AV de 20/40 o mejora de dos líneas de visión en pacientes con uveítis después de la cirugía hasta en 74% (11.12)

Varios estudios han analizado previamente el uso de LIO de diversos materiales para definir la mejor compatibilidad y por lo tanto, mejores resultados. Se ha

observado que pacientes con LIO de silicón tienen mayor riesgo de opacidad de la cápsula posterior (13,14)

En el estudio de Yamane y colaboradores reportan una frecuencia de complicaciones transquirúrgicas en 5.78% de los pacientes, que difiere de lo encontrado en nuestra serie a pesar de que las cirugías fueron realizadas por varios cirujanos. Es importante señalar esta comparación, debido a que ambas series son muy similares tanto en número como en etiologías. (4)

Las complicaciones post-operatorias en este tipo de pacientes son diferentes a las encontradas en paciente que se someten a cirugía de catarata por catarata senil, tanto en frecuencia como en gravedad. Comúnmente podemos encontrar sinequias posteriores, opacidades de la cápsula posterior, edema macular quístico y persistencia de la inflamación posterior a la cirugía. Es importante señalar que hasta más del 55% de nuestros pacientes no presentaron complicaciones durante un seguimiento mínimo de 3 meses.

Se ha reportado en algunos estudios una frecuencia de opacificación de la cápsula posterior hasta en 23% de los pacientes . en este estudio se reporta en 11.63% de los pacientes en los que 72% fueron menores de 25 años.

CONCLUSIONES

Existen múltiples estudios que demuestran que la cirugía de catarata en pacientes con uveítis puede tener un adecuado resultado visual final (15). Sin embargo, este resultado está sujeto a muchos factores que pueden determinar el éxito del procedimiento. Son de suma importancia las revisiones pre y post-quirúrgicas, ya que determinarán el manejo anti-inflamatorio a seguir en estos pacientes. Una cuidadosa valoración pre-operatoria con el fin de conseguir un tiempo de remisión de la inflamación similar al sugerido por la literatura; y un estrecho seguimiento post quirúrgico para evitar complicaciones que alteren el desenlace visual de estos pacientes.

Según nuestros resultados podemos decir que la cirugía de catarata mejora la AV en los pacientes con uveítis, con una ganancia de agudeza visual en promedio de 57.43% en líneas de Visión de Snellen.

Nancy Arreguin Rebollar 16/8/10 07:37

Comentario: Van Gelder R, et al, Cataract surgery in the setting of uveitis, Curr Opin Ophthalmol 2009, 20:42-45

BIBLIOGRAFÍA

1. Foster, CS et al Management of coincident cataract and uveitis Current Opinion in Ophthalmology 2003, 14:1-6
2. Jabs DA, Nussenblatt RB, Rosenbaum JT; Standardization of Uveitis Nomenclature (SUN) Working Group. Standardization of uveitis nomenclature for reporting clinical data. Results of the First International Workshop. Am J Ophthalmol. 2005;140(3):509-16.
3. Kawaguchi T et al; Phacoemulsification cataract extraction and intraocular lens implantation in patients with uveitis; J Cataract Refract Surg Vol 33, Feb 2007, 305-309
4. Yamane et al, Extração da catarata pela técnica de facoemulsificação em pacientes com uveíte, Arq Bras Oftalmol, 2007; 70(4) 683-688
5. Akova, et al, Clinical Results Phacoemulsification in Patients with Uveitis, Ophthalmic Surgery, Laser & Imaging, May/June 2006. Vol 37 No 3
6. Jancevski, et al, Cataracts and uveitis, Curr Opin Ophthalmol 2009, 20;000-000
7. Hooper PL, et al, Cataract extraction in uveitis patients, Sur Ophthalmol 1990; 35: 120-144

8. Foster CS, et al, Cataract surgery and intraocular lens implantation in patients with uveitis, *Ophthalmology*, 1989;96:281-288
9. Tejwani S, et al; Cataract Extraction Outcomes in Patients with Fuchs Heterochromic cyclitis, *J Cataract Refract Surg*, Vol 22, Oct 2006; 32: 1678-1682
10. Foster, et al Cataract development and cataract surgery in patients with juvenile rheumatoid arthritis- associated uveitis. *Ophthalmology* 1993; 100:809-817
11. Rahman I et al, Long term results of cataract extraction with intraocular lens implantation in patients with uveitis, *Eye* 2005; 19:191-197
12. Elgohary Ma, et al, Outcome of phacoemulsification in patients with uveitis, *Br J Ophthalmol* 2007, 91:916-921
13. Estafanous MF, et al, Phacoemulsification cataract surgery and posterior chamber lens implantation in patients with uveitis. *Am J Ophthalmol* 2001; 131:620-625
14. Papaliodis GN et al, Intraocular lens tolerance in surgery for cataracta complicate: assessment of four implants materials. *Semin Ophthalmol* 2002; 17:120-123
15. Van Gelder R, et al, Cataract surgery in the setting of uveitis, *Curr Opin Ophthalmol* 2009, 20:42-45

ANEXO 1

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Uveitis anterior	81	38.21%
Síndrome Uveítico de Fuchs	44	20.75%
Pars Planitis	29	13.68%
Sx Vogt Koyanagi Harada	28	13.21%
Coroiditis	9	4.25%
Queratitis (Herpética)	5	2.36%
Uveitis posterior	4	1.89%
Penfigoide Ocular	4	1.89%
Queratitis Ulcerativa Periférica	3	1.42%
Retinitis virales	3	1.42%
Escleritis anterior Difusa	2	0.94%

Nancy Arreguin Rebollar 30/11/09 02:12
Con formato: Inglés (americano)

ANEXO 2

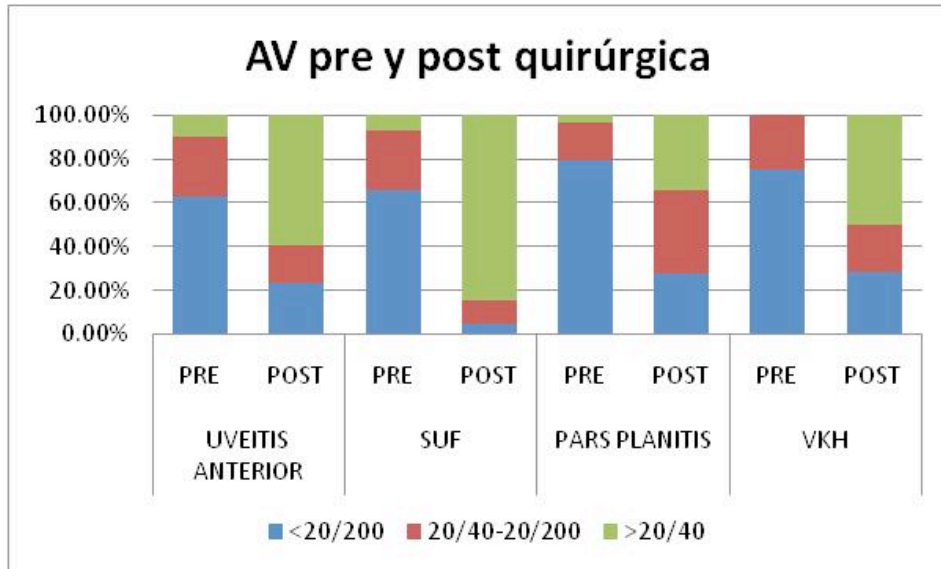
Diagnóstico	Masculino ¹	Femenino ²	Edad	Tiempo sin inflamación preqx (sem)
Uveitis anterior (n=81)	34.5% (n=28)	65.4% (n=53)	54.6±19.3	17.1±15.3
Síndrome Uveítico de Fuchs (n=44)	50% (n=22)	50% (n=22)	32.7±11.7	No Aplica
Pars Planitis (n=29)	55.1% (n=16)	44.8% (n=13)	11.5 ± 6.0	15.5 ± 8.5
Sx Vogt Koyanagi Harada (n=28)	10.7 (n=3)	89.2% (n=25)	40.3 ±12.9	12.3 ± 7.2
Coroiditis (n=9)	33.3% (n=3)	66.6% (n=6)	56	26.5
Queratitis Herpética (n=5)	40% (n=2)	60% (n=3)	68.2	61.6
Uveitis posterior (n=4)	50% (n=2)	50% (n=2)	31.7	80
Penfigoide Ocular (n=4)	50% (n=2)	50% (n=2)	70.2	15.5
Queratitis Ulcerativa Periférica (n=3)	33.3% (n=1)	66.6% (n=2)	79	19.3
Retinitis virales (n=3)	100% (n=3)	0%	43	25.3
Escleritis anterior Difusa (n=2)	0%	100% (n=2)	81	19

¹ Porcentaje de ojos que pertenecían a pacientes del sexo masculino

² Porcentaje de ojos que pertenecían a pacientes del sexo femenino

ANEXO 3

COMPARACIÓN DE AV PRE Y POST QUIRURGICA EN LOS 4 DIAGNOSTICOS MAS FRECUENTES



SUF= Síndrome Uveítico de Fuchs

VKH= Síndrome Vogt Koyanagi Harada