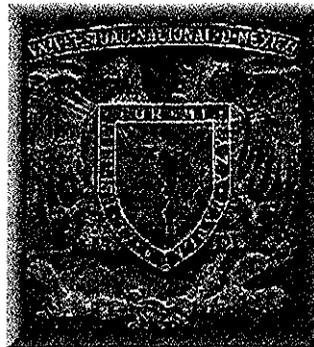


11234

93



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**

**OFTALMÍA SIMPÁTICA. HALLAZGOS CLÍNICOS,
TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO**

TESIS DE POSGRADO

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

DR. JORGE ORLANDO RIVERA SEMPÉRTEGUI



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.

Vobo
Sanchez



ASOCIACION PARA EMITAR LA CEGUERA EN MEXICO. I A P
HOSPITAL DE LOS SANCHOZ BULNES

JEFATURA DE ENSEÑANZA



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

Envío a la Dirección General de Bibliotecas
para difundir en formato electrónico e impreso
el contenido de mi trabajo receptoral

NOMBRE: José Orlando Proba
Sanjés

FECHA: 9/05/02

FIRMA:

TUTOR DE TESIS

DRA. LOURDES ARELLANES GARCIA
JEFA DEL SERVICIO DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS OCULARES
ASOCIACIÓN PARA EVITAR LA CEGUERA EN MÉXICO, I A P.

COTUTOR DE TESIS

DRA. PATRICIA NAVARRO LOPEZ
MÉDICO ADJUNTO DEL SERVICIO DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS
OCULARES
ASOCIACIÓN PARA EVITAR LA CEGUERA EN MÉXICO, I A P.

MÉXICO D.F. 2002.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	5
2. JUSTIFICACIÓN	7
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
4. OBJETIVO GENERAL	7
5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
6. METODOLOGÍA	8
7.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	8
7.1.1 POBLACIÓN	8
7.1.2 TAMAÑO DE LA MUESTRA	9
7.1.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	9
7.1.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	9
7.1.5 VARIABLES	9
8. MATERIAL Y MÉTODOS	10
9. RESULTADOS	11
10. TABLAS	14
11. DISCUSIÓN	20
12. CONCLUSIONES	24
13. BIBLIOGRAFÍA	25

**OFTALMÍA SIMPÁTICA. HALLAZGOS CLÍNICOS,
TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO.**

INVESTIGADORES: Dr. Jorge Orlando Rivera Sempértegui
Dra Patricia Navarro López
Dra. Claudia Recillas Gispert
Dra Lourdes Arellanes García

LUGAR DE ESTUDIO: Asociación para Evitar la Ceguera en México
Vicente García Torres # 46
Col. San Lucas Coyoacan.
México, D.F 04030

INTRODUCCIÓN

Oftalmía Simpática es conocida también como oftalmitis simpática o uveitis simpática, la cual constituye un cuadro caracterizado por uveitis granulomatosa, difusa y bilateral que ocurre desde pocos días a varios años después de un trauma penetrante accidental o quirúrgico. El ojo que sufrió el trauma se denomina ojo excitador o *simpatizante* y el ojo afectado o contralateral se denomina *simpatizado*. El antecedente de trauma con incarceration o atrapamiento de tejido uveal en la herida ha sido la característica en casi todos los casos de oftalmía simpática (1,2,3). Los hallazgos clínicos y síntomas usualmente son detectados en el ojo simpatizado dentro de los primeros tres meses después del trauma en el ojo contralateral (4). Algunos autores reportan una incidencia de 0,19% después de una lesión por trauma penetrante y de 0,07% después de una cirugía intraocular. También se hace referencia a una relativa mayor incidencia en los hombres debido a la mayor exposición al trauma en ellos (5).

Dentro de los síntomas se incluyen dolor moderado ocular, fotofobia, epífora y visión borrosa. Ambos ojos pueden mostrar inyección ciliar, depósitos retroqueráticos, midriasis media con pobre respuesta pupilar, inflamación en cámara anterior y vítreo. En el segmento posterior se presenta edema e hiperemia de la papila, edema de retina, pliegues coroides o y desprendimiento seroso. En etapas tardías se pueden observar exudados blanco amarillentos, pequeños, denominados nódulos de Dalen Fuchs. El compromiso escleral es clínicamente raro a pesar de ser un hallazgo común en el examen microscópico de ojos enucleados (6,7,8).

Es importante mencionar que la enfermedad de Harada es una entidad que puede presentar un cuadro similar a la oftalmía simpática (9,10).

A nivel histopatológico se aprecia una infiltración linfocítica difusa del tracto uveal con nidos de células epiteliales. A menudo se encuentra pigmento y células gigantes con estas células epiteliales. En la mayoría de los casos el proceso inflamatorio no compromete la coriocapilaris de la retina. Existen formaciones nodulares de células epitelioides que contienen pigmento y se localizan a nivel del epitelio pigmentario y la membrana de Bruch denominados nódulos de Dalen Fuchs; en el estudio histopatológico la retina no se encuentra involucrada. Los precipitados queráticos consisten en la agrupación de células epitelioides, linfocitos y macrófagos. Otros hallazgos incluyen compromiso escleral con infiltrado rodeando a las venas emisarias que se extienden al nervio óptico y sus envolturas (11,12,13).

El tratamiento de la oftalmía simpática se basa en la prevención de la misma; realizando un cierre temprano de la heridas en los traumas penetrantes.

Una vez presentada la oftalmía simpática, se deben administrar grandes dosis de esteroides sistémicos, complementados con esteroides perioculares y tópicos. Al no mostrar mejoría con los esteroides sistémicos se debe iniciar tratamiento con agentes inmunosupresores.

La oftalmía simpática es una entidad crónica y severa; sin embargo con el uso de tratamientos intensos en el curso temprano de esta enfermedad el pronóstico no es tan severo como tradicionalmente se creía (14,15,16,17).

El propósito de este estudio es conocer las características clínicas, tratamiento y pronóstico de los pacientes con oftalmía simpática vistos en un centro de referencia.

JUSTIFICACIÓN

La finalidad de este trabajo se debe a la ausencia de una revisión en la literatura hispana acerca de las características demográficas y clínicas así como la evolución y el tratamiento de los pacientes con oftalmía simpática; además es importante conocer el pronóstico visual final para la vida y función del paciente.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La oftalmía simpática es una patología infrecuente; y el realizar un diagnóstico temprano e instaurar un tratamiento oportuno y agresivo a base de esteroides sistémicos y en ocasiones inmunosupresores, tendrá un buen pronóstico visual final

OBJETIVO GENERAL

El propósito de este estudio es valorar la capacidad visual final de los pacientes con oftalmía simpática

JUSTIFICACIÓN

La finalidad de este trabajo se debe a la ausencia de una revisión en la literatura hispana acerca de las características demográficas y clínicas así como la evolución y el tratamiento de los pacientes con oftalmía simpática; además es importante conocer el pronóstico visual final para la vida y función del paciente.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La oftalmía simpática es una patología infrecuente; y el realizar un diagnóstico temprano e instaurar un tratamiento oportuno y agresivo a base de esteroides sistémicos y en ocasiones inmunosupresores, tendrá un buen pronóstico visual final

OBJETIVO GENERAL

El propósito de este estudio es valorar la capacidad visual final de los pacientes con oftalmía simpática

JUSTIFICACIÓN

La finalidad de este trabajo se debe a la ausencia de una revisión en la literatura hispana acerca de las características demográficas y clínicas así como la evolución y el tratamiento de los pacientes con oftalmía simpática; además es importante conocer el pronóstico visual final para la vida y función del paciente.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La oftalmía simpática es una patología infrecuente; y el realizar un diagnóstico temprano e instaurar un tratamiento oportuno y agresivo a base de esteroides sistémicos y en ocasiones inmunosupresores, tendrá un buen pronóstico visual final

OBJETIVO GENERAL

El propósito de este estudio es valorar la capacidad visual final de los pacientes con oftalmía simpática

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1 - Conocer las características clínicas de los pacientes con oftalmía simpática.
- 2 - Describir el mecanismo causal de la oftalmía simpática.
- 3 - Analizar las complicaciones más frecuentes de los pacientes con oftalmía simpática
- 4.- Evaluar la terapia médica o quirúrgica empleada en los pacientes con oftalmía simpática
- 5 Conocer las secuelas de la oftalmía simpática.
6. Obtener la incidencia de la oftalmía simpática en un centro de referencia

DISEÑO DE LA INVESTIGACION

POBLACION

En la Clínica de Enfermedades Inflammatorias Oculares del hospital “Dr. Luis Sánchez Bulnes “ de la Asociación Para Evitar la Ceguera en México, se revisaron los expedientes clínicos de todos los pacientes con diagnóstico de Oftalmía Simpática vistos desde enero de 1985 a diciembre del 2001

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se incluyeron 17 pacientes

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1 - Conocer las características clínicas de los pacientes con oftalmía simpática.
- 2 - Describir el mecanismo causal de la oftalmía simpática.
- 3 - Analizar las complicaciones más frecuentes de los pacientes con oftalmía simpática
- 4 - Evaluar la terapia médica o quirúrgica empleada en los pacientes con oftalmía simpática
- 5 Conocer las secuelas de la oftalmía simpática.
6. Obtener la incidencia de la oftalmía simpática en un centro de referencia

DISEÑO DE LA INVESTIGACION

POBLACION

En la Clínica de Enfermedades Inflamatorias Oculares del hospital “Dr. Luis Sánchez Bulnes “ de la Asociación Para Evitar la Ceguera en México, se revisaron los expedientes clínicos de todos los pacientes con diagnóstico de Oftalmía Simpática vistos desde enero de 1985 a diciembre del 2001

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se incluyeron 17 pacientes

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo, descriptivo y observacional de las características clínicas, factores causales, tratamiento y complicaciones. Es un estudio de serie de casos.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Los criterios de inclusión fueron pacientes con diagnóstico de oftalmía simpática definida como una panuveitis granulomatosa difusa que ocurre desde pocos días a varios años después de un trauma penetrante accidental o quirúrgico; que tuvieran un tiempo de seguimiento mínimo de dos meses.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Que no tuvieran un seguimiento mínimo de 2 meses

Expedientes incompletos

VARIABLES

Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, capacidad visual inicial y final, presión intraocular inicial y final, tipo de trauma, tipo de cirugía, tiempo de trauma al desarrollo de oftalmía, inflamación intraocular en cámara anterior, vitritis de acuerdo a la clasificación de Hogan y Kimura (22,23), papilitis, coroiditis, desprendimiento de retina (seroso).

Se incluyeron complicaciones asociadas, así como el tratamiento empleado tanto médico como quirúrgico. Se incluyó el estudio histopatológico de los pacientes que lo tenían así como el estudio de ecografía donde se analizó el grosor coroideo.

MATERIAL Y MÉTODO

Se revisan los expedientes de los pacientes con diagnóstico clínico de oftalmía simpática que se estudiaron en la Asociación Para Evitar la Ceguera en México, hospital Dr. Luis Sánchez Bulnes; se recolectaron los datos y se manejaron en Excel 97 software (Microsoft Inc) y se realizaron medidas estadísticas de tendencia central.

Se incluyeron complicaciones asociadas, así como el tratamiento empleado tanto médico como quirúrgico. Se incluyó el estudio histopatológico de los pacientes que lo tenían así como el estudio de ecografía donde se analizó el grosor coroideo.

MATERIAL Y MÉTODO

Se revisan los expedientes de los pacientes con diagnóstico clínico de oftalmía simpática que se estudiaron en la Asociación Para Evitar la Ceguera en México, hospital Dr. Luis Sánchez Bulnes; se recolectaron los datos y se manejaron en Excel 97 software (Microsoft Inc) y se realizaron medidas estadísticas de tendencia central.

RESULTADOS

De enero de 1985 a diciembre del 2001 en la clínica de Enfermedades Inflammatorias Oculares se estudiaron 17 pacientes con diagnóstico de oftalmía simpática. Las características demográficas se muestran en la tabla 1. El 82.3% fueron del sexo masculino, la edad promedio fue de 29 años, el ojo simpatizado fue el derecho en el 59% de los casos y el simpatizante el ojo izquierdo en el 59%.

Las causas de oftalmía fueron: secundaria a trauma penetrante en 15 casos (88.0%), realizándose cierre de herida corneo-escleral en 12 pacientes, evisceración en 2 pacientes y enucleación por estallamiento del globo ocular en 1 paciente; y secundaria a cirugía en 2 pacientes (12%) de los cuales a uno se le realizó vitrectomía y al otro vitrectomía, queratoplastia penetrante y lensectomía.

El tiempo de presentación de la oftalmía simpática después del trauma fue de 4 semanas a 960 semanas (20 años) con una mediana de 8 semanas.

La agudeza visual inicial en el ojo simpatizante fue en el 59% de NPL, con un rango de NPL a Cuenta dedos sin cambios respecto a la evaluación final.

La agudeza visual inicial en el ojo simpatizado fue en el 47% de PL a CD's , con un rango de PL a 0.6; y final en el 53% mayor de 0.7, con un rango de PL a 1 0. Tabla 2 y 3

La presión intraocular inicial fue de 12.5 mmHg (rango de 5 a 22 mmHg) y la final de 12.9 mmHg (rango de 7 a 23 mmHg).

En el ojo simpatizado el 100% de los pacientes presentó panuveítis granulomatosa; la inflamación intraocular en cámara anterior fue moderada en el 54.0% de los casos y en vítreo moderada en el 48.0% de los pacientes; depósitos retroqueráticos medianos y en grasa de carnero en 16 pacientes (94.1%); 82% de los casos presentaron papilitis, 100% desprendimiento de retina seroso y el 100% focos de coroiditis. Tabla 4.

En el ojo simpatizante en 8 pacientes (el 47%) no fueron valorables las características clínicas por leucoma corneal (antecedente de cierre de herida corneo-escleral); en el 18% la inflamación en cámara anterior fue moderada; los depósitos retroqueráticos medianos en el 53%, en polo posterior los hallazgos fueron vitritis moderada en 8 pacientes; 1 paciente presentó hemorragia vítrea, 5 pacientes desprendimiento de retina regmatógeno y 3 pacientes desprendimiento de retina seroso.

Las complicaciones encontradas en los ojos simpatizados fueron 12% (2 pacientes) con fibrosis subretiniana y en 3 casos (17%) atrofia del nervio óptico.

Las complicaciones en los ojos simpatizantes fueron 6 pacientes se fueron a ptisis, 3 pacientes presentaron fibrosis de retina, y 5 desprendimiento de retina no quirúrgico

El tratamiento utilizado fue esteroides tópicos en el 100% de los pacientes, esteroide periocular en 35% (betametasona, vía subtenoniana posterior, cada inyección era repetida cada 2 a 3 semanas según se requería, el promedio de inyecciones fue de 5 con un rango de 3 a 9); el 100% de los pacientes recibió esteroide sistémico, y solo el 35% de los pacientes requirieron terapia con inmunosupresor (ciclofosfamida) Tabla 5

A cuatro pacientes (23 5%) en el momento de presentación de la oftalmía simpática se les realizó enucleación y se estudiaron histopatológicamente encontrando infiltración leucocítica importante con células epiteliales y pigmento.

De los 17 pacientes estudiados 9 (53%) de los casos tenían ecografía donde se encontró un grosor coroideo de 2.58mm promedio (rango de 1.04 a 5.01 mm)

El tiempo de resolución de la oftalmía simpática fue de 12 semanas promedio con un rango de 4 a 44 semanas.

El tiempo de seguimiento de los pacientes fue 30 meses en promedio, con un rango de 2 a 96 meses (8 años). Durante este periodo ningún paciente presentó reactivación del cuadro

TABLA 1

CARACTERÍSTICAS DEMOGRAFICAS

n=17

CARACTERÍSTICAS	
SEXO	
- Masculino	14 (82.3%)
- Femenino	3 (17.7%)
EDAD	
Promedio	29 años (Rango de 6 a 60 años)

TABLA 2

CAPACIDAD VISUAL OJO SIMPATIZADO

n=17

CAPACIDAD VISUAL	INICIAL	FINAL
PL	3 (17%)	1 (6%)
MM	4 (24%)	0 (0%)
CD's	11(6%)	1 (6%)
0.1-0.3	7 (41%)	2 (12%)
0.4-0.6	2 (12%)	4 (24%)
0.7-1.0	0 (0%)	9 (53%)

TABLA 3

CAPACIDAD VISUAL OJO SIMPATIZANTE

n= 17

CAPACIDAD VISUAL	INICIAL	FINAL
NPL	10 (59%)	10 (59%)
PL	5 (29%)	2 (12%)
MM	0 (0%)	3 (17%)
CD's	2 (12%)	2 (12%)

TABLA 4
HALLAZGOS CLINICOS EN OJOS SIMPATIZADOS
n=17

HALLAZGOS	PACIENTES	PORCENTAJE
INFLAMACIÓN EN CA	17	100%
LEVE	3	17%
MODERADA	9	54%
SEVERA	5	29%
VITRITIS	17	100%
LEVE	4	23%
MODERADA	8	48%
SEVERA	5	29%
PAPILITIS	14	82%
DR SEROSO	17	100%
COROIDISTIS	17	100%

TABLA 5
HALLAZGOS OCULARES OJOS SIMPATIZANTES

HALLAZGOS	PACIENTES	PORCENTAJE
NO VALORABLE POR LEUCOMA CORNEAL	8	47.0%
INFLAMACIÓN EN CA	9	53.0%
LEVE	1	5.5%
MODERADA	3	18.0%
SEVERA	5	29.5%
VITRITIS	8	47.0%
LEVE	2	11.8%
MODERADA	6	35.2%
HEMORRAGIA VITREA	1	5.5%
DR SEROSO	3	18.0%
DR RÉGMATÓGENO	5	29.5%

TABLA 6
TRATAMIENTO
n= 17

TRATAMIENTO	PACIENTES
ESTP (BETAMETASONA)	6 (35%)
SISTÉMICO	17 (100%)
- VIA ORAL	6 (35%)
- INTRAVENOSO + VIA	11 (65%)
INMUNOSUPRESOR (CICLOFOSFAMIDA)	6 (35%)

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

DISCUSIÓN

Mackenzie en 1830 realizó la primera descripción de esta patología Fuchs en 1905 detalló las características histológicas de este cuadro (1,2,3,5) La patogénesis de esta enfermedad ha sido sin embargo un enigma a pesar del estudio durante varios años de esta entidad aunque se tienen dos teorías las cuales estarían representados por un mecanismo de respuesta autoinmune y el otro probablemente por un proceso infeccioso En la actualidad se están realizando estudios de carácter experimental los cuales se inclinan mas por una evidencia de desarrollo de autoinmunidad con reacción de hipersensibilidad tardía contra los antígenos retinianos o melanocitos como posibles mecanismos patogénicos.

En los estudios no se han encontrado microorganismos aislados en estos casos, varios investigadores proponen una base inmunológica la cual consistiría en una autosensibilidad contra una proteína antigénica de la uvea o retina involucrada.

Marak y Wong demostraron un aumento de la transformación de linfocitos en la periferia sugiriendo que estos pacientes tienen linfocitos que fueron sensibilizados previamente con un mismo componente de antígenos uveoretinianos (16,18). Podría existir una alteración en la respuesta de células T a una o varias de las proteínas solubles asociadas con las membranas de los fotorreceptores retinianos llamados antígenos S retinianos u otro antígeno retiniano o uveal melanocítico. En nuestro estudio a los cuatro pacientes que se les realizó estudio histopatológico se encontró que todos presentaron infiltración leucocítica importante con abundantes células epiteliales.

También puede deberse a una predisposición genética el que solo algunos pacientes desarrollen oftalmía simpática. La asociación HLA ha sido reportada y esta asociación incluye HLA A11, B40, DR4/DRw53 y HLA DR4/DQw3 haplotipos. Un reciente estudio en Japón ha mostrado una relación importante de HLA DRB1 04 y DQB1 04 con oftalmía simpática asociación muy similar a la vista en pacientes con enfermedad de Vogt Koyanagi Harada (7,12,15,21).

La oftalmía simpática es una entidad relativamente rara, la exacta incidencia es difícil de determinar debido a que la presentación o el diagnóstico o ambos son frecuentemente tardíos con respecto al momento o el antecedente del trauma, la confirmación histopatológica es hecha solamente en un tercio de los casos de sospecha. En 1972 Liddy y Stuart reportaron una incidencia de 0,19 % con antecedente de trauma penetrante y 0,007% con antecedente de cirugía intraocular (8). La incidencia después de vitrectomía ha reportado el 0,01%(25,26); sin embargo esta incidencia ha ido en aumento debido al mayor número de cirugías que se realizan a la fecha; en nuestro estudio el 88% de los pacientes desarrollaron oftalmía simpática después de un trauma penetrante, y el 12% lo hizo después de cirugía de retina.

Algunos estudios mostraron la predisposición del sexo masculino por padecer esta enfermedad debido a que existe una alta incidencia de eventos o traumatismos accidentales en los hombres. Sin embargo Winters en una serie publicada de 257 casos el no encontró diferencia en la incidencia en género (11); nosotros a diferencia de Winters encontramos que el 82.3% de los pacientes estudiados eran del sexo masculino y de ellos el 80% eran por trauma y de cirugía vitreo-retiniana los únicos 2 pacientes eran hombres; probablemente esto hable de que exista una predisposición genética para que el sexo masculino sea más susceptible en desarrollar oftalmía simpática.

Diversos autores han reportado picos en jóvenes o adultos jóvenes lo cual hace pensar la alta incidencia de accidentes a esta edad; otro pico se encuentra en el grupo comprendido entre los 60 y 70 años que representan un incremento en su incidencia debido a la cantidad de procedimientos quirúrgicos a las que son sometidas estas personas en este grupo; nuestra población presentó un promedio de edad de 29 años, con un rango de 6 a 60 años

La presentación típica del oftalmía simpática fue como panuveitis granulomatosa bilateral, que ocurre después de un trauma o una cirugía; la inflamación se caracteriza por depósitos retroqueráticos medianos y en grasa de carnero, inflamación moderada en cámara anterior, vitritis moderada, focos de coroiditis, papilitis y desprendimiento de retina seroso (5,13,24). En el presente estudio la inflamación en cámara anterior se presentó en el 100% de los pacientes, los depósitos retroqueráticos en el 94%, en el 82% papilitis, vitritis, coroiditis y desprendimiento seroso de retina ocurrió en el 100% de nuestros pacientes.

Antes del uso de los esteroides el pronóstico en esta enfermedad era muy malo, sin embargo pacientes tratados con esteroides lograron un 64% de agudeza visual igual o mayor a 20/60. Chi-Chao Chan reportó que 50% de sus pacientes después de tratamiento agresivo presentan una capacidad visual final de 0.5 o mejor (24). Hakín reportó que el 80% de los pacientes con terapia con esteroides en combinación con inmunosupresión a base de ciclosporina o azatioprina, presentaban una capacidad visual final de 0.4 o mayor (17,27). En nuestro estudio el 77% de los pacientes presentó una capacidad visual final igual o mayor a 0.4 después de tratamiento intensivo con esteroide subtenoneano posterior cuando el paciente presentaba inflamación severa, combinado con esteroide sistémico, prednisona la cual se administró a una dosis de 1 a 1.5 mg/kg por día la cual se mantuvo hasta presentar

respuesta del paciente y posteriormente fue disminuyéndose paulatinamente; y en algunos casos fue necesario utilizar inmunosupresión a base de ciclofosfamida sistémica (vía oral); cabe destacar que no encontramos ninguna diferencia significativa en la capacidad visual final entre los pacientes que se les realizó enucleación del ojo simpatizante y a los que no se les realizó dicho procedimiento quirúrgico.

Existen complicaciones como desprendimiento de retina debido a los exudados, cicatrices coroideas, glaucoma y cataratas se desarrollan en el 70%. (). En nuestro estudio 2 pacientes desarrollaron fibrosis subretiniana y 3 pacientes atrofia de nervio óptico, estos pacientes fueron los que terminaron con la capacidad visual mas baja.

CONCLUSIONES

La oftalmía simpática es una enfermedad temida por los oftalmólogos que se manifiesta como una panuveítis granulomatosa, necrotizante, bilateral después de algún trauma ocular o antecedente quirúrgico ocular; el cual a base de tratamiento intenso con esteroides e incluso inmunosupresión puede disminuir dramáticamente sus complicaciones.

En una patología con tan baja incidencia, es difícil realizar estudios prospectivos que nos permitan conocer factores de riesgo así como evaluar diferentes terapias de manejo; por lo que los factores más importantes para un buen pronóstico visual final en el caso de una oftalmía simpática son realizar un diagnóstico temprano y oportuno, dar tratamiento tópico y sistémico agresivo y tener una estricta vigilancia de nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rao Na. Sympathetic Ophthalmia, Retina, Ryan SJ (ed), Cv Mosby, St Louis, pp 715-721, 2000.
2. Rao Na, Foster DJ The uvea Gower Medical Publishing, New York, 1992
3. Rao Na, and Cook G: Sympathetic Uveitis, Contemporary Ophthalmology. Hirst LW (ed), 1980.
4. Duke – Elder, and Perkins, ES: Diseases of the uveal tract. In Duke-Elder S, ed: System of ophthalmology, vol 9, St Louis, 1996, Mosby.
5. Albert, DM, and Diaz-Rohena, R: A historical review of sympathetic ophthalmia and its epidemiology, Surv Ophthalmol 34:1-14, 1989.
6. Fuchs, E: Uber sympathisierende Entzündung (nebst Bemerkungenuber serose traumatische Iritis), Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol 61:365-456, 1905
7. Goto, H, and Rao, NA: Sympathetic ophthalmia and Vogt-Koyanagi-Harada syndrome, Int Ophthalmol Clin 30:279-285, 1990.
8. Liddy, BSL, and Stuart, J: Sympathetic ophthalmia in Canada, Can J Ophthalmol 7:157-159, 1972
9. Davis, JL, Mittal, KK, Freidlin, V, et al: HLA association and ancestry in Vogt-Koyanagi-Harada disease and sympathetic ophthalmia, Ophthalmology 97: 1137-1142, 1990.
10. Shindo, Y, Ohno, S, Usui, M, Ideta, H, Harada, K, Masuda, H, and Inoko, H: Immunogenetic study of sympathetic ophthalmia, Tissue Antigens 49:111-115, 1997.
11. Winter, FC: Sympathetic uveitis: a clinical and pathologic study of the visual result, Am J Ophthalmol 39:340-347, 1955
12. Lubin, JR, Albert, DM, and Weinstein, M: Sixty-five years of sympathetic ophthalmia: a clinicopathologic review of 105 cases (1913-1978), Ophthalmology 87:109-121, 1980

13. Rao, NA, Wacker, WB, and Marak, GE, Jr: Experimental allergic uveitis: clinicopathologic features associated with varying doses of S antigen, *Arch Ophthalmol* 97:1954-1958, 1979.
14. Becharakis, NE, Muller-Stolzengurg, NW, Helbig, H, and Foster, MH: Sympathetic ophthalmia following laser cyclocoagulation, *Arch Ophthalmol* 112:80-48, 1994.
15. Kilmartin, DJ, Dick, AD, and Foster, JV: Prospective surveillance of sympathetic ophthalmia in the UK and Republic of Ireland, *Br J Ophthalmol* 84:259-263, 2000.
16. Marak, GE Jr: Recent advances in sympathetic ophthalmia, *Surv Ophthalmol* 24:141-156, 1979
17. K.N. Hakin, R. V. Pearson, S. L. Lightman: Sympathetic ophthalmia: Visual results with modern immunosuppressive therapy, *Eye* 6:453-455, 1992.
18. Wong, VG, Anderson, R, and O' Brien, PJ: Sympathetic ophthalmia and lymphocyte transformation, *Am J Ophthalmol* 72: 960-966, 1971.
19. Jakobiec,FA, Marboe, CC, Knowles, DM, Iwamoto, T, Harrison, W, Chang, S, and Coleman, DJ: Human sympathetic ophthalmia: an analysis of the inflammatory infiltrate by hybridoma-monoclonal antibodies, immunochemistry, and correlative electron microscopy, *Ophthalmology* 90:76-95, 1983.
20. Rao, NA, Roin, J, Hartmann, D, Sweeney, JA, and Marak, GE Jr: The role of the penetrating wound in the development of sympathetic ophthalmia: experimental observations, *Arch Ophthalmol* 101: 102-104, 1983.
21. Azan, P, Marak, GE, Minckler, DS, et al: Histocompatibility antigens in sympathetic ophthalmia, *Am J Ophthalmol* 98: 117-119, 1984
22. Hogan MJ, Kimura SJ, Thygeson P Signs and symptoms of uveitis: I. Anterior uveitis *Am J Ophthalmol* 1959; 47:155-170.
23. Kimura SJ, Thygeson P, Hogan MJ Signs and symptoms of uveitis. II. Posterior uveitis. *Am J Ophthalmol* 1959; 47: 171 – 178
24. Chi-Chao Chan , MD; Francois G. Roberge, MD; Scott M. Whitcup, MD Robert B. Nussenblatt, MD: 32 cases of Sympathetic ophthalmia, *Arch Ophthalmol* 113: 597-600, 1995.
25. Gass, JDM: Sympathetic ophthalmia following vitrectomy, *Am J Ophthalmol* 93:552-558, 1982

- 26 Lakhanpal, V, Dogra, MR, and Jacobson, MS: Sympathetic ophthalmia associated with anterior chamber intraocular lens implantation, *Ann Ophthalmol* 23: 139-143, 1991.
- 27 Sugita, S, Sagawa, K, Mochizuki, M, Schichijo, S, Itoh, K: Melanocyte lysis by cytotoxic T lymphocytes recognizing the MART-1 melanoma antigen in HLA-A2 patients with Vogt-Koyanagi-Harada disease, *Int Immunol* 8: 799-803, 1996