

11234

5

2 EJ.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

**MANIFESTACIONES CLINICAS DEL SINDROME VOGT-
KOYANAGI-HARADA EN UNA POBLACION MESTIZO-
MEXICANA**

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA

PRESENTA :

ANGELES CALVA, AMELIA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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

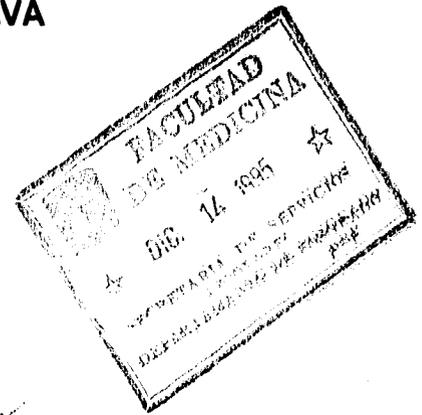
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

112345
2j

TESINA PARA OBTENER EL DIPLOMA DE MEDICO CIRUJANO OFTALMOLOGO

DRA. AMELIA ANGELES CALVA



JURADO:

DR. EVERARDO BAROJAS WEBER.

Director del Hospital Asociación para evitar la ceguera en México " Dr. Luis Sánchez Bulnes "

DR. RAFAEL SANCHEZ FONTAN

Jefe de enseñanza del Hospital Asociación para evitar la ceguera en México. " Dr. Luis Sánchez Bulnes "



ASOCIACION PARA EVITAR LA CEGUERA EN MEXICO S.A.P.
HOSPITAL DR. LUIS SANCHEZ BULNES

DEclaración de Ensenanza

1996

ASOCIACION PARA EVITAR LA CEGUERA EN MEXICO S.A.P.

R. F. C. ABC-200 31703

I. V. A. 898055

S. S. A. 0004796-F

**MANIFESTACIONES CLINICAS DEL SINDROME
VOGT-KOYANAGI-HARADA
EN UNA POBLACION MESTIZO-MEXICANA**

DRA. AMELIA ANGELES CALVA

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar las manifestaciones clínicas, fluoroangiográficas y ecográficas observadas mas frecuentemente en pacientes mestizos, analizando cuales son las mas útiles para el diagnóstico de esta entidad. **MATERIAL Y MÉTODOS :** Nosotros estudiamos retrospectivamente pacientes con diagnostico de síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada (Sx VKH), vistos consecutivamente en la clínica de uveitis del hospital Dr. Luis Sánchez Bulnes, Asociación para Evitar la Ceguera en México, por un período de 5 años, de 1988 a 1993, teniendo un seguimiento no menor de 6 meses. todas las manifestaciones clínicas tanto sistémicas como oculares, al igual que los hallazgos fluoroangiográficos y ecográficos fueron registrados. **RESULTADOS :** Se incluyeron 23 pacientes (46 ojos) 16 mujeres y 7 hombres. Las manifestaciones sistémicas mas frecuentemente observadas fueron: cefalea (60.8%) seguida por síntomas audiológicos (39.1%) y signos dermatológicos (21.8%). La afección ocular fue bilateral y simétrica en todos los casos., 84.78% tuvieron iridociclitis, 73.91% presentaron vitritis y 100% de los casos en que pudo valorarse el polo posterior mostraban afección como: edema de retina en 50% , hiperemia y/o edema de papila en 41.30% , cambios a nivel de epitelio pigmentado de retina (EPR) en 41.30% y desprendimiento seroso de retina en 28.2%.

CONCLUSIONES: En nuestro grupo de paciente de origen mestizo-mexicano, se observó una menor incidencia de manifestaciones extraoculares que lo reportado previamente en otras poblaciones. El síntoma mas importante a nivel sistémico fue cefalea. La inflamación a nivel de segmento anterior y vítreo varió de leve a moderada en la mayoría de los casos. Los signos encontrados a nivel ocular como edema retiniano, cambios en EPR, desprendimiento seroso de retina e hiperemia y/o edema de papila , fueron similares a los reportados previamente en pacientes de diferentes grupos raciales. El diagnóstico de Sx.VKH debe de tomarse en consideración en pacientes mestizos que presenten cefalea asociada a una panuveitis simétrica y bilateral, aun cuando otras manifestaciones sistémicas estén ausentes.

INTRODUCCION

El Sx. VKH es una panuveitis bilateral granulomatosa que puede asociarse a desprendimiento seroso de retina y que presenta manifestaciones extraoculares tales como: cefalea, fiebre, tinitus, disacusia, vitiligo, poliosis, alopecia y pleocitosis en el líquido cefalorraquideo. Los criterios para establecer el diagnóstico son principalmente clínicos y fueron establecidos por la Sociedad Americana de Uveitis (2o. Encuentro Anual, Kansas, MO, 1978) e incluyen: la ausencia de trauma o cirugía ocular previa y cuando menos tres de los siguientes cuatro grupos de signos y síntomas; (1) iridociclitis bilateral, (2) uveitis posterior, incluyendo desprendimiento seroso de retina o fondo "sunset glow", (3) síntomas a nivel del sistema nervioso central (tinitus, disacusia, meningismo, involucre de nervios craneales) o pleocitosis de líquido cefalorraquideo y (4) alteraciones cutáneas (alopesia, poliosis, canas, vitiligo). (1).

Los hallazgos fluoroangiográficos reportados típicamente son, durante la fase aguda: puntos hiperfluorescentes de aparición temprana a nivel del EPR, hiperfluorescencia de papila, fuga y tinción del espacio subretiniano en las áreas de edema o de desprendimiento seroso de retina, además de áreas de retardo en el llenado coroideo. (3). La fase crónica se caracteriza por áreas alternadas de defectos en pantalla debido a acumulo de pigmento con áreas de defecto en ventana por migración de pigmento uveal.

En cuanto a los hallazgos ecográficos descritos se reportan: (1) engrosamiento difuso de la coroides posterior manifestada como una reflectividad de baja a mediana, (2) desprendimiento seroso de retina, (3) condensaciones vítreas sin desprendimiento de vítreo posterior, (4) engrosamiento de la esclera o epiesclera posterior (4).

La incidencia y manifestaciones extraoculares del Sx .VKH varían según el grupo racial estudiado. En pacientes de raza oriental es relativamente común, disminuye su frecuencia en pacientes mestizos y negros y es muy raro en pacientes blancos. La mayoría de los reportes publicados a la fecha, se han basado en estudios realizados en población oriental. Recientemente Beniz, Foster y Rao (1), ponen de manifiesto la diferente incidencia de características extraoculares en el grupo de pacientes de origen mestizo., por lo que consideramos importante realizar un estudio para determinar las manifestaciones clínicas, fluoroangiográficas y ecográficas mas útiles en el diagnóstico de esta entidad en nuestra población.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio retrospectivo de 23 pacientes (46 ojos) los cuales fueron vistos consecutivamente en la clínica de Uveitis del hospital Dr. Luis Sánchez Bulnes, Asociación para Evitar la Ceguera en México, por un período comprendido entre febrero de 1988 a diciembre de 1993, con un seguimiento mínimo de 6 meses en cada paciente. El diagnóstico de Sx.VKH se basó en los criterios recomendados por la Sociedad de Uveitis antes mencionados (2o. Encuentro Anual, Kansas, MO, 1978). Todos los pacientes contaban con una historia clínica completa y se registraron todos los signos y síntomas observados, tanto oculares como sistémicos., incluyendo además una exploración oftalmológica completa y un perfil de uveitis que consistió en VDRL, FTA-ABS, PPD y ELISA para toxoplasma.

En 33 ojos se realizó un estudio ecográfico y en 19 ojos fluoroangiografía (FAR). Se excluyeron a todos los pacientes con Sx.VKH que no tuvieran una historia clínica completa o un seguimiento mínimo de seis meses.

RESULTADOS

En nuestra serie de 23 pacientes (46 ojos), 16 fueron mujeres y 7 hombres. La edad promedio de inicio de los síntomas fue a los 37.7 años., con un rango que varió entre 16 a 63 años.

En el 100% de los casos el motivo de consulta fue la disminución de la agudeza visual . En 17 pacientes (73.9%) las manifestaciones extraoculares fueron de tipo neurológico como: cefalea en 14 pacientes (60.86%) y afección de nervios periféricos en 1 paciente (4.34%) manifestada por paresia de miembros inferiores. Se reportaron síntomas audiológicos en 9 pacientes (39.18%), caracterizados por tinnitus y/o disacusia. En 21.8% de los pacientes se presentaron alteraciones dermatológicas dado por alopecia, vitiligo y canas que fueron observados en 5 pacientes respectivamente así como poliosis en 3 pacientes. (Tabla I).

Las manifestaciones oculares del Sx.VKH fueron bilaterales y simétricas en el 100% de los casos. Se observó iridociclitis en 39 ojos (84.78 %) la cual fue dividida en tres grupos de acuerdo al grado de inflamación basándonos en la clasificación de Kimura y Thygheson (7). (Tabla II).

En cuanto a la inflamación en segmento posterior encontramos vitritis en 34 ojos (73.91%). De igual manera se clasificó en leve, moderada y severa de acuerdo al grado de inflamación. (Tabla III).

En 69.5% de los casos (32 ojos), fue posible valorar la afectación a nivel de polo posterior, encontrándose en el 50% (23 ojos) edema de retina, hiperemia y/o edema de papila en el 41.3% (19 ojos), cambios en el EPR dado por acumulo o migración de pigmento en el 41.3% de los casos (19 ojos), "sunset glow" en 15.21% (7 ojos), desprendimiento seroso de retina en 28.26% (13 ojos) y finalmente nódulos de Dalen-Fuchs en 28.26% (13 ojos). En el 30.5% de los casos, la inflamación de polo posterior no pudo valorarse debido a opacidad de medios.

En cuanto a las complicaciones oculares observadas, se encontró que 31 ojos (67.3%) presentaron catarata, 9 ojos (19.56%) algún tipo de glaucoma: en 6 ojos (66.6%) glaucoma de ángulo cerrado por bloqueo pupilar o por sinequias anteriores y en 3 ojos (33.3%) glaucoma crónico de ángulo abierto.

En 6 ojos se observó membrana neovascular (13.4%). Trece ojos (28.26%) tuvieron desprendimiento seroso de retina y 3 ojos (6.5%) evolucionaron a ptisis bulbi.

El estudio fluoroangiográfico se realizó en 19 ojos (41.34%), encontrando principalmente; hiperfluorescencia de papila en 14 ojos (73.68%), puntos tempranos de hiperfluorescencia a nivel de EPR en 12 ojos (63.15%), fuga a nivel coroideo en 7 ojos (36.84%), llenado coroideo tardío en 5 ojos (26.31%). Además de alteraciones fluoroangiográficas dadas por cambios a nivel de EPR tales como acumulo y migración de pigmento que nos dan zonas alternadas de defectos en pantalla y ventana observados en 14 ojos (73.68%).

En el resto de los ojos no se realizó el estudio debido a opacidad de medios o por no considerarse necesario por no haber duda diagnóstica o alguna indicación específica para realizarlo. (Tabla IV).

Se realizó ecografía modo A/B en 33 ojos (71.73%), encontrándose en el 33.3% de ellos, un aumento difuso del grosor coroideo.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

DISCUSION

El Sx.VKH es una uveitis relativamente común en razas orientales, afecta adultos generalmente entre la 2o y 5o década de la vida, lo que concuerda con nuestros resultados, donde la edad promedio de presentación fue de 37.7 a. Algunos reportes indican que la mayoría de los pacientes afectados son mujeres (5). Nosotros también encontramos un marcado predominio en el sexo femenino con una relación de 2:1.

La incidencia de manifestaciones extraoculares encontradas en nuestra serie, concuerda con lo reportado por Beniz y Foster en 1991 (1), 73.9% de nuestros pacientes manifestaron principalmente alteraciones neurológicas, de ellas, la cefalea fue la mas frecuente (60.8%).

De manera similar al reporte mencionado los signos dermatológicos encontrados en nuestros pacientes son los menos frecuentes (21%) en contraste con los estudios de Sugiura y de Minakawa (1), donde se reportan de un 40% a 60% de incidencia en pacientes japoneses.

Igualmente, la incidencia de disacusia muestra una marcada diferencia entre lo hallado en nuestra serie (39%) y lo reportado en estos grupos de pacientes (70%) (1). Esta marcada discrepancia nos muestra la importancia del origen racial de la población estudiada reflejándose en la proporción de las diversas manifestaciones extraoculares presentadas.

Como se ha descrito ya, la inflamación ocular observada, fue bilateral en el 100% de los casos, aun cuando no todos los pacientes presentaron la característica uveítis granulomatosa que se describe, especialmente si se hizo el diagnóstico en etapas tempranas. En nuestra serie, 3 ojos no presentaron reacción inflamatoria en cámara anterior y en 10 ojos (25.6%) esta fue leve. La vitritis se presentó en todos los casos donde pudo valorarse polo posterior (34 ojos), en la mayoría de estos (73.5%) fue de tipo moderado. En ningún caso se observó una vitritis severa que impidiera la valoración de polo posterior., lo que no concuerda con lo descrito por autores como Nozik y Nussenblant quienes describen una vitritis severa (7) (8).

En cuanto a las alteraciones en polo posterior, nosotros observamos una menor incidencia de edema y/o hiperemia de papila (41%), a diferencia de lo reportado por Beniz y Foster (1) quienes la encontraron hasta en un 71%, de igual manera existe discrepancia en cuanto a la frecuencia de alteración a nivel de EPR determinado por migración y acumulo de pigmento y fondo en "sunset glow", en nuestra serie encontramos una mayor presentación (41% y 15% respectivamente), que la reportada por estos autores que fue solo de un 27%. Nosotros observamos clínicamente la presencia de nódulos de Dalen-Fuchs solo en 13 ojos (28%), sin embargo el estudio fluoroangiográfico reveló la presencia de puntos hiperfluorescentes tempranos a nivel de EPR, lo cual puede corresponder a nódulos de Dalen-Fuchs no detectados clínicamente, lo que elevaría su proporción hasta un 63%., y si consideramos que no en todos los casos se realizó FAR, esto podría sugerirnos que es un dato fluoroangiográfico importante que debemos tomar en cuenta como ayuda diagnóstica.

En cuanto a otros hallazgos observados en la FAR se encontró una alta incidencia de hiperfluorescencia de papila (73%), que junto con zonas alternas de defectos en pantalla y ventana dados por alteraciones a nivel de EPR (73%) son los datos fluoroangiográficos mas constantemente registrados.

Solo un 33% de los estudios ecográficos realizados mostró aumento del grosor corioideo. En pacientes con opacidad de medios que impiden valorar el polo posterior, puede servir como una importante ayuda diagnóstica.

CONCLUSIONES

En nuestra serie de pacientes que consistió exclusivamente de mestizos, las manifestaciones extraoculares son menos frecuentes que lo reportado en otras poblaciones de diferente origen racial. De estas manifestaciones las mas frecuentes son la cefalea y la disacusia.

En cuanto a los hallazgos oculares, estos difieren menos de lo encontrado en otros grupos raciales. La inflamación intraocular es mas importante en el segmento posterior, sin embargo nunca observamos una vitritis tan severa que no nos permitiera valorar polo posterior. Esta inflamación afecta ambos ojos y se presenta en forma simétrica. Es importante señalar que el diagnóstico de Sx .VKH debe mantenerse en mente en pacientes mestizos, que presentan cefalea asociada a una uveitis bilateral y simétrica, ya sea de tipo granulomatosa o no, aun cuando no se encuentren otras manifestaciones sistémicas.

Existen otros factores que pueden modificar el espectro de frecuencia tanto de las manifestaciones extraoculares como oculares del Sx .VKH, entre las que se encuentran la raza que probablemente sea la mas importante y en menor grado la corticoterapia sistémica de inicio temprano.

BIBLIOGRAFIA

- 1).- Beniz J. David M.D. Variation in Clinical Features of the Vogt-Koyanagi-Harada Syndrome. *Retina* 1991; Vol II No. 6 275-280
- 2).- Forster J. Narsing MD, Incidence and Management of Glaucoma in Vogt-Koyanagi-Harada Syndrome *ophthalmology* 1993 Vol. 100 No. 5 G13-G18
- 3).- Kanter Pj. Goldberg MF. Bilateral Uveitis with exudative retinal detachment: Angiographic apperence *Arch Ophtahalmol* 1974; 91:13-19
- 4).- Forster J, Echographic features of the Vogt-Koyanagi-Harada Syndrome *Arch Ophthalmol* 1990; Vol 108 142-1426
- 5).- Rubsamen P. Donald J. Vogt-Koyanagi-Harada Syndrome clinical course, Therapy, and Long Term visual Outcome. *Arch Ophthalmol* 1991. Vol 109 May. 682-686.
- 6).- Ramana S. Subretinal Neo Vascular membrane in Vogt-Koyanagi Harada Syndrome *American Journal of Ophthalmol* 1993, 116: 164-170.
- 7).- Nozki R. Smith R. Uveitis, A clinical Approach to Diagnosis and Management, ed z, Baltimore MO Williams & Wilkin 162-164.

8).- Ohno S. Char DH. Kimura Sj. et al Vogt-Koyanagi Harada Syndrome. Am J. Ophthalmol 1977; 83:735-740.

9).- Snyder DA, Tessler HH Vogt-Koyanagi-Harada Syndrome Am J ophthalmol 1980;90:60-75.

10).- Gass JDM Stereoscopic Atlas of Macular Diseases: Diagnosis and treatment, ed3 St ouis, MO CV Mosby, 1987;150-152.

TABLA I

**MANIFESTACIONES EXTRAOCULARES DEL
SX DE VKH**

SINTOMAS NEUROLOGICOS	# PACIENTES	%	SINTOMAS DERMATOLOGICOS*	# PACIENTES	%
CEFALEA	14	60.86	VITILIGO	5	21.73
DISACUSIA Y/O TINITUS	9	39.18	ALOPECIA	5	21.73
PARESIA	1	4.34	CANAS	5	21.73
			POLIOSIS	3	13.04

** En varios pacientes se presentó mas de un signo dermatológico al mismo tiempo*

MANIFESTACIONES EXTRAOCULARES DE VKH

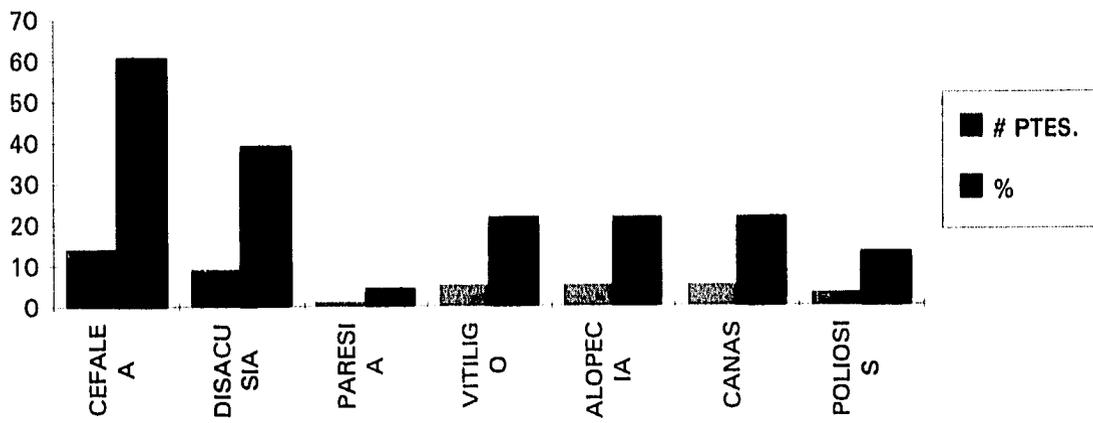


TABLA II

**REACCION INFLAMATORIA ANTERIOR EN
SX DE VKH**

GRADO DE INFLAMACION	# OJOS	%
IRIDOCICLITIS	39	84.7
LEVE	10	25.6
MODERADA	25	54.3
SEVERA	4	8.6
NO VALORABLE*	4	8.6
SIN INFLAMACION	3	6.2

**3 ojos C.Ant. plana (por iris bombe)
1 ojo por descompensación corneal*

REACCION INFLAMATORIA ANTERIOR EN VKH

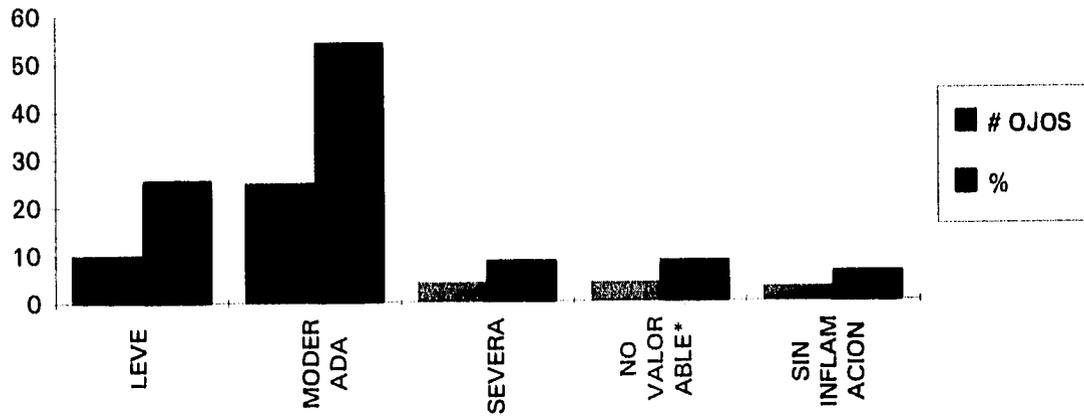


TABLA III

**INFLAMACION DE SEGMENTO POSTERIOR EN
SX DE VKH**

GRADO DE INFLAMACION	# OJOS	%
VITRITIS	34	73.9
LEVE	9	19.5
MODERADA	25	54.3
SEVERA	0	0
NO VALORABLE*	12	26

**por opacidad de medios*

INFLAMACION DE SEGMENTO POSTERIOR EN VKH (VITRITIS)

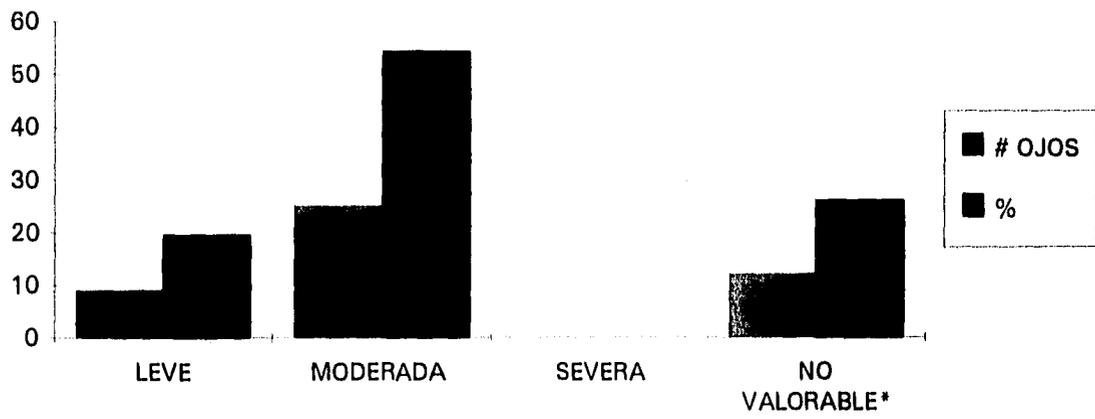


TABLA IV**HALLAZGOS FLUOROANGIOGRAFICOS EN VKH**

HALLAZGOS	# OJOS	%
HIPERFLUORESCENCIA DE PAPILA	14	73.68
ZONAS ALTERNAS DE DEFECTO EN PANTALLA / VENTANA	14	73.68
PUNTOS HIPERFLUORESCENTES TEMPRANO	12	63.16
FUGA COROIDEA	7	36.84
LLENADO COROIDEO TARDIO	5	26.31
TOTAL OJOS ESTUDIADOS	19	100

HALLAZGOS FLUOROANGIOGRAFICOS EN VKH

