

Panuveítis bilateral: reporte de casos

Dr. Gustavo Bolaños*, Dr. Diego D. Desio**, Dr. Pablo Paoloni***,
Dr. José Gonzáles del Cerro****

Primero caso: hombre de 45 años de edad con diagnóstico de herida penetrante corneoescleral extensa con prolapso iridiano y vítreo del ojo izquierdo de 4 días de evolución. AV OD 10/10-OI MPL (mala proyección luminosa), sin antecedentes oftalmológicos ni generales. Se realizó cierre quirúrgico primario de la herida. Tres meses más tarde, se presenta con disminución de la AV del OD de 15 días de evolución. Al examen oftalmológico se constató AV OD bultos -OI MPL, PIO OD 14 mmHG- OI difícil de evaluar, BMC AO uveítis anterior bilateral con PRK (precipitados retroqueráticos) intermedios, FO AO no evaluable (Fig 1).

Se realizó ecografía OD que evidenciaba un engrosamiento coroideo, DR (desprendimiento de retina) seroso y ecos puntiformes en cavidad vítrea compatibles con vitreítis (Fig 1). Ecografía OI DR en embudo. Diagnóstico: panuveítis bilateral.

Segundo caso: hombre de 16 años de edad con diagnóstico de herida penetrante (con material de vidrio)

corneal extensa con prolapso iridiano y vítreo del ojo izquierdo de 24 hs de evolución. AV OD 10/10-OI BML (buena proyección luminosa), sin antecedentes oftalmológicos ni generales. Se realizó cierre quirúrgico primario de la herida y vitrectomía secundaria para extracción de cuerpo extraño intraocular (vidrio). Un mes tarde, se presenta con disminución de la AV OD de 72 hs de evolución. Al examen oftalmológico se constató AVL OD bultos -OI MPL, PIO OD 12 mmHG-OI difícil de evaluar, BMC OD uveítis anterior leve sin PRK (tyndall 1+)-OI uveítis anterior con PRK finos, FO OD desprendimiento de retina en polo posterior seroso-OI no evaluable (Fig. 2).

Ecografía OI desprendimiento de retina en embudo. Diagnóstico: panuveítis bilateral

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

Oftalmía simpática, Síndrome Vogt-Koyanagi-Harada, irritación simpática, reacción facoanafiláctica, uveítis infecciosas, sarcoidosis ocular.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO
Oftalmía simpática

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Primer caso: se realizó tratamiento con prednisona VO 1mg/Kg/día y medicación tópica específica para uveítis anterior hasta la resolución de la inflamación intraocular. El tratamiento se continuó por seis meses realizando el tapering correspondiente del corticoide. La evolución fue favorable a la semana con una AV OD 4/10-OI MPL. El paciente no realizó los controles posteriores.

Segundo caso: se realizó pulsoterapia con metilprednisolona 1gr/día por 3 días seguido de prednisona 1mg/kg/día más la medicación tópica específica. El paciente fue dado de alta con una AV OD 10/10-OI MPL. No concurrió a los controles posteriores.

DESARROLLO

El diagnóstico realizado (oftalmía simpática) es una uveítis poco frecuente siendo su incidencia del 0,2% al 0,5% luego de una injuria ocular pe-

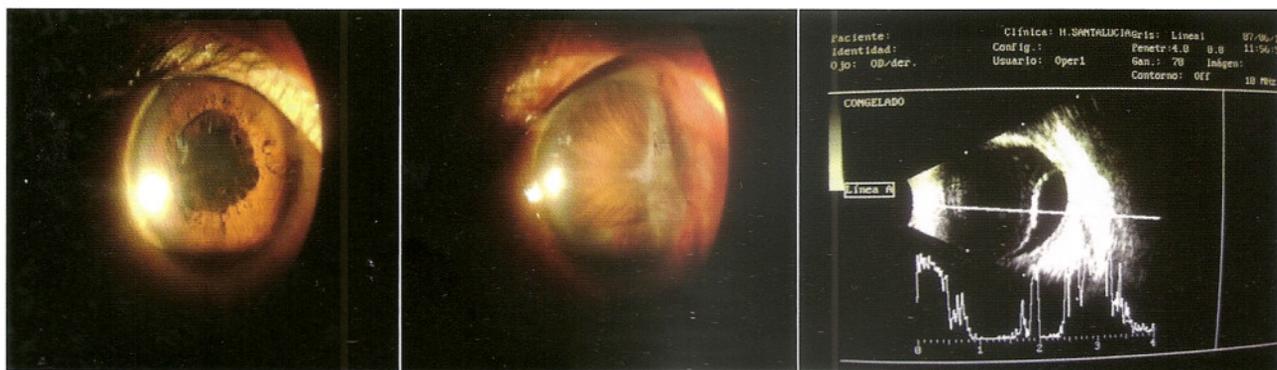


Fig 1. A: OD. B: OI. C: ecografía ojo izq.

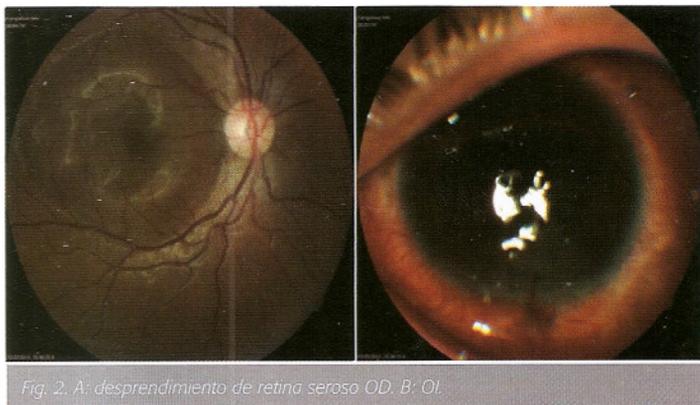


Fig. 2. A: desprendimiento de retina seroso OD. B: OI.

netrante (1, 2) y del 0,01% después de una cirugía intraocular (3, 4). La oftalmía simpática es una uveítis bilateral, granulomatosa y difusa que aparece entre pocos días y varios años después de una injuria accidental penetrante o quirúrgica de un ojo. Se afectan tanto el ojo traumatizado (simpatizante o excitador) como el ojo congénere (simpático).

Su patogenia es aún desconocida aunque el mecanismo más aceptado sería una respuesta autoinmune aberrante contra ciertos antígenos específicos oculares (antígeno "S" retiniano, melanocitos coroideos y retinianos) (5). La asociación de esta enfermedad con el antígeno mayor de histocompatibilidad (MHC), específicamente con los halotipos HLA-DR4 y HLA-A11 sugiere el rol inmune característico de su patogenia (6).

Los síntomas y signos clínicos de la oftalmía simpática no suelen aparecer antes de las dos semanas luego de la injuria ocular, el 80% de los casos en los tres primeros meses y el 90% antes del año después de la injuria (7, 8, 9).

Las observaciones clínicas demuestran en ambos ojos una uveítis anterior con precipitados corneales endoteliales y afección del segmento posterior caracterizada por papilitis, edema retiniano generalizado, turbidez vítrea leve y lesiones blanco-amarillentas por debajo del epitelio pigmentario retiniano (nódulos de Dalen-Fuchs). De cualquier modo la presentación clínica es variable no existiendo síntoma o signo patognomónico y por lo tanto su diagnóstico es netamente clínico.

Desarrollada la enfermedad el tratamiento con drogas inmunosupresoras es la regla (10). En ojos sin posibilidad de visión, la enucleación debería realizarse en las primeras dos semanas luego del trauma penetrante (11). La enucleación del ojo simpatizante no se recomienda una vez que la enfermedad se ha desarrollado (12). El pronóstico visual es bueno en la mayoría de los casos (80%), mientras que la pobre agudeza visual es usualmente asociada a sus complicaciones (glaucoma, catarata, maculopatía crónica) (6).

CONCLUSIÓN

La oftalmía simpática es una uveítis poco frecuente que se presenta luego de una injuria ocular penetrante (quirúrgica o traumática) pero que deberá ser tenida en cuenta ante un cuadro de uveítis bilateral con antecedente de injuria ocular penetrante.

Referencias

- Liddy N, Stuart J. Sympathetic ophthalmia in Canada. *Can J Ophthalmol* 1972; 7: 157-159.
- Holland G. About the indication and time for surgicla removal of an injured eye. *Klin Monatsbl Augenheilkd* 1964; 145: 732-740.
- Makley TA, Azar A. Sympathetic ophthalmia. A long-term follow -up. *Arch Ophtahlmol* 1978; 93:257-62.
- Gass JD: Sympathetic ophthalmia following vitrectomy, *Am J Ophthalmol* 93:552-558, 1982.
- Robert B. Nussenblatt, Scott M. Whitcup. *Uveitis fundamentals and Clinical Practice*. Fourth Edition. Mosby. Capítulo 23. Sym-

pathetic ophthalmia; 289-302.

6.Amod Gupta, Vishali Gupta, Carl P Herbert, Moncef Khairallah. *Uveitis Text and Imaging*. Jaypee 2009. Capítulo 23. Sympathetic ophthalmia. 540-552.

7.Marak GJ. Recent advances in sympathetic ophthalmia. *Surv Ophthalmol* 1979; 24: 141-156.

8.Lubin J, Albert D, Weinstein M. Sixty-five years of sympathetic ophthalmia. A clinicopathologic review of 105 cases (1913-1978). *Ophthalmology* 1980; 87: 109-121.

9.Goto H, Rao N. Sympathetic ophthalmia and Vogt-Koyanagi-Harada syndrome. *Int Ophthalmol Clin* 1990; 30: 279-285.

10.Ramadan A, Nussenblatt RB. Visual prognosis and sympathetic ophthalmia. *Curr Opin Ophthalmol* 1996; 7(3):39-45.

11.Verhoeff F. An effective treatment for sympathetic uveitis. *Arch Ophthalmol* 1927; 56:28-41.

12.Winter FC. Sympathetic uveitis: a clinical and pathologic study of the visual field. *Am J Ophthalmol* 1955; 39:340-347.

Recibido: 30/05/2011 Aprobado: 6/06/2011

* Exjefe de residentes y becario del Hospital Oftalmológico Santa Lucía.

** Jefe de residentes del Hospital Oftalmológico Santa Lucía.

*** Exjefe de residentes y médico de planta del Hospital Oftalmológico Santa Lucía.

**** Concurrente de 5º año del Hospital Oftalmológico Santa Lucía.