



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Medicina Humana

**“Hallazgos oftalmológicos más frecuentes en pacientes
con espondilitis anquilosante”**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Oftalmología

AUTOR

Lucy Juana LUQUE HUAQUIPACO

ASESOR

Mario FERNÁNDEZ WANG

Lima, Perú

2006



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Luque, L. Hallazgos oftalmológicos más frecuentes en pacientes con espondilitis anquilosante [Trabajo de investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2006.

INTRODUCCIÓN

La Espondilitis anquilosante (EA) pertenece al grupo de las espondiloartropatías seronegativas es una forma de inflamación de las articulaciones que afecta de forma primaria a la columna vertebral y otras grandes articulaciones . Se sabe que afecta con mayor frecuencia a las personas que presenten en sus células el antígeno HLA-B27. Existe una relación directa entre pacientes HLA-B2705 y Espondilitis Anquilosante con uveitis Anterior aguda pudiendo presentar alteraciones oculares en diversas zonas del globo ocular dando lugar al denominado síndrome de ojo rojo que puede corresponder a uveitis , conjuntivitis , glaucoma secundario y otros (1, 8,11, 12) . Los síntomas oculares pueden preceder en el tiempo a la inflamación de la columna vertebral . El reconocimiento oportuno de las lesiones oculares no sólo es importante para evitar las secuelas que puede producir sino porque permite configurar mejor el cuadro clínico. Es importante esta premisa ya que el médico oftalmólogo está en la capacidad de diagnosticar entidades sistémicas no sospechadas y que no siempre presentan un patrón clásico(1,2,6,8) . Es por ello que se realizó un estudio retrospectivo de los hallazgos oftalmológicos en pacientes diagnosticados de Espondilitis Anquilosante con la finalidad de determinar cuales son los signos y síntomas mas frecuentes asi como sus complicaciones .

METODO

Es un estudio de tipo descriptivo retrospectivo de una serie de casos en los que se revisaron las historias clínicas y se realizó examen oftalmológico a 55 pacientes de los 80 registrados con diagnóstico de espondilitis anquilosante EA, en el servicio de Reumatología del HCPNP entre abril de 2003 y marzo de 2004. Se excluyeron 25 casos por pérdida de historia clínica o porque no asistieron a entrevista.

Fueron incluidos todos los pacientes con diagnóstico de EA en los que se analizaron los siguientes parámetros: sexo, edad, síntomas y signos clínicos oculares y extraoculares

RESULTADOS

De un total de 55 pacientes, 45 (82%) fueron hombres y 10 (18%) mujeres. La edad media de presentación de la enfermedad fue de 33 años, rango entre 31 y 40 años.

Tabla N° 1 Distribución de pacientes según sexo

SEXO	Nro	%
Masculino	45	82
Femenino	10	18
Total	55	100

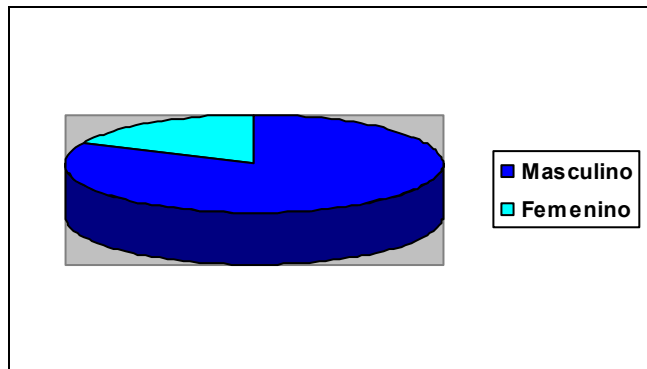


Tabla N° 2 Distribución de pacientes por grupos etáreos

Edad	Nro	%
0 -10	0	-
11 – 20	0	-
21 – 30	5	9
31 – 40	37	67
41 a más	13	24
Total	55	100%

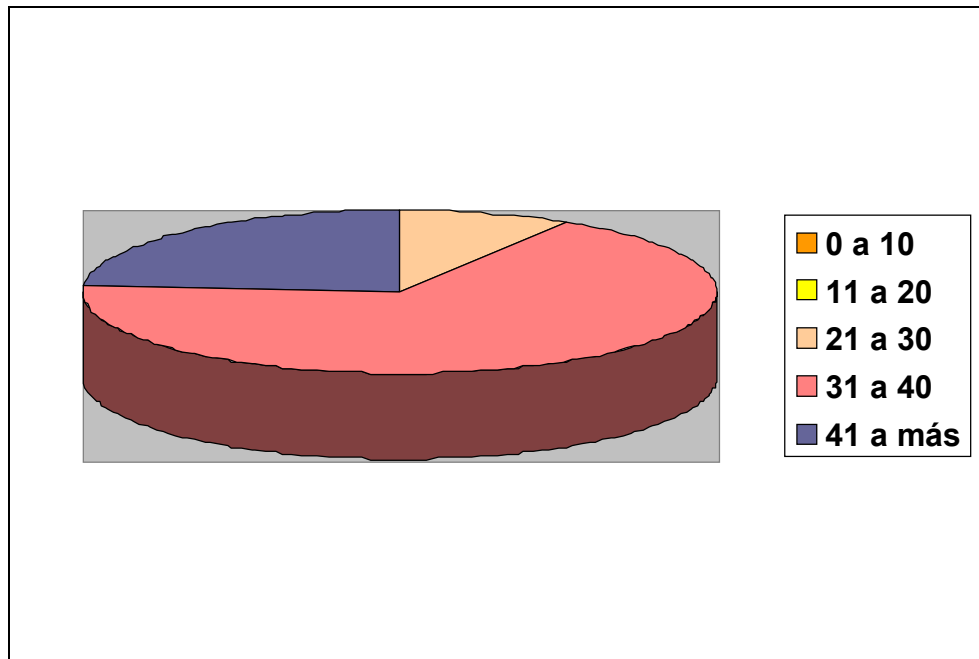


Tabla N° 3 Síntomas de pacientes con EA

Dolor Ocular	Nro	%
SI	20	36
NO	35	64
Total	55	100%

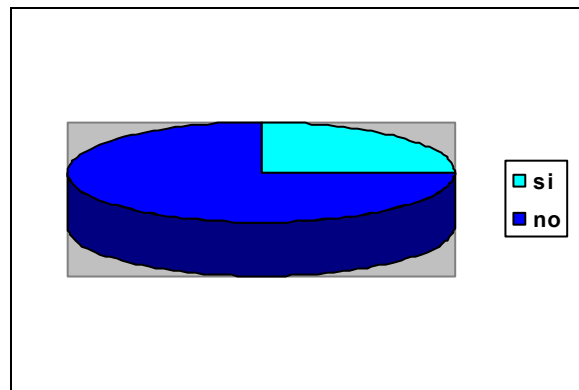


Tabla N° 4 Síntomas de pacientes con EA

Ojo Rojo	Nro	%
SI	32	58
NO	23	42
Total	55	100%

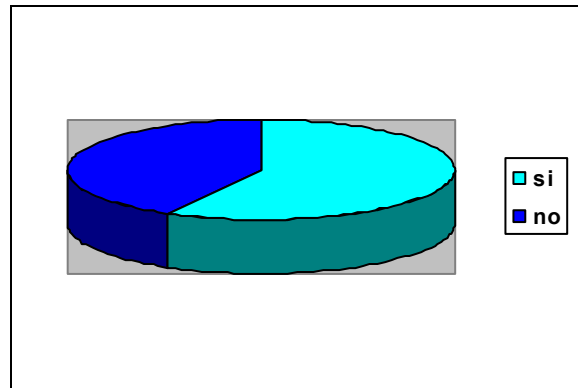


Tabla N° 5 Síntomas de pacientes con EA

Disminución de AV	Nro	%
SI	23	42
NO	32	58
Total	55	100

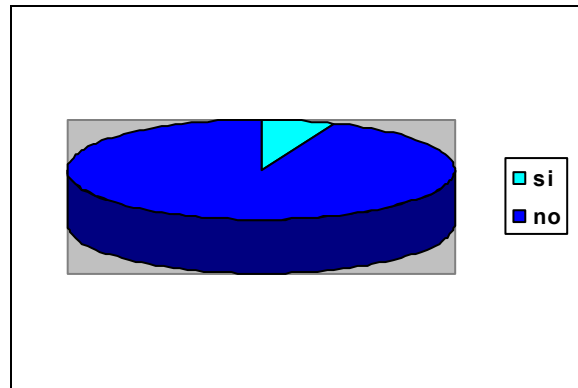


Tabla N° 6 Síntomas de pacientes con EA

Dolor en Columna Lumbar	Nro	%
SI	45	82
NO	10	18
Total	55	100%

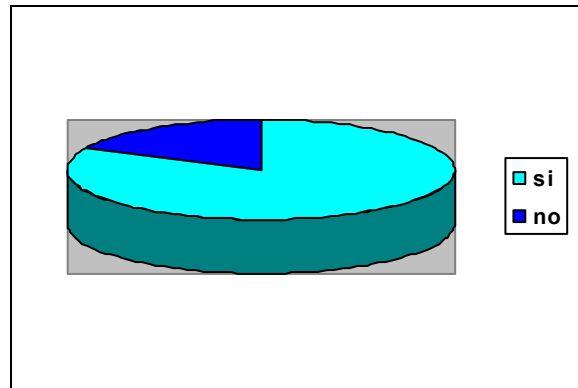
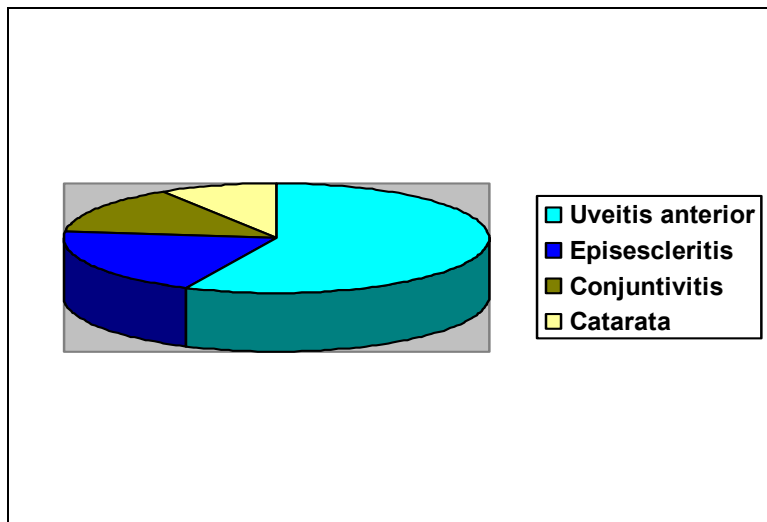


Tabla N° 8 Afectación Ocular

Complicación ocular	Nro	%
Uveitis anterior	20	36
Epiescleritis	7	13
Conjuntivitis	5	9
Catarata	3	5
Sin complicacion	20	36
total	55	100



DISCUSIÓN

EPIDEMIOLOGIA

En poblaciones blancas 2 de cada mil padecen espondilitis anquilosante y se incrementa a 2 de cada 100 (2%) si seleccionamos sólo a los portadores del HLA B27, principal factor genético predisponente . El riesgo relativo es 20 a 30 veces mayor entre los familiares de los pacientes . Es más, el 20% de portadores de HLA B27 que tienen familiares en primer grado afectado por Espondilitis anquilosante (EA) también podrán padecer esta enfermedad .

Probablemente el primer reporte de un caso de Espondilitis anquilosante (EA) se realizó hace 300 años cuando el médico irlandés Bernard Connor describió un esqueleto encontrado en un cementerio francés con anomalías sugestivas de EA. En 1973 Brewerton Schlosstein descubren la asociación de EA con el antígeno de Histocompatibilidad HLA B 27 pero esta asociación varía entre varios grupos raciales y étnicos .

Estudios de población en diferentes grupos raciales asociación con HLA B 27	%
Raza blanca	4 a 13 %
Arabes	3%
Japoneses	Menos del 1%
Negros americanos	2 a 4%
Mestizos mexicanos	3 a 5.5%
Colombianos	8.7%
*Mestizos peruanos	28.57%

*(1)

Al evaluar los pacientes se pudo revisar historias clínicas y se encontró que la prueba para HLA únicamente se realizó en 7 pacientes, siendo positivo en 4 de ellos . En un trabajo sobre prevalencia del HLA B27 en pacientes con diagnóstico de Espondilitis Anquilosante y en controles sanos de población mestiza peruana, realizado en el servicio de Reumatología del Hospital Nacional G. Almenara IPSS, se encontró una prevalencia baja , se evaluaron 21 pacientes, de estos solo 6 presentaron positividad a HLA B 27 y solo 3 de los 45 controles tuvieron dicho antígeno.(1) Sin embargo el volumen de pacientes podría haber influido en los resultados.

En un estudio realizado por la dra. Campos en el Instituto Nacional de Oftalmología , sobre Epidemiología de la Uveítis , encontro que el 40% de las uveítis anteriores se asocia al Antígeno HLA B27 (Epondiloartropatías seronegativas) (6). Es por ello la necesidad de realizar un estudio , multicéntrico dirigido y determinar que % de pacientes peruanos de raza mestiza con diagnóstico de espondilitis anquilosante están asociados a HLA B27.

Sexo

En lo referente al **sexo** muchos estudios establecen la relación hombre / mujer de 9:1, pero actualmente estudios muestran una relación de 2-3:1 debido al incremento del diagnóstico de la espondilitis anquilosante .En un estudio de 3362 pacientes adscritos a la National Ankylosing Spondylitis Society de los Estados Unidos , se demostró que el 27% de estas fueron mujeres y de ellas 379(11%) iniciaron su enfermedad aproximadamente entre los 5 los 16 años.

Nosotros encontramos una relación hombre /mujer aproximadamente de 5:1 predominando los hombres con un 81% (45 casos) comparado con las mujeres 18% (10casos).

*SNEA (EEUU) 3362	27%
Servicio Reumatología (HCPNP) 55	18%
**Servicio de Reumatología (HNGAI) 21	19%

*()**(1)

Se dice que su presentación es rara antes de los cinco y después de los cuarenta años. Aparece en jóvenes especialmente hombres entre 20 y 35 años, coincidente con nuestro trabajo en el que se encontró un mayor porcentaje de hombres (82%) y con edad promedio de 33 años.

PATOGENESIS

HLA

Desde que se descubrió la asociación entre el HLA B27 y la espondilitis Anquilosante se considera su tipificación dentro del aspecto clínico en caso de fases tempranas de enfermedad, en formas frustradas y atípicas como medio de ayuda al diagnóstico. (1,5,8)

El HLA (Antígeno Leucocitario Humano) es un grupo de moléculas, glicoproteicas situadas en la superficie de las células producto de Locus asociados ubicados en el brazo corto del cromosoma 6 conocido como complejo mayor de histocompatibilidad MHC. Existen dos clases: el tipo I y el tipo II diferenciados por su estructura. El HLA tiene un papel clave en la respuesta inmune ya que su función es mostrar péptidos propios y extraños a los linfocitos T. (5,3)

El HLA clase I es producto de los genes A, B y C están presentes en todas las células nucleadas y en las plaquetas presentan antígenos intracelulares a células T citotóxicas CD8.

El HLA clase II es producto de locus multigénico DR, DQ y DP esta presente en linfocitos B, T activos, monocitos, macrófagos y células dendríticas presentan proteínas extracelulares a células T Helper CD4.

La expresión del HLA I varia en diferentes tejidos y es modulada en el ojo por el INF (interferón) que se encuentra en el Humor acuoso.(5)

El Locus B del HLA es el mas polimórfico de los genes clase I con mas de 500 alelos caracterizados , existen 24 diferentes subtipos (HLA B27-01 al HLA B27-25).

El HLA B27-05 esta presente en 90% del HLA B27, esta claramente asociado con espondilitis anquilosante y la uveitis anterior aguda (8).

SINTOMATOLOGIA

La EA afecta de forma primaria columna vertebral, hombros caderas y rodillas . El término Espondilitis Anquilosante deriva de los vocablos griegos SPONDYLOS que significa vértebra y ANQUYLOS que se refiere a soldadura y fusión que ocasionalmente se produce entre las vértebras .En la forma clásica el síntoma inicial es el dolor persistente y/o rigidez sacroiliaca , lumbar y con menor frecuencia en las crestas iliacas .(12)

Al entrevistar a los pacientes se encontró que un 82% (45 casos) presentaban dolor lumbar en algún momento de la enfermedad no precisamente al momento de la evaluación , el lumbago se presenta cuando el paciente se encuentra en reposo mejorando con actividad física de esta manera el dolor es máximo en las últimas horas de la noche y en las primeras de la madrugada disminuyendo este con el ejercicio.(19)

DIAGNOSTICO DE ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

El diagnostico se basa en los síntomas referidos por el paciente y en los signos exploratorios que objetiva el medico, se confirmara mediante radiografias de columna vertebral y pelvis , sin embargo hay que tener en cuenta que los cambios radiográficos se presentan en forma mas tardía. La presencia del antígeno HLA B 27 sirve para corroborar el diagnostico .En aquellos casos en los que el debut es un síndrome de ojo rojo , básicamente uveítis anterior aguda, los análisis de sangre son un pilar importante ,se ha sugerido que la realización de pruebas adicionales debe indicarse cuando la inflamación es moderada a severa ,bilateral, recurrente, granulomatosa o esta asociada con síntomas sistémicos que sugieran una enfermedad subyacente que puede ser causa conocida de uveítis (7).

La positividad de cualquier prueba reumática no implica una enfermedad de este tipo. Generalmente el médico solicita proteina C reactiva , factor reumatoide anticuerpos antinucleares ANA ,antiestreptolisinas (ASLO),anticuerpos anticitoplasma de neutrofilo ANCA entre otras.(5)

ESTUDIO DE LABORATORIO

La **PCR** (proteína C reactiva) un indicador bioquímico de inflamación es sensible, se eleva con pequeñas lesiones o traumatismos , puede variar con infecciones , cirugía, tumores, etc

La ASLO un anticuerpo contra estreptococos no indican enfermedad reumática .

FR

El factor reumatoide puede ser positivo también en TBC , Lepra, Hepatitis Crónica , sífilis y otros procesos.

ANA anticuerpos antinucleares mediante la técnica de **IFI** (inmunofluorescencia indirecta) pueden reflejar trastorno inmune , pero es positivo en inflamación crónica .

El **HLA-B27** no es indicador de Espondilitis anquilosante, sólo el 2% de los que tengan este antígeno desarrollaran esta enfermedad.

ANCA anticuerpos anticitoplasma de neutrofilo, mediante IFI inmunofluorescencia indirecta.

En las etapas activas de la enfermedad se encuentra aumento **VSG**. Puede aparecer anemia y leucocitosis. El FR, IgM y ANA son negativos en la mayoría, así como elevación de IgA.

En un estudio sobre enfermedad autoinmune sistémica en pacientes con uveítis realizado por Carbone en 64 casos de UAA, ninguno tenía enfermedad autoinmune sistémica conocida, los pacientes que presentaron positividad de autoanticuerpos (ANA, ANCA, ACA) consumo del complemento e hipergamaglobulinemia en ausencia de criterios clínicos de conectivopatía se considero como un proceso autoinmune subclínico presentándose en un 17.2% y otro grupo con asociación definitiva a enfermedad autoinmune sistémica con 6.25%. Por otro lado 61 % no presentaron datos clínicos . Si bien

es cierto el porcentaje de pacientes con proceso autoinmune sistémico asociado a uveítis es bajo, un estudio inmunológico podría ser útil como parte del proceso de descarte de enfermedades autoinmunes sistémicas asociadas a uveítis (7)

Estudios radiográficos

La afección articular sacroiliaca muestra desde las primeras etapas, esclerosis subcondral e irregularidades de la superficie articular de los iliacos para después mostrar erosiones, disminución del espacio articular y anquilosis parcial o total. En el esqueleto axial se observa rectificación de la columna lumbar, disminución de los espacios articulares interapofisarios, esclerosis marginal, encuadramiento de los cuerpos vertebrales, estrechamiento y/o erosión de la unión discovertebral, osificación y calcificación de los ligamentos vertebrales. En su estadio final, las alteraciones de la columna dan el clásico aspecto de "caña de bambú". En las articulaciones periféricas se encuentra osteopenia



generalizada y disminución del espacio articular y progresión de la anquilosis en las articulaciones inflamadas.

COMPLICACIONES OCULARES DE LA EA

El compromiso ocular es frecuente en el grupo de las llamadas espondiloartropatías, categoría en la que se incluye una serie de afecciones relacionadas entre sí por presentar características clínicas y genéticas comunes. El desarrollo de compromiso ocular, lo mismo que otras manifestaciones no articulares, está estrechamente ligado al antígeno HLA-B27 (19).

La siguiente tabla muestra la prevalencia de complicaciones oftalmológicas en diferentes artropatías en referencia a un artículo del centro medico naval en California acerca de las manifestaciones oculares de enfermedades autoinmunes.

Enfermedad Autoinmune	% de manifestación ocular
Artritis Reumatoidea	25%
Artritis reumatoide Juvenil	80%
Espondilitis anquilosante	25%
Lupus Eritematoso Sistemico	20%
Arteritis de celulas gigantes	50%
Enfermedad de Graves	50%

UVEITIS ANTERIOR AGUDA

Encontramos compromiso ocular en el 64% (35 casos) siendo la complicación mas frecuente la Uveitis Anterior Aguda (UAA) con 36% (20 casos) cuatro de ellas estuvieron activas al momento de la evaluación y aun no habian sido diagnosticadas desde el punto de vista reumatologico. El valor encontrado no difiere considerablemente con el encontrado en un estudio realizado en San Diego, California.

Uveitis en EA (Centro Medico Naval , San Diego California)	25%
Uveitis en EA (HCPNP)	36%
Uveitis (PUC de Chile)	25%

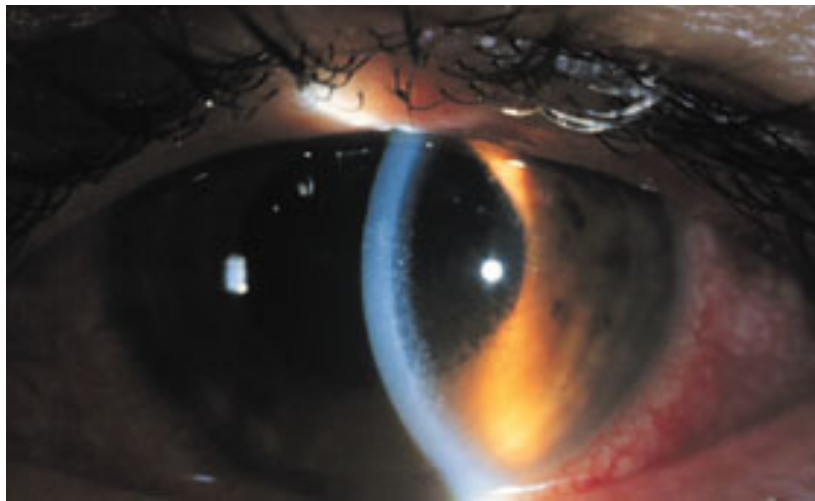
Las uveitis son un grupo de enfermedades inflamatorias oculares que afectan al iris, cuerpo ciliar y coroides .Aunque la etiología suele ser desconocida en la mayoría de los casos, algunos pacientes pueden tener una enfermedad sistémica subyacente incluyendo enfermedades infecciosas y autoinmunes , así pueden asociarse a la Enfermedad de Behcet, Sarcoidosis, Artritis Reumatoidea Juvenil, Esclerosis Múltiple, Lupus Eritmatoso y con el grupo de las Espondiloartropatias asociadas al HLA B27.(7)

Espondiloartropatia Seronegativa	% de Uveitis
Espondilitis Anquilosante	25%
Síndrome de Reiter	37%
Artritis Psoriasica	20%
Artritis enteropatica	9%

Uno de cada tres enfermos con espondilitis anquilosante portadores de HLA B27 sufrirá una uveitis generalmente de tipo unilateral e intermitente . Por su parte la mitad de los portadores de HLA B27 con Uveitis Anterior Aguda cumplen los criterios para el diagnostico de Espondilitis Anquilosante La presencia de uveítis no se asocia a la gravedad de la espondilitis pudiendo incluso ser intensa en pacientes con compromiso periférico. Puede ocurrir en presencia o en ausencia de condiciones sistémicas relacionas .A veces es la primera manifestación de una enfermedad sistémica que se declarará en forma posterior, o que está presente en el mismo momento aunque no ha sido diagnosticada aún.

Se inicia bruscamente con dolor ocular intenso, fotofobia y visión borrosa, asociado a ojo rojo con congestión marcada de los vasos periqueráticos En el examen con lámpara de hendidura se puede detectar la presencia de Tyndall celular y albuminoso (flare) en la cámara anterior, asociado a precipitados periqueráticos finos blanco grisáceos depositados en el endotelio corneal. A veces el cuadro es tan fulminante que se ven grumos de fibrina organizados (25%) o bien, la exudación celular en la cámara anterior que da lugar al llamado hipopion (10%) . La exudación fibrinosa en la cámara anterior contribuye a la rápida formación de sinequias posteriores que si no se rompen precozmente pueden formar

adherencias permanentes. Los estudios realizados muestran que se asocia a una tasa de recurrencia mayor. La presión intraocular habitualmente está disminuida en el episodio agudo debido a la disminución en la producción de humor acuoso. La uveítis anterior asociada al HLA-B27 representa en diferentes poblaciones el 60 % de las uveítis anteriores..



Otros problemas oculares lo constituyen las complicaciones de las uveítis, tales como catarata, seclusión pupilar, iris bombé, glaucoma y edema macular, que se ven más frecuentemente asociados a EA

El segmento posterior habitualmente se mantiene indemne, aunque puede haber una reacción celular o fibrinosa en algunos casos. Más ocasionalmente puede encontrarse edema de la papila y edema macular, habitualmente asociados a hipotonía. Nosotros no encontramos ningún hallazgo en el segmento posterior.(15)

A pesar del curso fulminante de la inflamación, el episodio habitualmente regresa en unas 4 a 8 semanas, sin compromiso visual residual, pero el cuadro puede rebrotar una y otra vez durante años o hacerse bilateral.

GLAUCOMA

El glaucoma es la complicación más seria de la enfermedad. Puede conducir a la pérdida irrecuperable de la función visual. Resulta del bloqueo trabecular agudo causado por el exudado inflamatorio, del bloqueo pupilar por sinequias posteriores, del daño trabecular crónico por recurrencias frecuentes, pero también puede deberse al uso de esteroides. Al momento de la evaluación no se encontró ningún paciente con diagnóstico de glaucoma.

CATARATA

La Catarata es otra complicación. Es típicamente subcapsular posterior. Su presencia está relacionada con episodios severos, prolongados o con recurrencias frecuentes pero también como consecuencia de tratamiento esteroideo. Nosotros encontramos catarata subcapsular posterior en tres casos dos de ellos con antecedentes de uveítis a repetición y otro con solo antecedente de tratamiento con corticoides tópicos y por vía oral.

EDEMA MACULAR QUISTICO

El edema macular quístico se presenta en relación a episodios severos prolongados y recidivas frecuentes. Es más propia de la EA. No se encontro ningun caso.

PTISIS BULBI

La ptisis bulbi es muy rara. En general se debe a crisis severas mal tratadas. Refleja el daño irreversible de los procesos ciliares que cesan en la función de producir humor acuoso. No se encontró ningún caso .

CONJUNTIVITIS

La conjuntivitis puede ser leve en el exámen con lámpara de hendidura es posible observar una reacción papilar o folicular de la conjuntiva. Los cultivos son negativos. El curso es benigno, cediendo espontáneamente en el curso de 7 a 10 días. En nuestro trabajo se encontró 5 casos de conjuntivitis, revisando los antecedentes en las historias clinicas , ninguno al momento de la evaluación , las características fueron al parecer infecciosas.

ESCLERITIS

La escleritis es rara en EA se presenta más tardíamente, habitualmente cuando el paciente sufre su dolencia articular de manera crónica. La forma más común es la difusa anterior y puede ser recurrente. A diferencia de lo que ocurre en artritis reumatoide, nunca es necrotizante. Ninguno presentó escleritis.

Clínicamente se caracteriza por enrojecimiento escleral de color rojo azulado, que se aprecia mejor a la luz natural. Habitualmente hay epífora y fotofobia leves. Tiene buena respuesta al tratamiento en base de antiinflamatorios no esteroideos sistémico

EPIESCLERITIS

Síntomas parecidos a la escleritis con la diferencia que el dolor es mas intenso en la escleritis. La instilación de Fenilefrina al 2.5 % puede establecer la diferencia

Nosotros encontramos 7 casos de epiescleritis en nuestro trabajo.

Bastante más esporádicamente se observan otras lesiones oculares. Entre éstas cabe mencionar: queratitis, retinitis, neuritis óptica.

En los casos de queratitis, el examen con lámpara de hendidura revela lesiones puntiformes epiteliales que pueden coalescer y formar una úlcera corneal. Ocasionalmente pueden verse infiltrados estromales subepiteliales o micropannus.

Finalmente, se han descrito casos con edema de papila y edema retinal recurrente en portadores de EA pero como se ha puntualizado previamente, las lesiones del segmento posterior son raras en esta enfermedad.

CONCLUSIONES

- Existe complicación ocular en pacientes con espondilitis anquilosante nosotros lo encontramos en un 64 % .
- La complicación ocular mas frecuente de la Espondilitis Anquilosante es la Uveitis Anterior no granulomatosa con un 36%, seguida de epiescleritis con un 13%, conjuntivitis 9% y catarata 5%. Pacientes sin complicaciones 36%.
- La espondilitis anquilosante es una artropatía que afecta mas a varones 81% que a mujeres 18%
- La edad promedio de presentación dela espondilitis anquilosante es de 33 años en un rango de 31 a 40 anos con un 67%.
- No existe una relación directa entre síntoma ocular activo y síntoma reumatológico activo.

Recomendaciones

Realizar estudios multicentricos de prevalencia del HLA B27 en pacientes con espondilitis anquilosante .

Realizar descarte y estudio multicentrico de entidades autoinmunes en pacientes adultos con diagnostico de Uveitis a repetición sin aparente sintomatología sistémica.

Bibliografía

1. Alfaro Jose .Prevalencia del HLA B27 en pacientes con diagnostico definitivo de Espondilitis Anquilosante y en controles sanos en población mestiza Peruana.Servicio de Reumatologia hospital Guillermo Almenara 2001.
2. Alzamora Blanca. Uveitis en Ninos ,estudio Etiológico,clinico y tratamiento en el hospital Arzobispo Loayza.Revista de la sociedad peruana de oftalmologia. 2002.
3. Actualizacion en Oftalmologia, Vol XVII , 1-41.-2001
4. Adelman, Casale, Corren. Manual of Allergy and Immunology, 4ta Edición 2005.
5. Belfort,Couto ,Martínez .Uveitis Sinopsis diagnostica y terapeutica.
6. Campos Betty,Epidemiologia de la Uveitis, INO 2002
7. Carbone J.Enfermedad autoimmune sistemica en pacientes con uveitis. Archivos de la Sociedad española de oftalmologia. Nro 4. Abril 2006
8. Chang, Mc Clukey, Wakefield, Acute Anterior Uveitis and HLA –B27. Survey Of Ophthalmology.Vol 50.Nro4.Julio-agosto del 2005
9. Chipont Benavente. Manejo del paciente con uveitis anterior aguda. Vol. Nro. 4. Abril 2002

10. Gonzáles , Faures , Rodríguez, Gómez. HLA B27 y las espóndilo artropatías seronegativas. Revista Cubana Med. 36 (1):24-28, 1997
11. Gonzales Modesto, Artritis reactiva. revista cubana de medicina 1999
12. Iglesias Antonio. Historia de las Espondiloartropatías Seronegativas. Revista Colombiana de Reumatología . Volumen nro. 3 .Setiembre del 2004
13. Jirout Fernando. Manifestaciones extrarraquideas de la espondilitis anquilosante. Seminarios de la Fundación española de reumatología Vol 5/ noviembre –diciembre del 2004
14. Hamideh, Prete . Ophthalmologic Manifestations of Rheumatic Diseases , Seminars in Arthritis and Rheumatism, Vol 30 , Nro 4, (February), 2001, pp 217 241.
15. Kanski . Oftalmología clínica. Cuarta Edición
16. Manifestaciones oculares de las Enfermedades Autoinmunes.
17. Sajjal J. Manifestaciones oculares de enfermedades autoinmunes. Centro Médico Naval . san Diego . California –2002
18. Simon Palatnik. Manifestaciones oculares de las enfermedades reumáticas
19. Vega Sabaleta Rebeca. Compromiso Ocular en Artritis Reactiva . Boletín de la Escuela de Medicina . Pontificia Universidad Católica de Chile. Vol 25 , 1996.

TITULO: HALLAZGOS OFTALMOLÓGICOS MAS FRECUENTES EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE.

AUTORA : Dra. LUCY JUANA LUQUE HUAQUIPACO.

ASESOR : Dr. MARIO FERNÁNDEZ WANG

RESUMEN

Objetivo: Determinar cuales son los hallazgos oftalmológicos mas frecuentes en pacientes diagnosticados de espondilitis anquilosante **Material y métodos.** Estudio cuantitativo, retrospectivo, transversal y descriptivo en pacientes diagnosticados de espondilitis anquilosante del servicio de reumatología del HCPNP entre abril del 2003 y marzo del 2004. **Resultados** Se incluyeron a 55 pacientes, 45 hombres y 10 mujeres, edades de entre 25 a 48 años con una media de 33 años. Treinta y cinco de los 55 pacientes tuvieron compromiso ocular en algún momento de la enfermedad .Los síntomas frecuentes fueron :dolor en columna lumbar 45(63%), síndrome de ojo rojo en 32(58%), dolor ocular en 20(36%)y disminución de AV en 23 (42%) .Los hallazgos oculares mas frecuentes fueron : uveitis anterior en 20(36%), epiescleritis en 7(13%), conjuntivitis en 5(9%) y catarata en 3(5%).**Conclusiones :** La espondilitis anquilosante afecta mayormente a hombres en edad

promedio de 33 años , el principal síntoma ocular es el ojo rojo y dentro de las complicaciones oculares la mas frecuente es la uveitis anterior no granulomatosa.

Palabras clave :Espondilitis anquilosante , uveitis anterior,.HLA B27