

UVEÍTIS

Autora

Dra. Sandra M. Borges Pérez

Servicio

Oftalmología

INTRODUCCIÓN

La uveítis es un término genérico que describe la inflamación del tracto uveal. No es solo una enfermedad de la úvea, es un síndrome con síntomas y signos causados por una gran variedad de etiologías, mediadas muchas de ellas por el sistema inmunológico, y que por extensión pueden comprometer cualquier componente interno del globo ocular.

Tiene una frecuencia de aparición que oscila desde 12 a 18 casos por cada 100 000 habitantes, una prevalecía difícil de establecer entre las distintas regiones del universo, por la existencia de diversos factores: raciales, étnicos, enfermedades infecciosas propias de cada región, nivel de desarrollo socioeconómico y los diversos criterios diagnósticos existentes. Es por ello que en el año 1984, el grupo internacional de estudio de las uveítis, establece los parámetros para su clasificación en: anatómica, clínica, etiológica y patológica.

Además, cada proceso suele ser clasificado en cuanto a su lateralidad; es común observar que se presenta de forma alternativa, en los dos ojos; lo más frecuente es ver una mayor prevalencia de las uveítis anteriores, seguidas de las intermedias y después de las posteriores.

Esta enfermedad suele tener una larga duración, en algunos casos más de 20 años, afectando fundamentalmente a jóvenes y adultos en plena actividad laboral, causando invalidez temporal o permanente y una severa afectación para el paciente, por lo que ha logrado la reputación entre la mayoría de los oftalmólogos de ser una enfermedad muy difícil y frustrante. Posiblemente sea uno de los síndromes oftalmológicos más fácil de reconocer; pero más difícil de catalogar etiológicamente, encontrándose que hasta 80 % de los casos no se puede precisar la causa que produce la enfermedad.

OBJETIVOS

- Lograr una mejor identificación de la etiología en la uveítis.
- Encaminar el estudio clínico y los exámenes complementarios dependiendo del tipo de uveítis.
- Mejorar la calidad de la atención y los resultados basados en el diagnóstico a tiempo y el tratamiento adecuado.
- Iniciar tratamiento precoz individualizado a cada paciente para reducir al mínimo las secuelas irreversibles que causa esta enfermedad en adultos

jóvenes en edad laboral, disminuyendo de esta forma los gastos de la seguridad social por conceptos de certificados y peritajes médicos.

DESARROLLO

Clasificación de las uveítis

<i>Clasificación</i>	<i>Nomenclatura</i>	<i>Caracterización</i>
Anatómica	Uveítis anterior	Iris
		Cuerpo ciliar
	Uveítis intermedia	Pars planitis
		Ciclitis crónica
	Uveítis posterior	
Clínica	Aguda	Comienzo brusco, dura alrededor de 6 semanas o menos. Si recurre tras el ataque inicial: uveítis recurrente
	Crónica	De 6 meses a años. Comienzo insidioso y asintomático. Según la gravedad puede ser leve a grave
Etiológicas	Exógenas	Causadas por agresión externa o invasión de microorganismos o agentes desde el exterior
	Endógenas	<p>Causas por microorganismos o agentes del mismo paciente. Se clasifican en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Secundarias a enfermedades sistémicas (artritis, sarcoidosis, espondilitis, TB) • Infecciones por parásitos toxoplasma, toxocara. • Enfermedad viral: citomegalovirus, herpes zoster, herpes simple • Infecciones por hongos: candidiasis, histoplasmosis ocular presunta • Uveítis idiopáticas específicas (grupo de enfermedades no asociadas a enfermedades sistémicas, pero que tienen por sí misma su justificación; por ejemplo, pars planitis. • Uveítis idiopática no específica (25 % de las uveítis)
Según lateralidad	Unilateral	
	Bilateral	

Diagnóstico

El diagnóstico y tratamiento de las uveítis requiere una estructura asistencial constituida por recursos humanos (médico oftalmólogo, técnico optometrista, enfermeras y personal paramédico; además, necesita de otras especialidades que

colaboren para su diagnóstico y tratamiento, como son: Reumatología, Inmunología, Medicina Interna y Laboratorio Clínico y Microbiología, entre otras).

También demanda recursos materiales (oftalmoscopio (directo e indirecto), biomicroscopía con lámpara de hendidura y lente de Goldman, tonómetro de aplanación, refractor, caja de pruebas, angiografía fluoresceínica y estudio del campo visual, ultrasonido modo A y modo B).

El paciente al asistir a consulta se le realiza interrogatorio para definir la historia de la enfermedad, sus antecedentes patológicos personales y familiares así como un examen oftalmológico general que incluye evaluación biomicroscópica por lámpara de hendidura, oftalmoscopia a distancia (bajo midriasis), fundoscopia, aplanometría, evaluación de la agudeza visual sin corrección y con refracción.

Uveítis anterior - iritis, iridociclitis

Causas

- ***Agudas no granulomatosas***
 - ⊕ Traumatismo
 - ⊕ Espondilitis anquilosante
 - ⊕ Enfermedad intestinal inflamatoria
 - ⊕ Síndrome de Reiter
 - ⊕ Artritis psoriásica
 - ⊕ Crisis glaucomatociclítica
 - ⊕ Uveítis inducida por el cristalino
 - ⊕ Herpes simple/ herpes zoster/ varicela
 - ⊕ Iritis postoperatoria
 - ⊕ Síndrome de uveítis – glaucoma - hipema.
 - ⊕ Enfermedad de Behçet
 - ⊕ Enfermedad de Lyme
 - ⊕ Parotiditis, influenza, adenovirus, sarampión y clamidias.
 - ⊕ Artritis reumatoide juvenil
 - ⊕ Iridociclitis crónica en niños
 - ⊕ Iridociclitis heterocrómica de Fuchs
- ***Crónicas, habitualmente granulomatosas***
 - ⊕ Sarcoidosis
 - ⊕ Sífilis
 - ⊕ Tuberculosis

Estudios

- Obtener los antecedentes y un intento por definir la causa.
- Estudio ocular completo, que incluye presión intraocular y examen de fondo de ojo (dilatado). Debe buscarse la presencia de células en el vítreo.
- Si por primera vez se presenta una uveítis no granulomatosa unilateral y tanto los antecedentes como el estudio son intrascendentes, no es necesario llevar a cabo mayores estudios.
- Si la uveítis es bilateral, granulomatosa o recurrente y los antecedentes y el examen son intrascendentes entonces se inicia un estudio inespecífico.
- Estudio hematológica.
- Eritrosedimentación.
- Anticuerpos antinucleares
- Reagína plasmática y rápida (RPR) o VDRL.
- Placa de tórax, en especial para descartar sarcoidosis o tuberculosis.
- Considerar HLA-B27.

Tratamiento

- Ciclopléjicos: inflamación
 - ⊕ Leve-moderada: **Ciclopentolato** 1 a 2 %, 3 veces al día.
 - ⊕ Moderada-grave: **Escopolamina** 0.25 % o **atropina** 1 % 3 veces al día
- Esteroides
 - ⊕ Tópicos: acetato **prednisolona** 1 % cada seis horas según gravedad.
 - ⊕ De depósito perioculares: si uveítis anterior es grave y no responde adecuadamente a esteroides tópicos en aplicación frecuente, entonces considerar los esteroides de depósitos perioculares: **metilprednisolona** 40 a 80 mg subtenoniana, o **triamcinolona**.
- Tratar el glaucoma secundario. El glaucoma puede deberse a:
 - ⊕ Reacción inflamatoria grave con bloqueo celular de la malla trabecular.
 - ⊕ Formación de sinequias que de lugar a un cierre angular secundario.
 - ⊕ Neovascularización del iris que produce bloqueo de la malla trabecular o cierre del ángulo.
 - ⊕ Respuesta a esteroides.
- Si se determina de manera exacta la causa de la uveítis anterior, entonces se aplicarán las medidas específicas.

Seguimiento

- Cada seis días en la fase aguda dependiendo de la gravedad.
- Cada seis meses de manera crónica cuando es estable.

En cada visita debe evaluarse reacción en cámara anterior y presión intraocular. Si la reacción en cámara anterior mejora, entonces debe disminuirse lentamente los esteroides tópicos. Por lo general se suspenden los esteroides una vez que todas las células han desaparecido de la cámara anterior. Conforme la reacción en cámara anterior mejora pueden disminuirse los ciclopléjicos. En la reacciones granulomatosas se recomienda la reducción lenta debido a la gran tendencia de formar sinequias posteriores. Los ciclopléjicos deben seguirse administrando, al menos en la noche, hasta que no haya células en cámara anterior.

Uveítis intermedia

Definición

La uveítis intermedia es también conocida por otros autores como uveítis periférica, ciclitis crónica o pars planitis. Se puede definir como un síndrome de inflamación ocular crónica que comprende la parte del cuerpo ciliar (pars plana), la coroides y la retina periférica hasta la emergencia de las venas vorticosas.

Causas

De etiología desconocida o asociada a varias enfermedades sistémicas como:

- Esclerosis múltiple
- Sarcoidosis
- Tuberculosis
- Sífilis
- Enfermedad de *Lyme*
- Enfermedad de *Crohn*
- Enfermedad de *Whipple*

Se caracteriza por un ojo tranquilo con poca reacción en el segmento anterior, alteraciones vítreas a modo de infiltrado celular prominente y agregado de células en su parte inferior que se denominan *bolas de nieve*. Cursa con exacerbaciones y remisiones.

El término uveítis intermedia fue presentado por el Grupo Internacional de Estudio de Uveítis como parte de su clasificación anatómica. Sin embargo, la pars planitis es un tipo de uveítis intermedia en la cual se produce una acumulación característica de material inflamatorio en la región de la base del vítreo y la pars plana, que se denomina *banco de nieve* y que pueden presentar complicaciones particulares como retinosquias y vascularización del banco de nieve confiriéndole específicas características clínicas.

Dentro de la uveítis, la intermedia representa 1,4 %. La duración de la enfermedad suele ser larga, en algunos casos más de 20 años, y aparece en personas en plena actividad laboral. El 28 % de los casos suele curar espontáneamente y recidivar años después; del 60 al 80 % de los casos es bilateral, pero puede presentar un cuadro unilateral en 33 % de los pacientes. Esta afección es de difícil diagnóstico etiológico: en 80 % de la uveítis intermedia no se puede precisar la causa que produce esta inflamación pero indirectamente y mediante la respuesta terapéutica es posible evaluar su evolución.

Tratamiento

En 1984 *Diamond y Kaplan* fueron los primeros en difundir un protocolo de tipo jerárquico para el tratamiento de la uveítis intermedia por lo que generaron un algoritmo de cuatro pasos que consiste en:

- Corticoides locales y sistémicos
- Crioterapia en los bancos de nieve
- Vitrectomía por pars plana
- Inmunosupresores

Uveítis posterior

Causas

- **Más frecuente:**
 - ⊕ Toxoplasmosis
 - ⊕ Sarcoidosis
 - ⊕ Sífilis
 - ⊕ Histoplasmosis ocular
- **Como consecuencia de cirugía o traumatismo:**
 - ⊕ Uveítis posquirúrgicas
 - ⊕ Endoftalmitis posquirúrgicas
 - ⊕ Endoftalmitis traumáticas
 - ⊕ Oftalmia simpática
- **Pacientes inmunodeficientes**
 - ⊕ SIDA
 - ⊕ Pacientes tratados con quimioterapia
 - ⊕ Citomegalovirus
 - ⊕ Cándida
 - ⊕ Retinitis herpética
 - ⊕ Endoftalmitis endógena

- ***Menos frecuentes:***
 - ⊞ Epiteliopatía placoide multifocal posterior aguda
 - ⊞ Necrosis retinal aguda
 - ⊞ Epitelitis aguda del epitelio pigmentario de la retina (enfermedad de Krill)
 - ⊞ Enfermedad de Behçet
 - ⊞ Retinocoroidopatía en perdigones
 - ⊞ Neurorretinitis subaguda unilateral difusa
 - ⊞ Retinitis por émbolos
 - ⊞ Síndrome de manchas blancas evanescentes múltiples
 - ⊞ Coroiditis multifocal recurrente
 - ⊞ Rubéola
 - ⊞ Coroidopatía serpiginosa
 - ⊞ Toxocariasis
 - ⊞ Tuberculosis
 - ⊞ Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada
 - ⊞ Enfermedad de Whipple
 - ⊞ Otros (nocardia, especies de coccidioides, de aspergillus, de criptococcus, meningococos, oftalmomiasis, oncocercosis, enfermedad de Eales, enfermedad de Crohn, esclerosis múltiple)

Estudio

- Antecedentes: enfermedad sistémica o infección, exantema cutáneo, abuso de drogas, catéter, factores de riesgo para SIDA, traumatismo ocular reciente, o cirugía.
- Estudio ocular completo. Es indispensable la oftalmoscopia directa e indirecta.
- Pensar en la fluoroangiografía como ayuda diagnóstica y para establecer un plan de tratamiento.
- Pruebas hemáticas, dependiendo de la sospecha diagnóstica: test de toxoplasmosis, leptospirosis, brucelosis, ANA, HLA-B27 (Behçet), test de ELISA.
- Placa de tórax.
- TAC de cráneo y punción lumbar cuando de sospecha sarcoma de células reticulares o cuando las infecciones oportunistas indican participación sistémica, particularmente del SNC.
- Vitrectomía diagnóstica cuando esté indicada

EVALUACIÓN Y CONTROL

Indicadores de Estructura		Plan	Bueno	Regular	Malo
Recursos humanos	Oftalmólogo, personal del salón con entrenamiento	95	95	--	< 80
Recursos materiales	Aseguramiento instrumental y equipos médicos según PA	95	95	--	< 80
	Disponer de los medicamentos expuestos en el PA	95	95	--	< 80
	Disponer de los recursos para la aplicación de investigaciones	95	95	--	< 80
Recursos Organizativos	Disponibilidad diseño organizativo para aplicar el PA	95	95	--	< 80
	% pacientes con Planilla de Recogida Datos (PRD) del PA	100	100	-	<100
	% pacientes con PRD incluida en LA Base de Datos	100	100	-	<100
Indicadores de Proceso		Plan	Bueno	Regular	Malo
% pacientes con uveítis que fueron clasificados adecuadamente al ingresar		>95	>95	90-95	< 90
% pacientes con seguimiento en consulta especializada según períodos fijados por PA		>90	>90	80-90	< 80
Indicadores de Resultados		Plan	Bueno	Regular	Malo
% pacientes con diagnóstico de certeza según la clínica y estudios complementarios		>30	>30	25-29	< 25
% pacientes con uveítis con secuelas irreversibles		< 5	< 5	5-10	> 10

Información al paciente

Se le dará a conocer al paciente y/o a sus familiares sobre el diagnóstico, las investigaciones necesarias, el tratamiento, el pronóstico visual y posibles complicaciones de la misma.

Una vez hecho el diagnóstico se procederá a la entrega y llenado de cuestionario diagnóstico por el paciente y/o sus familiares.

Bibliografía

1. Bovey E, Gorvers M. Pars plana vitrectomy in uveitis. Klin Monatsbi Augenheilkd 1992; 200:464-7.
2. Mc Cluskey PJJ, Lightman S. Uveítis intermedia y pars Planitis. En: Inflamaciones oculares. Barcelona: Editora Medica, 1995:263-71.
3. Kanski JJ. Uveítis específicas idiopáticas frecuentes. En: Oftalmología clínica. 2 Ed. Barcelona: Editorial Doyma, 1992:70-3.

4. Kanski JJ. Uveítis. En : Kanski JJ. Oftalmología Clínica. Barcelona : Eds. Doyma, 1996:120-158.
5. Kim MK, Toledo M. Tracti visual. En: Terapéutica clínica ocular. Sao Paulo: Editorial Roca, 1996:276.
6. Márquez de Ced. Estudio de la ciclosporina A en el tratamiento de la uveítis intermedia. Arch Soc Esp Oftalmol 1995; 65:225-8.
7. Neufeld CR, Hirata CE. Inmossupresores e inmunomoduladores. En: Terapéutica clínica ocular. Sao Paulo: Editorial Roca, 1996: 143-6.
8. Power WJ, Rodríguez A, Pedroza- Seres M, Foster CS. Outcomes in anterior uveítis associated with the HLA – B27 haplotype. Ophthalmology 1998 Sep, 105 (9): 1646-51.
9. Boskovich SA, Lowder CY. Systemic diseases associated with intermediate Uveítis. Cleve. Clin J Med 1993;60:460-5.
10. Vaughan D. Uvea. En: Vaughan D. Oftalmología General. México: El Manual Moderno, 1997: 169-185.