

LIBRO PARA LA FORMACIÓN DE LOS RESIDENTES EN OFTALMOLOGÍA

ÚVEA Y ESCLERA

6

Episcleritis y escleritis

Maite Sainz de la Maza

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona



SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE OFTALMOLOGÍA

OBJETIVOS

- Distinguir entre episcleritis y escleritis.
- Realizar la evaluación diagnóstica de los pacientes con episcleritis y escleritis.
- Formular el tratamiento apropiado de la episcleritis y escleritis.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades inflamatorias de la esclera constituyen un grupo muy heterogéneo de entidades que varían desde el episodio inofensivo de una inflamación autolimitada -la episcleritis- hasta el proceso persistente de una inflamación progresiva que puede cursar con complicaciones oculares e incluso alterar la integridad del globo ocular -la escleritis-. La detección y la caracterización precoz de las diferentes entidades es esencial puesto que requieren diferentes tratamientos, siguen diferentes cursos, y tienen diferentes pronósticos.

CLASIFICACIÓN

La clasificación más adecuada de las enfermedades inflamatorias de la esclera es aquella propuesta por Watson y Hayreh basada en aspectos anatomoclínicos (tabla I).

- La episcleritis puede ser simple o nodular.
- La escleritis puede ser anterior o posterior. La escleritis anterior puede ser difusa, nodular, necrotizante con inflamación, y necrotizante sin inflamación (escleromalacia perforans).

Tabla 1. Clasificación de las Enfermedades Inflamatorias de la Esclera

Episcleritis
Simple
Nodular
Escleritis
Escleritis anterior
Escleritis difusa
Escleritis nodular
Escleritis necrotizante
con inflamación
sin inflamación (escleromalacia perforans)
Escleritis posterior

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Episcleritis

El inicio es abrupto; el ojo aparece rojo e inflamado dentro de la primera hora del comienzo del brote inflamatorio (fig. 1). El principal síntoma es una sensación de ardor,

irritación o aspereza. En el caso de que exista dolor, éste es de intensidad leve, no empeora con la palpación, y está localizado en el globo ocular. Otros síntomas pueden ser el lagrimeo y/o la fotofobia, ambos también de intensidad leve. El paciente raramente manifiesta una disminución de la visión debido a que las posibles complicaciones oculares asociadas tales como queratitis, uveitis, glaucoma, y catarata son muy infrecuentes. Es bilateral en aproximadamente un tercio de los casos, aunque ambos ojos no suelen afectarse simultáneamente. Las recurrencias son frecuentes a lo largo de los años, aunque comienzan a disminuir después de los primeros 3 o 4 años.

Escleritis

El inicio es insidioso; el ojo aparece rojo, doloroso e inflamado dentro de los 5 a 10 días del comienzo del brote inflamatorio. El principal síntoma es el dolor, el cual tiene un inicio insidioso, una intensidad severa, un carácter penetrante, y requiere analgésicos para su control. Puede estar localizado en el globo ocular pero más frecuentemente se extiende hacia la frente, la mejilla, o los senos paranasales. El dolor puede intensificarse con la palpación o incluso con el roce del ojo o de la sien con algún objeto, lo cual hace que a veces el paciente no pueda dormir apoyando la cabeza por el lado afectado y viva en constante ansiedad y depresión. Está causado por distensión de los nervios sensoriales de la esclera como resultado de la inflamación. Otros síntomas pueden ser el lagrimeo y/o la fotofobia, ambos de intensidad leve o moderada. El paciente puede explicar una disminución de la visión debido a las posibles complicaciones oculares asociadas tales como la queratitis, la uveitis, el glaucoma, y la catarata. En la escleritis posterior los síntomas principales son la disminución de visión y el dolor. La disminución de visión puede ser debida al edema macular, el edema papilar o el desprendimiento retiniano exudativo.

EXPLORACIÓN OCULAR

La exploración ocular debe incluir la exploración de la epiesclera y de la esclera bajo luz natural y con la lámpara de hendidura, así como el examen del fondo de ojo bajo dilatación pupilar y la exploración del resto de las estructuras oculares.

1. La exploración de la epiesclera y de la esclera bajo luz natural es a veces la única manera de distinguir una epiescleritis de una escleritis puesto que la luz de la lámpara de hendidura no detecta cambios sutiles de coloración.

- En la epiescleritis el ojo aparece rojo intenso (fig. 1). En la escleritis, sin embargo, el ojo tiene más un tinte gris azulado (fig. 2); ello es debido a que, tras varias recurrencias, la esclera aparece translúcida e incluso adelgazada, lo cual permite que la úvea se transparente.

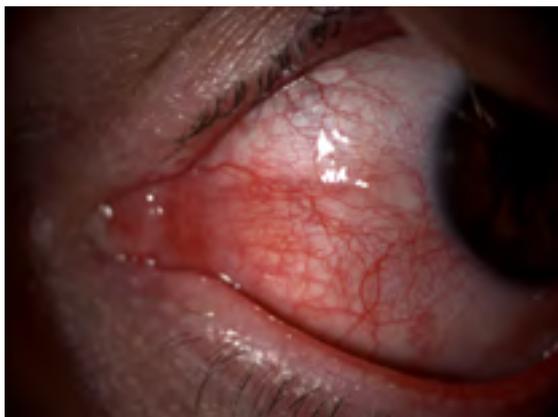


Figura 1: Episcleritis. El ojo aparece rojo intenso. Se observa la dilatación vascular de los vasos subconjuntivales y episclerales superficiales. La esclera subyacente tiene un aspecto normal.

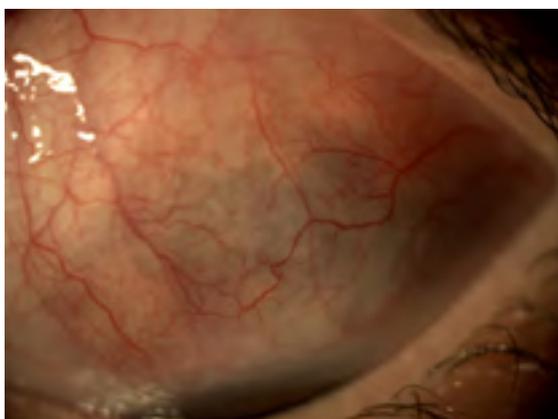


Figura 2: Escleritis. El ojo aparece rojo azulado. Tras varias recurrencias, la esclera aparece translúcida e incluso adelgazada, lo cual permite que la úvea se transparente.

- El color amarronado o negruzco debajo de un área de inflamación activa indica que está teniendo lugar una escleritis necrotizante (fig. 3). Si la necrosis escleral progresa, el área afectada avascular de color blanquecino puede separarse y dejar la úvea subyacente desnuda o cubierta por una fina capa conjuntival.

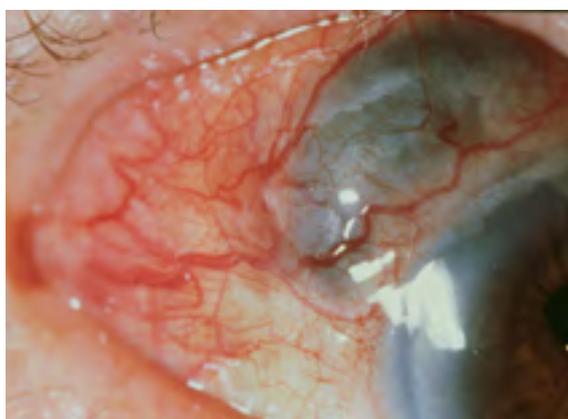
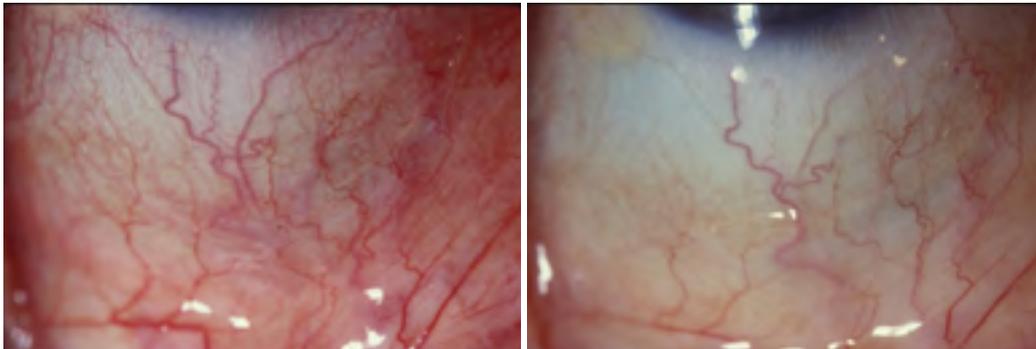


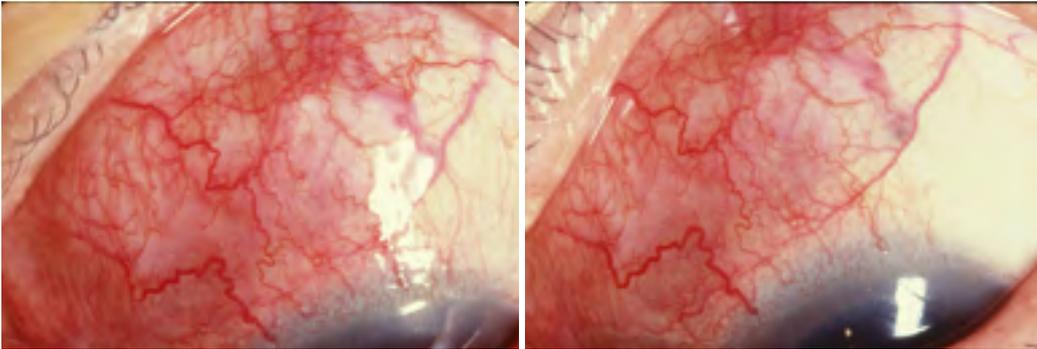
Figura 3: El color amarronado o negruzco debajo de un área de inflamación activa indica que está teniendo lugar una escleritis necrotizante.

- El color amarronado o negruzco sin inflamación concomitante es característico de la escleritis necrotizante sin inflamación (escleromalacia perforans).
 - Es importante realizar fotografías de ambos ojos a la vez en diferentes posiciones con los párpados superiores levantados para documentar los cambios de coloración y así poder evaluar la progresión o el control de la enfermedad escleral.
2. La exploración de la epiesclera y de la esclera con la luz de la lámpara de hendidura ayuda principalmente a determinar qué plexo vascular está predominantemente afectado.
- En la epiescleritis, el edema se localiza en el tejido epiescleral y la congestión vascular máxima se limita al plexo epiescleral superficial sin cambios en el plexo epiescleral profundo. Debido a que el efecto del colirio de fenilefrina al 10% es de vasoconstricción del plexo epiescleral superficial sin efecto sobre el plexo epiescleral profundo, el ojo aparecerá blanco en la epiescleritis (figs. 4 y 5).



Figuras 4 y 5: Epiescleritis antes y después de la instilación de fenilefrina al 10%. Tras la vasoconstricción con la fenilefrina del plexo epiescleral superficial sin efecto sobre el plexo epiescleral profundo, el ojo se blanqueará en la epiescleritis.

- En la epiescleritis simple, la inflamación y la congestión vascular se localizan difusamente en todo el ojo.
- En la epiescleritis nodular, la inflamación y la congestión vascular se localizan en un área definida redonda u oval, de color rojo oscuro, y de un diámetro que normalmente varía entre 2 y 6 mm, aunque puede ser mayor, el cual recibe el nombre de nódulo; la conjuntiva suprayacente puede moverse fácilmente sobre el nódulo, pero éste no puede moverse sobre la esclera subyacente.
- En la escleritis, el edema se localiza en el tejido escleral y epiescleral y la congestión vascular máxima se localiza en el plexo epiescleral profundo con también algunos cambios en el plexo epiescleral superficial. Tras la aplicación del colirio de fenilefrina al 10%, el ojo permanecerá congestionado en la escleritis (figs. 6 y 7).
- En la escleritis difusa, la inflamación y la congestión vascular se localizan de forma generalizada, ya sea en todo el ojo o en algún sector específico dando una coloración gris azulada.



Figuras 6 y 7: Escleritis antes y después de la instilación de fenilefrina al 10%.

Tras la vasoconstricción con la fenilefrina del plexo episcleral superficial sin efecto sobre el plexo episcleral profundo, el ojo permanecerá congestionado en la escleritis.

- En la escleritis nodular, la inflamación y la congestión vascular se localizan en una o más áreas redondas u ovals de coloración violácea que reciben el nombre de nódulos (fig. 8).



Figura 8: Escleritis nodular. El nódulo es doloroso y se localiza frecuentemente en el área interpalpebral.

- En la escleritis necrotizante con inflamación se pueden observar áreas congestionadas de coloración amarroñada o negruzca, de diferentes formas y dimensiones; estas áreas pueden llegar a ser avasculares, de coloración blanquecina, y separarse de la pared del globo ocular dejando la úvea subyacente desnuda o cubierta sólo por conjuntiva.
- En la escleritis necrotizante sin inflamación (escleromalacia perforans) se pueden observar áreas de coloración amarroñada o negruzca sin congestión adyacente que también pueden llegar a ser avasculares, separarse de la pared del globo ocular, y dejar la úvea subyacente al descubierto.

3. La exploración del fondo de ojo bajo dilatación pupilar puede revelar una escleritis posterior, caracterizada por la inflamación de la esclera, posterior a la ora serrata, que frecuentemente se extiende hacia las estructuras adyacentes como la coroides, retina, nervio óptico, músculos extraoculares, y tejidos orbitarios. Los signos más comunes son los pliegues coroideos (fig. 9), masa subretiniana, edema macular, edema papilar, desprendimiento ciliocoroideo anular, y desprendimiento retiniano seroso.

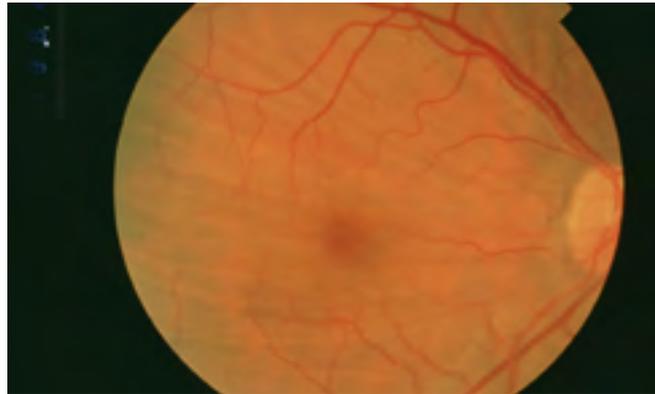


Figura 9: Escleritis posterior. Se observan los pliegues coroideos como líneas claras y oscuras en el polo posterior siguiendo en este caso un patrón horizontal y paralelo.

4. La exploración del resto de las estructuras oculares es importante. Mientras que en la epiescleritis la afectación de éstas aparece muy raramente, en la escleritis la afectación de los músculos extraoculares, la queratitis (fig. 10), la uveítis (fig. 11), la catarata, el glaucoma, y las alteraciones del fondo de ojo aparecen con mucha mayor frecuencia. Estas alteraciones pueden aparecer como extensión del proceso inflamatorio epiescleral o escleral hacia estructuras oculares adyacentes. La afectación de cualquiera de estas estructuras puede tener consecuencias graves para la funcionalidad y la integridad estructural del globo ocular; por lo tanto, una exploración general ocular exhaustiva y completa es esencial en todo paciente, principalmente con escleritis.

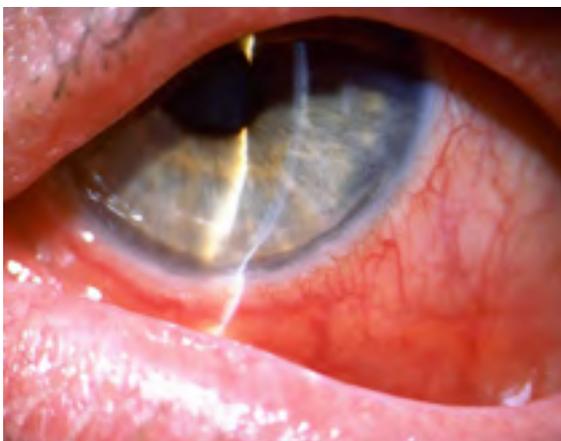


Figura 10: Escleroqueratitis asociada a artritis reumatoide. Queratitis ulcerativa periférica asociada a escleritis difusa.

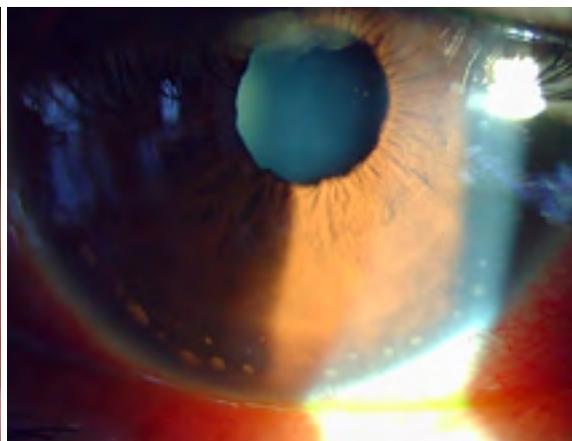


Figura 11: Esclerouveítis. Se observan los precipitados queráticos granulomatosos asociados a una escleritis difusa.

PRUEBAS DE IMAGEN

La ecografía es la prueba más adecuada para el diagnóstico de la escleritis posterior porque demuestra el engrosamiento escleral y coroideo y la presencia de edema en la cápsula de Tenon, el llamado «signo de la T» (espacio vacío ocupado por el nervio óptico y la cápsula de Tenon edematosa adyacente al nervio óptico). Aunque no tan sensible como la ecografía, la tomografía axial computarizada puede ser de ayuda en el diagnóstico diferencial de la escleritis posterior con las inflamaciones orbitarias idiopáticas, tumores, oftalmopatías tiroideas, o enfermedades sinusales. La resonancia magnética nuclear con gadolinio es capaz de distinguir el engrosamiento escleral del coroideo, lo que puede ser de gran valor en pacientes con desprendimientos coroideos. La angiografía fluoresceínica puede revelar pliegues coroideos, desprendimientos retinianos neurosensoriales y del epitelio pigmentario, edema papilar, y edema macular. La Tomografía de Coherencia Óptica (OCT) es de ayuda para delimitar la inflamación de la escleritis anterior para el seguimiento tras el tratamiento, así como para detectar el engrosamiento coroideo, el desprendimiento de retina seroso, el edema macular, o el edema de papila característicos de la escleritis posterior.

ENFERMEDADES ASOCIADAS Y EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

Debido a que la inflamación escleral puede estar asociada a enfermedades sistémicas, es importante realizar la historia de la enfermedad actual, un cuestionario rutinario por los diferentes aparatos del cuerpo, y una exploración ocular y sistémica (cabeza y extremidades).

Epiescleritis

La epiescleritis suele ser idiopática, aunque puede estar asociada a una enfermedad sistémica en aproximadamente un tercio de los casos (tabla 2). De entre ellas destacan las enfermedades del tejido conectivo o vasculíticas, la atopia, la rosácea, la gota, el herpes zoster, el herpes simplex, y la sífilis. También deben tenerse en cuenta las reacciones a fármacos tales como el pamidronato, el alendronato, el risedronato, el ácido zoledrónico, o el ibandronato. La epiescleritis en la infancia es rara, especialmente en niños menores de 5 años; sin embargo, si aparece en niños mayores puede estar asociada a enfermedades reumáticas. Si se trata del primer episodio de epiescleritis, éste se soluciona fácilmente en un breve período de tiempo, y el interrogatorio por aparatos y la exploración ocular y sistémica no revelan nada específico, no es necesario pedir estudios adicionales. Si se trata de episodios recurrentes o persistentes y se detectan signos de una posible enfermedad sistémica, se procederá a realizar los correspondientes estudios complementarios para confirmar o descartar dichas enfermedades asociadas.

Escleritis

La escleritis puede estar asociada a una enfermedad sistémica en el 36% al 57% de los pacientes (tabla 2); del 25% al 48% tienen una enfermedad del tejido conectivo o vasculítica, del 5% al 10% tienen una enfermedad infecciosa, y del 1% al 2% tienen atopia, rosácea, o gota.

La artritis reumatoide es la asociación más común seguida de la granulomatosis con poliangeitis (antiguo Wegener), policondritis recidivante, lupus eritematoso sistémico, y artritis y enfermedad intestinal inflamatoria. La escleritis puede ser la primera manifestación clínica de una enfermedad sistémica.

La escleritis necrotizante se presenta con mayor frecuencia en pacientes con granulomatosis con poliangeitis, artritis reumatoide, poliarteritis nodosa, o policondritis recidivante y se presenta con menor frecuencia en pacientes con lupus eritematoso sistémico o con espondiloartropatías.

La escleritis también puede estar asociada a una serie de enfermedades tales como la gota, la atopia, la rosácea, el granuloma de cuerpo extraño, y la agresión química.

La escleritis también puede ser el resultado de una reacción a ciertos fármacos tales como el pamidronato, alendronato, risedronato, ácido zoledrónico, e ibandronato.

La escleritis infecciosa, tanto endógena como exógena, puede estar causada por la invasión directa del microorganismo o por la respuesta inmune al patógeno infeccioso (figs. 12 y 13).



Figura 12: Escleroqueratitis infecciosa. Escleritis necrotizante y queratitis disciforme de etiología herpética (herpes simplex tipo I).

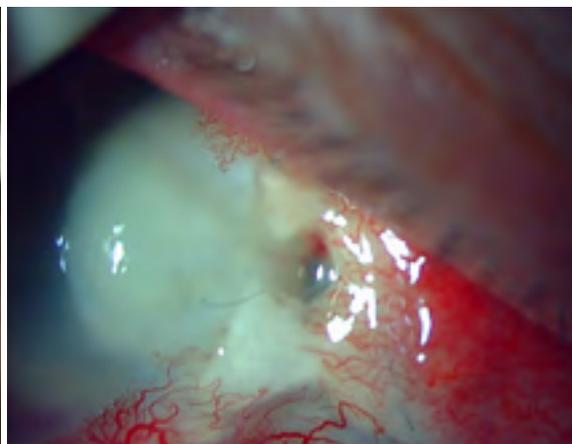


Figura 13: Escleroqueratitis infecciosa. Escleritis necrotizante y queratitis por neumococo.

Factores que aumentan la sospecha de una infección incluyen el traumatismo ocular previo; procedimientos quirúrgicos tales como la corrección del desprendimiento de retina con bandas esclerales, la cirugía del estrabismo, o la cirugía del pterigium; el uso de lentes de contacto; la inmunosupresión sistémica o local; y el antecedente de queratitis recurrente por virus herpes simplex tipo I o por virus herpes zoster.

- La escleritis infecciosa puede estar causada por la extensión de una queratitis infecciosa adyacente.

- La etiología herpética es la causa más frecuente de escleritis infecciosa ya sea por invasión directa del virus o por la respuesta inmune inducida por el virus. Suele ser más común por el virus herpes zoster que por el virus herpes simplex tipo I.
- La escleritis fúngica, tal como la causada por *Aspergillus*, suele aparecer después de un traumatismo ocular, preferentemente con material vegetal o animal. También puede aparecer tras la cirugía del pterigium.
- La escleritis por *Acantamoeba* suele ocurrir en casos de escleroqueratitis grave generalmente como reacción inmune inducida por el protozoo.

La detección de una escleritis, incluso si el episodio inflamatorio es el primero, obliga a la realización de estudios complementarios. Según los resultados obtenidos en la historia de la enfermedad actual, del cuestionario rutinario por los diferentes aparatos del cuerpo, y de la exploración ocular y sistémica (cabeza y extremidades), se pueden seleccionar los estudios complementarios más adecuados para confirmar o descartar los diagnósticos preliminares. A veces, una serie de estudios complementarios será insuficiente y se requerirá repetirlos regularmente para conseguir el diagnóstico.

Tabla 2. Enfermedades asociadas a la episcleritis y a la escleritis

No infecciosas

- Enfermedades del tejido conectivo y otras enfermedades inflamatorias
 - Artritis reumatoide
 - Lupus eritematoso sistémico
 - Espondilitis anquilopoyética
 - Artritis reactiva
 - Artritis psoriática
 - Artritis y enfermedad intestinal inflamatoria
 - Policondritis recidivante
- Enfermedades vasculíticas
 - Poliarteritis nodosa
 - Angeítis alérgica de Churg-Strauss
 - Granulomatosis con poliangeítis (Wegener)
 - Enfermedad de Behçet
 - Arteritis de células gigantes
 - Síndrome de Cogan
 - Enfermedad de Takayasu
 - Vasculitis por IgA
- Otras enfermedades
 - Sarcoidosis
 - Síndrome de nefritis tubulointersticial y uveítis (TINU)
 - Porfiria
 - Macroglobulinemia de Waldenström
- Miscelánea
 - Atopia
 - Rosácea
 - Gota
 - Granuloma de cuerpo extraño
 - Quemadura química
- Fármacos:
 - Pamidronato
 - Alendronato

Risedronato
 Acido zoledrónico
 Ibandronato

Infecciosas

- Bacterianas
 - Streptococcus pneumoniae*
 - Staphylococcus aureus*
 - Proteus*
 - Pseudomonas*
 - Mycobacterium tuberculosis*
 - Treponema pallidum*
 - Borrelia burgdorferi*
 - Nocardia asteroides*
- Virales
 - Herpes simplex tipo 1
 - Herpes zoster
- Fúngicas
 - Hongos dimórficos
 - Hongos filamentosos
- Parasitarias
 - Acantomeba*
 - Toxoplasma gondii*
 - Toxocara canis*

TRATAMIENTO

Epiescleritis

A diferencia de la escleritis, la mayoría de las epiescleritis se resolverán en menos de 20 días sin tratamiento puesto que los episodios son autolimitados. Las compresas frías y las lágrimas artificiales frías sin conservantes pueden proporcionar alivio. En ataques persistentes o recurrentes, especialmente si se trata de una epiescleritis nodular, pueden ser útiles los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) orales. Si no se responde a un tipo de AINE se puede responder a otro. La epiescleritis asociada a la alergia, la rosácea, o la gota debe tratarse con las terapias correspondientes a dichas enfermedades.

Los antiinflamatorios esteroideos tópicos pueden acelerar la resolución del proceso, pero a menudo tienen un «efecto rebote» al suprimirlos, incluso si la supresión se realiza lentamente. Además, pueden causar efectos secundarios si se utilizan durante períodos prolongados, tales como la hipertensión ocular o la catarata.

Escleritis

La escleritis, a diferencia de la epiescleritis, siempre requiere de medicación sistémica. De cara a decidir el tratamiento más adecuado, es importante determinar el tipo de escleritis, el grado de inflamación ocular (0-4+), su asociación o no a una enfermedad local o sistémica, la exclusión de posibles etiologías infecciosas, y sus efectos secundarios potenciales.

Los pacientes con escleritis idiopática difusa o nodular, con poca inflamación escleral (0-4+, menos o igual a 2+) pueden ser tratados inicialmente con AINEs sistémicos; si uno no es efectivo, se puede sustituir por otro. En caso de fracaso terapéutico de los AINEs, éstos se pueden sustituir por los antiinflamatorios esteroideos sistémicos; una vez se consigue el control del proceso inflamatorio, éstos se pueden ir disminuyendo hasta su suspensión. En caso necesario, la remisión debe continuarse con los AINEs. Se debe evitar la terapia concomitante de AINEs y antiinflamatorios esteroideos sistémicos debido al alto riesgo de úlcera gastrointestinal. En caso de fracaso terapéutico de los antiinflamatorios esteroideos, el siguiente escalón terapéutico a considerar son los fármacos inmunosupresores (añadir o sustituir), principalmente los antimetabolitos (metotrexate (MTX), azatioprina (AZA), mofetilmicofenolato (MMF)). El MTX es el antimetabolito más utilizada debido a su eficacia, conveniencia, y seguridad. En caso de fracaso terapéutico de los antimetabolitos, se pueden utilizar los fármacos biológicos (añadir o sustituir), principalmente los anti-TNF α (infliximab (INFLI), adalimumab (ADA)).

Los pacientes con escleritis idiopática difusa o nodular con gran inflamación escleral (0-4+, mayor de 2+) pueden ser tratados inicialmente con antiinflamatorios esteroideos sistémicos; una vez se consigue el control del proceso inflamatorio, éstos se pueden ir disminuyendo hasta su suspensión. En caso necesario, la remisión debe continuarse con los AINEs. En caso de fracaso terapéutico de los antiinflamatorios esteroideos, el siguiente escalón terapéutico a considerar son los fármacos inmunosupresores (añadir o sustituir), principalmente los antimetabolitos. En caso de fracaso terapéutico de los antimetabolitos, se pueden utilizar los fármacos biológicos (añadir o sustituir), principalmente los anti-TNF α .

Los pacientes con escleritis difusa o nodular asociada a una enfermedad del tejido conectivo o a una enfermedad vasculítica (artritis reumatoide, policondritis recidivante, enfermedad intestinal inflamatoria, o lupus eritematoso sistémico) pueden ser tratados inicialmente con fármacos inmunosupresores sistémicos, principalmente antimetabolitos, y utilizar los anti-TNF α (añadir o sustituir) si el antimetabolito no es efectivo. En caso de fracaso terapéutico del anti-TNF α , se pueden utilizar otros fármacos biológicos tales como el rituximab (RTX). Si la enfermedad vasculítica asociada es potencialmente letal (granulomatosis con poliangeiitis), los pacientes deben ser tratados inicialmente con RTX.

Los pacientes con escleritis necrotizante, especialmente si tienen una enfermedad vasculítica sistémica asociada, deben ser tratados con RTX. Si no funciona, pueden ser tratados con fármacos inmunosupresores, principalmente alquilantes tales como la ciclofosfamida (CIC). Muchos de los riesgos de la terapia oral con CIC pueden ser mitigados si se emplea la terapia endovenosa cada 14 días durante meses; tras el control de la actividad inflamatoria se puede pasar a la terapia de mantenimiento con antimetabolitos.

Es esencial que los fármacos inmunosupresores y los fármacos biológicos sean manejados en combinación con algún especialista en enfermedades autoinmunes, reumatológicas u oncológicas, para poder detectar y tratar las posibles complicaciones relacionadas con estos tratamientos.

MENSAJE CLAVE A RECORDAR

Mientras que la episcleritis es una enfermedad benigna y autolimitada, la escleritis es una enfermedad inflamatoria grave que puede cursar con complicaciones oculares; además puede ser la manifestación inicial de una enfermedad sistémica vasculítica potencialmente letal o puede indicar el inicio de una vasculitis sistémica oculta en un paciente diagnosticado de una enfermedad sistémica aparentemente en remisión. Es pues esencial que se haga el diagnóstico correcto para poder instaurar el tratamiento más adecuado lo antes posible que mejore el pronóstico ocular y vital del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Akpek EK, Thorne JE, Qazi FA, Do DV, Jabs DA. Evaluation of patients with scleritis for systemic disease. *Ophthalmology* 2004; 111:501-6.
- Benson WE: Posterior scleritis. *Surv Ophthalmol* 1988; 32:297-316.
- Sainz de la Maza M, Molina N, González-González LA, Tauber J, Foster CS. Clinical characteristics of a large cohort of patients with scleritis and episcleritis. 2012; 119:43-50.
- Sainz de la Maza M, Molina N, González-González LA, Tauber J, Foster CS. Scleritis therapy. *Ophthalmology*. 2012; 119:51-8.
- Sainz de la Maza M, Tauber J, Foster CS. *The Sclera*. 2nd ed. New York: Springer-Verlag, 2012.
- González-González LA, Molina-Prat N, Doctor P, Tauber J, Sainz de la Maza M, Foster CS. Clinical features and presentation of infectious scleritis from herpes viruses: a report of 35 cases. *Ophthalmology*. 2012, 119:1460-4.
- Sainz-de-la-Maza M, Molina N, González-González LA, Doctor PP, Tauber J, Foster CS. Scleritis associated with relapsing polychondritis. *Br J Ophthalmol* 2016; 100:1290-4.
- Cocho L, González-González LA, Molina-Prat N, Doctor P, Sainz-de-la-Maza M, Foster CS. Scleritis in patients with granulomatosis with polyangiitis (Wegener). *Br J Ophthalmol*. 2016; 100:1062-5.
- Murthy SI, Sabhapandit S, Balamurugan S, Subramaniam P, Sainz-de-la-Maza M, Agarwal M, Parvesio C. Scleritis: Differentiating infectious from non-infectious entities. *Indian J Ophthalmol*. 2020; 68:1818-1828.

PREGUNTA TIPO TEST

(pulse en la flecha para comprobar las respuestas)

1. La episcleritis se caracteriza por:

- a) Dolor ocular intenso que se irradia a la frente, mandíbula, senos paranasales, etc.
- b) No es recurrente.
- c) Raramente afecta a estructuras adyacentes.
- d) La episcleritis puede ser simple o nodular.
- e) Si se trata del primer brote de episcleritis no es necesario solicitar estudios complementarios.

2. La escleritis se caracteriza por:

- a) Dolor ocular intenso que se irradia a la frente, mandíbula, senos paranasales, etc.
- b) No es recurrente.
- c) Raramente afecta a estructuras adyacentes.
- d) La escleritis necrotizante es el tipo más grave de escleritis.
- e) Si se trata del primer brote de escleritis no es necesario solicitar estudios complementarios.

3. El tratamiento de la episcleritis se caracteriza por:

- a) Compresas frías y lubricación fría a menudo es suficiente.
- b) En brotes persistentes o recurrentes se requieren esteroides orales.
- c) En brotes persistentes o recurrentes los AINEs orales pueden ser útiles.
- d) En brotes persistentes o recurrentes los inmunosupresores orales pueden ser útiles.
- e) Si existe alergia, rosácea o gota se debe instaurar el tratamiento correspondiente.

4. El tratamiento de la escleritis se caracteriza por:

- a) Compresas y lubricación frías a menudo es suficiente.
- b) En una escleritis difusa puede comenzarse con AINEs orales.
- c) En una escleritis difusa refractaria a AINEs orales se pueden utilizar los esteroides orales.
- d) En una escleritis difusa refractaria a esteroides orales se pueden utilizar los inmunosupresores sistémicos.
- e) En una escleritis necrotizante puede comenzarse con AINEs orales.