

LIBRO PARA LA FORMACIÓN DE LOS RESIDENTES EN OFTALMOLOGÍA

ÚVEA Y ESCLERA

7

Uveítis no infecciosa anterior

Virginia Lozano López



SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE OFTALMOLOGÍA

La uveítis no infecciosa anterior comprende el mayor número de casos observados en las Unidades de Uveítis, estimándose entre el 60-90% del total. El cuadro de inflamación se puede localizar en el iris y/o cuerpo ciliar anterior. Afecta con más frecuencia a pacientes jóvenes, con edades comprendidas entre los 20 y los 55 años.

CLASIFICACIÓN

La uveítis no infecciosa anterior se puede clasificar según:

- La evolución: en aguda (aparición repentina y duración limitada), recurrente (episodios repetidos con periodos de inactividad de >3 meses sin tratamiento) o crónica (el período libre de tratamiento entre los episodios es <3 meses tras finalizar el tratamiento).
- La duración: en limitada o persistente (duración superior a 3 meses).
- La lateralidad: en unilateral, bilateral o alternante.
- La actividad inflamatoria: por el grado de células que producen el efecto tyndall (tabla 1) o por la turbidez por la cantidad de proteínas en cámara anterior que producen la aparición de *flare* (tabla 2).

Tabla 1. Grado de inflamación en cámara anterior
(The Standardization of Uveitis Nomenclature (SUN) Working group 2005)

GRADO DE INFLAMACIÓN	CÉLULAS POR CAMPO DE 1MM CON UN HAZ DE 1MM EN LA LÁMPARA DE HENDIDURA
0	< 1
0.5 +	1-5
1 +	6-15
2 +	16-25
3 +	26-50
4 +	>50

- El aspecto de los depósitos de células inflamatorias en el endotelio corneal (precipitados queráticos): se clasifican en no granulomatosas cuando son finos (fig. 1) y granulomatosas cuando son gruesos (fig. 2), estas últimas son crónicas y pueden estar asociadas a sarcoidosis, síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada, oftalmía simpática, escleritis múltiple.



Figura 1: Precipitados queráticos finos.



Figura 2: Precipitados queráticos gruesos «en grasa de carnero».

ETIOLOGÍA

Uveítis no infecciosa anterior aguda

- Idiopática: en la uveítis anterior no infecciosa aguda la mayoría de los casos son idiopáticos (35-72%). Suelen ser cuadros que afectan a mujeres, de presentación unilateral no recurrentes. Si no se trata, es muy probable que produzcan sinequias.
- Asociadas al HLA B27: suelen ser uveítis anteriores unilaterales no granulomatosas, en jóvenes. En los varones hay riesgo de espondilitis anquilosante (30-45%). También pueden estar asociadas a otras espondiloartropatías seronegativas (4-42%), suelen ser unilaterales no granulomatosas. Se asocian a síndrome de Reiter, enfermedad inflamatoria intestinal, artropatía psoriásica.
- Asociada a enfermedades sistémicas: suele ser unilateral no granulomatosa, además de alternante y recurrente. Asociada a enfermedad de Behçet, policondritis recidivante, nefritis tubulointersticial (TINU): uveítis no infecciosa anterior aguda bilateral autolimitada asociada al HLA DRB1, sarcoidosis es una uveítis no infecciosa anterior granulomatosa.
- Asociada a fármacos sistémicos: está descrita la aparición de uveítis anterior aguda tras el uso de fluorquinolonas sistémicas, bifosfonatos, sulfonamidas, fármacos biológicos como Etanercept, rifabutina y diversas vacunas.
- Síndromes oculares: sin causa sistémica.
 - *Crisis Glaucomatociclítica* (síndrome de Posner Schlossman), caracterizada por cuadros de uveítis anterior aguda unilateral con aumento de presión intraocular en ausencia de dolor. Se sugiere que el Citomegalovirus (CMV) es la posible causa.

- *Uveítis asociada al cristalino*: reacción inmune al material proteico del cristalino liberado por rotura capsular traumática o quirúrgica (uveítis facogénica) o por cataratas hiper maduras (uveítis facolítica).

Uveítis no infecciosa anterior crónica

- Artritis Idiopática Juvenil-AIJ (2-5%). Uveítis anterior característicamente asintomática, crónica, bilateral, no granulomatosa. Es la causa más frecuente de uveítis anterior en la infancia. La uveítis en la AIJ es un cuadro grave por el alto índice de complicaciones. El HLA-DRB1*11 y 13 pueden asociarse con un riesgo incremento de uveítis en los pacientes con AIJ. La forma más frecuente es la oligoarticular (50-70%), seguida de la poliarticular (30%), la forma sistémica es la menos frecuente (5%).
- Síndromes oculares: sin causa sistémica.
 - *Síndrome Heterocrómico de Fuchs (1-17%)*. Además de la uveítis anterior se asocia con heterocromía del iris por la atrofia estromal en relación con infección vírica por rubéola o CMV.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

La uveítis no infecciosa anterior puede manifestarse con la presencia de inyección periciliar, (fig. 3), precipitados queráticos (figs. 1 y 2), células y/o proteínas en cámara anterior y sinequias.

También pueden aparecer nódulos inflamatorios en el esfínter del iris (Koeppel) o en el estroma (Busacca).

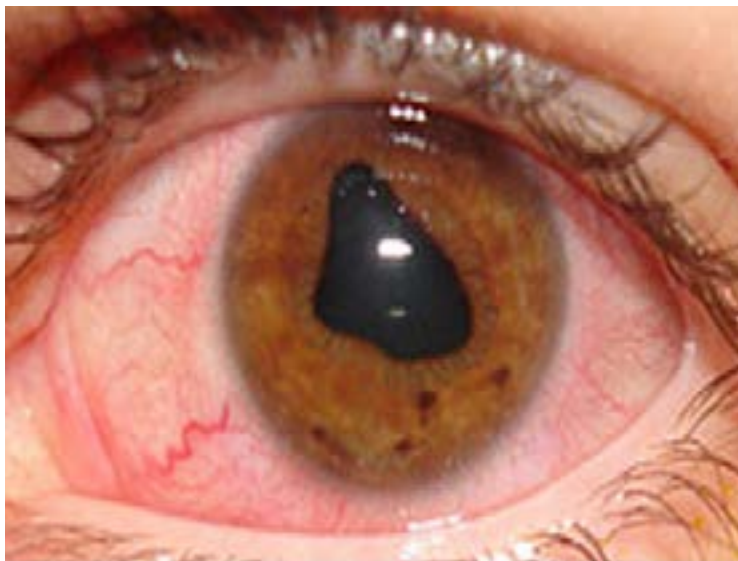


Figura 3: Hiperemia conjuntival periciliar.

7. Uveítis no infecciosa anterior

Virginia Lozano López

En casos severos puede observarse hipopion (fig. 4) o membranas de fibrina en el borde pupilar (fig. 5) que pueden provocar la aparición de seclusión pupilar e iris bombé. También se pueden observar células inflamatorias en el vítreo anterior (tabla 2). En la uveítis no infecciosa anterior la clínica puede ir desde un ojo blanco sin síntomas a un ojo rojo doloroso. Si es aguda suele asociarse con fotofobia, visión borrosa y dolor. Si es crónica puede ir desde asintomática a tener descenso visual. Como complicaciones pueden aparecer sinequias posteriores (fig. 6) o anteriores periféricas, (fig. 7), cataratas (fig. 8), queratopatía en banda (fig. 9), edema macular, glaucoma.



Figura 4: Hipopion.

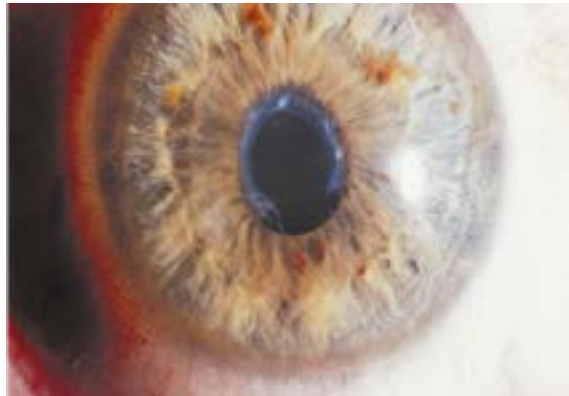


Figura 5: Membrana de fibrina pupilar.

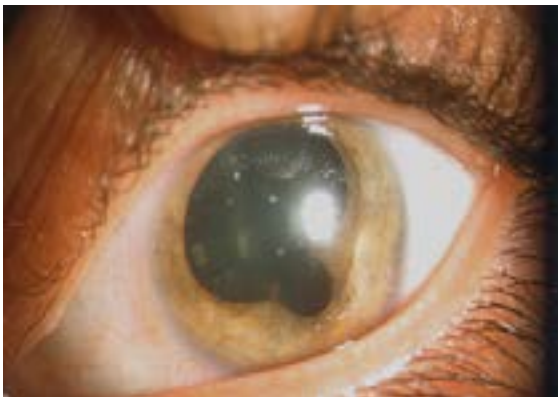


Figura 6: Sinequias posteriores.

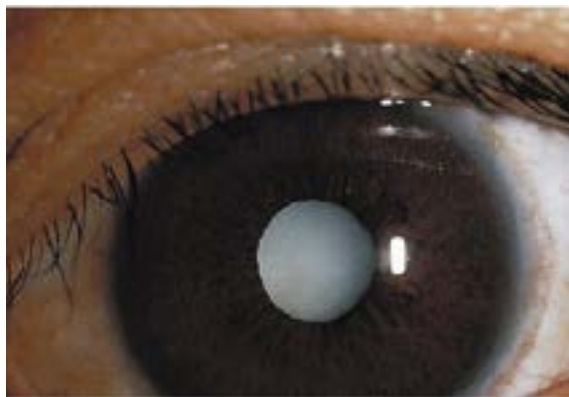


Figura 7: Sinequias anteriores periféricas.



Figura 8: Catarata uveítica.



Figura 9: Queratopatía en banda.

La hipotensión ocular suele producirse en la uveítis no infecciosa anterior por hipofuncionamiento del cuerpo ciliar por la inflamación aunque también hay uveítis hipertensivas por trabeculitis como el síndrome de Posner-Schlossmann.

**Tabla 2. Grado de turbidez en cámara anterior
(The Standardization of Uveitis Nomenclature (SUN) Working group 2005)**

GRADO DE TURBIDEZ	CARACTERÍSTICAS EN CÁMARA ANTERIOR
0	Ninguno
1 +	Ligero
2 +	Moderado (iris y cristalino claros)
3 +	Marcado (iris y cristalino borroso)
4 +	Intenso (Fibrina en humor acuoso)

DIAGNÓSTICO

En el diagnóstico de la uveítis no infecciosa anterior son importantes las manifestaciones oculares del paciente y la historia clínica para poder orientar la batería de pruebas complementarias y si es necesario solicitarlas.

A nivel ocular es importante conocer la agudeza visual del paciente para valorar la gravedad de la inflamación. La biomicroscopía con lámpara de hendidura nos permite estudiar los signos del segmento anterior y vítreo. La oftalmoscopia indirecta nos permite valorar si hay afectación del polo posterior. Hay que estudiar los reflejos pupilares por si estuvieran afectados o existieran sinequias. También hay que evaluar la presión intraocular por si estuviera elevada. Se pueden realizar estudios de imagen que son especialmente útiles en caso de complicaciones del segmento posterior como la Tomografía de coherencia óptica para estudio del edema macular asociado o la angiografía fluoresceínica. También la ecografía ocular en caso de catarata que no permita evaluar el fondo de ojo.

Se debe realizar una exploración dirigida en caso de presentar síntomas sistémicos asociados y solicitar estudios complementarios en base a las sospechas clínicas que actualmente son llevados a cabo en las Unidades multidisciplinares de Uveítis que hay en los hospitales de tercer nivel integradas por oftalmólogos, reumatólogos, internistas, entre otros especialistas, cuya batería de pruebas inicial suele incluir analítica con hemograma, bioquímica, pruebas de autoinmunidad y reumatología básicas, reactantes de fase aguda y serología de lúes, radiografía de tórax y Mantoux. El estudio se puede completar con pruebas dirigidas según las sospechas clínicas.

TRATAMIENTO

En la uveítis no infecciosa anterior aguda el tratamiento de elección para controlar la inflamación se basa en corticoides tópicos como acetato de prednisolona o dexametaso-

na y ciclopléjico para eliminar o evitar las sinequias posteriores. Con una dosis y posología inicial alta que controle la inflamación para seguir con una pauta de reducción hasta suspenderlos. Si es refractaria se pueden emplear corticoides periorbitales en el espacio subtenoniano o en el suelo de la órbita como el acetato de triamcinolona y/o sistémicos como la prednisona oral, siempre evitando los efectos adversos de su uso a largo plazo.

En la uveítis no infecciosa anterior aguda persistente se considera añadir al tratamiento corticoides sistémicos e inmunosupresores (FAMEs-fármacos antireumáticos modificadores de enfermedad sintéticos) como ciclosporina, azatioprina, metotrexato, micofenolato. Si no se consigue una respuesta completa se puede pautar tratamiento con biológicos (FAMEb-fármacos antireumáticos modificadores de enfermedad biológicos) como adalimumab, infliximab, rituximab.

En la uveítis no infecciosa anterior crónica sin enfermedad sistémica asociada el tratamiento de elección se basa en corticoides tópicos, sistémicos y FAMEs. Si es refractaria a este tratamiento se puede añadir FAMEb.

Mensajes clave

- La uveítis no infecciosa anterior es la forma de presentación más frecuente de uveítis.
- En el diagnóstico de la uveítis no infecciosa anterior son importantes las manifestaciones oculares del paciente y la historia clínica para poder orientar la batería de pruebas complementarias y si es necesario solicitarlas.
- El tratamiento de la uveítis no infecciosa anterior debe ser individualizado.

PREGUNTA TIPO TEST

(pulse en la flecha para comprobar las respuestas)

- 1. Una niña de 8 años es diagnosticada de uveítis anterior en su ojo izquierdo. ¿Cual es el tratamiento de primera línea?**
 - a) Inhibidores de las prostaglandinas.
 - b) Inmunosupresión sistémica.
 - c) Observación.
 - d) Corticoides tópicos.
 - e) Corticoides sistémicos.

- 2) De las siguientes asociaciones con el HLA en los cuadros de uveítis cuáles son las verdaderas:**
 - a) Uveítis anterior aguda: HLA B27.
 - b) Corioretinopatía de Birdshot- HLA A29.
 - c) Nefritis tubulointersticial y uveitis - HLA DRB1.
 - d) Iridociclitis heterocrómica de Fuchs - HLA DR4.
 - e) Síndrome de Sjögren - HLA B8, HLA DR3.

- 3) **¿Cuál es el manejo recomendado para un paciente que presenta edema macular crónico bilateral, uveítis anterior granulomatosa con sinequias posteriores y vitritis?**
- a) Acetazolamida oral.
 - b) Corticoides tópicos.
 - c) Corticoides sistémicos, inmunosupresores o fármacos biológicos.
 - d) Vitrectomía pars plana.
 - e) Observación.
- 4) **Una niña de 6 años recientemente diagnosticada de artritis idiopática juvenil (AIJ) desarrollará probablemente a nivel ocular:**
- a) Actividad inflamatoria en el polo posterior.
 - b) Actividad inflamatoria en el polo anterior.
 - c) Endoftalmitis.
 - d) Edema macular.
 - e) Catarata.