

# Introducción a la uveítis

La inflamación del tracto uveal, compuesto por el iris, cuerpo ciliar y coroides, es lo que denominaremos uveítis. Cualquier otra inflamación ocular que afecte los vasos retinianos, la retina u otras estructuras oculares también podremos englobarla dentro de los trastornos inflamatorios oculares como uveítis, si bien en estos casos el tracto uveal se ha inflamado de forma secundaria.

El origen de la uveítis puede ser múltiple. De hecho existe un importante grupo de causas infecciosas, otro importante grupo de enfermedades autoinmunes así como un grupo miscelánea en el que se incluyen trastornos asociados a uveítis como la enfermedad inflamatoria intestinal, la esclerosis múltiple o incluso enfermedades metabólicas o fármacos que condicionan la inflamación ocular.

Todo este espectro de diferentes etiologías que pueden condicionar las diferentes manifestaciones de las uveítis, sean anteriores, medias o posteriores, son como un tremendo ajedrez, donde la historia clínica, la exploración física y las pruebas complementarias realizadas jugarán un papel fundamental para establecer una buena estrategia y ganar la partida, es decir, llegar a un diagnóstico etiológico y secundariamente valorar un tratamiento.

## La historia clínica

La historia clínica en la uveítis es la base del diagnóstico clínico. Si bien existen uveítis primarias oculares, como pueden ser la uveítis heterocrómica de Fuchs, la uveítis herpética o la uveítis geográfica, que son entidades primarias del globo ocular, donde no encontraremos asociación a enfermedades conocidas, en otro importante grupo de enfermos la historia clínica nos dirigirá hacia qué exploraciones vamos a realizar y cuál es el posible diagnóstico de la enfermedad. No vamos a explicar cómo se realiza

una historia clínica general, pero sí resaltaremos algunos aspectos en relación con los procesos inflamatorios oculares.

Es importante conocer la raza del paciente, dado que por ejemplo en los negros americanos la sarcoidosis es mucho más frecuente mientras que en los japoneses lo es la enfermedad de Behçet. La edad del paciente puede ser orientativa, dado que determinadas uveítis aparecen frecuentemente a una edad o a otra, como podría ser el síndrome de los puntos blancos evanescentes que aparecen en gente joven, o la enfermedad de Birdshot que suele aparecer en mayores de 45 años.

Es por todos conocido que el paciente que acude al oftalmólogo por un proceso uveítico está más preocupado por sus manifestaciones oculares que por todos los demás síntomas que ha presentado en el pasado, de tal manera que, en la mayoría de casos obvia antecedentes patológicos claves para el diagnóstico de la enfermedad. Así es frecuente que un paciente afecto de la enfermedad de Behçet, si no se le pregunta directamente sobre los datos clínicos de úlceras orales o genitales no lo diga espontáneamente, dado que para él es un hecho común y no tiene porqué estar asociado a su enfermedad ocular que presenta ahora. De tal manera que en toda historia clínica oftalmológica hay que incidir sobre algunos aspectos, como son:

- Alteraciones cutáneo-mucosas.
- Alteraciones articulares musculares o tendinosas.
- Alteraciones de origen neurológico.
- Cambios en el hábito intestinal.
- Hábitos sexuales, tóxicos y farmacológicos.

Como ejemplos, sobre las lesiones cutáneas o mucosas preguntaremos si el paciente ha presentado úlceras orales o genitales, si ha presentado manchas en extremidades inferiores y en caso positivo le pediremos que nos las detalle, así podremos sospe-

char que el paciente ha presentado probablemente un eritema nodoso que nos apuntará hacia una sarcoidosis o una tuberculosis, un eritema anular crónico, que nos podrá dirigir hacia una posible enfermedad de Lyme, o unas lesiones en palmas en plantas, típicos del secundarismo luético. Es importante preguntar sobre lesiones articulares, si ha presentado el paciente artritis o dolores articulares, o rigidez matutina. Para poder orientar el grupo de las enfermedades del colágeno y enfermedades autoinmunes, y dentro del grupo HLA B27, si el paciente ha presentado dolor lumbar crónico, con irradiación en muchas ocasiones hacia las nalgas, simulando ciáticas.

Otro gran grupo es el grupo intestinal. Si el paciente ha presentado dolor abdominal o diarreas, para poder orientar hacia las enfermedades inflamatorias intestinales o la enfermedad de Whipple.

El siguiente grupo lo formarán los pacientes con síntomas neurológicos: parestesias, hormigueos, parálisis.

En nuestra experiencia de 20 casos de esclerosis múltiple que llevamos en el hospital Vall d'Hebró (Barcelona), muchos de estos pacientes han presentado previamente ligeras parestesias de forma crónica en extremidades, que no les han condicionado su calidad de vida, pero que fueron muy útiles para orientar el paciente dentro del grupo de las enfermedades desmielinizantes cerebrales.

Los hábitos sexuales de los pacientes también son importantes o los antecedentes de drogadicción, para poder encuadrar al paciente dentro del gran grupo de las enfermedades infecciosas asociadas al sida.

Asimismo, los tratamientos farmacológicos pueden a veces ocasionar inflamación uveal, como puede ocurrir con las sulfamidas, la rifabutina, el cidofovir, las prostaglandinas, los betabloqueantes y el ibuprofeno entre otros. Es muy importante incidir la toma de medicamentos, independientemente que el paciente diga que no tiene antecedentes clínicos, y una vez repasados poder descartar que el paciente presenta patología médica asociada.

## Exploración ocular

La exploración ocular, tanto del tracto ocular anterior, medio como posterior es fundamental y se ha de asociar a los datos clínicos para poder hacer un correcto diagnóstico. Tenemos que evaluar cada parte del ojo, valorando primero el polo anterior y viendo si

hay alteraciones corneales, qué tipo de precipitados queráticos (PKs) presenta el paciente, si son granulomatosos o no granulomatosos, dado que hay entidades clínicas que cursan siempre con precipitados queráticos no granulomatosos, como es la uveítis anterior asociada al antígeno de histocompatibilidad HLA B27. La presencia de una uveítis granulomatosa nos descartará siempre este diagnóstico. La distribución de los PKs es también importante, dado que existen entidades clínicas que presentan una forma difusa muy característica, como puede ser en la uveítis herpética o en la heterocrómica de Fuchs. El grado de inflamación ocular vendrá representado siempre por la cantidad de células en la cámara anterior, existiendo diferentes clasificaciones. La que nosotros utilizamos es:

- 5-10 células +
- 10-20 células ++
- 20-50 células +++
- >50 células ++++

La intensidad de las uveítis siempre la valoraremos por el número de células, nunca por el "Flare", que es un exudado proteináceo, que aparece en la cámara anterior, secundario a la vasodilatación e inflamación vascular. Este "Flare" puede existir de forma importante en uveítis que no tienen actividad pero que se han presentado importantes lesiones sobre el iris y sobre los vasos iridianos, no siendo signos de actividad inflamatoria y no teniendo que tratarse en ninguno de los casos. La valoración del Flare también tiene una graduación, siendo de

- + cuando podemos ver los detalles del iris y existe un exudado proteináceo muy ligero,
- ++ cuando el exudado proteináceo es claro, si bien persisten todavía los detalles iridianos,
- +++ no distinguimos detalles iridianos.
- ++++ la cámara anterior suele tener fibrina y es imposible valorar bien el iris.

Es importante valorar también asimismo el iris y valorar la existencia de sinequias anteriores y posteriores o atrofas difusas o sectoriales como es típico en las uveítis herpéticas, el cristalino para poder observar si existe catarata, que normalmente en los procesos uveíticos suele ser subcapsular posterior y aparece más frecuentemente en algunas entidades clínicas como puede ser la uveítis heterocrómica de Fuchs, la *pars planitis*, la artritis reumatoide juvenil o en uveítis crónicas de largo tiempo de duración que han precisado tratamiento crónico corticoideo. La presión ocular es

un dato importante para el diagnóstico de las uveítis, dado que existe uveítis hipertensivas de etiologías bien conocidas, como puede ser la uveítis herpética y que en muchos procesos uveíticos puede condicionar la pérdida visual del paciente. En los procesos uveíticos agudos normalmente encontraremos que la presión ocular está descendida por inflamación del cuerpo ciliar y disminución de secreción de humor acuoso. En las uveítis intermedias las alteraciones de la periferia retiniana y el vítreo nos orientarán hacia la misma. La existencia de snow-banking, una formación fibro-glial periférica, normalmente de predominio inferior, muy sugestiva del diagnóstico de *pars planitis*, la presencia de snow-balls o formaciones celulares

flotando en el vítreo, normalmente inferior, la existencia de vasculitis periférica, edema macular quístico o edema de papila serán importantes claves para el diagnóstico de estas entidades clínicas. Por último, la valoración de la retina y la coroides, según el aspecto clínico, distribución de las lesiones y localización, nos orientarán hacia los posibles diagnósticos etiológicos de los cuadros de uveítis posteriores, como puede ser la enfermedad de Birdshot, la coroidopatía serpinginosa o la toxoplasmosis. La asociación de los hallazgos de la historia clínica con signos típicos oculares será imprescindible para un correcto diagnóstico etiológico de las uveítis secundarias a enfermedades sistémicas.