

Patrones uveíticos anteriores

La uveítis anterior, que incluye la iritis e iridociclitis, es la manifestación más frecuente de la enfermedad uveal. La mayoría de las enfermedades que cursan con inflamación uveal pueden manifestarse únicamente, al principio o en la evolución, con afectación predominantemente anterior. Debido a las pocas diferencias semiológicas que existen entre la multitud de procesos inflamatorios anteriores, es en ocasiones difícil poder llegar a un diagnóstico diferencial únicamente por la exploración ocular. Sin embargo, algunas entidades cursan normalmente con unas características exploratorias predominantes, es lo que llamamos patrones de inflamación, con los cuales podemos orientar rápidamente al paciente con alta fiabilidad diagnóstica. Los patrones de los cuales vamos a hablar son: patrón unilateral recidivante, patrón hipertensivo, patrón según la distribución y las características de los PKs, patrón sistémico, patrón hipopión y el patrón bilateral. Empezaremos a hablar de lo que llamaremos el patrón unilateral recidivante.

Patrón unilateral recidivante (Figura 1)

Este patrón caracteriza un grupo de uveítis normalmente agudas, siempre unilaterales y que en unos casos siempre será el mismo ojo o podrá ir alternan-

do como ocurre en la B27, las entidades que lo componen son muy específicas. Encontraremos este patrón en los pacientes operados de catarata y que normalmente será secundario a una infección por *Propionibacterium Acnes* y *Staphylococcus epidermidis*, cursarán como una uveítis anterior granulomatosa con reacción vítrea, que responden a los corticoides, pero mostrará recidivas frecuentes. Los antecedentes quirúrgicos, los precipitados que podemos observar en la lente y el resultado del cultivo nos darán el diagnóstico. Recordar que esta entidad puede ocurrir incluso pasados dos años del procedimiento quirúrgico si bien en nuestra experiencia aparecen dentro de los tres primeros meses.

Una entidad clínica muy frecuente que siempre es unilateral es la uveítis asociada al antígeno de histocompatibilidad HLA B27. Este patrón es constante, son pacientes con una uveítis unilateral, aguda, recidivante, con importante tendencia hacia las sinequias y que puede estar o no asociada a una enfermedad reumatológica. Tiene la característica de ser siempre no granulomatosa y presentar una reacción fibrinoide muy característica en cámara anterior, siempre será unilateral pero puede afectar a cualquiera de los dos ojos en diferentes brotes.

Otra entidad clínica frecuente es el síndrome de Posner. Es una uveítis hipertensiva, con mínima reacción inflamatoria anterior, 1 ó 2 precipitados queráticos de tamaño medio corneales, edema corneal que condiciona la pérdida visual de los pacientes y la presencia de halos, acompañado de presiones oculares muy altas. Es muy recidivante, responde rápidamente al tratamiento corticoideo y los pacientes pueden tener varios brotes al año o estar asintomáticos durante años. La frecuencia de los brotes puede condicionar la presencia posterior de un glaucoma, por lo cual se aconseja seguir en consultas externas a estos pacientes.

Por último, una entidad frecuente por todos conocida es la uveítis herpética. Puede presentarse con lesiones antiguas corneales, activas o no, como una

Figura 1.
Uveítis asociada
al HLA B27



queratitis disciforme o incluso puede presentarse como una uveítis anterior unilateral, sin manifestaciones corneales. Se caracteriza por ser una uveítis normalmente granulomatosa, en la que la presencia de los PKs no sigue los patrones normales de predominio corneal inferior, sino que normalmente suelen ser medios o cubrir toda la córnea, ser muy recidivantes y responder al tratamiento corticoideo dado que la presencia del virus en estas uveítis no es activo, es una reacción inmunoalérgica a los antígenos del virus.

Patrón hipertensivo agudo

Hablaremos de patrón hipertensivo cuando un paciente presenta durante el curso de una inflamación ocular un pico de hipertensión ocular que cede tras tratamiento corticoideo. Las entidades clínicas que nos vamos a encontrar son fundamentalmente uveítis asociada a grupos herpes, sean herpes zoster o herpes simple. Se manifestarán con una uveítis anterior granulomatosa unilateral, con edema corneal en muchas ocasiones, y con PKs de distribución difusa. Estas entidades son la causa de la mayor parte de las uveítis agudas unilaterales hipertensivas. Las otras etiologías son mucho menos frecuentes, si bien está descrito en la toxoplasmosis aguda, en la sarcoidosis y también el síndrome de Posner, que en algún artículo se ha relacionado con el grupo herpes y que presenta edema corneal con halos y pérdida visual que le hace acudir a urgencias sin dolor, ni ojo rojo, pocas células +1 Pk central característico (Figura 2) y rápida respuesta a los corticoides tópicos con normalización de la PIO. Cursa a brotes y su pronóstico en nuestra serie de 20 pacientes no es tan benigna como explica la literatura, terminando con trabeculectomía el 20%, según tiempo de evolución y número de brotes. En el grupo de las uveítis hipertensivas, y ante la sospecha de un virus herpes, siempre tenemos que valorar el polo posterior para descartar edema de papila, inicio de vasculitis o vitritis, dado que la presencia de la necrosis retiniana en muchas ocasiones debuta como uveítis unilaterales hipertensivas granulomatosas. La existencia de estas anomalías en el fondo de ojo nos obligará a la práctica de un análisis de PCR para virus herpes y a valorar el inicio de una necrosis retiniana aguda

Patrón según la distribución y las características de los PKs

Consideraremos dos tipos: patrón difuso corneal y patrón iridiano.

- *Patrón difuso corneal* (Figura 3). En estas entidades clínicas los PKs no seguirán una distribu-

ción normalmente inferior y triangular, como es lo característico de las uveítis, sino que adquirirán una posición media o difusa en la córnea. Pocas entidades clínicas siguen este patrón y son muy específicos. Los podemos encontrar en la uveítis heterocrómica de Fuchs, mostrando unos precipitados pequeños, radiales, ligeramente cristalinos, en toda la córnea, acompañado de las otras manifestaciones de la enfermedad, como la catarata y la atrofia iridiana. La presencia de estos PKs es característica y casi diagnóstica de



Figura 2.
Pk centinela característico del síndrome de Posner

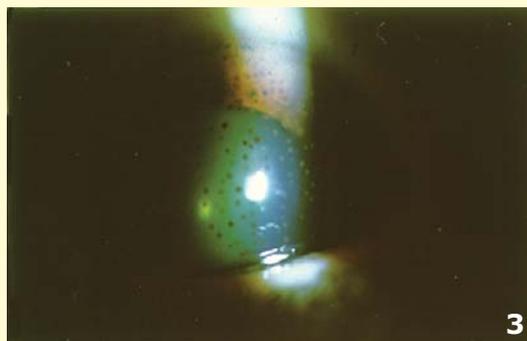


Figura 3.
Uveítis herpética con característico patrón granulomatoso difuso

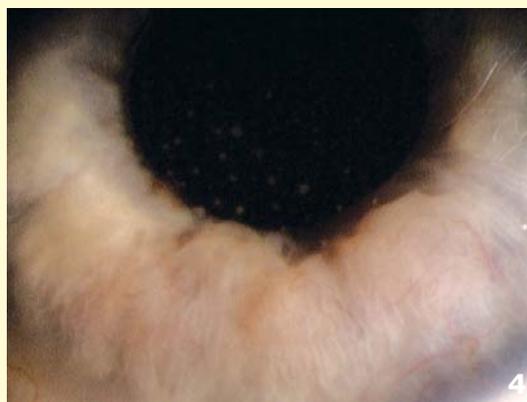


Figura 4.
Granuloma en iris inferior por sarcoidosis

la entidad clínica. Otras entidades clínicas que cursan con un patrón difuso, como hemos comentado, son el grupo herpes y otras entidades mucho menos frecuentes: sarcoidosis y toxoplasmosis.

- **Patrón iridiano** (Figura 4). En el patrón iridiano encontraremos nódulos de Busacca y de Koepe que son granulomas en el estroma iridiano o en el borde pupilar. La existencia en nuestro medio de dichos signos en el iris nos tiene que orientar hacia una sarcoidosis. Dichas alteraciones iridianas en otras entidades clínicas en nuestro medio es poco frecuente.

Patrón sistémico (Figura 5)

El patrón sistémico se caracteriza por una exploración que muestre úlceras límbicas, escleritis o episcleritis asociada y la presencia de afectación corneal. Dichas alteraciones, acompañadas de inflamación ocular, nos tienen que hacer pensar en enfermedades sistémicas, predominantemente vasculitis tipo Wegener, tipo Poliarteritis o enfermedades del colágeno. El interrogatorio del paciente tendrá que estar dirigido a descartar dichas entidades clínicas.

Patrón hipopión (Figura 6)

Ante la presencia de un hipopión unilateral siempre tenemos que descartar la presencia de una infección intraocular. Si el paciente presenta fiebre, síndromes sistémicos, habrá que descartar una sepsis y una endocarditis. Dado que la presencia de hipopión en esta entidad clínica es frecuente. Las entidades clínicas uveales que con mayor frecuencia presentan hipopión son, en primer lugar, la uveítis asociada al HLAB27. Ante una uveítis unilateral que hemos descartado afectación sistémica infecciosa con presen-

cia de hipopión, mientras no se demuestre lo contrario, tendremos que pensar que el paciente está afecto de una uveítis HLA B27 positiva. Otra entidad que característicamente presenta hipopión en la literatura es la enfermedad de Behçet, si bien la presencia de hipopión en esta enfermedad es ampliamente conocida y descrita, en nuestra experiencia es infrecuente.

Patrón bilateral agudo

Este patrón en su forma pura y sin historia clínica sugestiva es inespecífico y en nuestra experiencia normalmente no llegamos a ningún diagnóstico de certeza. Presenta una buena respuesta normalmente al tratamiento corticoideo tópico y suele tener un buen pronóstico, dado que no suele presentar en muchas ocasiones recidivas o tendencia a la cronicidad.

En muchas ocasiones la historia clínica será anódina y no tendremos un patrón uveítico característico en la mayoría de casos. Serán formas clínicas autolimitadas o en siguientes brotes podremos valorar nuevos signos y síntomas que nos conducirán a un diagnóstico. En caso contrario quedará en ese grupo cada vez mas pequeño de causas idiopáticas

Protocolo diagnóstico en uveítis anterior

En todos los pacientes con uveítis anterior seguiremos la siguiente estrategia diagnóstica: se les practicará una radiografía de tórax y una analítica general, se les realizará una historia clínica detallada y se intentará clasificar la uveítis según los patrones comentados anteriormente. Según los resultados prac-

Figura 5.
Enfermedad de Wegener con esclerouveítis asociada



Figura 6.
Paciente con Reiter asociado al HLA B27



ticaremos exploraciones más específicas. Si el paciente presenta una uveítis hipertensiva unilateral recidivante granulomatosa podríamos practicar un PCR de cámara anterior para valorar la presencia de virus herpes. En el caso de que el paciente presente una uveítis aguda unilateral recidivante con presencia de fibrina en cámara anterior, nos orientará hacia la uveítis HLA B27 y lo solicitaremos, según la historia clínica podremos orientarlo dentro los diferentes grupos clínicos (E. de Reiter o artritis reactivas, artritis psoriática, espondilitis anquilosante, ARJ) o en una forma no asociada a enfermedad reumatológica. Con este fin se interrogará la presencia de dolor de espalda y se practicará una radiografía de sacro-ilíacas. La presencia de manifestaciones ORL, afectación renal y multineuritis nos hará pensar en las vasculitis sistémicas y solicitar anticuerpos anti citoplasma del neutrófilo (ANCA) o si tiene adenopatías mediastínicas un TAC o una gammagrafía con Galio.

En general, los patrones uveítics asociados a los hallazgos de la historia clínica nos dirigirán las exploraciones pertinentes a realizar en cada uno de los pacientes. La realización de protocolos extensos no sólo no aumentan los diagnósticos si no que pueden ser origen de yatrogenia y aumentar el gasto sanitario de forma inútil (Figuras 7 y 8).

Uveítis intermedia

Hablaremos de uveítis intermedia, como todos conocemos, cuando la presencia de la inflamación está fundamentalmente en el vítreo. La diferencia entre uveítis intermedia y *pars planitis*, entidades que en la literatura con frecuencia se tratan como idénticas, radica en la presencia en la segunda de un tejido fibrogliol llamado *snowbank* situado sobre la pars plana y la ora serrata. En toda uveítis intermedia, como cualquier patología ocular, previamente hay que hacer una exploración completa para ver si hay reacción o no inflamatoria en la cámara anterior, la presencia de dicho tejido fibrogliol en la periferia de la retina de predominio inferior, la presencia, o no, de vasculitis periférica muy característica de estos cuadros clínicos, valoraremos la mácula dado que en estos cuadros clínicos la afectación macular nos condicionará el pronóstico visual de los pacientes y la actitud terapéutica que seguiremos en ellos, así como el grado de vitritis y la presencia característica de unas formaciones algodonosas periféricas inferiores que llamaremos *snow-balls* (Figura 9). La uveítis intermedia es una entidad con buen pronóstico visual en la mayoría de los casos y el paciente

acude al oftalmólogo por miodesopsias en muchos casos o pérdida visual sobre todo si tiene afectación macular (Figura 10).

¿Qué etiologías tiene la uveítis intermedia?

La uveítis intermedia es una entidad clínica que en la mayoría de los casos es idiopática, sobre todo si la presencia de la inflamación es en la infancia y presenta *snowbanking*. Probablemente se trate de una entidad clínica primaria ocular donde el ojo reacciona como antígeno a una entidad órgano-específica, como podría ser en la enfermedad de Hashimoto los anticuerpos antitiroideos o en la diabetes los anticuerpos anti-islotos pancreáticos. Si bien en la mayoría de los casos es una entidad clínica con buen pronóstico visual y que sólo trataremos ante la presencia de edema macular quístico, pérdida visual por debajo de 0.5, edema de papila o vitritis intensa, existen otros casos donde sí existe una etiología y que previamente a diagnosticarlos de idiopáticos tendríamos que descartar. Las entidades clínicas que con mayor frecuencia se asocian a uveítis interme-

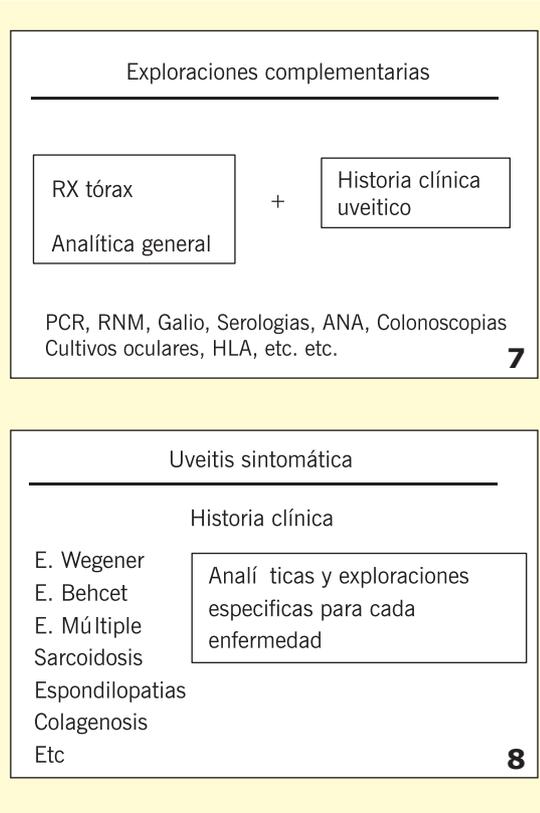


Figura 7.

Figura 8.

Figura 9.
Snow-balls
características
de la uveítis intermedia

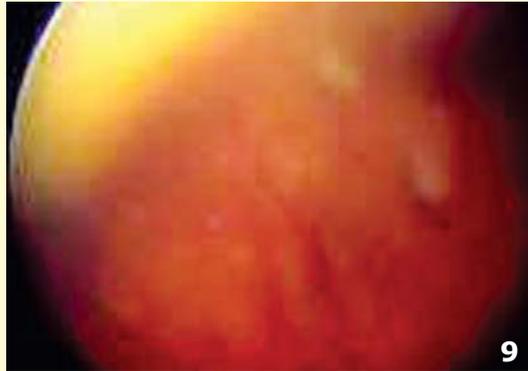


Figura 10.
Edema macular quístico
y vasculitis posterior

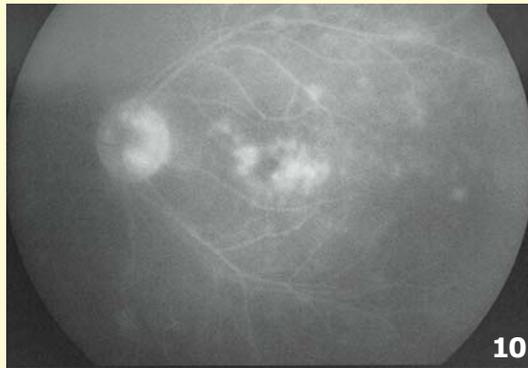


Figura 11.
Vasculitis periférica
característica



días son: la esclerosis múltiple, que característicamente presenta asociada una uveítis anterior granulomatosa y el envainamiento que presentan los vasos periféricos suele ser muy marcado (Figura 11). De nuestra serie de 20 pacientes, en casi un 50% precedió a la enfermedad clínica. Ahora, bien aunque tengamos una presunción diagnóstica por la exploración oftalmológica, no estaría en la mayoría de

casos indicada la resonancia nuclear magnética, dado que los criterios diagnósticos de dicha enfermedad son criterios clínicos y la presencia de pequeños focos de desmielinización en ausencia de clínica lo único que haría es angustiar al paciente, y en ningún caso llegaríamos a un diagnóstico clínico. La evolución será pues la que nos diagnostique el paciente.

Otra etiología es la enfermedad de Sjögren. La enfermedad de Sjögren está dentro de las enfermedades del colágeno y la manifestación oftalmológica más frecuente y criterio diagnóstico, como todos conocemos, es la sequedad ocular. Estos pacientes pueden presentar también una uveítis intermedia asociada o uveítis anterior de tipo granulomatosa, con presencia o no de vasculitis periférica, que semeja a los cuadros descritos en esclerosis múltiple. En la serie que tenemos en nuestro centro, de 16 casos, el patrón uveítico más frecuente fue la uveítis intermedia. Recomendamos en todo paciente con uveítis intermedia un estudio completo de ojo seco y solicitar los anticuerpos antinucleares y los ENA Ro y La.

Otra entidad que característicamente puede debutar con uveítis intermedia es la sarcoidosis. La sarcoidosis puede presentar cualquier tipo de inflamación ocular. Una forma frecuente de presentación es la uveítis intermedia. Se puede acompañar de reacción granulomatosa anterior o no y puede presentar pequeñas lesiones en sacabocados periféricas, muy características de la entidad clínica, y vasculitis periférica en gotas de cera. La presencia de una uveítis intermedia con reacción granulomatosa anterior obliga a descartarla y a la práctica una radiografía de tórax, y si existen lesiones periféricas o una amplia sospecha clínica por la exploración ocular a la práctica de una gammagrafía con galio o un TC torácico. Hay que señalar que en personas de más de 50 años las adenopatías mediastínicas no son visibles en radiografía de tórax, pero sí detectables en el TC o en la gammagrafía con galio.

Por último, hay otras entidades clínicas que pueden manifestarse como uveítis intermedias de forma infrecuente, como la enfermedad de Lyme, que es una entidad infecciosa por *Borrelia burgdorferi*, muy infrecuente en nuestro medio y que ante su sospecha siempre debemos preguntar por lesiones cutáneas previas anulares, características de la enfermedad.

La Lues se puede manifestar también como una uveítis intermedia, así como la enfermedad inflamatoria intestinal y la enfermedad de Behçet, si bien en estos casos la uveítis intermedia única y predominante suele ser rara. No olvidemos una entidad clínica, que hablaremos posteriormente dentro de los

síndromes de enmascaramiento, que es el linfoma. El linfoma ocular primario puede manifestarse de diferentes formas clínicas, pero una característica es la forma de uveítis intermedia. La presencia de una uveítis intermedia de características atípicas en una persona mayor resistente a tratamiento obliga a la práctica de un estudio citológico del humor vítreo para descartar un linfoma.

El tratamiento de las uveítis intermedia lo iniciamos cuando existe alguno de estos criterios:

- EMQ.
- Vitritis intensa.
- Edema de papila.
- Pérdida visual inferior a 0.4 de Snellen.
- Vasculitis amenazante en polo posterior.

El tratamiento inicial será los corticoides sistémicos en las formas bilaterales y sub tenonianos en las formas unilaterales. Como tratamiento de mantenimiento usamos la ciclosporina y en casos recidivantes con afectación macular la vitrectomía nos ha proporcionado muy buenos resultados. Los corticoides de liberación lenta intra oculares pueden ser una buena opción en casos urgentes por importante compromiso ocular.

Valoración diagnóstica de la uveítis intermedia

Las pruebas que realizaremos en la uveítis intermedia siempre serán como en todas las uveítis según la historia clínica que nos muestre el paciente. Nunca

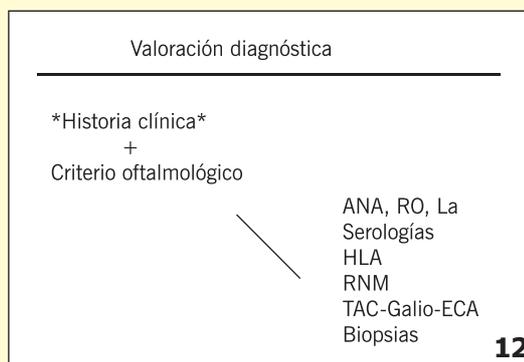


Figura 12.

debemos dejar de pensar que la historia clínica del paciente es la piedra angular del diagnóstico de la inflamación ocular. Las pruebas que realizaremos serán siempre la radiografía de tórax, la analítica general e incluiremos, como en toda la patología ocular posterior, el criterio oftalmológico. La presencia de lesiones periféricas coroideas en sacabocados nos obligan a descartar una sarcoidosis, por lo cual la práctica del ECA, gammagrafía con galio y TC será necesaria para descartar dicha entidad clínica. La presencia de un ojo seco nos hará practicar un estudio inmunológico completo y la biopsia en muchas ocasiones de mucosa labial. La presencia de clínica neurológica, descartar la esclerosis múltiple entre otras dado que todas las entidades descritas en la uveítis intermedia pueden afectar el SNC, la colaboración con los servicios de Medicina Interna mejorarán los aspectos diagnósticos y terapéuticos (Figura 12).