

# La uveítis y las enfermedades infecciosas

## Inflamación ocular y enfermedades infecciosas

Las enfermedades infecciosas, junto al grupo de las enfermedades autoinmunes es uno de los grupos más importantes de la etiología de la enfermedad uveal. Su importancia radica que en muchos casos tiene tratamiento específico y su desconocimiento puede comportar un tratamiento equivocado y pérdida visual. Dentro de dicho grupo separaremos las

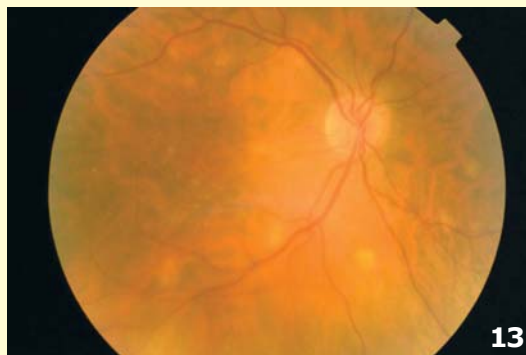
etiologías bacterianas, víricas, parasitarias, micóticas y el conjunto de infecciones asociadas a los enfermos con inmunodepresión, sobre todo los pacientes portadores del VIH.

### *Uveítis de causa bacteriana*

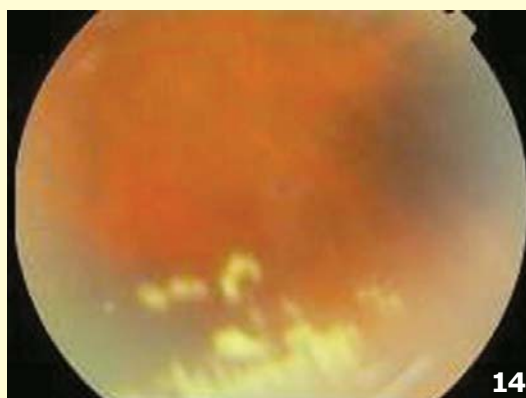
Dentro del grupo de las enfermedades bacterianas destacaremos la enfermedad tuberculosa; puede presentarse como corpúsculos coroideos, como granuloma coroideo, como uveítis anterior granulomatosa o no, así como vasculitis retiniana en sus formas más infrecuentes. Es una entidad clínica de difícil diagnóstico si no existe la asociación con otra enfermedad tuberculosa en el organismo, siendo las formas pulmonares las más frecuentes. Un PCR en vítreo o cámara anterior, nos podrá ayudar en el difícil diagnóstico de una tuberculosis primaria ocular (Figura 13). Las enfermedades secundarias a espiroquetas también son un importante grupo, como puede ser la Lues, que puede afectar todas las partes del globo ocular, manifestándose como una uveítis anterior, una uveítis intermedia o como una retinitis (Figura 14). En la actualidad es poco frecuente. Es importante la historia clínica de promiscuidad sexual o de lesiones cutáneas previas y en los pacientes afectados de HIV puede ser muy agresiva y normalmente asociada a afectación del sistema nervioso central (Figura 15).

Otras bacterias del grupo de las espiroquetas son la enfermedad de Lyme, por *Borrelia burgdorferi*. La enfermedad de Lyme afecta de forma sistémica a los pacientes con un primer estadio de eritema anular crónico migratorio, para posteriormente presentar manifestaciones cardíacas reumatológicas y neurológicas. Las manifestaciones oculares normalmente son una uveítis intermedia, con afectación anterior, si bien se han descrito afectación vasculítica, afectación retiniana y otras afectaciones oculares. Una uveítis clásica es la uveítis secundaria a la *Leptospira*. En la leptospirosis se puede asociar conjuntivitis y

**Figura 13.**  
TBC miliar



**Figura 14.**  
Uveítis intermedia  
con densos exudados  
vítreos por lues



uveítis anterior dentro de una infección generalizada con afectación renal, hepática y meníngea. En la actualidad en nuestro medio la enfermedad por leptospiras es excepcional. La *Brucella* puede afectar también por inflamación primaria o por mecanismo inmunológico el tracto uveal si bien es una enfermedad muy infrecuente. Los antecedentes clínicos y el cuadro clínico acompañante suelen orientar hacia el diagnóstico.

Una entidad clínica que puede manifestarse en el ojo como neurorretinitis es la enfermedad por arañazo de gato, secundaria a *Bartonella*. Se han descrito uveítis anteriores, retinitis y sobre todo neurorretinitis (Figura 16). Hoy día, ante un cuadro de neurorretinitis interrogaremos sobre los antecedentes epidemiológicos de arañazo de gato, presencia de adenopatías y pediremos anticuerpos anti- *Bartonella Henseleae*. Otras enfermedades infrecuentes son la de Whipple, que puede presentar vasculitis retinianas, infiltrados retinianos y vitritis; y las enfermedades secundarias a rickettsiosis como la fiebre botonosa, que de forma ocasional puede presentar infartos venosos retinianos secundarios a vasculitis retiniana (Figura

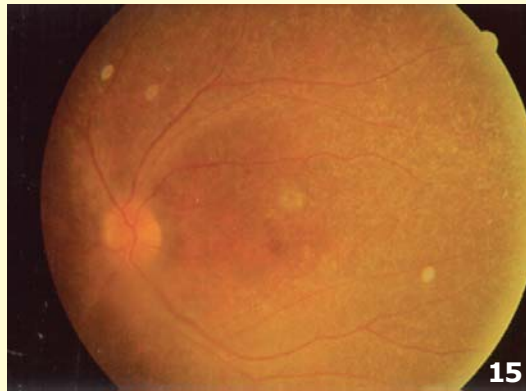
17). Por último, recordar que las endoftalmitis endógenas pueden simular uveítis primarias, el contexto clínico de cuadro febril previo con otras enfermedades acompañantes nos ayudará al diagnóstico practicando siempre ante la sospecha hemocultivos y cultivos de medios oculares.

## Enfermedades víricas

Las enfermedades víricas oculares son un gran grupo, y de hecho una etiología frecuente dentro de los trastornos inflamatorios uveales.

El grupo más importante está representado por el grupo de los virus herpes I, II y herpes zoster. Pueden manifestarse como uveítis anterior secundaria a queratitis herpéticas recidivantes unilaterales hipertensivas y con una distribución característica granulomatosa de los PKs. No hay que olvidar que esta forma de presentación, en ocasiones con lesiones corneales, puede preceder a una entidad de mal pronóstico visual como es la necrosis retiniana. Su

**Figura 15.**  
Alteración del EP  
de origen luética  
en paciente HIV con  
meningitis



**Figura 16.**  
Neurorretinitis  
por arañazo de gato



**Figura 17.**  
Infartos retinianos  
secundarios  
a enfermedad  
botonosa  
mediterránea



**Figura 18.**  
Necrosis retiniana  
por herpes 2



diagnóstico precoz ante la existencia de una uveítis anterior granulomatosa hipertensiva, que exista concomitantemente edema de papila, vasculitis periférica o vitritis nos hará pensar en dicha entidad clínica y practicar rápidamente un PCR para el grupo herpes (Figura 18). El virus Varicela-Zoster puede presentarse como una necrosis retiniana sin otras manifestaciones clínicas o como una uveítis anterior en el contexto de un herpes zoster oftálmico o en el contexto de una varicela donde hemos observado asociación con vasculitis retinianas de evolución benigna.

En pacientes afectados de inmunosupresión, el virus del grupo herpes predominante es el citomegalovirus, dando sus manifestaciones retinianas cuando el número de CD4 disminuye normalmente por debajo de 100. Las manifestaciones retinianas son muy características con la vasculitis hemorrágica y unos exudados retinianos en forma de queso suizo con "ketchup". El pronóstico visual de la afectación retiniana por herpes dependerá de un tratamiento precoz con ganciclovir, aciclovir o foscarnet según su etiología.

El virus de Epstein barr se ha asociado a coroiditis multifocal con panuveítis. Esta asociación en la actualidad no tiene trabajos que la respalden no siendo causa de uveítis en las últimas series revisadas.

Otros virus que pueden afectar la úvea son: el virus de las paperas, asociado a uveítis anterior de forma ocasional, el virus de la gripe, que puede presentar uveítis anteriores y vasculitis retiniana, el virus asociado a HTLV1, virus que está de forma endémica en zonas tropicales y asiáticas, estando asociado a la paresia espástica tropical y la leucemia linfoma. En nuestro medio es excepcional, no existiendo casos autóctonos. El virus del sarampión que presenta afectación retiniana en su forma de panencefalitis esclerosante subaguda. Por último, casos anecdóticos de Adenovirus, Enterovirus y virus de las fiebres hemorrágicas. En los últimos años se ha descrito la afectación ocular por el virus del oeste del Nilo con lesiones corioretinianas y vasculitis

### Enfermedades parasitarias

Otro grupo es el de la etiología parasitaria, donde la causa más importante en nuestro medio es la toxoplasmosis ocular. La toxoplasmosis ocular es una entidad clínica frecuente, donde apreciaremos una lesión retiniana que suele ser contigua a otra lesión cicatricial (Figura 19), que en su evolución afectará a coroides, produciendo una retinocoroiditis muy característica con afectación vítrea y vasculitis reactiva. Tiene tendencia a presentarse cerca del polo posterior y en la actualidad creemos que la

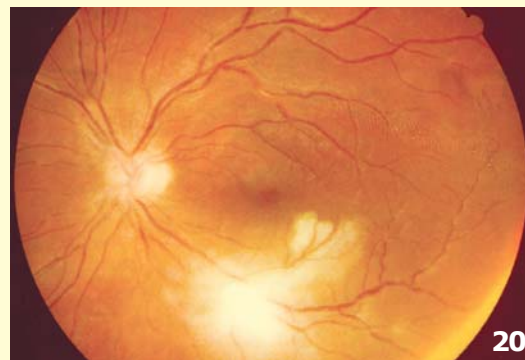
mayoría de las toxoplasmosis que observamos son adquiridas, no congénitas como antiguamente se pensaba, siendo la reactivación de los quistes retinianos secundarios a un proceso infeccioso durante la infancia y la juventud y no durante la fase fetal. En ocasiones podemos observar incluso retinitis toxoplásmicas agudas en el periodo de primoinfección, siendo la IgM en dichos casos positiva (Figura 20). En la actualidad, los dos tratamientos más utilizados son: el cotrimoxazol y la asociación de pirimetamina-sulfadiazina, con o sin asociación a corticoides, dependiendo del grado de vitritis y el grado de inflamación ocular que presente el enfermo.

La infección parasitaria por helmintos más frecuente en nuestro medio es la toxocariasis (Figura 21). Suele aparecer en los niños, si bien existen 3 formas clínicas, granuloma posterior, la forma endoftálmica y el granuloma periférico, siendo esta última la que aparece más en adultos y de forma más asintomática. Las características oftalmológicas del granuloma y la presencia de los anticuerpos anti-toxocara nos darán el diagnóstico.

Un gran grupo de enfermedades parasitarias del tercer mundo son las secundarias a helmintos. En la



**Figura 19.**  
Toxo aguda  
sobre lesiones  
residuales antiguas



**Figura 20.**  
Toxo aguda  
y IgM positiva

actualidad la frecuencia de viajes hacia el extranjero nos hacen observar en los hospitales en ocasiones enfermedades importadas de otros países, como puede ser la loasis (Figura 22), con la típica afectación subconjuntival ocular del Loa Loa o la oncocerquiasis secundaria al *Onchocerca volvulus*, con la típica afectación corneal y las lesiones retinianas. En la actualidad es importante conocer dichas entidades clínicas dado la gran cantidad de inmigrantes que estamos recibiendo en los últimos años.

Por último comentar la existencia de cuadros de neurorretinitis unilaterales subagudas por helmintos

de diferentes especies donde se aprecia el gusano en las capas retinianas en ocasiones. Se manifiesta como un cuadro inflamatorio semejante a los descritos en los síndromes de manchas blancas. Se han descrito en el continente americano y no tenemos casos en nuestro medio.

### Las enfermedades micóticas

En nuestro medio, la infección fúngica por excelencia es la candidiasis ocular. La candidiasis ocular tenemos que sospecharla frente a una retinocoroiditis (Figura 23) que va progresando de coroides a retina, infiltrando vítreo y formando una vitritis con formación de perlas vítreas muy característica. Dichos pacientes son en su mayoría inmunosuprimidos por el tratamiento de enfermedades neoplásicas, o drogadictos que se inyectan heroína mezclada con otras sustancias, como podría ser la dilución con limón. En la actualidad lo observamos en los hospitales en pacientes con alimentación parenteral o en enfermos oncológicos con inmunodepresión grave. La tríada característica de lesiones pustulosas cutáneas, afectación condroesternal y afectación ocular es muy característica, los hemocultivos o cultivo de vítreo nos dará el diagnóstico para iniciar un tratamiento médico o quirúrgico según el estadio de la enfermedad, teniendo buenos resultados con Fluconazol en los casos precoces sin importante afectación vítrea. La anfotericina B ha sido el tratamiento standard administrándose en la actualidad en su forma liposomal que reduce su nefrotoxicidad.

En los casos con afectación vítrea grave recomendamos vitrectomía con anfotericina B intravítrea y tratamiento sistémico con fluconazol o itraconazol según el antibiograma.

Otras infecciones fúngicas como pueden ser por *Aspergillus* o *Criptococo* son excepcionales, si bien se han descrito en la literatura. En nuestro medio no observamos un cuadro clínico característico, como es el síndrome Histo, secundario a *Histoplasma capsulatum* (Figura 24), con unas características oftalmológicas de atrofia peripapilar, neovascularización coroidea macular y lesiones coroideas periféricas.

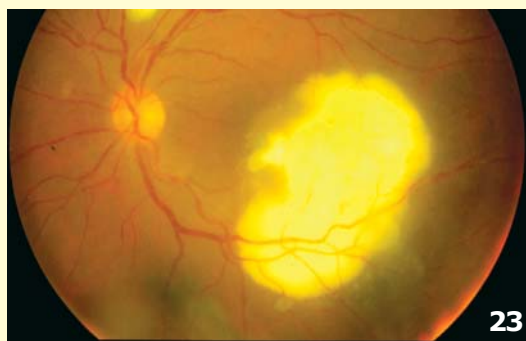
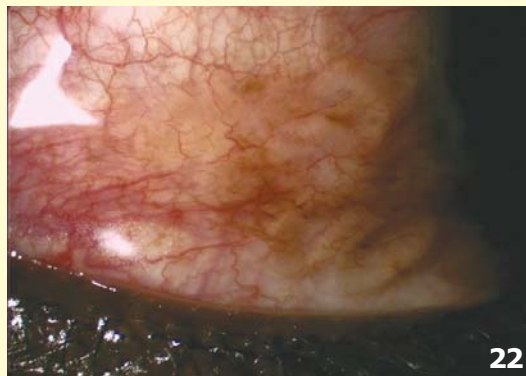
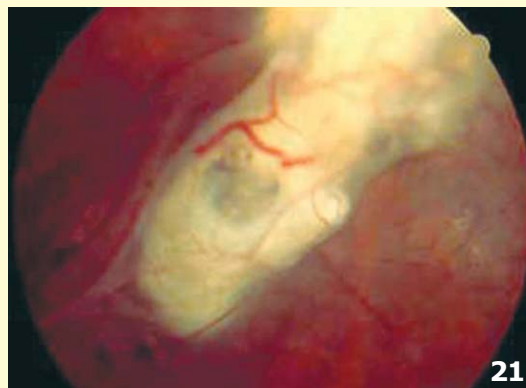
### Patología inflamatoria asociada al HIV

Por último existe un gran capítulo de enfermedades infecciosas asociadas a paciente portador de HIV, en estrecha relación con el recuento de CD4 del paciente. En la actualidad ha descendido muchísimo su incidencia dado el buen control con la terapia antirretroviral en dichos pacientes. La enfermedad más frecuente es la retinopatía asociada al HIV (Fi-

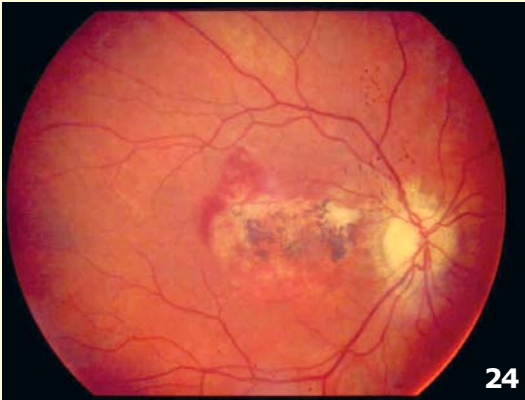
**Figura 21.**  
*Toxocariasis periférica*

**Figura 22.**  
*Loasis*

**Figura 23.**  
*Candidiasis ocular*



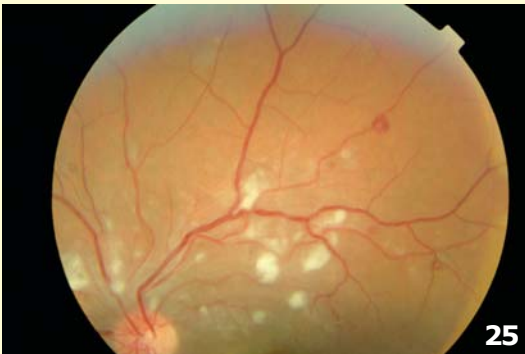




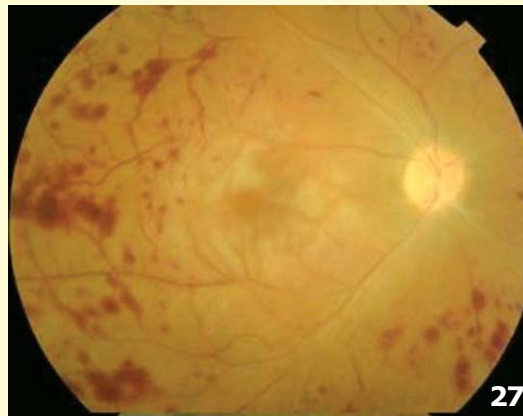
24



26



25



27

**Figura 24.**  
**Síndrome Histo**

**Figura 25.**  
**Retinopatía por HIV**

**Figura 26.**  
**Neuroretinitis  
por CMV**

**Figura 27.**  
**Vasculitis por CMV  
como debut  
en el Sida**

gura 25) que cursa de forma asintomática y se caracteriza por infartos retinianos en polo posterior microhemorragias y no requiere tratamiento. La infección por citomegalovirus; suele aparecer cuando los CD4 están por debajo de 50 a 100 CD4 y como se ha explicado, es característica la formación de hemorragias y lesiones retinianas en queso suizo con "ketchup" (Figura 26). Puede debutar en forma de vasculitis retiniana y característicamente hay poca inflamación vítreo (Figura 27).

La segunda infección corresponde al grupo herpes, y dentro del grupo herpes la afectación más importante es secundaria a varicela zoster. Puede simular una necrosis retiniana típica o puede simular una variante de necrosis retiniana. La necrosis retiniana externa progresiva, donde característicamente no apreciaremos apenas vasculitis ni vitritis, con muy mal pronóstico visual y alto porcentaje de desprendimientos de retina.

Otra entidad clínica es la toxoplasmosis, que puede presentar formas atípicas en pacientes con inmuno-

supresión, con formas que simulan necrosis retiniana por virus, formas muy extensas. En dichos pacientes suele existir una vitritis más importante que el citomegalovirus, y ante la duda será confirmada por PCR vítreo para toxoplasma.

Otras entidades clínicas a descartar en dichos pacientes son las micobacteriosis atípicas que pueden cursar con infiltración coroidea en forma de granulomas o de afectación coroidea en la infección por *Pneumocystis carinii*, mostrando unas lesiones profundas redondeadas muy características y siendo estas muy infrecuentes.

El síndrome de recuperación inmunológica es un cuadro de inflamación ocular que puede ser muy grave con afectación anterior y vítreo que observamos en paciente portador de VIH con retinitis por CMV tratados. Al aumentar los CD4 tras tratamiento antiretroviral con terapia HAART (*highly active antiretroviral therapy*) se activan mecanismos inflamatorios sobre los antígenos retinianos desencadenando el cuadro uveítico.