

# Uveítis anterior e intermedia como debut de sarcoidosis sistémica

## Anterior and intermediate uveitis as a debut of systemic sarcoidosis

**R. Falah, I. Alarcón Valero**

*Hospital de La Esperanza. Consorci Parc de Salut Mar. Barcelona.*

**Correspondencia:**

Randa Falah

E-mail: [randa12hp23@yahoo.com](mailto:randa12hp23@yahoo.com)

**Resumen**

La uveítis anterior es la manifestación ocular más frecuente de la sarcoidosis. Aunque infrecuente, la uveítis intermedia también puede asociarse a esta enfermedad. Se presenta un caso clínico de uveítis anterior e intermedia unilateral persistente en un varón de 26 años sin otra sintomatología acompañante. El estudio sistémico practicado demostró infiltrados pulmonares y adenopatías bilaterales mediastínicas que fueron biopsiadas. El estudio anatomopatológico reveló granulomas no caseificantes compatibles con sarcoidosis. Se revisa el manejo diagnóstico de las uveítis intermedias.

**Resum**

La uveítis anterior és la manifestació ocular més freqüent de la sarcoïdosi. Encara que infreqüent, la uveítis intermitja també pot associar-se a aquesta malaltia. Es presenta un cas clínic d'uveítis anterior i intermitja unilateral persistent en un home de 26 anys sense altra simptomatologia afegida. L'estudi sistèmic practicat va demostrar infiltrats pulmonars i adenopaties bilaterals mediastíniques que es varen biopsiar. L'estudi anatomopatològic va revelar granulomes no caseíficants compatibles amb sarcoïdosi. Es revisa l'arranjament diagnòstic de les uveítis intermitjes.

**Abstract**

Anterior uveitis is the most frequent ocular manifestation of sarcoidosis. Although uncommon, intermediate uveitis may also be associated with this disease. A case of a persistent isolated unilateral anterior and intermediate uveitis in a 26-year-old man is reported. Systemic study performed showed pulmonary infiltrates and bilateral mediastinal lymphadenopathies that were biopsied. The anatomopathological study revealed non-caseiform granulomas compatible with sarcoidosis.

---

Artículo presentado en formato póster en el 46 Congreso de la Sociedad Catalana d'Oftalmologia

---

## Introducción

La sarcoidosis es una enfermedad inflamatoria multisistémica de etiología desconocida. Se caracteriza por la presencia de granulomas epitelioides no caseificantes en los órganos involucrados<sup>1</sup>. La enfermedad ocular es una manifestación muy frecuente, se estima que el 20% de los casos debutan con la clínica ocular<sup>2</sup>. Entre ellas, la uveítis anterior es la más frecuente<sup>3</sup>, puede ser bilateral y crónica hasta el 90% de los pacientes<sup>4</sup>. La sarcoidosis causa entre el 3%-10% de todos los casos de uveítis<sup>5</sup>.

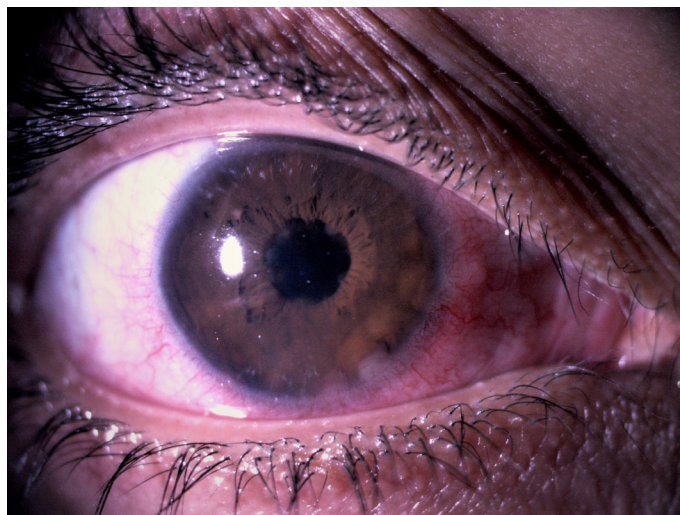
La uveítis intermedia (UI) solo afecta a uno de cada cuatro pacientes con sarcoidosis. Aunque solo el 2-10% de UI tienen sarcoidosis<sup>6</sup>, se presenta este caso particular de uveítis anterior e intermedia unilateral crónica, con importante afectación pulmonar asintomática, como manifestación inicial de la enfermedad.

## Caso clínico

Un varón de origen marroquí de 26 años, sin antecedentes de interés consultó por dolor ocular, enrojecimiento, pérdida visual y miodesopsias en su ojo derecho (OD) de 2 meses de evolución. Durante los últimos 15 días, había sido tratado con Tobradex® sin mejoría aparente.

La agudeza visual inicial era 0,3 en OD y 1,0 en ojo izquierdo (OI). Destacaba la hiperemia conjuntival mixta de predominio ciliar, y los precipitados corneales inferiores en grasa de carnero en el OD (Figura 1). También presentaba Tyndall de (+1) y unos nódulos en el espesor del iris. Se objetivaron algunas sinequias posteriores con restos de pigmento en el cristalino. La presión intraocular era 10 y 13 mmHg en OD y OI respectivamente. Había leve vitritis y lesiones mínimas de aspecto "Snow Balls" en vítreo inferior. No había signos de corioretinitis ni vasculitis ni afectación macular o del nervio óptico. El examen del OI fue normal tanto el segmento anterior como el posterior.

Se realizó un diagnóstico sindrómico de uveítis anterior e intermedia unilateral. Se solicitó una analítica completa para investigar causas infecciosas y reumatológicas, solo se detectó la elevación de la enzima convertidora de angiotensina (ECA) a 148 U/L (valor normal 12-68). La tinción de Zeihl-Nielsen, el cultivo para micobacterias y la prueba del PPD resultaron negativas. La radiografía de tórax (Figuras 2 y 3) demostró la presencia de adenopatías hiliares e infiltrados pulmonares bilaterales. La tomografía computarizada



**Figura 1.** Segmento anterior OD: Hiperemia conjuntival con nódulos en área periférica inferior del iris.

(TC) pulmonar reveló múltiples adenopatías mediastínicas en el espacio prevascular, paratraqueal y las de mayor tamaño a nivel subcarinal, hiliar e interlobar bilateral. Asimismo, había incontables nódulos pulmonares bilaterales de pequeño tamaño y localización peribroncovasculares y pericisurales. Se practicó punción-aspiración transbronquial de una adenopatía mediastínica. El estudio anatomopatológico mostró la presencia de granulomas no necrotizantes.

En base de estos hallazgos, se estableció el diagnóstico de sarcoidosis estadio II (Tabla 1). Se inició el tratamiento con 40 mg al día de prednisona oral. Se observó buena evolución con recuperación visual total y resolución del proceso inflamatorio ocular. El paciente siguió controles por el equipo de neumología.

## Discusión

La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa de origen desconocido. Es más frecuente en mujeres y en adultos menores de 40 años. Se aprecia mayor prevalencia en grupos étnicos como suecos, daneses y afro-americanos<sup>7</sup>.

Cualquier órgano puede ser involucrado, a destacar por su mayor frecuencia: pulmón, piel e hígado. En el protocolo diagnóstico de la enfermedad es necesario el estudio de imagen de tórax (radiografía o TC). El diagnóstico de certeza se basa en la detección de granulomas no caseificantes en los tejidos involucrados y accesibles para biopsiar.



**Figura 2.** Radiografía de tórax posteroanterior: adenopatías hiliares pulmonares bilaterales.



**Figura 3.** Radiografía de tórax lateral: infiltrados hiliares pulmonares.

Estadio	Alteraciones radiológicas
0	Normal
I	Adenopatías hiliares bilaterales.
II	Adenopatías + afectación parenquimatosa
III	Afectación parenquimatosa sin afectación ganglionar
IV	Fibrosis pulmonar

**Tabla 1.** Clasificación de la sarcoidosis pulmonar.

Si bien la afección pulmonar es la más frecuente, la ocular es muy importante por su prevalencia y su morbilidad<sup>8</sup>. La sarcoidosis ocular adopta cualquier patrón de uveítis y también puede afectar cualquier parte del globo ocular, desde la conjuntiva hasta el nervio óptico. Determinadas formas clínicas son muy sugestivas de sarcoidosis<sup>9</sup> como la uveítis anterior crónica bilateral granulomatosa y la uveítis anterior aguda bilateral recidivante. Otras formas menos conocidas por su menor prevalencia, pero potencialmente graves son la uveítis intermedia bilateral, el granuloma de nervio óptico, la panuveítis y la vasculitis retiniana bilateral. La inflamación intraocular puede coexistir con la enfermedad sistémica sintomática o incluso preceder en años a la afección sistémica. Por esta razón es de gran importancia el cribaje de la enfermedad en los pacientes con estos cuadros de inflamación ocular<sup>10</sup>.

Otras causas a investigar en el diagnóstico diferencial de la uveítis intermedia son la esclerosis múltiple (EM) e infecciones granulomatosas como la tuberculosis y la sífilis<sup>11</sup>. Las serologías para lúes en este paciente fueron negativas, el test de Mantoux (PPD) fue negativo y la ausencia de granulomas caseificantes descartaron la tuberculosis. El hallazgo de alteraciones en el estudio pulmonar hizo innecesario el estudio de EM con resonancia magnética cerebral.

## Conclusión

Aunque la causa más frecuente de uveítis intermedia es la idiopática, es obligado un cribaje sistémico por su asociación con enfermedades potencialmente tratables: sarcoidosis, tuberculosis y lúes. Es importante establecer de manera unívoca el diagnóstico causal de estas inflamaciones intraoculares antes de iniciar un tratamiento sistémico porque el manejo puede ser diferente en cada caso.

La confirmación histológica es el *gold standard* para el diagnóstico definitivo de la sarcoidosis, a pesar de los avances en el diagnóstico clínico y radiológico.

## Bibliografía

1. Mañá J. Sarcoidosis. *Med Clin (Barc)*. 2001;116:307-11.
2. Heiligenhaus A, Wefelmeyer D, Wefelmeyer E, Rösel M, Schrenk M. The Eye as a Common Site for the Early Clinical Manifestation of Sarcoidosis. *Ophthalmic Res*. 2010;46(1):9-12.

3. Evans M, Sharma O, LaBree L, Smith RE, Rao NA. Differences in clinical findings between Caucasians and African Americans with biopsy-proven sarcoidosis. *Ophthalmology*. 2007;114:325-33.
4. Dana MR, Merayo-Llodes J, Schaumberg DA, Foster CS. Prognosticators for visual outcome in sarcoid uveitis. *Ophthalmology*. 1996;103(11):1846-53.
5. Herbert CP, Rao NA, Mochizuki M; members of Scientific Committee of First International Workshop on Ocular Sarcoidosis. International criteria for the diagnosis of ocular sarcoidosis: results of the first International Workshop on Ocular Sarcoidosis (IWOS). *Ocul Immunol Inflamm*. 2009;17(3):160-9.
6. B Manohar Babu and S R Rathinam. Intermediate uveitis. *Indian J Ophthalmol*. 2010;58(1):21-7.
7. Iannuzzi M, Rybicki BA, Teirstein AS. *New England Journal of Medicine* 2007; 357(22):357(21):2153-65.
8. Ohara K, Judson MA, Baughman RP. Clinical Aspects of Ocular Sarcoidosis. En: *Sarcoidosis* (Drent M, Costabel U, eds). Charlesworth Group; Wakefield, UK, 2005;p 188-209.
9. Badelon I, Chaine G. Ophthalmologic manifestations of sarcoidosis. *Ann Med Intern*. 2001;152:108-12.
10. Adán A, Baget M, De Llobet JM, Segura A, Marieges MT, Casaroli-Marano R. Uveítis como manifestación inicial de sarcoidosis: estudio de 31 pacientes. *Med Clin (Barc)*. 2004;122(19):748-52.
11. Martínez-Berriotxo A, Fonollosa A, Artaraz J. Aproximación diagnóstica a las uveítis. *Rev Clin Esp*. 2012;212(9):442-52.