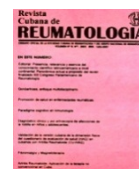


## Revista Cubana de Reumatología

Órgano oficial de la Sociedad Cubana de Reumatología y el Grupo Nacional de Reumatología  
Volumen 18, Número 3; 2016 ISSN: 1817-5996  
[www.revreumatologia.sld.cu](http://www.revreumatologia.sld.cu)



### ARTÍCULO DE OPINIÓN Y ANÁLISIS

## Uveítis. Un reto para el Reumatólogo

### Uveitis. A challenge for the rheumatologist

Ángela Luaces Martínez<sup>I</sup>, Milvia Ortega Sotolongo<sup>II</sup>, Anabel Nápoles Álvarez<sup>III</sup>, Yusimí Reyes Pineda<sup>IV</sup>, Dinorah Marisabel Prada Hernández<sup>V</sup>

<sup>I</sup> Especialista de 1er Grado en Oftalmología. Servicio de oftalmología. Hospital Docente Clínico Quirúrgico 10 de Octubre. Facultad de Ciencias Médicas 10 de Octubre. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. La Habana, Cuba.

<sup>II</sup> Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral y Oftalmología. Servicio de oftalmología. Hospital Docente Clínico Quirúrgico 10 de Octubre. Facultad de Ciencias Médicas 10 de Octubre. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. La Habana, Cuba.

<sup>III</sup> Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral y Oftalmología. Servicio de oftalmología. Hospital Docente Clínico Quirúrgico 10 de Octubre. Facultad de Ciencias Médicas 10 de Octubre. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. La Habana, Cuba.

<sup>IV</sup> MSc. Especialista de 1er grado en Medicina General Integral y Reumatología, Centro de Reumatología. Hospital Docente Clínico Quirúrgico 10 de Octubre. Facultad de Ciencias Médicas 10 de Octubre. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. La Habana, Cuba.

<sup>V</sup> MSc. Especialista de 1er grado en Medicina General Integral y Especialista de 2do grado en Reumatología. Centro de Reumatología. Hospital Docente Clínico Quirúrgico 10 de Octubre. Facultad de Ciencias Médicas 10 de Octubre. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. La Habana, Cuba.

### RESUMEN

Las uveítis son un grupo heterogéneo de entidades clínicas, de muy diversas causas, que tienen en común la inflamación intraocular. Pueden ser la manifestación de una enfermedad generalizada ya establecida, ser un proceso limitado al globo ocular, o incluso ser el primer signo clínico de una entidad que se desarrollará con el tiempo. Por ello, el reumatólogo, con ayuda del examen oftalmológico, intentará buscar manifestaciones extraoculares específicas, para así solicitar las pruebas complementarias oportunas según su hipótesis diagnóstica.

**Palabras clave:** uveítis, inflamación intraocular, manifestaciones oculares en enfermedades reumáticas.

## ABSTRACT

The uveitis is a heterogeneous group of clinical entities, from very different causes, which have in common the intraocular inflammation. They can be the manifestation of disease widespread as established, be a process limited to the eyeball, or even be the first clinical sign of an entity that will develop over time. Therefore, rheumatologist, with the help of an eye examination, will attempt to search specific extraocular manifestations, for appropriate complementary tests according to their diagnostic hypothesis.

**Keywords:** uveítis, inflamación intraocular, manifestaciones oculares en enfermedades reumáticas.

## INTRODUCCIÓN

Las uveítis son un grupo heterogéneo de entidades clínicas, de muy diversas causas, que tienen en común la inflamación intraocular. Pueden ser la manifestación de una enfermedad generalizada ya establecida, ser un proceso limitado al globo ocular, o incluso ser el primer signo clínico de una entidad que se desarrollará con el tiempo. Por ello, el reumatólogo, con ayuda del examen oftalmológico, intentará buscar manifestaciones extraoculares específicas, para así solicitar las pruebas complementarias oportunas según su hipótesis diagnóstica.<sup>1</sup>

La uveítis es todo proceso inflamatorio que afecta al tracto uveal. Cuando la inflamación está limitada a una región concreta se utilizan términos como iritis, iridociclitis, coroiditis, coriorretinitis, retinocoroiditis y parsplanitis, según la zona afecta. No obstante, en muchas ocasiones sólo es posible precisar la existencia de una uveítis anterior, intermedia o posterior.

La forma más común es la uveítis anterior – inflamación de la parte anterior del ojo o iris, por ello se denominan iritis. Este proceso puede darse en personas sanas sin enfermedad subyacente, pero en un gran número de casos son debidos a enfermedad reumática (espondilitis anquilosante, síndrome de Reiter, artritis psoriásica, colitis ulcerosa), enfermedad de Behcet, artritis crónica juvenil, artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, entre otras.<sup>2,3</sup>

En la patogenia de la uveítis intervienen factores genéticos, ambientales e inmunológicos, destacando en estos últimos el papel de los linfocitos T y de los antígenos de clase II del complejo mayor de histocompatibilidad.<sup>4</sup>

La incidencia de uveítis oscila en los países desarrollados entre 15-17 casos por 100.000 habitantes según las series, constituyendo un 10-15 % de nuevos casos de ceguera. Se

suele presentar en la cuarta década de la vida, aunque puede afectar a cualquier edad.<sup>5,6</sup>

El reumatólogo puede colaborar con el oftalmólogo en la recuperación de su visión. Su intervención puede resultar esencial y decisiva en el control de la uveítis. La aplicación de un tratamiento inductor de remisión e inmunosupresor y el control de sus posibles efectos secundarios pueden impedir el desarrollo de la uveítis y su vista.

## DEFINICION

La úvea constituye la capa intermedia de las tres que conforman el globo ocular, situándose entre la esclera, por fuera, y la retina por dentro. Es una capa eminentemente vascular en la que se distinguen tres zonas anatómica y funcionalmente bien diferenciadas: la úvea anterior formada por el iris, la intermedia o cuerpo ciliar y la posterior o coroides.<sup>5-7</sup>

A la inflamación de la úvea se la denomina genéricamente uveítis, incluyéndose en este término tanto las enfermedades que afectan el tracto uveal (iris, cuerpo ciliar y coroides) como las que comprometen estructuras vecinas (vítreo, retina, nervio óptico y vasos).

El origen de esta inflamación puede ser debido a:

1. Enfermedad ocular aislada (uveítis oftalmológicas).
2. Mecanismo exógeno (agentes infecciosos que afecten al ojo aisladamente o en el contexto de una enfermedad multisistémica).
3. Mecanismo endógeno formando parte de una enfermedad sistémica o generalmente reumática.

El reumatólogo interviene en el momento actual en el control de la enfermedad reumática y puede intervenir de forma decisiva en el control y evolución del cuadro de uveítis.

## EPIDEMIOLOGIA

La incidencia de uveítis en la población general es de 52 casos/100.000 habitantes/año y una prevalencia del 0.1 %. El pico máximo de incidencia se sitúa entre los 20-50 años. El 10 % de los casos de ceguera son debidos a las uveítis. Existen numerosos datos epidemiológicos que relacionan la uveítis con patología reumática. Las uveítis aparecen en el 40 % de los pacientes con espondilitis anquilosante (EA) y en un 50 % en otras espondiloartropatías. Muchas de estas enfermedades se manifiestan inicialmente en forma de uveítis.<sup>8</sup>

La forma más frecuente de uveítis es la uveítis anterior (hasta un 60% de los casos), seguida de las panuveítis (20 %), uveítis posteriores (15 %) e intermedias (5%). En cualquier caso, estas cifras corresponden a Centros Terciarios de Referencia. En los escasos estudios realizados en Centros Primarios y en Servicios de Urgencias, la proporción de uveítis anteriores es mucho más elevada, situándose en torno a un 90% del total de casos de uveítis.<sup>9</sup>

## CLASIFICACION

La clasificación más empleada es la anatómica, que permite identificar los siguientes tipos de uveítis:

. UVEÍTIS ANTERIORES (UA): Inflamación iris y cuerpo ciliar. Es el subtipo más frecuente y con mayor asociación a enfermedades sistémicas.

. UVEÍTIS INTERMEDIAS (UI): Inflamación confinada a pars plana y cavidad vítrea. Son sobre todo uveítis oftalmológicas (parsplanitis)

. UVEÍTIS POSTERIORES (UP): Inflamación de retina, coroides y vasos. Predominan causas infecciosas (toxoplasma) y oftalmológicas.

. PANUVEÍTIS: Inflamación afecta segmentos anterior y posterior del globo ocular. Generalmente enfermedad de base (Behçet, VIH, sarcoidosis,)

A efectos de clasificación, la localización anatómica debe combinarse con el curso evolutivo de la uveítis.

El Grupo Internacional para el Estudio de las Uveítis (IUSG) considera ataque agudo cuando la duración es menor de 3 meses y crónico cuando supera los 3 meses de duración a pesar de un tratamiento adecuado.

Por otra parte, se habla de uveítis recidivante cuando la uveítis evoluciona en forma de brotes agudos repetidos.<sup>10</sup>

## EVALUACIONCLINICA DEL PACIENTE CON UVEITIS

La anamnesis en un paciente con uveítis es de suma importancia. Una historia clínica detallada puede proporcionar suficientes claves para orientar un correcto diagnóstico etiológico, además de evitar la realización de múltiples pruebas de laboratorio que en la mayoría de los casos sólo aportan elementos de confusión. Básicamente, la historia clínica en las uveítis debe estructurarse en los siguientes apartados:

Antecedentes oftalmológicos: especialmente referidos a episodios previos similares de uveítis, tratamientos oculares recibidos, intervenciones quirúrgicas, establecimiento del potencial visual en base a informes previos.

Antecedentes sistémicos y anamnesis por aparatos: Interrogar sobre entidades antiguas o actuales relacionadas con las uveítis como patología reumática (espondiloartropatías, ACJ), respiratoria (sarcoidosis), digestiva (enfermedad inflamatoria intestinal), manifestaciones cutáneo-mucosas (Behçet). Este interrogatorio dirigido ha de completarse en ocasiones tras haber efectuado la exploración clínica oftalmológica del paciente, puesto que es el patrón de afectación oftalmológico el elemento clave en el proceso diagnóstico.

Antecedentes familiares, puesto que algunas enfermedades reumáticas o del tejido conectivo pueden tener cierta predisposición genética.

Historia sociodemográfica. Debe investigarse la procedencia geográfica del paciente por la posible relación con zonas endémicas de determinados tipos de uveítis, el contacto asiduo con animales, los hábitos dietéticos, tóxicos y sexuales.

Enfermedad actual. Debemos interrogar sobre el tiempo de evolución del brote actual, su lateralidad, la existencia de brotes previos y en su caso los tratamientos que ha precisado y la respuesta a los mismos.

Los síntomas del paciente ya orientan hacia la localización anatómica de la inflamación. Así, el paciente con uveítis anterior aguda (UAA) consulta por un cuadro de inicio súbito de dolor ocular, fotofobia, enrojecimiento y visión borrosa en grado variable. El dolor ocular se relaciona con un espasmo del músculo ciliar y cede en gran parte con el empleo de agentes ciclopléjicos que relajan el espasmo del citado músculo. La visión borrosa se debe a la turbidez de la cámara anterior debida a la acumulación de detritus inflamatorio. Además, suele existir lagrimeo debido a la

estimulación de los nervios parasimpáticos y en algunos casos cefaleas periorbitarias.

Por otra parte, los pacientes con uveítis anterior crónica (UAC) como la que acompaña a la artritis crónica juvenil (ACJ) o en la ciclitisheterocrómica de Fuchs (CHF) tienen un comienzo insidioso, el dolor ocular y el enrojecimiento son mínimos o nulos y el diagnóstico se alcanza porque consultan por pérdida de visión debido a las complicaciones asociadas (catarata, queratopatía en banda, glaucoma) o incluso en revisiones rutinarias por otros motivos.

Las uveítis intermedias y posteriores suelen presentar una clínica irritativa poco florida.

Estos procesos originan síntomas visuales como cuerpos flotantes o miodesopsias por la presencia de agregados celulares en el vítreo, visión borrosa por la turbidez del mismo, o disminución grave de la agudeza visual, metamorfopsias (deformación de las imágenes) o escotomas si existe afectación macular o del disco óptico.<sup>9,10</sup>

### MANIFESTACIONES DE LA UVEITIS ANTERIOR<sup>10,12</sup>

La valoración y exploración de todas ellas es del campo de la Oftalmología. Se describen a continuación las manifestaciones exclusivamente de las uveítis anteriores, por ser las más frecuentes relacionadas con la Reumatología.

#### SIGNOS:

. Hiperemia: inyección ciliar: clínicamente se caracteriza por:

. Color rojo oscuro o violáceo, de manera más acusada, en la región perilímbica, donde dibuja un patrón lineal fino, a modo de "pelos de cepillo" en disposición radial alrededor de la córnea y no desaparecen con vasoconstrictores tópicos débiles.

. Precipitados queráticos: Son depósitos de células inflamatorias en el endotelio corneal

. No granulomatosos / granulomatosos o "en grasa de carnero" (grandes, confluentes, de aspecto graso).

. Recientes (blancos, aspecto tridimensional) / antiguos (pigmentados, planos, deshidratados)

Generalmente se distribuyen en la mitad inferior de la córnea, formando un triángulo de base inferior (triángulo de Arlt).

En la uveítis herpética y en la ciclitisheterocrómica de Fuchs es típica su distribución difusa por toda la córnea.

. Celularidad: Es la presencia de células en CA (signo clave de la UA)

. Flare: Es la presencia de proteínas en CA

Ambas se gradúan de 0 a +++, según su intensidad. La es signo de inflamación activa, mientras el flare puede persistir tras cesar la inflamación.

. Hipopion: Depósito de células en la zona inferior de CA, formando un nivel. Se mide en mm de altura en la zona central.

. Miosis y mala dilatación pupilar

. Sinequias anteriores y/o posteriores

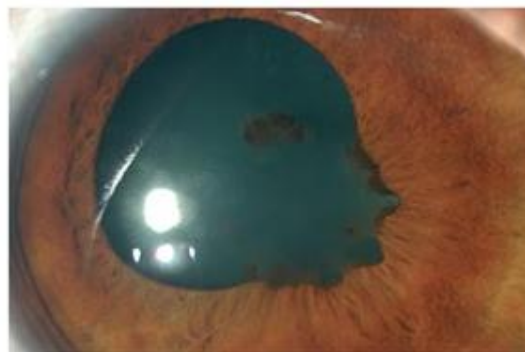
. Membrana de fibrina, sobre todo pupilar

. Nódulos en el iris. N. de Koeppe, en el borde pupilar. N. de Busacca, en estroma iridiano

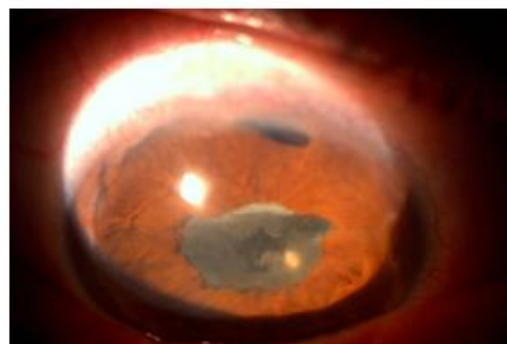
. Dilatación de vasos iridianos

. Atrofia de iris, típica del herpes

. Heterocromía de iris, típica de la ciclitisheterocrómica de Fuchs



**Figura 1.**



**Figura 2.**



**Figura 3.**

## EXPLORACION OFTALMOLOGICA<sup>11,12</sup>

El examen oftalmológico consta básicamente de

- . Determinación de la agudeza visual,
- . Biomicroscopía con lámpara de hendidura
- . Tonometría

Examen fundoscópico con oftalmoscopio binocular indirecto, lente de Goldmann de tres espejos o lentes biomicroscópicas de no contacto (+90D o lente Superfield). Para Localización, Actividad, Complicaciones, Patrones característicos.

Adicionalmente pueden requerirse otras exploraciones como gonioscopia (examen del ángulo camerular), campimetría, test de Schirmer, sensibilidad corneal, angiografía fluoresceínica (AFG), ecografía, pruebas electrofisiológicas y recientemente tomografía de coherencia óptica (OCT).

Pruebas complementarias: Hemograma, Bioquímica, Orina Elemental, VSG, PCR, Serología lúes, Rx tórax, Resto PC dirigidas según perfil clínico.<sup>12</sup>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rosenbaum JT. *An algorithm for the systemic evaluation of patients with uveitis: Guidelines for the consultant. Semin Arthritis Rheum.* 1990;19:248-57.

2. Bañares A, Benítez del Castillo JM. *Elección de pruebas diagnósticas en uveítis. Racionalidad médica y diagnóstica. St Ophthalmol.* 1995;14:23-32.

3. Benítez del Castillo JM, Bañares A, Hernández C, Pastrana P, García FJ, Fernández B, Jover JA,

García J. *Modelo inteligente para acceder al diagnóstico en el paciente con uveítis. Arch Soc Esp Ophthalmol.* 1995;69:487-96.

4. Hernández C, Bañares A. *Uveítis y enfermedades reumatológicas. Rev Esp Reum.* 1995;22:83-8.

5. Gegúndez JA. *Aproximación clínica al diagnóstico de las uveítis. Madrid: Ed. Sociedad Española de Oftalmología;* 2002.

6. Nusseblatt RB, Whitcup SM, Palestine AG. *Uveitis: Fundamentals and clinical practice. 2nd edition. Chicago: Ed. Mosby Year Book;* 1996.

7. Smith RE, Nozik RA. *Uveitis: a clinical approach to diagnosis and management. 2nd. Ed. Baltimore: Ed. Williams & Wilkins;* 1989.

8. Voeldvari I, Wierk A. *Methotrexate is an effective treatment for chronic uveitis associated with juvenile idiopathic arthritis. J Reumatol.* 2005;32:362-5.

9. Levy-Clarke GA, Nussenblatt RB, Smith Janine A. *Management of chronic pediatric uveitis. Current Opinion in Ophthalmology.* 2005;16(5):281-8.

10. Braun J, Baraliakos X, Listing J, Sieper J. *Decreased incidence of anterior uveitis in patients with ankylosing spondylitis treated with the anti-tumor necrosis factor agents infliximab and etanercept. Arthritis Rheum.* 2005 Aug;52(8):2447-51.

11. Guignard S, Gossec L, Salliot C, Ruysse-Witrand A, Luc M, Duclos M, Dougados M. *Efficacy of tumour necrosis factor blockers in reducing uveitis flares in patients with spondylarthropathy: a retrospective study. Ann Rheum Dis.* 2006 Dec;65(12):1631-4.

12. Tugal-Tutkun I, Mudun A, Urgancioglu M, Kamali S, Kasapoglu E, Inanc M, Gul A. *Efficacy of infliximab in the treatment of uveitis that is resistant to treatment with the combination of azathioprine, cyclosporine, and corticosteroids in Behcet's disease: an open-label trial. Arthritis Rheum.* 2005 Aug;52(8):2478-84.

Los autores refieren no tener conflicto de intereses.

Recibido: 23 de agosto de 2016

Aprobado 9 de septiembre de 2016

Autor para la correspondencia: *Dra. Ángela Luaces Martínez*. E-mail: [aluaces@infomed.sld.cu](mailto:aluaces@infomed.sld.cu)

Servicio de oftalmología. Hospital Docente Clínico Quirúrgico 10 de Octubre. Facultad de Ciencias Médicas 10 de Octubre. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. La Habana, Cuba.