



Manifestaciones oculares de la enfermedad inflamatoria intestinal

Bianca Iliana Rendón-Tarín,* Miriam Alejandra Calzada-Pérez,* Ulises Rodríguez-Wong**

RESUMEN

Las manifestaciones oculares pueden preceder al diagnóstico de colitis ulcerativa crónica o enfermedad de Crohn. Son poco frecuentes, y ocurren entre el 1.9 y 11.8% de los casos, es por este motivo que a menudo pasan inadvertidas; sin embargo, se asocian con alta morbilidad e incluso pueden ocasionar ceguera. Las manifestaciones oculares más frecuentes de la enfermedad inflamatoria intestinal son la episcleritis, la escleritis y la uveítis, entre otras. La exploración oftalmológica debe de realizarse en todos los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal para detectar oportunamente estas manifestaciones.

Palabras clave: Manifestaciones oculares, enfermedad inflamatoria intestinal, episcleritis, escleritis, uveítis.

ABSTRACT

Ocular manifestations may precede the diagnosis of chronic ulcerative colitis or Crohn's disease. They are rare, and occur between 1.9 and 11.8% of cases, and it is for this reason that often goes unnoticed; however are associated with high morbidity and may even cause blindness. The most frequent ocular manifestations of inflammatory bowel disease are episcleritis, scleritis and uveitis, among others. The eye examination should be performed in all patients with inflammatory bowel disease to detect early these manifestations.

Key words: Ocular manifestations, inflammatory bowel disease, episcleritis, scleritis, uveitis.

INTRODUCCIÓN

Las manifestaciones oculares de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) son poco frecuentes, y ocurren entre el 1.9 y 11.8% de los casos¹⁻³ y es por este motivo que a menudo son pasadas por alto; sin embargo, se asocian con alta morbilidad e incluso pueden ocasionar ceguera.⁴

Se ha señalado que los pacientes con EII presentan síntomas oculares en mayor proporción en comparación con los grupos controles.⁵ Es por ello que algunos autores sugieren que el examen oftalmológico debe de realizarse de manera obligada en todos los pacientes con EII.⁶ También

hay que tomar en cuenta que los síntomas oculares en la EII son inespecíficos en la mayoría de los casos y pueden pasar inadvertidos tanto para los enfermos como para el clínico (Cuadro 1). Por otra parte, al igual que ocurre con otras manifestaciones extraintestinales de la EII, las manifestaciones oculares pueden preceder al diagnóstico de colitis ulcerativa crónica o enfermedad de Crohn.

Finalmente las manifestaciones oculares pueden coexistir con otro tipo de manifestaciones extraintestinales especialmente con el eritema nodoso y la artritis. Esta asociación podría deberse a las semejanzas que existen entre la microcirculación de la cápsula sinovial y la de la úvea, ambas estructuras con una gran capacidad para la presentación de antígenos, migración de leucocitos y activación de citocinas. También se señala la posible existencia de una proteína específica del colon (una isoforma de la tropomiosina) que podría tener una reactividad cruzada entre el

* Médico Residente de Oftalmología, Hospital Juárez de México.

** Cirujano Gastroenterólogo y Coloproctólogo. Profesor de Cirugía, Facultad de Medicina, UNAM. Maestro en Ciencias.

Cuadro 1. Manifestaciones oculares de la enfermedad inflamatoria Intestinal.

Frecuentes	Poco frecuentes
Epiescleritis	Queratitis
Escleritis	Conjuntivitis
Uveítis	Pseudotumor orbitalio
	Paresia muscular extraocular
	Celulitis orbitalia
	Miositis orbitalia

tejido ocular, articular, cutáneo, así como con las vías biliares. Se revisan en este artículo las manifestaciones oculares más frecuentes de la EII.

EPIESCLERITIS

La episclera constituye una capa ricamente vascularizada que se localiza por debajo de la conjuntiva; su inflamación constituye la complicación más frecuente de la EII; habitualmente se presenta coincidiendo con una crisis de la EII y generalmente se resuelve con el tratamiento de este episodio.⁷

La episcleritis se presenta en 3.2% de los pacientes con EII y se encuentra casi siempre asociada a la enfermedad de Crohn,⁸ y se debe sospechar en pacientes con EII que presenten enrojecimiento ocular agudo y sensación de irritación o quemazón en esta región. Con frecuencia existe además dolor espontáneo o a la palpación; no existe fotofobia, ni pérdida de la visión, ni tampoco reactividad anormal de la pupila. La episcleritis puede confundirse con una conjuntivitis, ya que ambas dan ojo rojo (Figura 1) y sensación de cuerpo extraño.

Durante el examen oftalmológico, al igual que en los pacientes con artritis reumatoide, se aprecia un enrojecimiento focal o difuso y en muchas ocasiones es posible observar áreas blanquecinas, en la esclerótica, rodeadas de vasos episclerales dilatados; los cuales, en el caso de la episcleritis asociada con EII, desaparecen con la aplicación tópica de fenilefrina, teniendo además la característica de seguir la arquitectura normal del plexo superficial de la episclera dando lugar a un patrón radiado, en tanto que en la escleritis el patrón característico es en malla o entrecruzado.

El tratamiento de la episcleritis depende de la gravedad de los síntomas. La aplicación de compresas frías y colirios de corticoides puede ser suficiente (además del tratamiento de la EII de base). En algunos casos pueden ser necesarios los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), aunque deben utilizarse con cautela, ya que pueden agravar la enfermedad intestinal.

ESCLERITIS

La escleritis constituye un trastorno ocular más grave que la episcleritis, ya que este padecimiento sí puede afectar la visión, se presenta en 2.06 a 9.67% de los pacientes con EII; al igual que la episcleritis, generalmente se presenta años después del inicio de la enfermedad gastrointestinal coincidiendo con períodos de exacerbación de la misma.³ La escleritis suele ser recurrente y puede presentarse de distintas maneras: difusa, nodular o necrotizante, involucrando polo anterior o posterior.

Los pacientes generalmente presentan dolor ocular intenso con dolor a la palpación. Desde el punto de vista anatomo-patológico, en la escleritis, además de los vasos episclerales y conjuntivales, están afectados los vasos esclerales profundos. En estos casos los vasos esclerales ingurgitados no desaparecen con la fenilefrina tópica.

En algunos pacientes la escleritis puede afectar al polo posterior del globo ocular; en estos casos el enfermo presenta, además, dolor ocular profundo que puede ser muy intenso. En estos casos la situación es grave, ya que se puede presentar edema papilar o desprendimiento de retina.

La escleritis debe tratarse de manera rápida y agresiva con corticoesteroides sistémicos, AINEs o inmunosupresores, con la finalidad de evitar la pérdida de visión. A diferencia de la episcleritis, la escleritis no siempre se resuelve con el tratamiento de la enfermedad gastrointestinal.

UVEÍTIS

La uveítis se encuentra con mayor frecuencia asociada a la colitis ulcerativa en comparación con la episcleritis que se asocia más frecuentemente con la enfermedad de Crohn.⁸ La uveítis se caracteriza por la inflamación de la parte vascular y pigmentada del ojo, ya sea en su porción anterior (cámara anterior) intermedia (vitreo), posterior (retina o coroides) o en forma de panuveítis, involucrando cámara anterior, vitreo y retina o coroides. En la mayoría de los casos, la uveítis asociada a EII se acompaña de manifestaciones cutáneas y articulares.

Los pacientes con uveítis anterior presentan dolor ocular, visión borrosa y fotofobia, el inicio de los síntomas es insidioso, bilateral, recurrente y crónico. La enfermedad es de tipo no granulomatoso y se presentan precipitados queráticos finos e inflamación moderada. En casos graves la pupila se encuentra miótica y con escasa respuesta a la luz y puede asociarse a edema cistoide, que se caracteriza por la inflamación de la zona de mejor visión de la retina. El enrojecimiento ocular en la uveítis se caracteriza por la presencia de una inyección ciliar (Figura 2) debido a que el enrojecimiento es más intenso en la zona perilímbica.

La uveítis posterior es mucho menos frecuente que la uveítis anterior, y se caracteriza por una panuveítis granulomatosa con inflamación coroidea, es decir, existe una afectación total del ojo.³ En estos casos puede presentarse



Figura 1. Epiescleritis difusa.



Figura 2. Uveítis anterior con inyección ciliar.

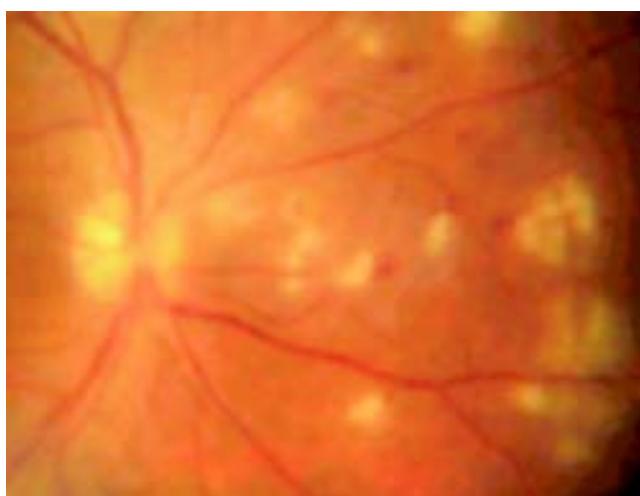


Figura 3. Afectación retiniana en uveítis posterior.

vasculitis retiniana, la cual suele ser secundaria a la presencia de complejos inmunes o enfermedad trombótica. Cuando se presenta una disminución marcada de la agudeza visual debe sospecharse la existencia de uveítis posterior con posible afectación retiniana (Figura 3). Estos casos constituyen una urgencia oftalmológica. Otras manifestaciones del segmento posterior incluyen el desprendimiento de retina seroso, la neuritis retrobulbar y la papilitis.

El diagnóstico definitivo se establece mediante examen con lámpara de hendidura y mediante la observación de signos tales como la presencia de precipitados queráticos, células inflamatorias y la dispersión de pigmento o fibrina.

Como en el caso de la espondilitis anquilosante, la uveítis relacionada con la EII se asocia con frecuencia a la presencia de HLA-B27. Abbasian y cols.⁹ reportaron una elevación de los anticuerpos p-ANCA en pacientes con uveítis y EII. La uveítis puede aparecer en cualquier etapa de la evolución de la EII, e incluso aparecer antes del diagnóstico de la misma. La complicación más importante a largo plazo de la uveítis es la formación de adherencias intraoculares debidas al proceso inflamatorio, que pueden ocasionar el desarrollo de glaucoma secundario o cataratas. También se pueden producir anomalías pupilares y disfunción macular.

El tratamiento de la uveítis se basa en la aplicación de ciclopílicos/midriáticos y en algunos casos mediante inyecciones perioculares de esteroides, esto último sobre todo cuando está involucrado el polo posterior. Con frecuencia son también necesarios los esteroides sistémicos o el uso de inmunosupresores. En aquellos casos refractarios o intolerantes a los esteroides, los pacientes pueden beneficiarse con el uso de metrotexate a bajas dosis. En fechas recientes se ha iniciado la experiencia con la utilización de agentes biológicos.¹⁰ El uso de glucocorticoides para el tratamiento de la enfermedad inflamatoria, como en otro tipo de pacientes, puede propiciar el desarrollo de cataratas, después de lo cual el paciente debe de cursar sin inflamación ocular durante tres meses para realizar el tratamiento quirúrgico.¹¹ En algunos casos de gravedad extrema la uveítis se ha controlado con la realización de colectomía total; sin embargo, este procedimiento no previene la recurrencia.³

OTRAS MANIFESTACIONES OCULARES

Otras manifestaciones oculares menos frecuentes incluyen a la queratitis, la conjuntivitis, pseudotumor orbitario, paresia de músculos extraoculares, celulitis orbitaria y miopatía orbitaria (Cuadro 1).

CONCLUSIONES

La exploración oftalmológica debe de realizarse en todos los pacientes con EII; ya que esto permite la detección temprana de algunas alteraciones que pueden ocasionar daños graves en la visión o incluso ocasionar ceguera.

El manejo del paciente con EII es multidisciplinario, ya que deben concurrir especialistas de diferentes áreas para el diagnóstico y tratamiento tanto de la enfermedad de base como de las diversas manifestaciones extraintestinales.

REFERENCIAS

1. Calvo P, Pablo L. Managing IBD outside the gut: ocular manifestations. *Dig Dis* 2013; 31(2): 229-32.
2. Larsen S, Bendtzen K, Nielsen OH. Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease: epidemiology, diagnosis, and management. *Ann Med* 2010; 42(2): 97-114.
3. Foster C, Vitale A. Idiopathic inflammatory bowel disease-associated Arthritis. In: Diagnosis and treatment of uveitis. Cap. 54. 2a. Ed. 2013, p. 803-5.
4. Mintz R, Feller ER, Bahr RL, Shah SA. Ocular manifestations of inflammatory bowel disease. Ocular manifestations of inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 2004; 10(2): 135-9.
5. Cury DB, Moss AC. Ocular manifestations in a community-based cohort of patients with inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 2010; 16(8): 1393-6.
6. Yilmaz S, Aydemir E, Maden A, Unsal B. The prevalence of ocular involvement in patients with inflammatory bowel disease. *Int J Colorectal Dis* 2007; 22(9): 1027-30.
7. Trikudanathan G, Venkatesh PG, Navaneethan U. Diagnosis and therapeutic management of extra-intestinal manifestations of inflammatory bowel disease. *Drugs* 2012; 72(18): 2333-49.
8. Manganelli C, Turco S, Balestrazzi E. Ophthalmological aspects of IBD. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2009; 13 (Suppl. 1): 11-3.
9. Abbasian J, Martin TM, Patel S, Tessler HH, Goldstein DA. Immunologic and genetic markers in patients with idiopathic ocular inflammation and a family history of inflammatory bowel disease. *Am J Ophthalmol* 2012; 154(1): 72-7.
10. Suhler EB, Smith JR, Giles TR, Lauer AK, Wertheim MS, Kurz DE, et al. Infliximab therapy for refractory uveitis: 2-year results of a prospective trial. *Arch Ophthalmol* 2009; 127: 819-22.
11. Felekitis T, Katsanos K, Kitsanou M, Trakos N, Theopistos V, Christodoulou D, Asproudis I, et al. Spectrum and frequency of ophthalmologic manifestations in patients with inflammatory bowel disease: a prospective single-center study. *Inflamm Bowel Dis* 2009; 15(1): 29-34.

Solicitud de sobretiros:

Dr. Ulises Rodríguez-Wong
Tepic 113- 611
Col. Roma Sur
C.P. 06760, México, D.F.
Tel. 5264-8266
Correo electrónico:
ulisesromed@prodigy.net.mx