

OFTALMOLOGÍA

UVEITIS

Pamela Maroto Jiménez*

SUMMARY

Uveitis is an inflammatory disease that can cause blindness. This is a review of definition, classification, etiopathogenesis, epidemiology as well as diagnosis and treatment in a practical way.

INTRODUCCIÓN

La uveitis es una enfermedad inflamatoria potencialmente causal de ceguera. La siguiente es una revisión donde se aborda la definición, clasificación, etiopatogenia, epidemiología así como el diagnóstico y tratamiento de una manera práctica.

DEFINICIÓN

La uveitis es una enfermedad inflamatoria, intraocular, que afecta tanto el tracto uveal (iris, coroides y cuerpo ciliar), como estructuras adyacentes: esclera, cornea, humor vítreo, retina y cabeza del nervio óptico. Puede ocasionar ceguera, siendo la cuarta causa de la misma en la población económicamente activa⁽¹⁾; en los Estados Unidos de Norteamérica es responsable del 10% de los casos de ceguera⁽¹⁸⁾ y un 25 % en los países en vías de desarrollo⁽⁴⁾. La patogénesis de la uveítis no es clara, sin embargo se conoce

que es mediada por la inmunidad y se ve influenciada por diversos factores endógenos⁽¹⁸⁾. La etiología es muy amplia y varía según el sitio anatómico donde se presente. En el caso de la uveítis aguda anterior, esta se asocia a desordenes sistémicos como la espondilitis anquilosante, el síndrome de Reiter, enfermedad de Kawasaki, uveitis infecciosa, síndrome de Behcet, enfermedad intestinal inflamatoria, nefritis intersticial, sarcoidosis y síndrome de Vogh-Koyanagi-Harada. Puede estar ligada a la expresión del HLA B-27 sin necesidad de que este traduzca alguna

*Médico General (UCR). Servicio de Emergencias Hospital San Rafael de Alajuela.

enfermedad sistémica. También puede ser causada por una cirugía o secundaria a una reacción adversa o de hipersensibilidad a medicamentos como por ejemplo: cidofovir, rifabutin, sulfonamidas, bifosfonatos, fluoroquinolonas, inhibidores del factor de necrosis tumoral, ranibizumab, bevacizumab, aflibercept, triamcinolona, brimonidina análogos de prostaglandinas entre otros^(5,12). Las secuelas incluyen opacidades corneales o vítreas, queratitis en banda, sinequias, cataratas, membranas epiretinianas, edema macular, neuropatía óptica, atrofia óptica e incluso glaucoma⁽²⁾.

CLASIFICACIÓN

La clasificación ha sido un punto de discusión importante debido a las diversas maneras de nombrarla⁽¹³⁾. Debido a ello se establece un grupo de consenso para estandarizar la nomenclatura, llamado por sus siglas en inglés grupo de trabajo SUN [standardization of uveítis nomenclature]⁽⁶⁾. Se llega al acuerdo de clasificar la uveítis tomando en cuenta: clase anatómica (anterior, posterior, intermedia o panuveítis), inicio (insidioso), duración (persistente), curso (agudo, crónico), lateralidad, sitio primario de inflamación, morfología, descripción de

Tabla 1

Criterios de SUN para clasificación de uveítis

Tipo de uveítis	Sitio primario de inflamación	Otros nombres previos
Anterior	Cámara anterior	Iritis, iridociclitis, ciclitis anterior
Intermedia	Vítreo	Pars planitis, ciclitis posterior, hialitis
Posterior	Retina o coroides	Coroiditis focal, multifocal o difusa.
Corioretinitis o retinocoroiditis.	2,04	8,16
Panuveítis	Todas las anteriores	

manchas, localización en dos dimensiones en el fondo de ojo e imágenes⁽⁴⁾. Ver Tabla 1.

EPIDEMIOLOGÍA

La uveítis tiene una incidencia anual de 17-52 casos por 100 000 habitantes y una prevalencia de 38-714 por 100 000 habitantes. En cuanto al género no existe predilección aunque en lo que respecta a la uveítis anterior relacionada al HLA-B 27 es más común en hombres y la asociada a la artritis juvenil idiopática es más común en mujeres jóvenes.⁽⁴⁾ En cuanto a la edad, es más prevalente en gente joven, siendo la quinta década la de mayor inicio de la enfermedad⁽¹⁾.

DIAGNÓSTICO

Se necesita de un examen oftalmológico completo para realizar una unidad diagnóstica y combinar la clínica, valoración

instrumental y las pruebas de laboratorio. Sintomatología como ojo rojo, visión borrosa, fotofobia o hipersensibilidad a la luz, dolor periorbitario, flotadores o cefaleas pueden orientarnos hacia una uveítis anterior; mientras que flotadores, visión borrosa que puede incluso cursar con ceguera y fotopsia hacen pensar en una uveítis posterior⁽¹⁷⁾. Algunas herramientas diagnósticas incluyen la angiografía con fluoresceína y con indocianina verde, la tomografía de coherencia óptica y el ultrasonido⁽¹⁴⁾. También existe una técnica reciente, llamada autofluorescencia del fondo ocular, que capta la fluoresceína espontánea de las estructuras del fondo ocular que contienen lipofuscina de tal manera que dependiendo del proceso patológico dará una señal hiper o hipoautofluorescencia lo cual es muy útil en uveítis posteriores que dañan retina externa y el epitelio

pigmentado de la retina^(10,11). Otras pruebas más específicas podrían incluir el análisis del vítreo para diagnóstico diferencial entre malignidad e inflamación⁽³⁾, la determinación del antígeno leucocitario humano HLA para diagnosticar y manejar la uveítis.⁽¹⁶⁾

TRATAMIENTO

Dentro de la terapéutica actual tenemos los corticoesteroides, los antimetabolitos, los agentes alquilantes, los inhibidores de la calcineurina y en años recientes los biológicos^(7,8). Los esteroides han sido el tratamiento de primera línea debido a su eficacia y rápido inicio de acción. En forma tópica son efectivos en uveítis anteriores en presentaciones que incluyen acetato de prednisolona 1%, fosfato sódico de prednisolona 1%, fluorometalona 0,1%, rimexolona 1%, entre otros. Efectos adversos ya conocidos de los esteroides a nivel ocular, también podrían presentarse como lo son el aumento de la presión intraocular, glaucoma y cataratogénesis. En uveítis intermedias, posteriores o en panuveítis, se requiere de corticoesteroides orales, intravenosos, perioculares o intravítreos. La dosis de esteroides sistémicos es 1 mg/kg/día oral y 1g/día por tres días intravenosa. La medicina del futuro se orienta hacia la

especificidad e individualización del tratamiento. El manejo de la uveítis podría llegar a darse desde el consultorio donde por medio de sensores colocados en la lámpara de hendidura, se realice un análisis de niveles de citoquinas y otros factores inflamatorios, esta información se envía de manera automatizada e inmediata al farmacéutico el cual desarrollara la prescripción específica para el caso, logrando un abordaje expedito, una mejor respuesta al tratamiento y una evolución más favorable⁽⁹⁾. La terapia biológica avanza a pasos de gigante y tiene un potencial muy alto en lo que respecta al manejo de la enfermedad ocular inflamatoria, por lo que debemos estar alertas y en constante actualización⁽¹⁵⁾.

RESUMEN

La uveítis es una enfermedad inflamatoria cuya patogenia no es clara y su etiología es muy amplia. Las secuelas visuales son muy importantes por lo que debe ser identificada, clasificada y tratada de forma oportuna.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barisani-Asenbauer, T., Maca, S. M., Mejdoubi, L., Emminger, W., Machold, K., & Auer, H. (2012). Uveitis- a rare disease often associated with systemic diseases and infections- a systematic review of 2619 patients. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 7, 57. doi:10.1186/1750-1172-7-57
2. Brézin, A. P. (2012). [Uveitis]. *Presse Médicale* (Paris, France: 1983), 41(1), 10-20. doi:10.1016/j.lpm.2011.05.011
3. Damato, E. M., Angi, M., Romano, M. R., Semeraro, F., & Costagliola, C. (2012). Vitreous analysis in the management of uveitis. *Mediators of Inflammation*, 2012, 863418. doi:10.1155/2012/863418
4. De Smet, M. D., Taylor, S. R. J., Bodaghi, B., Miserocchi, E., Murray, P. I., Pleyer, U., ... Lightman, S. (2011). Understanding uveitis: the impact of research on visual outcomes. *Progress in Retinal and Eye Research*, 30(6), 452-470. doi:10.1016/j.preteyeres.2011.06.005
5. Islam, N., & Pavesio, C. (2010). Uveitis (acute anterior). *Clinical Evidence*, 2010.
6. Jabs, D. A., Nussenblatt, R. B., Rosenbaum, J. T., & Standardization of Uveitis Nomenclature (SUN) Working Group. (2005). Standardization of uveitis nomenclature for reporting clinical data. Results of the First International Workshop. *American Journal of Ophthalmology*, 140(3), 509-516.
7. Larson, T., Nussenblatt, R. B., & Sen, H. N. (2011). Emerging drugs for uveitis. *Expert Opinion on Emerging Drugs*, 16(2), 309-322. doi:10.1517/14728214.2011.537824
8. Leung, T. G., & Thorne, J. E. (2013). Emerging drugs for the treatment of uveitis. *Expert Opinion on Emerging Drugs*, 18(4), 513-521. doi:10.1517/14728214.2013.861417
9. Lin, P., Suhler, E. B., & Rosenbaum,

- J. T. (2014). The future of uveitis treatment. *Ophthalmology*, 121(1), 365-376. doi:10.1016/j.ophtha.2013.08.029
10. Martínez-Berriotxo, A., Fonollosa, A., & Artaraz, J. (2012). [Uveitis: diagnostic approach]. *Revista Clínica Española*, 212(9), 442-452. doi:10.1016/j.rce.2011.12.004
11. Meleth, A. D., & Sen, H. N. (2012). Use of fundus autofluorescence in the diagnosis and management of uveitis. *International Ophthalmology Clinics*, 52(4), 45-54. doi:10.1097/IIO.0b013e3182662ee9
12. Moorthy, R. S., London, N. J. S., Garg, S. J., & Cunningham, E. T. (2013). Drug-induced uveitis. *Current Opinion in Ophthalmology*, 24(6), 589-597. doi:10.1097/01.icu.0000434534.32063.5c
13. Okada, A. A., & Jabs, D. A. (2013). The standardization of uveitis nomenclature project: the future is here. *JAMA Ophthalmology*, 131(6), 787-789. doi:10.1001/jamaophthalmol.2013.1596
14. Regatieri, C. V., Alwassia, A., Zhang, J. Y., Vora, R., & Duker, J. S. (2012). Use of optical coherence tomography in the diagnosis and management of uveitis. *International Ophthalmology Clinics*, 52(4), 33-43. doi:10.1097/IIO.0b013e318265d439
15. Rosenbaum, J. T. (2010). Future for biological therapy for uveitis. *Current Opinion in Ophthalmology*, 21(6), 473-477. doi:10.1097/ICU.0b013e32833f00b3
16. Sarup, V., & Foster, C. S. (2013). HLA associations in chronic vision threatening uveitis. *Seminars in Ophthalmology*, 28(5-6), 333-336. doi:10.3109/08820538.2013.825282
17. Selmi, C. (2014). Diagnosis and classification of autoimmune uveitis. *Autoimmunity Reviews*, 13(4-5), 591-594. doi:10.1016/j.autrev.2014.01.006
18. Yang, M.-M., Lai, T. Y. Y., Luk, F. O. J., & Pang, C.-P. (2014). The roles of genetic factors in uveitis and their clinical significance. *Retina (Philadelphia, Pa.)*, 34(1), 1-11. doi:10.1097/IAE.0b013e31829f7415