

UVEÍTIS



Sociedad Española de
Reumatología



Fundación Española de
Reumatología

¿QUÉ ES?

Las uveítis son procesos inflamatorios de la úvea. La úvea es una membrana interna del ojo, localizada entre la córnea-esclera y el neuroepitelio. Se divide en úvea anterior, delimitada por el iris, úvea intermedia (cuerpo ciliar), y úvea posterior (coroides) en contacto con la retina.

La uveítis es frecuente entre los 20 y 50 años, aunque también pueden aparecer en menores de 10 años y, con menor frecuencia, en mayores de 65 años. Supone una importante causa de ceguera y deterioro visual, en torno al 35% de las cegueras legales, con importante repercusión socio-sanitaria, laboral y de deterioro de calidad de vida.

La uveítis puede deberse a causas infecciosas, inflamatorias, oftalmológicas y farmacológicas. Los síntomas, signos y pérdida de visión estarán relacionados con la región uveal que se afecte. Para un correcto estudio, diagnóstico y tratamiento se recomienda colaboración multidisciplinar entre oftalmólogo y reumatólogo, y en ocasiones, otros profesionales como inmunólogos, internistas, microbiólogos, pediatras, etc.

CAUSAS DE LAS UVEÍTIS

Las numerosas causas de las uveítis se pueden agrupar en

1. **Infecciosas:** bacterianas (tuberculosis, sífilis, borrelia, bartonella, leptospira), víricas (herpes simple, varicela-zóster, Epstein-Barr, citomegalovirus, VIH), parasitarias (toxoplasma, toxocara, acantoameba, cisticerco) o por hongos (cándida, histoplasma).

2. **Enfermedades reumáticas y autoinmunes**

sistémicas: algunas con cierta predisposición genética, como espondiloartropatías (espondilitis anquilosante, artritis reactivas, psoriásica), artritis idiopática juvenil, lupus eritematoso sistémico, enfermedad inflamatoria intestinal, sarcoidosis, enfermedad de Behçet y otras vasculitis, enfermedad de Vogt-Koyanagi-Harada, esclerosis múltiple, e incluso nefritis.

3. **Enfermedades oftalmológicas puras:**

idiopáticas, asociadas o no a HLA-B27; uveítis anteriores como ciclitis heterocrómica de Fuchs y síndrome de Posner-Schlossman; uveítis intermedias como parsplanitis; uveítis posteriores y panuveítis como coriorretinopatía de Birdshot, corioidopatía serpinginosa, corioiditis multifocal, necrosis retiniana y oftalmía simpática.

4. **Síndromes de enmascaramiento:** neoplasias como linfoma, leucemia, retinoblastoma y metástasis; vasculares como enfermedad venooclusiva por síndrome antifosfolípido; y oftalmológicas como retinitis pigmentosa.

5. **Farmacológicas:** bifosfonatos, sulfonamidas, etc.

SÍNTOMAS Y SIGNOS

Los síntomas generales de las uveítis son, dolor y enrojecimiento oculares y pérdida de visión en diferentes grados pueden variar según la zona de la úvea que esté afectada:

- **Uveítis anteriores:** dolor y enrojecimiento oculares, sensibilidad a la luz o fotofobia, y visión borrosa por enturbiamiento del humor acuoso de la cámara anterior con depósito de células y proteínas inflamatorias (Tyndall), hipopion, precipitados queráticos y sinequias en iris.

- **Uveítis intermedia:** miodesopsias (moscas volantes) y visión borrosa, con inflamación del vítreo, infiltrados celulares vítreos (snowballs), exudados (snowbanks). La parsplanitis es una uveítis intermedia idiopática con formación de snowballs y snowbanks.
- **Uveítis posteriores:** no suelen presentar dolor ni enrojecimiento, pero sí miodesopsias y pérdida de visión por afectación de la retina y su parte central, la mácula.
- **Panuveítis:** inflamación difusa en las tres regiones, cámara anterior, vítreo y coroides, y retina, con una mezcla de síntomas de los otros tres tipos de uveítis.

La historia clínica y exploración oftalmológica describirán y clasificarán la uveítis en doce patrones clínicos, con medidas de actividad y remisión. Cada uno de esos patrones clínicos se asocia con más frecuencia a unas enfermedades en particular. Así se facilitará el diagnóstico y estudio, evitando pruebas innecesarias, mejorando costes, eficiencia y pronóstico al poder realizar también un tratamiento precoz y seguimiento multidisciplinar.

El diagnóstico de fibromialgia se propuso en los años 90 realizarlo teniendo en cuenta los síntomas que explica el paciente y los hallazgos que encuentra el médico al explorar (dolor a la presión en unos puntos determinados del cuerpo sin otras alteraciones). Cuando los puntos dolorosos son más de 11 de los 18 señalados en la figura 2 en una persona con dolor generalizado, se puede hacer el diagnóstico de fibromialgia.

No obstante, en 2010 se propusieron nuevos criterios diagnósticos que se basan exclusiva-

mente en la utilización de la información que aporta el paciente mediante la realización de dos cuestionarios: índice de dolor generalizado (Widespread Pain Index [WPI]) y una Escala de gravedad de síntomas (Symptom Severity Score [SS-Score]).

Otra alteración que se encuentra en la exploración de una persona con fibromialgia es la mayor facilidad para el enrojecimiento de la piel al presionar con la mano en cualquier lugar del cuerpo. Esta es la consecuencia de pequeñas alteraciones en la regulación de los sistemas de riego de sangre a la piel.

Actualmente, no existen pruebas objetivas que ayuden al diagnóstico. Los análisis y las radiografías sirven para descartar otras enfermedades que se puedan asociar a la fibromialgia. No son necesarias otras pruebas de imagen como TC o resonancia magnética para el estudio de la fibromialgia.

Es muy importante establecer un diagnóstico firme porque ahorra una peregrinación en busca de diagnósticos o tratamientos, mejora la ansiedad que produce encontrarse mal sin saber por qué y permite fijar objetivos realistas.

TRATAMIENTO Y CURACIÓN

El tratamiento de la uveítis incluirá el control del dolor e inflamación, y la prevención de recidivas y complicaciones.

El tratamiento de las uveítis no infecciosas se puede dividir en tópico y sistémico. Tópicos en gotas, como antiinflamatorios, corticoides, midriáticos e hipotensores durante un limitado período. Y si no mejorase, tra-

tamientos intraoculares con inyecciones e implantes de corticoides, y sistémicos con corticoides, inmunosupresores, inmunomoduladores, e incluso biológicos o anticuerpos monoclonales. En las uveítis infecciosas o ante su sospecha, se añadirá tratamiento antibiótico, antiviral o antifúngico. Pueden existir ciertas variaciones en el tratamiento según la zona uveal afecta, anterior, intermedia o posterior. Además, se hará prevención y tratamiento de las complicaciones de las uveítis, como la catarata, hipertensión ocular y glaucoma, opacidad del vítreo, membrana epirretiniana, desprendimiento de retina y edema macular. En ocasiones, se precisará intervención quirúrgica.

En cuanto a la curación, las uveítis infecciosas se resuelven con fármacos antimicrobianos específicos. Las uveítis no infecciosas pueden curar en un tiempo breve con antiinflamatorios y midriáticos, pero si se cronificaran, precisarán un tratamiento prolongado con inmunosupresores hasta conseguir su curación. Afortunadamente, sólo unos pocos casos podrían ser consideradas "incurables" en la actualidad.

Según el estilo de vida, estudios epidemiológicos han encontrado asociación entre el tabaco y uveítis y otras enfermedades autoinmunes, por lo que se recomienda no fumar. No se ha objetivado relación concluyente entre estrés y uveítis, y finalmente, parece que cambios en microbiota intestinal podrían ser causa de uveítis y otras enfermedades autoinmunes y quizá pudieran influir en su mejoría probióticos y prebióticos.

HERENCIA Y UVEÍTIS

Muy pocas uveítis son hereditarias en sentido estricto. En algunos síndromes autoinflamatorios, como en el síndrome de Blau, la mutación de un gen produce la enfermedad en la infancia y es preciso el estudio genético. Mucho más frecuente es tener predisposición genética a presentar uveítis, en asociación con otros factores de riesgo. Los polimorfismos genéticos y determinados antígenos de histocompatibilidad HLA predisponen a un mayor riesgo de desarrollar uveítis, como B27 (uveítis anteriores y en espondiloartritis), A29 (coriorretinopatía de Birdshot) y B51 (enfermedad de Behçet), pero esta relación de ningún modo significa que sean hereditarias.

CEGUERA Y UVEÍTIS

Actualmente y en nuestro entorno, con el acceso universal al sistema sanitario, colaboración multidisciplinar, métodos de diagnóstico, y nuevos tratamientos, aunque pueda perder capacidad visual, es muy improbable la ceguera total en un paciente con uveítis.