UVEÍTIS

inforeuma.com

Fundación Española de Reumatología

¿QUÉ ES?

La uveítis es una forma de inflamación intraocular que afecta a la capa media del tejido del globo ocular denominada úvea. Habitualmente, en las uveítis el proceso inflamatorio se inicia en el tracto uveal; sin embargo, las estructuras adyacentes como el vítreo, la papila o la retina también pueden verse afectadas.

En la mitad de los casos su origen es desconocido o no clasificado, y se estima que en una tercera parte de los pacientes la uveítis se produce por una enfermedad reumática, entre las que se encuentran la artritis idiopática juvenil, el grupo de las espondiloartritis, la enfermedad de Behçet, algunas vasculitis sistémicas y la sarcoidosis, entre otras. La incidencia de la uveítis es de 52 casos por 100.000 habitantes/año y la prevalencia es de 70 casos por 100.000 habitantes/año en los países desarrollados, donde actualmente supone la tercera causa de ceguera en población en edad laboral, aunque al mismo tiempo sigue siendo una entidad bastante desconocida entre la población general.

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.

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.

CAUSAS DE LAS UVEÍTIS

Las numerosas causas de las uveítis se pueden agrupar en:

1. Infecciosas: bacterianas (tuberculosis, sífilis, borrellia, bartonella, leptospira), **víricas** (herpes simple, varicela-zóster, Ebstein-Barr, citomegalovirus, VIH), **parasitarias** (toxoplasma, toxocara) **o por hongos** (cándida, aspergillus).

2. Enfermedades reumáticas y autoinmunes sistémicas: algunas con cierta predisposición genética, como espondiloartritis (espondilitis anquilosante, artritis reactivas, psoriásica), artritis idiopática juvenil, lupus eritematoso sistémico, enfermedad inflamatoria intestinal, sarcoidosis, enfermedad de Behçet y otras vasculitis.

3. Enfermedades oculares primarias:

1) Pars planitis.

2) Uveítis posteriores como enfermedad de Birdshot, coroiditis serpinginosa, coroiditis multifocal y otros síndromes de manchas blancas.

3) Panuveítis como la oftalmia simpática y el síndrome de Vogt Koyanagi Harada.

Anteriormente se incluían en este grupo la uveítis de Fuchs y el síndrome de Posner-Schlossman, pero actualmente se sabe que su etiología es vírica, y por tanto han dejado de ser primarias.

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

5. Farmacológicas: bifosfonatos, brimonidina y prostaglandinas.

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. Si la inflamación es muy intensa, puede existir edema macular, pero no cambia el criterio de clasificación.

• Uveítis intermedia: miodesopsias (moscas volantes) y visión borrosa, con inflamación del vítreo, infiltrados celulares vítreos (snowballs), exudados en la pars plana (snowbanks). También puede existir edema macular y vasculitis periférica.

• Uveítis posteriores: no suelen presentar dolor ni enrojecimiento, pero sí miodesopsias y pérdida de visión. Se puede afectar la retina (con vasculitis y focos inflamatorios) y la coroides en forma de coroiditis. Puede existir también papilitis con afectación del nervio óptico y edema macular que es lo que suele producir la pérdida de visión en este tipo de uveítis.

• Panuveítis: inflamación difusa en las tres regiones (segmento anterior, intermedio y posterior del ojo), 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.

TRATAMIENTO Y CURACIÓN

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

Con un diagnóstico y una clasificación precoz del tipo de uveítis y patología asociada, se puede realizar también un tratamiento precoz y dirigido que minimice el daño estructural y las secuelas a largo plazo.

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, tratamientos intraoculares con inyecciones e implantes de corticoides, y sistémicos con corticoides e inmunomoduladores tanto sintéticos como biológicos.

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 ocular 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.

El tratamiento en estos casos es muy variado y depende a su vez como ya hemos dicho anteriormente del patrón clínico, de la etiología, de la gravedad y de los factores pronósticos de la uveítis. La creación de unidades multidisciplinares (con oftalmólogos y reumatólogos) para el manejo conjunto de estas patologías, la formación continuada compartida entre especialidades y la publicación de datos en vida real sobre el manejo de estas patologías ha acortado distancias en la estandarización para el tratamiento los últimos años.

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 antinflamatorios y midriáticos, pero si se cronifican, precisarán un tratamiento prolongado con inmunomoduladores hasta conseguir su remisión.

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.

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.

Fundación Española de Reumatología