

Diagnóstico diferencial de la uveítis anterior



MÉXICO

Autores: *Fernando Castillo Nájera, cirujano oftalmólogo adscrito al Departamento de Cirugía de la Facultad de Medicina de la UNAM. Sergio Daniel Herrera Noguez, médico general adscrito a la Facultad de Medicina de la UNAM.*

El diagnóstico clínico debe ser elaborado con sumo cuidado a todos los pacientes a quienes se les realizará una historia clínica detallada y una analítica general (exploración oftalmológica y examen físico general). Se consideran básicos los estudios que miden la velocidad de sedimentación globular, la prueba de Mantoux, la de serología y una radiografía de tórax. Las pruebas restantes complementarias deben ser dirigidas por los patrones de presentación clínica y se deben llevar a cabo estudios adicionales sólo cuando la inflamación sea severa, bilateral, recurrente, granulomatosa o esté asociada a síntomas sistémicos que sugieran una enfermedad subyacente que pueda ser causa de la uveítis.

Pruebas inmunológicas

La uveítis puede ser la primera manifestación de una enfermedad autoinmune sistémica y preceder a la aparición del proceso como tal. Suele asociarse a padecimientos de base inmunológica relacionados en su mayoría con el antígeno HLA-B27. La uveítis anterior HLA-B27 positiva puede presentarse como una entidad clínica aislada o en asociación con espondilitis anquilosante, el síndrome de Reiter o con una uveítis anterior aguda idiopática (Cuadro 1).

La investigación del haplotipo HLA-B27 está indicada en aquellos pacientes con uveítis anterior aguda y recidivante. La investigación de los haplotipos restantes se realizará cuando se sospeche de la existencia de las entidades mencionadas. También se ha encontrado relación con la positividad de autoanticuerpos ANA, ANCA o ACA en procesos autoinmunes subclínicos y antígenos de clase II del complejo mayor de histocompatibilidad.

Pruebas sexológicas. Tienen escaso valor y no son muy usadas, pero en el contexto clínico adecuado pueden proporcionar informa- ➔

Bibliografía

1. Foster CS, Vitale AT. *Diagnosis and treatment of uveitis*. WB Saunders Company, Philadelphia, 2002.
2. Basic and clinical science course, section 9. *Intraocular Inflammation and Uveitis* 2003-2004.
3. Gómez VM, Lacomba SM, Mohamed OM. Uveítis. *Oftalmología en atención primaria*. Editorial Formación Alcalá, Febrero, 2003. Segunda edición, capítulo IX, p. 177-198.
4. Monográficos sobre uveítis. Patrones uveíticos anteriores. *Annals d'Oftalmología* 2004;12(5):258-263.
5. Monográficos sobre uveítis. Uveítis y las enfermedades infecciosas. *Annals d'Oftalmología* 2004;12(5):265-269.
6. Voorduin S, Zagorin B. Frecuencia y causa de las uveítis en el Instituto de Oftalmología Conde de Valenciana. *Rev Mex Oftalmol* julio-agosto 2005; 79(4):193-196.
7. Carbone J, Sarmiento E, Micheloud D, et al. *Enfermedad autoinmune sistémica en pacientes con uveítis*. *Arch Soc Esp Oftalmol* abr 2006, vol. 81, no. 4, p. 193-198.
8. Vela JI, Galán A, Fernández E, et al. Uveítis anterior y artritis idiopática juvenil. *Arch Soc Esp Oftalmol* oct 2003, vol. 78, núm. 10, p. 561-565.
9. James T, Rosenbaum M, Matthias D, Justine R, Smith MB. Hacia nuevas terapias para la inflamación ocular. *Arch Soc Esp Oftalmol* núm. 8, agosto 2000.
10. Cano PJ, Díaz LM. Nuevos fármacos en el tratamiento de las uveítis no infecciosas. *Soc Esp Oftalmol*, dic 2006, vol. 81, núm. 10.
11. Hernández GM, Díaz LIM, Salom AD, Cervera. Uveítis recurrentes y tratamiento con anticuerpos monoclonales (daclizumab). *Soc Esp Oftalmol* dic. 2004, vol. 79, núm. 12.

Cuadro 1. Asociaciones HLA/síndromes uveíticos conocidos

Diagnóstico	Antígeno
Uveítis anterior	HLA B27
Uveítis posterior	HLA DR52
Síndrome de Vogt-Koyanagui-Harada	HLA DR53/DR4
Retinocoroidopatía en perdigonada	HLA A29
Enfermedad de Behcet	HLA B51
Síndrome de Reiter	HLA B27

ción valiosa, como en el caso del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y sífilis.

Serología intraocular. Consiste en buscar la producción local intraocular de anticuerpos contra alguna infección en específico, cuyo valor es mayor que la serología sanguínea. Sin embargo, es preciso aspirar humor acuoso y disponer de personal y laboratorio con experiencia en la técnica, por lo que en la actualidad es un método diagnóstico de uso poco extendido.

Reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Es muy útil para hallar infecciones en individuos cuyo sistema inmunológico está comprometido o en el periodo de incubación de determinadas infecciones en las que todavía no se han producido los suficientes anticuerpos como para ser detectados por las técnicas habituales. Las principales indicaciones de la técnica de PCR en las uveítis son:

1. Pacientes inmunodeprimidos en los que se sospecha de una uveítis infecciosa.
2. Pacientes inmunocompetentes con uveítis de posible causa infecciosa, de curso atípico o con mala respuesta terapéutica.
3. Para realizar estudios de investigación básicos sobre nuevos agentes infecciosos y en enfermedades de etiología dudosa.

Biopsia endoocular. La biopsia de vítreo puede efectuarse mediante punción con aguja fina o en el curso de una vitrectomía diagnóstica. Es de gran utilidad en el diagnóstico del linfoma intraocular, el cual se debe sospechar en personas mayores de 60 años con panuveítis que no responden al tratamiento con corticoides.

Diagnóstico diferencial

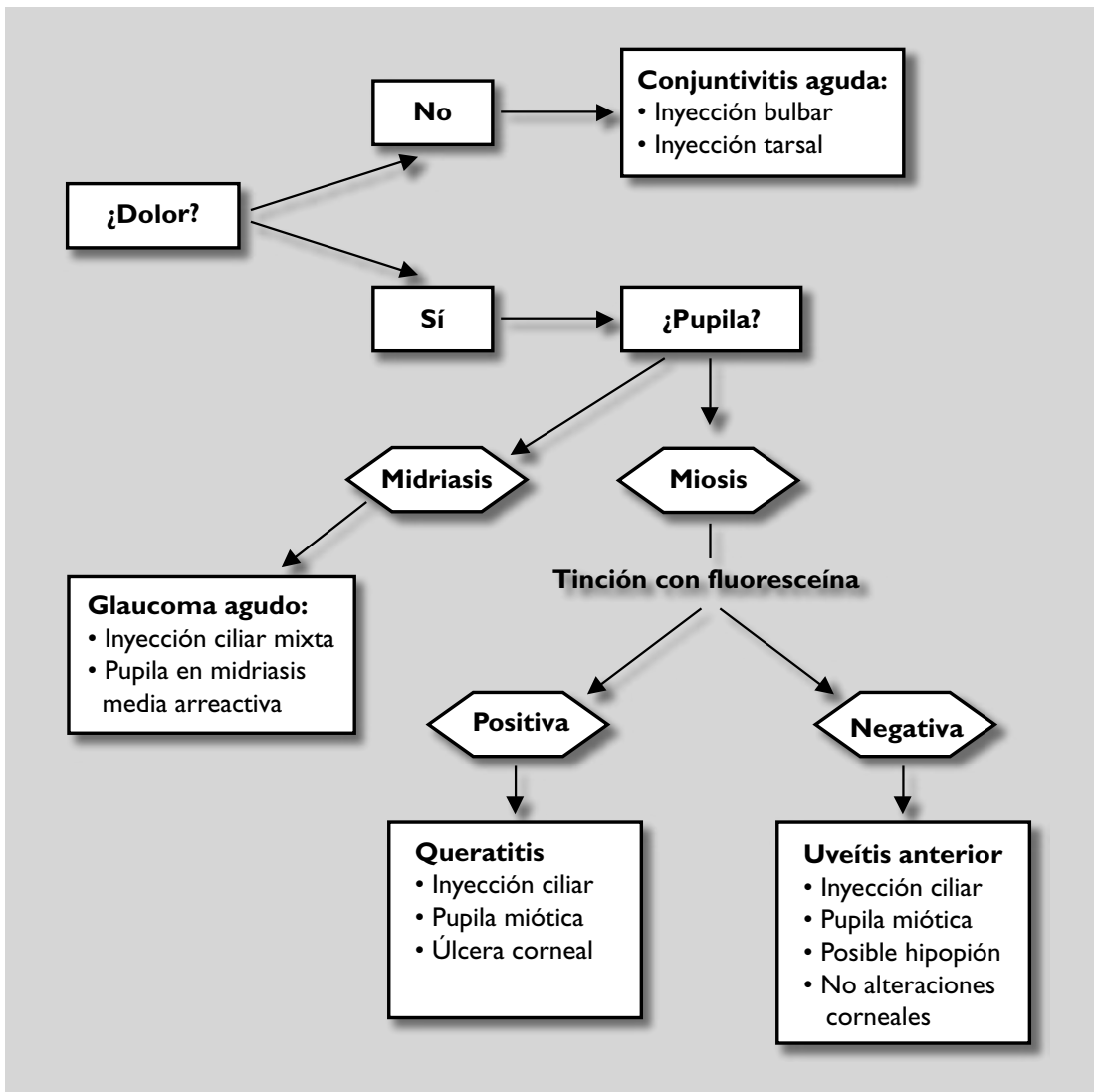
Es importante hacer el diagnóstico diferencial con otros procesos que pueden cursar con ojo rojo y doloroso, como la conjuntivitis (no dolorosa), la queratitis o el glaucoma agudo (ambos cursan con dolor). La presencia de dolor, la distribución de la hiperemia, el tamaño de la pupila y la existencia o no de lesión corneal asociada ayudan a establecer el diagnóstico diferencial (Cuadros 2 y 3).

Tratamiento

El tratamiento en la mayoría de los casos de uveítis suele ser inespecífico, pues pocas veces hay una entidad identificada que requiera un tratamiento específico. Dentro de este tratamiento inespecífico, los corticoides (tópicos, perioculares y sistémicos) siguen siendo el pilar en la mayor parte de las uveítis, conjuntamente con los fármacos ciclopéjicos. Incluso en las uveítis tratadas de forma específica es necesaria la administración de corticoides para aminorar el daño intraocular—muchas veces irreversible— que el propio proceso inflamatorio conlleva.

1. Corticoides. La uveítis anterior suele responder bien a la vía tópica y sólo en ocasiones muy graves se administra por vía sistémica o inyección periorcular. Es importante iniciar tempranamente el tratamiento y la retirada lenta de los fármacos debido a las recidivas al suspender la terapia. La frecuencia de la instilación dependerá de la gravedad de la inflamación. Se debe empezar con una frecuencia elevada y reducirla cuando la inflamación remita. En el caso de la uveítis anterior aguda, se suele comenzar con la instilación horaria para posteriormente aumentar los intervalos y, finalmente, suspenderlo a las cinco o seis semanas. Las principales indicaciones de la administración sistémica de corticoides son:

- a) Uveítis anteriores con mala respuesta al tratamiento tópico o periorcular.



Cuadro 2. Algoritmo diagnóstico de ojo rojo y doloroso

b) Uveítis intermedias con afectación visual y mala respuesta al tratamiento tópico y/o periocular.

c) Uveítis posteriores graves y panuveítis.

2. Ciclopléjicos. Son los fármacos fundamentales para el alivio del dolor en esta patología, ya que relajan el músculo ciliar, pero también previenen alteraciones estructurales irreversibles, como la formación de sinequias.

3. AINE. La terapia conjunta con AINE tópicos es de utilidad tanto para reducir la inflamación intraocular como para disminuir

la cantidad de corticoides administrada. Sin embargo, como el dolor se debe en parte a la contracción del músculo ciliar, no se obtendrá mayor beneficio en el tratamiento de éste y se deberá recurrir al uso de ciclopléjicos.

4. Inmunosupresores. Pueden emplearse diversos inmunosupresores (ciclosporina, metotrexate, azatioprina) para algunas entidades que no responden al tratamiento con corticoides.

Nuevas terapias

Han surgido nuevos tratamientos para algunas uveítis no infecciosas debido a que las terapias convencionales inmunosupresoras tienen un ➔

Cuadro 3. Datos clínicos en el diagnóstico diferencial del ojo doloroso

Datos clínicos	Queratitis	Uveítis anterior	Glaucoma
Dolor	++	++ Profundo	+++ Muy intenso
Visión	Poco disminuida o normal	Disminuida	Muy disminuida
Hiperemia	Ciliar	Ciliar	Ciliar
Pupila	Miosis	Miosis-bradicoria	Midriasis media arreactiva
Cámara anterior	Normal o Tyndall leve	Tyndall ++ células	Estrechada

éxito terapéutico reducido e importantes efectos secundarios; por tanto, estos nuevos fármacos pretenden ser más selectivos en su mecanismo de acción, más potentes en el control de la inflamación ocular a largo plazo y con menos efectos secundarios colaterales. Algunos de ellos son:

- a) **Triamcinolona intravítrea.** Está indicada en las uveítis no infecciosas cuando éstas incluyen nuevos brotes de inflamación en pacientes que estaban bajo tratamiento sistémico inmunosupresor, así como cuando los tratamientos sistémicos provocan efectos secundarios o se sospecha del mal cumplimiento de los primeros. Mejora la agudeza visual y reduce el tratamiento sistémico en alrededor de 60% de los casos.
- b) **Implantes vítreos de corticoides.** El implante vítreo de corticoides está indicado en algunas uveítis no infecciosas, con el cual se obtiene la misma eficacia mediante una menor dosis de esteroide y disminuye la tasa de recurrencia de brotes de uveítis, estabiliza la agudeza visual, mejora el edema macular y reduce la necesidad de corticoides sistémicos e inyectados; puede proporcionar una liberación sostenida del corticoide hasta por dos años.

c) **Daclizumab.** Es un anticuerpo monoclonal con acción sobre las uveítis autoinmunes. Mejora la inflamación intraocular y su uso contribuye a bajar las dosis de esteroides e incluso a suspenderlos; no es muy efectivo sin una adecuada terapia inmunosupresora previa.

d) **Infliximab.** Es un anticuerpo monoclonal anti-TNF-alfa que ha demostrado ser eficaz en enfermedades autoinmunes. A nivel ocular se utiliza en infusión intravenosa. Tiene éxito en las uveítis infantiles por artritis crónica juvenil, en las uveítis anteriores HLA-B27 positivas y en las asociadas a la enfermedad inflamatoria intestinal refractarias a otros tratamientos. En estos casos mejora el grado de inflamación ocular. **DOLOR**

Estimado médico, cualquier duda, comentario o sugerencia sobre esta publicación
envíela al correo electrónico: cenactd@salud.gob.mx
Visítenos en Internet en los sitios: www.imbiomed.com y www.intramed.net