

Ciclitis heterocrómica de Fuchs. A propósito de un caso

Victoria de Juan Herráez¹, OC n° 16.008 - Raúl Martín Herranz^{1,2}, OC n° 6.959 - Guadalupe Rodríguez Zarzuelo¹, OC n° 12.457 - Rubén Cuadrado Asensio¹, OC n° 12.500.

La ciclitis heterocrómica de Fuchs es una patología crónica inflamatoria que afecta principalmente al polo anterior aunque también puede verse afectado el polo posterior. Los síntomas de esta patología pueden ser mínimos y los signos más típicos son la presencia de precipitados retrocorneales, de heterocromía y de atrofia de iris junto con cataratas y vitritis.

Se presenta un caso clínico correspondiente a una revisión optométrica de un sujeto asintomático donde se sospechó una ciclitis heterocrómica de Fuchs, por lo que se remitió a consulta oftalmológica para su ulterior diagnóstico.

El objetivo de este trabajo es mostrar, a propósito de un caso, la labor de detección de patología ocular asintomática realizada mediante la historia clínica, la exploración con biomicroscopio y el análisis diferencial del caso en el gabinete optométrico.

Palabras clave

Exploración optométrica, historia clínica, catarata, uveítis heterocrómica.

Introducción

Existen distintas patologías oculares, algunas crónicas, donde el único síntoma que refiere el paciente puede ser disminución de agudeza visual en estadios avanzados. Las uveítis intermedias pueden ser un ejemplo en algunos casos. El término uveítis hace referencia a la inflamación del tracto uveal, que incluye el iris, cuerpo ciliar y coroides¹. Se presenta un caso clínico de un paciente con Ciclitis Heterocrómica de Fuchs bilateral. El paciente no presentaba síntomas relacionados con ninguna patología pero los hallazgos encontrados al realizar la historia clínica y la exploración optométrica incluyendo la biomicroscopía de polo anterior hicie-

ron sospechar de este cuadro, por lo que se derivó para una consulta oftalmológica que confirmó la sospecha.

Caso clínico

Exploración optométrica

Sujeto: varón, 36 años, que acude a consulta para una revisión general y para solicitar una lente de contacto (LC), pues se ha roto su LC del OD.

Historia ocular: usuario de gafas por hipermetropía y astigmatismo en OD y miopía en OI. Comenta que no está cómodo con la gafa y por eso no la utiliza. Usuario de LC hidrofílicas desde hace 6 años. Operado de catarata en OI a los 26 años, al preguntar sobre el motivo de la cirugía, el paciente refiere que la catarata apareció y progresó muy rápidamente y que los médicos que le trataron no le explicaron el motivo. Piensa que no era congénita y no refiere ningún

Tabla 1.- Exploración optométrica de la primera visita. NMce: No mejora con estenopecico.

| | | | | | |
|---------------|----|--------------------|----|---------|------|
| Avsc | OD | 0.5 dif | | | |
| | OI | 0.4 | | | |
| Rx subjetiva | OD | +3.25 -2.25 x 180° | AV | 0.8 | NMce |
| | OI | -1.75 | AV | 0.9 dif | NMce |
| Rx subj cerca | OD | +5.75 -2.25 x 180° | AV | 20/30 | |
| | OI | +0.75 | AV | 20/20 | |
| Queratometría | OD | 8.05 x 7.70 a 180° | | | |
| | OI | 7.90 x 7.95 a 180° | | | |

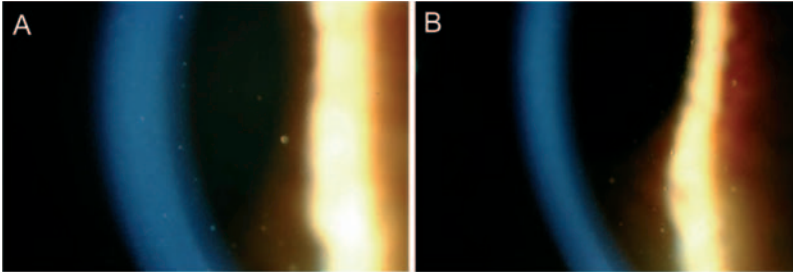


Foto 1: Precipitados retrocorneales en OD (A) y en OI (B).

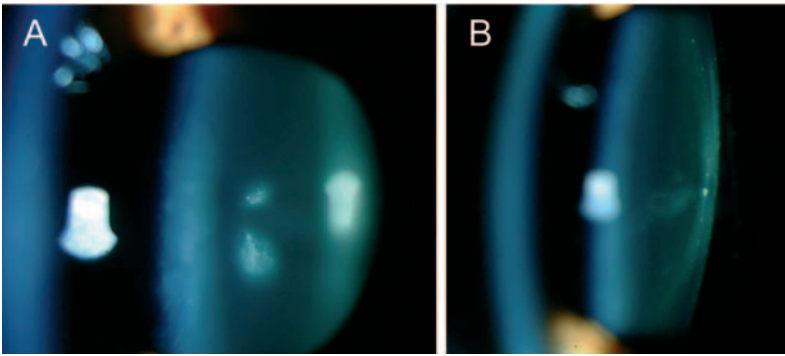


Foto 2: Opacidad polar (A) y subcapsular posterior (B).

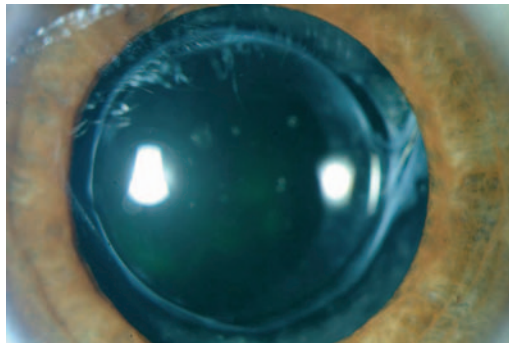


Foto 3: LIO en cámara posterior y atrofia de iris.

traumatismo que pudiera haberla provocado. Actualmente no está en tratamiento con ningún fármaco ni presenta ninguna patología sistémica de base. Los datos de la exploración optométrica se recogen en la **tabla 1**. BPA: Estructuras oculares dentro de la normalidad excepto la córnea de ambos ojos donde se observan precipitados retro-

corneales estrellados, blancos y difusos en todo el endotelio corneal (**Foto 1 A y B**).

En el OD existe una catarata polar y subcapsular posterior (**Foto 2 A y B**), observable sin midriasis pupilar. El OI es pseudo-fáquico con una lente en cámara posterior y una marcada atrofia de iris (**Foto 3**).

Juicio Clínico: Sospecha de patología inflamatoria del polo anterior. El cuadro de signos clínicos podría ser compatible con una uveítis intermedia (ciclitis de Fuchs).

Plan: Se recomienda consulta con un especialista en inmunología ocular para descartar la patología antes de realizar la adaptación de lentes de contacto.

La exploración oftalmológica confirmó los hallazgos encontrados por el óptico-optometrista. Se realizó facoemulsificación con implante de lente intraocular en cámara posterior del OD. La intervención se realizó sin incidencias ni complicaciones postoperatorias. Seis semanas después de la cirugía se obtuvieron los siguientes resultados refractivos (**Tabla 2**).

Discusión

La Ciclitis Heterocrómica de Fuchs es una uveítis intermedia, unilateral (85 a 90 por ciento)^{2,6}, crónica, recurrente y de origen desconocido. Supone del 1 al 3 por ciento de todas las uveítis² y es frecuentemente infradiagnosticada por falta de sintomatología.

El diagnóstico oftalmológico es principalmente clínico y se realiza mediante la exploración bajo biomicroscopía y oftalmoscopia además de una historia clínica metódica y exhaustiva estableciendo una serie de posibles etiologías.

Afecta principalmente a adultos jóvenes sin preferencia de sexo (tercera o cuarta década de la vida). El principal síntoma es una disminución de agudeza visual, aunque el paciente puede no tener síntomas, por lo que su detección puede ser causal con ocasión de una refracción.

Entre sus signos se encuentra la hetero-

Tabla 2.- Exploración optométrica tras cirugía de catarata en el ojo derecho. NMce: No mejora con estenopeico.

| | | | | |
|---------------|----|--------------------|----|----------|
| Avsc | OD | 0.7 | | |
| | OI | 0.5 | | |
| Rx subjetiva | OD | +1.00 -1.00 x 180° | AV | 1.0 NMce |
| | OI | -1.50 -0.75 x 125° | AV | 0.9 NMce |
| Rx subj cerca | OD | +3.50 -1.00 x 180° | AV | 20/20 |
| | OI | +1.00 -0.75 x 125° | AV | 20/20 |

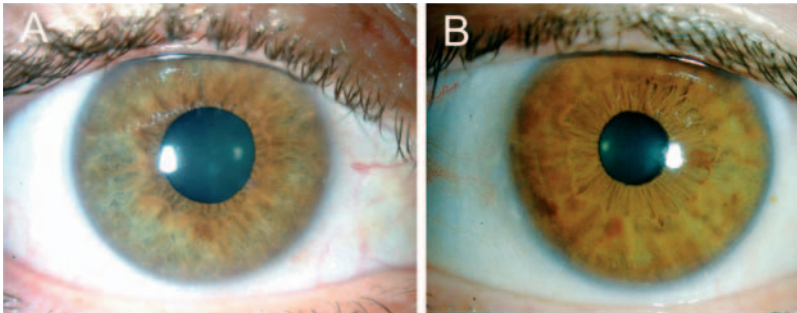


Foto 4: Heterocromía de iris en paciente con ciclitis de Fuchs unilateral. A: OD donde se aprecia atrofia de iris que causa heterocromía de iris por presentar menor pigmentación y B: el OI del mismo paciente que presenta una mayor pigmentación.

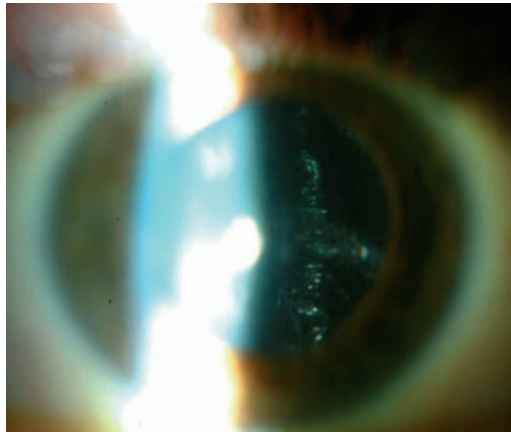


Foto 5: Inflamación del humor vítreo.

cromía de iris (85-95 por ciento de los casos) (**foto 4 A y B**) y precipitados endoteliales dispersos por la superficie corneal.

Es frecuente encontrar actividad inflamatoria leve (50 por ciento de los casos) sin formación de sinequias, algunas células en vítreo (**foto 5**), ausencia de inyección ciliar y catarata^{2,4,7-9}. Puede que ésta sea la causante de los primeros síntomas visuales en sujetos jóvenes. También como complicación tardía puede aparecer glaucoma en el 20 por ciento de los casos aproximadamente^{3,4}.

El tratamiento médico se puede dividir en el manejo de los brotes de uveítis, la cirugía de la catarata (facoemulsificación con implante de LIO generalmente)^{3,9-12}, del posible glaucoma secundario y de las condensaciones vítreas.

Análisis optométrico

En relación con el caso clínico que se presenta, a primera vista llama la atención la agudeza visual obtenida con la mejor correc-

ción que no mejora con estenopeico. Podría deberse a una ambliopía leve bilateral pero se descarta al realizar la historia clínica.

Al realizar la exploración con lámpara de hendidura se observan en la córnea precipitados retrocorneales blancos, distribuidos por todo el endotelio que podrían deberse a un proceso inflamatorio ocular.

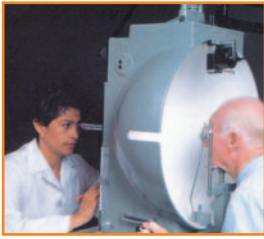
Al realizar la historia clínica del paciente, un dato destacable es que el paciente fue operado de catarata en OI muy joven pero desconoce el motivo.

El cristalino normal es transparente y en el caso de encontrar opacidad en el mismo se tiene que buscar e identificar la causa que la provoque. El origen de estas opacidades puede ser congénito (metabólica, genética, traumatismo durante el parto o infección materna) o adquirido (senil, endocrina, traumática, farmacológica, patología intraocular o por problemas genéticos tardíos).

Se pueden descartar como causas de la opacidad todas las congénitas, ya que el paciente indicó al realizar la historia clínica que siempre había visto bien hasta que perdió visión progresivamente en OI. Al centrarse en las cataratas adquiridas se descarta la etiología senil, dada la edad del paciente, la traumática, la metabólica, farmacológica y de inicio tardío por no encontrar antecedentes o hallazgos en la historia clínica, sospechando de una catarata secundaria a patología intraocular de tipo inflamatorio.

En la exploración bajo lámpara de hendidura se observa una catarata polar y subcapsular posterior en el OD. Las cataratas se pueden clasificar según su morfología y posición dentro del cristalino (nucleares, corticales, coronarias, laminares, polares anteriores o posteriores, etc.) y las subcapsulares posteriores es frecuente encontrarlas en patologías oculares de larga duración y por el uso de diversos fármacos, el más frecuente es la utilización prolongada de esteroides sistémicos o tópicos. Los pacientes con uveítis que tienen frecuentes brotes de inflamación, generalmente desarrollan más rápidamente cataratas que aquellos con brotes infrecuentes o muy leves. Además, la medicación usada para el tratamiento de las uveítis, como los corticoides, pueden provocar la opacificación del cristalino como efecto secundario no deseado.

Existen numerosos estudios acerca de los resultados de la cirugía de cataratas en



pacientes con uveítis y, más concretamente, con Ciclitis Heterocrómica de Fuchs, comprobando que este tipo de pacientes responden generalmente bien a la cirugía mediante facoemulsificación de cristalino con implante de lente intraocular (LIO), experimentando relativamente poca inflamación posquirúrgica y muy poca o ninguna tendencia a la formación de sinequias posteriores⁹⁻¹². También se ha observado que se trata de una técnica segura, pero es conveniente un cuidadoso seguimiento posquirúrgico de la PIO¹¹, especialmente en pacientes con hemorragias intraoperatorias o con uveítis posoperatorias¹².

Por tanto, ante la detección de una serie de signos clínicos de patología inflamatoria intraocular (precipitados retrocorneales y opacidades cristalíneas) se decide remitir el paciente a revisión oftalmológica, aún en ausencia de síntomas para su correcto diagnóstico y filiación si procede. El paciente acudió a consulta oftalmológica donde fue diagnosticado de Ciclitis Heterocrómica de Fuchs bilateral.

Conclusiones

Como profesional sanitario, una de las funciones del óptico-optometrista es el cuidado de la salud visual de la población mediante la detección de patologías a nivel ocular. Para ello es condición necesaria conocer las características de un ojo sano y diferenciar los hallazgos encontrados durante la exploración en normales o sospechosos de patología para poder remitir al paciente a la consulta del oftalmólogo si fuera necesario.

La realización de una Historia Clínica metódica, protocolizada, facilita la detección de patologías en estadios precoces.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chipont, E., Cunningham, E. *Approach to the patient with acute anterior uveitis*. Arch Soc Esp Otol. 2002;77:183-93.
2. Friedman, A.H., Luntz, M.H., Henley, W.L. *Uveítis: Diagnóstico y tratamiento*. Ed. Médica Panamericana. 1985, Madrid.
3. Durán de la Colina J., Díaz Llopis M. *Diagnóstico en Uveítis*. Ed. Jims. 1995, Barcelona.
4. Taboada Esteve, J.F., Menezo, J.L. *Ciclitis Heterocrómica de Fuchs. en Uveítis*. Asoc. Catalana de Oftalmología. Ed. Nilo. 1990, Madrid.
5. Spalton, D.J., Hitchings, R.A., Hunter, P.A., *Atlas de Oftalmología Clínica*. Ed. Mosby/Doyma. 2ª Edición. 1994, Madrid.
6. Jones, N. *Fuch's Heterochromic Uveitis: a reappraisal of the clinical spectrum*. Eye. 1991;5:649-61.
7. Graus-Mackiw, E., O'Connor G. *Uveítis. Fisiopatología y terapéutica*. Ed. EDICA. 1988, Barcelona.
8. Arellanes-García L., Preciado-Delgado M., Recillas-Gispert C. *Fuchs's heterochromic iridocyclitis: clinical manifestations in dark-eyed Mexican patients*. Ocul Immunol Inflamm. 2002;10:125-31.
9. Milazzo S., Turut P., Borhan M., Kheirredine A. *Intraocular lens implantation in eyes with Fuch's heterochromic iridocyclitis*. J Cataract Refract Surg. 1996;22:800-5.
10. Razzak A., al Samarrai A. *Intraocular lens implantation following cataract extraction in Fuch's heterochromic uveitis*. Ophthalmic Res. 1990;22:134-6.
11. Jones N.P. *Extracapsular cataract surgery with and without intraocular lens implantation in Fuch's Heterochromic Uveitis*. Eye. 1990;4:145-50.
12. O'Neill D., Murria P.I., Patel B.C., Hamilton A.M., *Extracapsular cataract surgery with and without intraocular lens implantation in Fuchs heterochromic cyclitis*. Ophthalmology. 1995;102:1362-8.

En el caso que se presenta, la historia clínica ayuda a distinguir la etiología de la catarata del OI al dudar de su origen congénito o traumático.

También tiene que realizarse una biomicroscopía en la consulta optométrica ya que en este caso permitió detectar los precipitados retrocorneales característicos de este tipo de uveítis.

Por último, es importante realizar un análisis optométrico de cada caso para formular el juicio clínico optométrico. Un análisis superficial conllevará una práctica clínica deficiente. Para formular este juicio es necesario diferenciar entre las características de un ojo sano o normal del sospechoso de patología consultando la bibliografía o las fuentes de datos (bases de datos en Internet, etc.) con referencias actualizadas si fuese necesario para identificar los aspectos relevantes de cada caso y realizar un juicio optométrico acertado y proponer el manejo oportuno bien sea realizando la prescripción óptica (gafa o lentes de contacto) o remitiendo el paciente al oftalmólogo ante una sospecha de patología como en el caso que se presenta.

Agradecimientos

Al Dr. Herreras Cantalapiedra y al Prof. Pastor Jimeno por su ayuda en la elaboración de este trabajo.

Datos de los autores

- 1.- IOBA Universidad de Valladolid.
- 2.- Departamento de Física TAO, Facultad de Ciencias, Diplomatura de Óptica y Optometría, Universidad de Valladolid.