

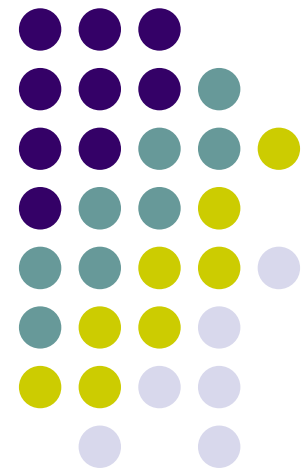


UVEÍTIS

Dr. J. Alberto Reche Sainz

Dr. Justo Ruiz Ruiz

Dr. Nicolás Toledano Fernández



Hospital Universitario
de Fuenlabrada

OFTALMOLOGÍA



Comunidad de Madrid

UVEÍTIS



- **Inflamación** intraocular del **tracto uveal** (iris, cuerpo ciliar y la coroides) y de las **estructuras adyacentes** (vítreo, retina, nervio óptico y vasos).
- Etiología heterogénea y variada (trastornos autoinmunes, infecciones)
- Uveítis oculares **aisladas** y otras **asociadas a enfermedades sistémicas** (como primer signo o en las ya diagnosticadas)

Importancia de las UVEÍTIS

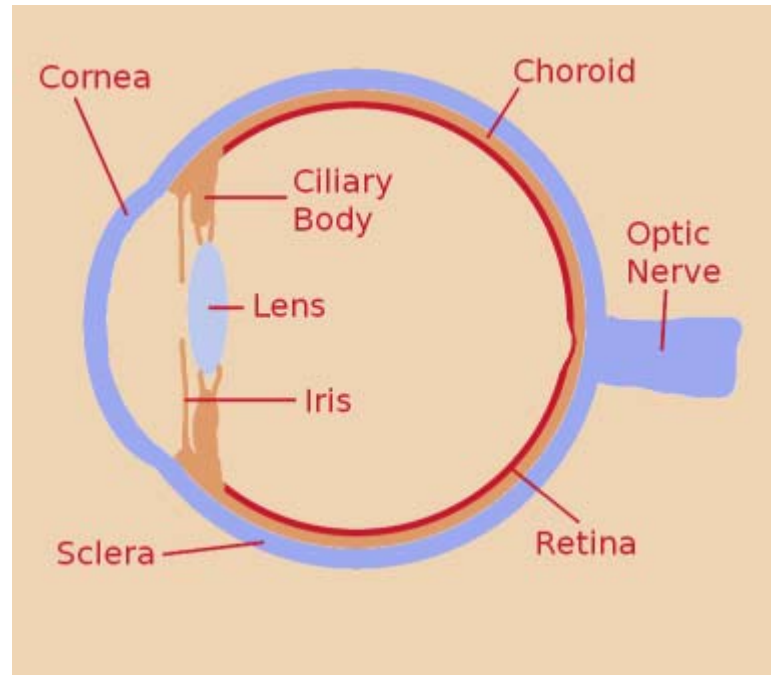


- **10% casos de ceguera** en países desarrollados
- La etiología más frecuente es la **idiopática** (>50%): problemas diagnósticos y terapéuticos
- La morbilidad ocular se debe a episodios de **inflamación recurrente o persistente** aún siendo de bajo grado
- La inflamación mantenida produce **daño macular (EMQ)**, de la malla trabecular (glaucoma inflamatorio), opacidad del cristalino (catarata) y atrofia de procesos ciliares (hipotonía)

CLASIFICACIÓN DE LAS UVEÍTIS*

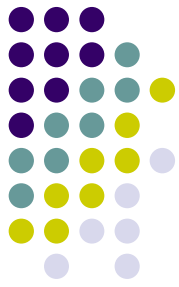


- Por localización
 - Anterior
 - Intermedia
 - Posterior
 - Panuveítis
- Por curso clínico
 - Aguda
 - Crónica
 - Recurrente
- Por lateralidad
 - Unilateral
 - Bilateral

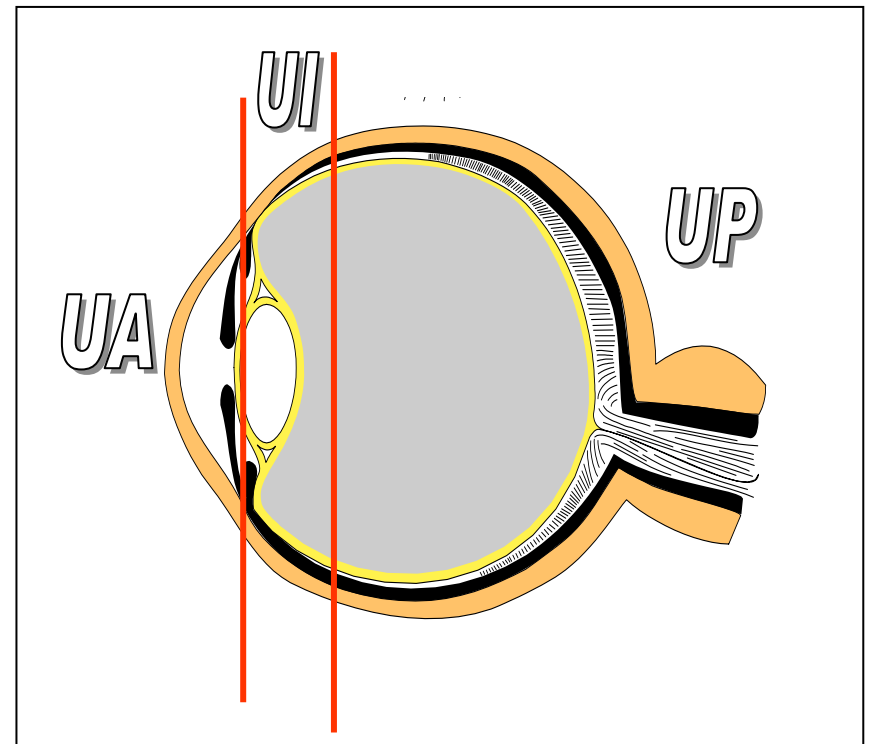


*International Uveitis Study Group (IUSG)

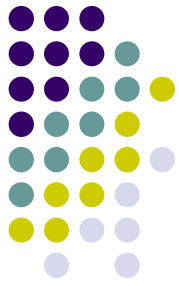
Epidemiología UVEÍTIS



- Incidencia 15 casos /100.000 hab
- Pico de frecuencia: 20-50 años de edad
- Frecuencia según tipo
 - Uveítis anterior (61%)
 - Uveítis intermedia (6,6%)
 - Uveítis posterior (13%)
 - Panuveítis (20%)



CLASIFICACIÓN ANATÓMICA*



TIPO	LOCALIZACIÓN INICIAL DE INFLAMACIÓN	DESCRIPCIÓN CLÍNICA
UVEITIS ANTERIOR	Cámara anterior	Iritis Iridociclitis Ciclitis anterior
UVEÍTIS INTERMEDIA	Cavidad vítea	Pars planitis Ciclitis posterior
UVEÍTIS POSTERIOR	Retina o coroides	Coroiditis focal, multifocal o difusa Coriorretinitis Retinocoroiditis Retinitis Neurorretinitis
PANUVEÍTIS	Cámara anterior, vítreo, retina o coroides	

* THE STANDARDIZATION OF UVEITIS NOMENCLATURE (SUN) WORKING GROUP
Am J Ophthalmol 2005;140:509–516.

THE STANDARDIZATION OF UVEITIS NOMENCLATURE (SUN) WORKING GROUP

Am J Ophthalmol 2005;140:509–516.



TABLE 2. The SUN* Working Group Descriptors of Uveitis

Category	Descriptor	Comment
Onset	Sudden	
	Insidious	
Duration	Limited	≤3 months duration
	Persistent	>3 months duration
Course	Acute	Episode characterized by sudden onset and limited duration
	Recurrent	Repeated episodes separated by periods of inactivity without treatment ≥3 months in duration
	Chronic	Persistent uveitis with relapse in <3 months after discontinuing treatment

*SUN = Standardization of uveitis nomenclature.

TABLE 3. The SUN* Working Group Grading Scheme for Anterior Chamber Cells

Grade	Cells in Field†
0	<1
0.5+	1–5
1+	6–15
2+	16–25
3+	26–50
4+	>50

*SUN = Standardization of uveitis nomenclature.

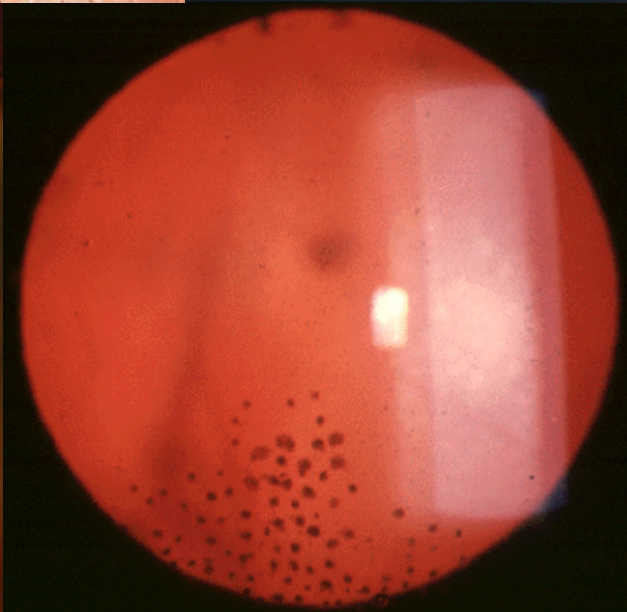
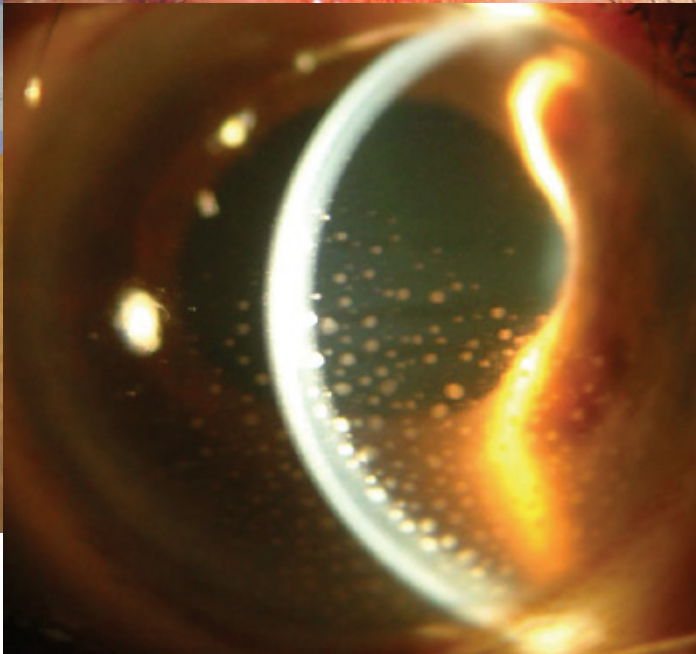
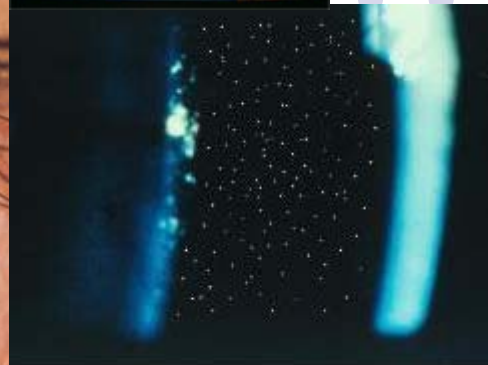
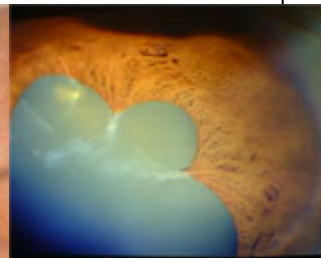
†Field size is a 1 mm by 1 mm slit beam.

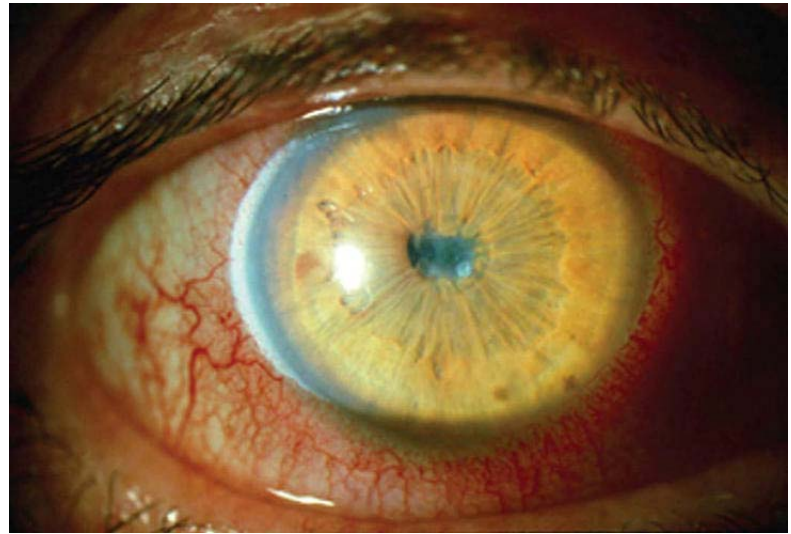
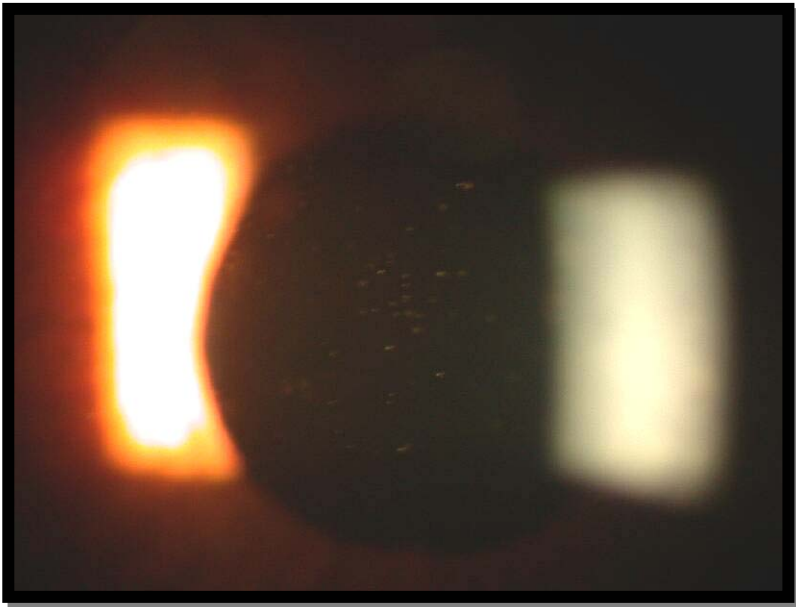
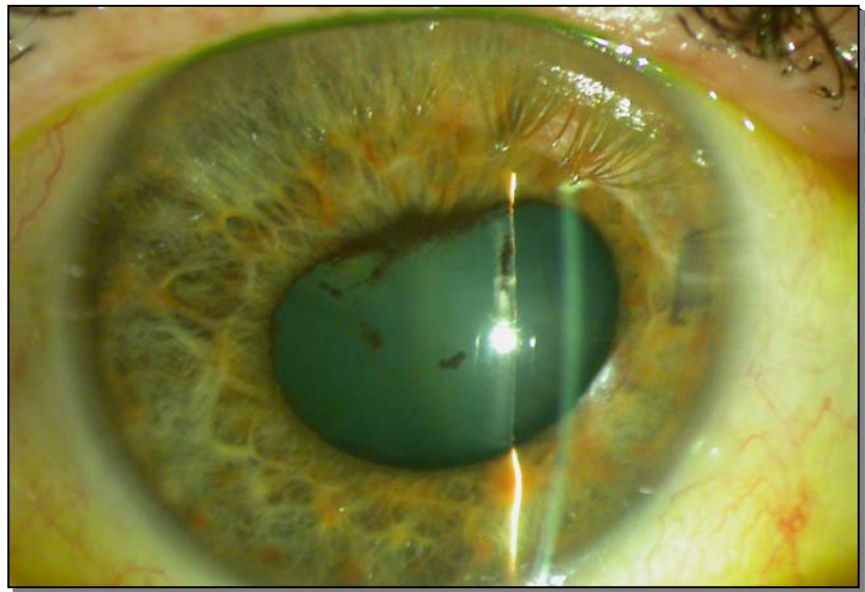
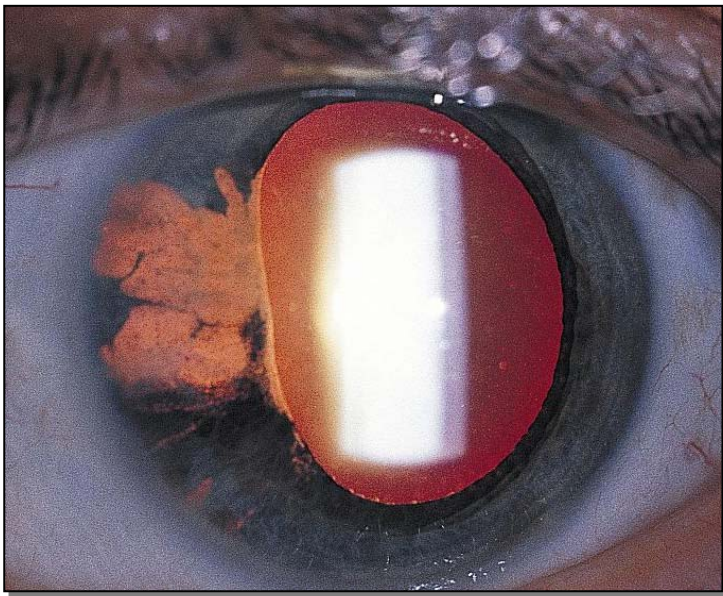
TABLE 4. The SUN* Working Group Grading Scheme for Anterior Chamber Flare

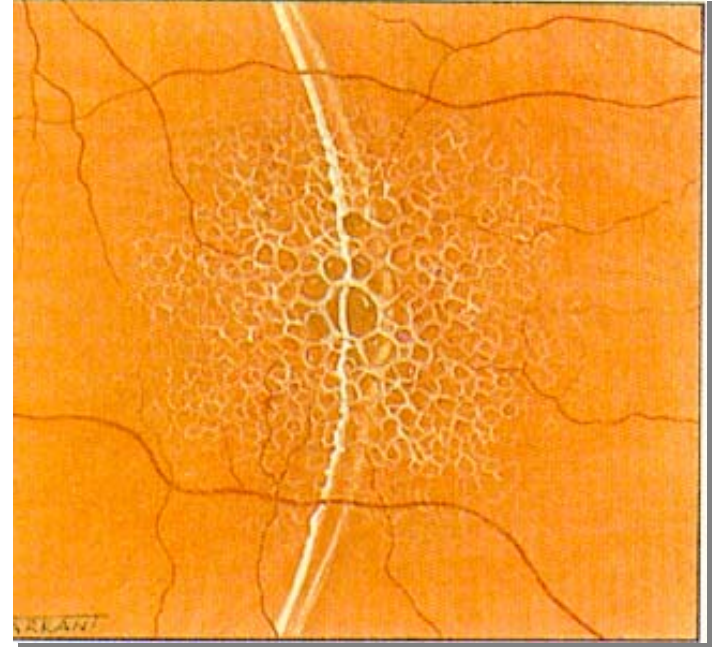
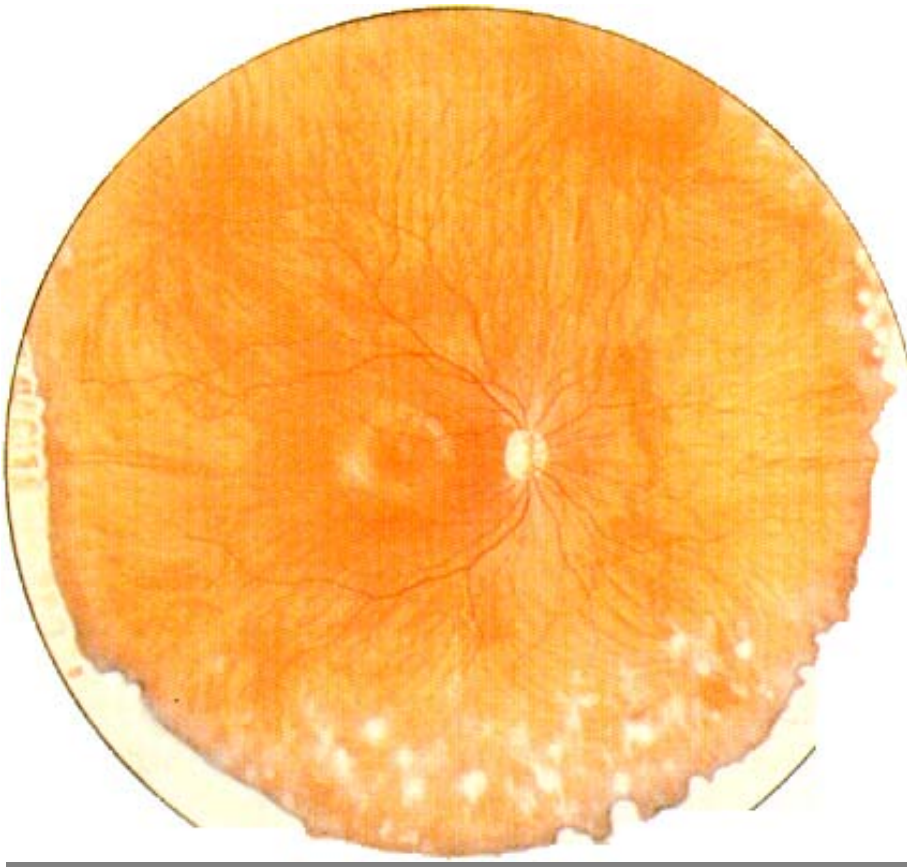
Grade	Description
0	None
1+	Faint
2+	Moderate (iris and lens details clear)
3+	Marked (iris and lens details hazy)
4+	Intense (fibrin or plastic aqueous)

Adapted from reference 12.

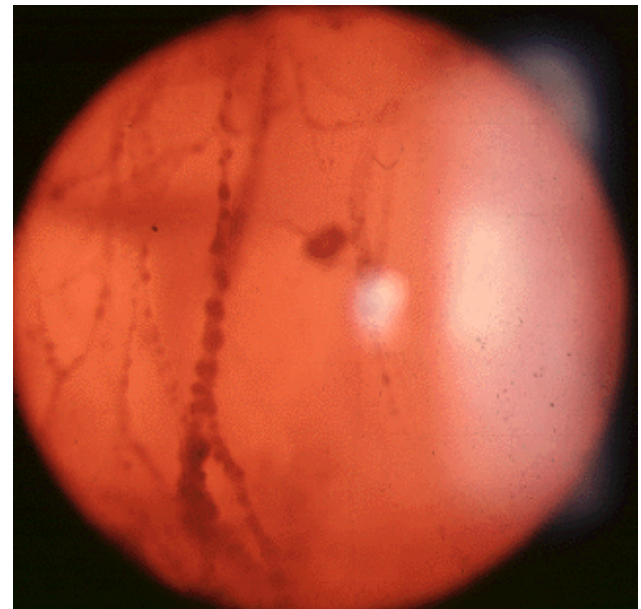
*SUN = Standardization of uveitis nomenclature.

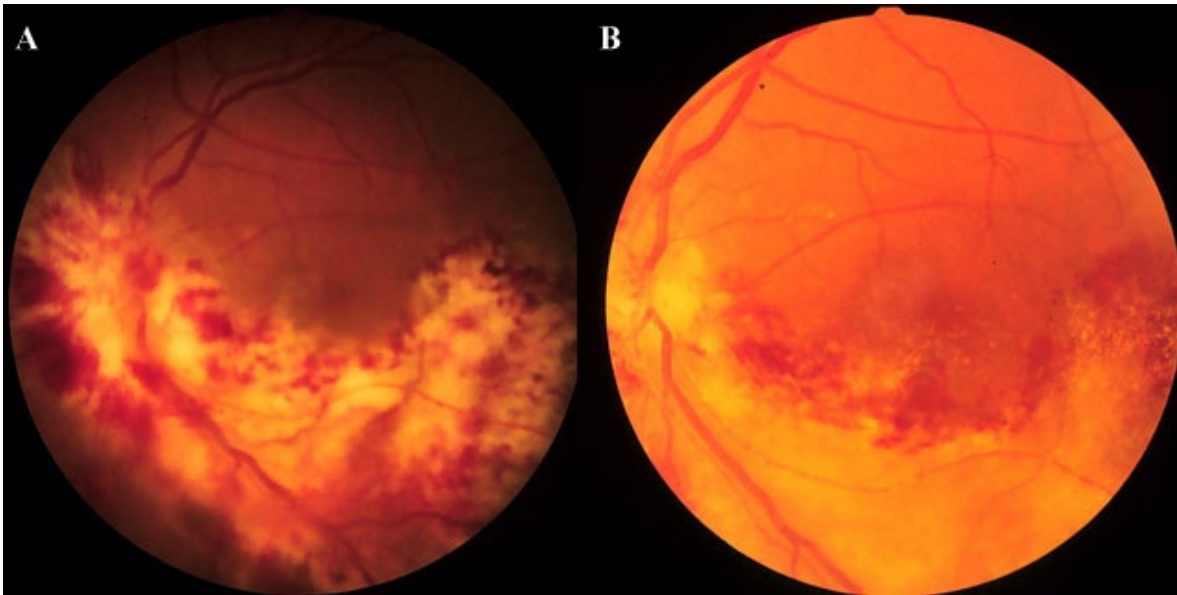
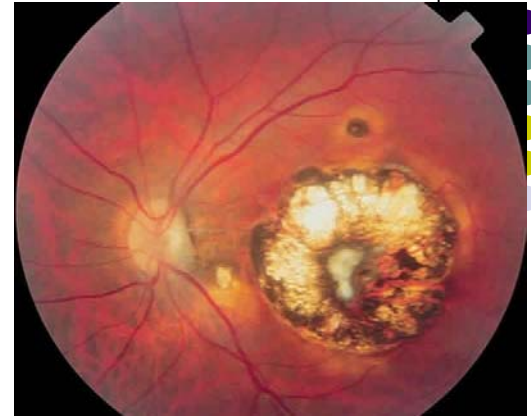
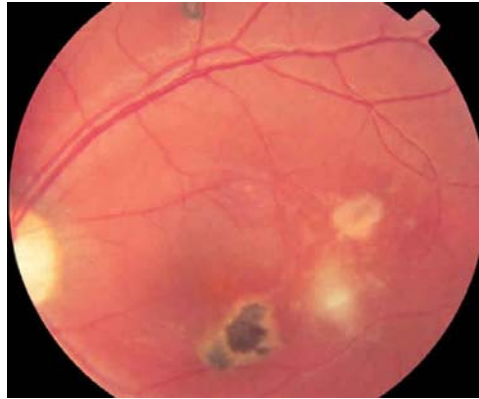
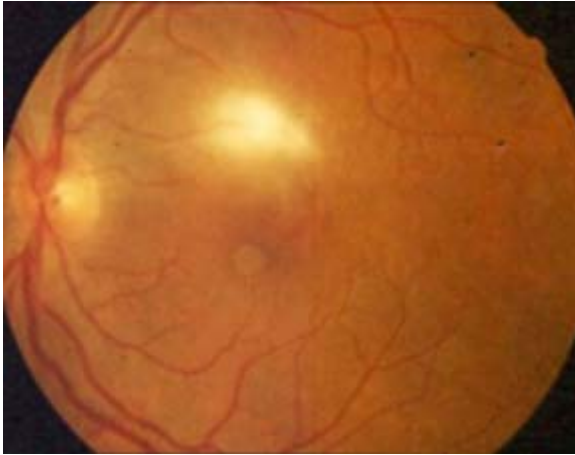






UVEÍTIS INTERMEDIA

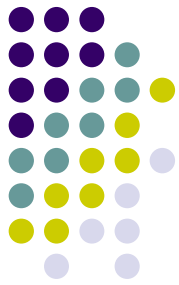
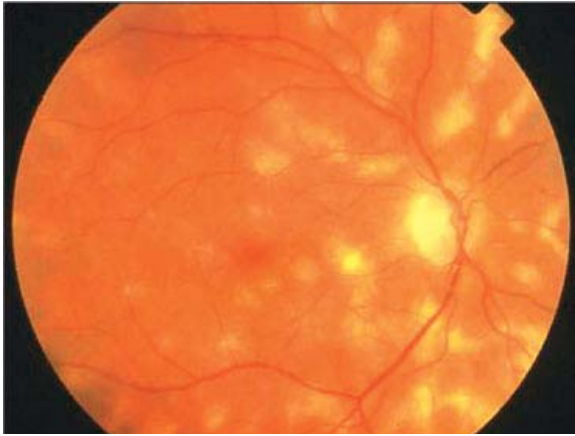




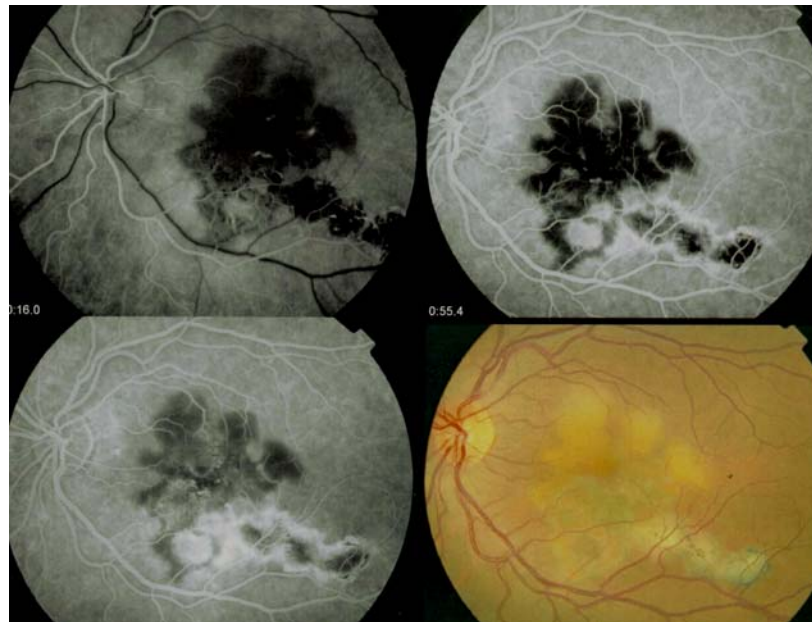
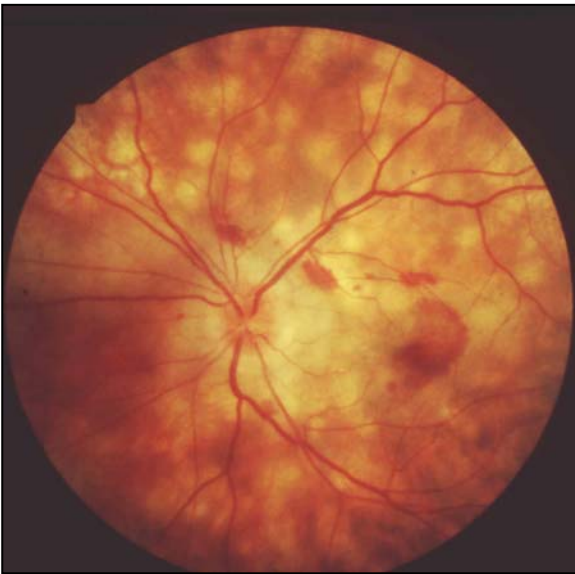
RETINITIS

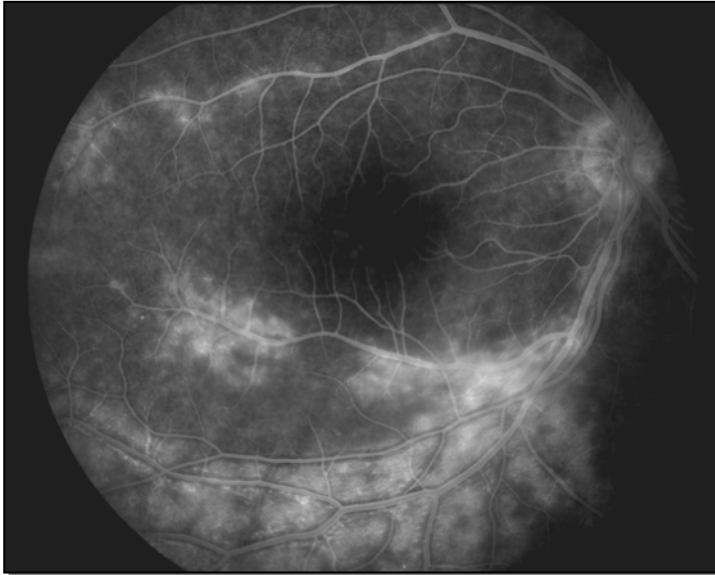
Toxoplasma
VHS
VVZ
CMV
Lúes





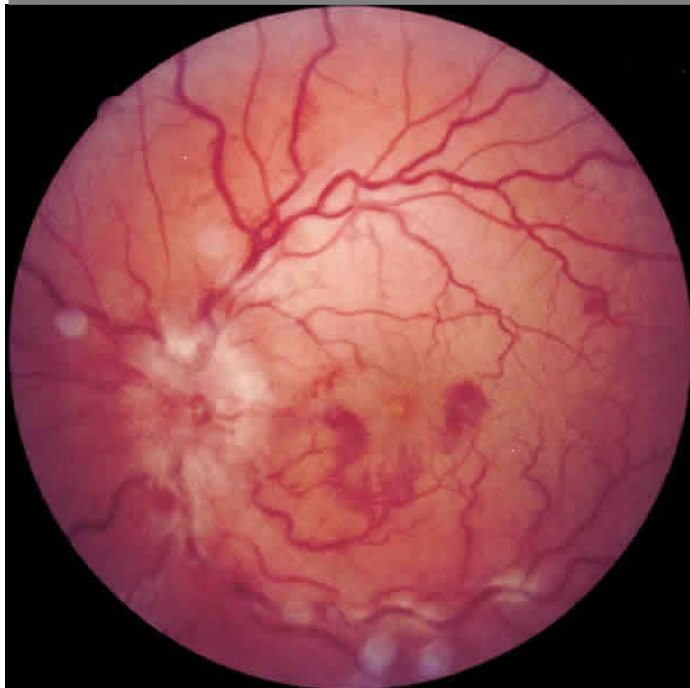
COROIDITIS
Sd primarios
Tbc
Sarcoidosis
Toxocara





VASCULITIS

- Behçet
- Sarcoidosis
- LES
- Toxoplasma
- Herpes virus



ETIOLOGÍA DE LAS UVEÍTIS*



- **Infecciosa**
 - Bacteriana
 - Viral
 - Fúngica
 - Parasitaria
 - Otras
- **No infecciosa**
 - Con asociación sistémica conocida
 - Sin asociación sistémica conocida
- **Mascarada**
 - Neoplásica
 - No neoplásica

* Deschenes J, Murray PI, Rao NA, Nussenblatt RB. International Uveitis Study Group. International Uveitis Study Group (IUSG): clinical classification of uveitis. Ocul Immunol Inflamm 2008;16:1-2.

ETIOLOGÍA DE LAS UVEÍTIS



- **IDIOPÁTICA**
- **ENFERMEDADES DE ETIOLOGÍA AUTOINMUNE**
 - Espondilitis anquilosante
 - Colitis Ulcerosa
 - Enfermedad de Chron
 - Artritis Psoriásica
 - Enfermedad de Behçet
 - Nefritis tubulointersticial (TINU)
 - S Vogt-Koyanagi-Harada (VKH)
 - Hipersensibilidad a fármacos
 - Vasculitis
 - Síndrome de Sjögren
 - Policondritis recidivante
 - Sarcoidosis
 - LES
 - Artritis Crónica Juvenil (ACJ)
 - Enfermedad de Kawasaki
 - Esclerosis múltiple
- **INFECCIONES**
 - Virales: VIH, VHS, VVZ, CMV
 - Bacterianas: Tbc, lúes, lepra, Bartonella Enf de Whipple, Enf de Lyme
 - Parásitos: Toxoplasma, Toxocara, Oncocercosis, Pneumocystis Carinii
 - Hongos: Candida, Histoplasma

ETIOLOGÍA DE LAS UVEÍTIS

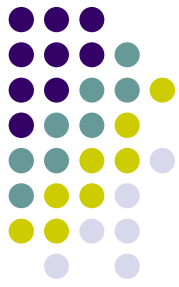


- **SÍNDROMES PRIMARIAMENTE OCULARES**

- Uveítis anteriores oftalmológicas: ciclitis heterocrómica de Fuchs, crisis glaucomatociclíticas de Posner-Schlossman, uveítis facogénica y facolítica
- Pars planitis
- Retinocoroidopatías: Oftalmía simpática, Birdshot, Epiteliopatía pigmentaria placoide aguda multifocal (EPPMA), coroidopatía serpigínosa, coroiditis multifocal con panuveítis, coroidopatía punctata interna

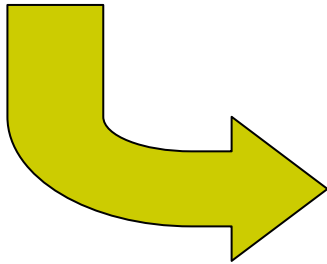
- **SÍNDROMES MASCARADA**

- Neoplasias: leucemia, linfoma, retinoblastoma, metástasis
- Vasculopatías: enfermedad venooclusiva
- Otras: retinosis pigmentaria, malformaciones. CEIO, DR, hemovítreo, dispersión pigmentaria, síndrome UGH

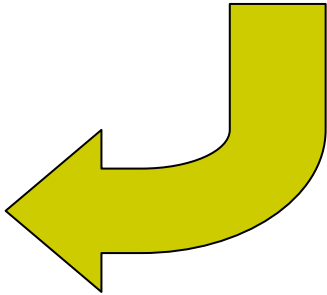


**DESCRIPCIÓN
CLÍNICA OFT**

ETIOLOGÍAS

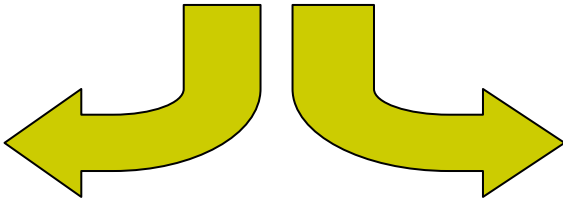


**ETIOLOGÍAS
PROBABLES**



**ANAMNESIS
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

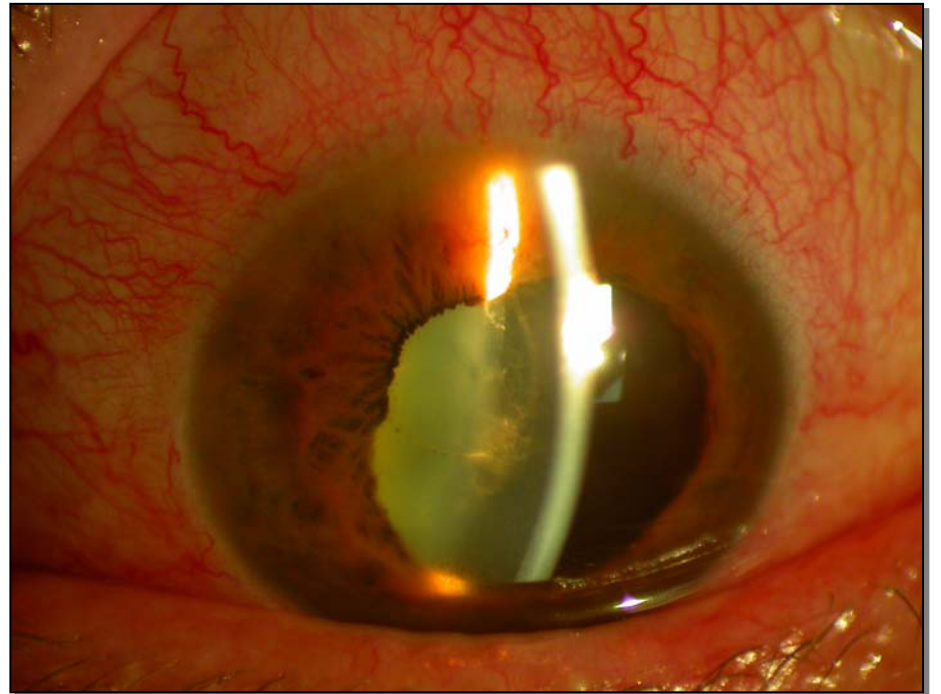
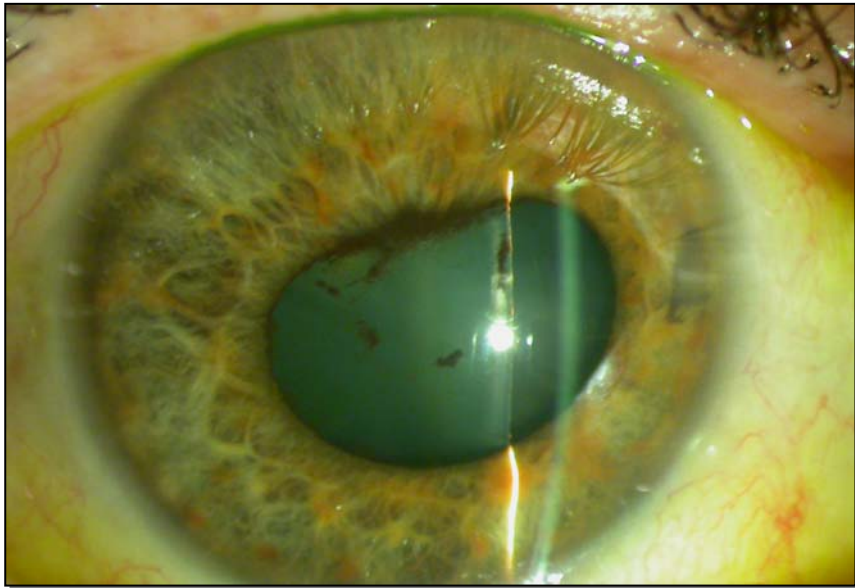
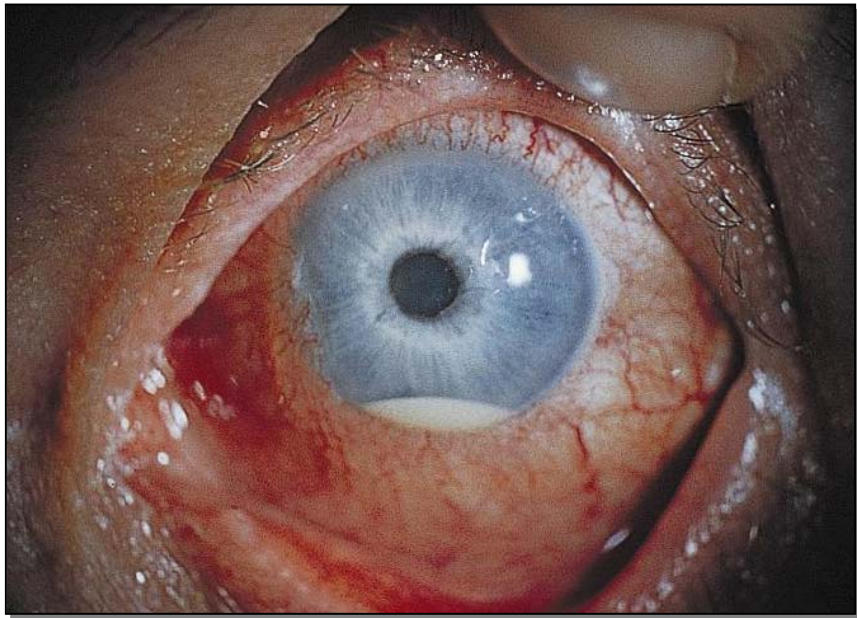
DG ETIOLÓGICO



UVEÍTIS ANTERIOR (61%)



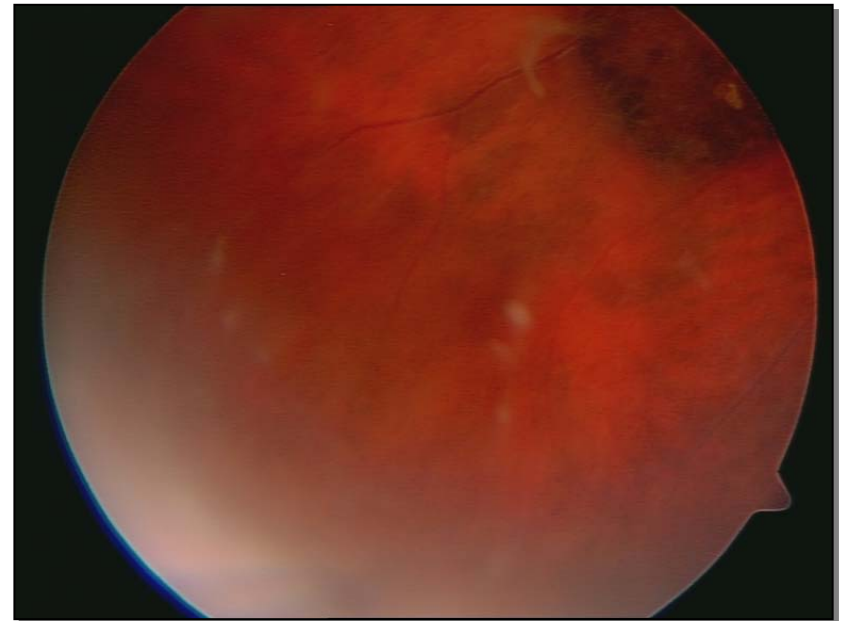
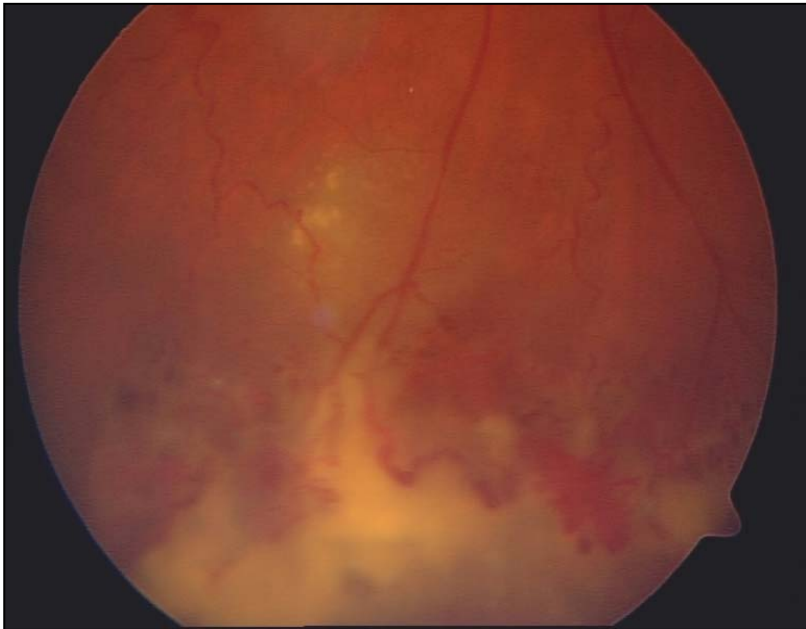
TIPO CLÍNICO	ETIOLOGÍAS MÁS FRECUENTES
Aguda unilateral recurrente (34%)	Espondiloartropatías (48%) Idiopáticas (36%): B27- (24%), B27 + (12%) Uveítis anteriores oftalmológicas (5%)
Aguda unilateral no recurrente (13%)	Idiopáticas (50%) (asoc o no a B7) Espondiloartropatías (22%)
Aguda Bilateral(3%)	Idiopática (45%) A. Psoriásica(27%) Sd TINU (10%)
Crónica (11%)	Idiopática (41%) Sd oftalmológicos primarios (32%), ACJ (5%), Sd Sjogrën (5%), espondiloartropatías (5%)





UVEÍTIS INTERMEDIA (6,6%)

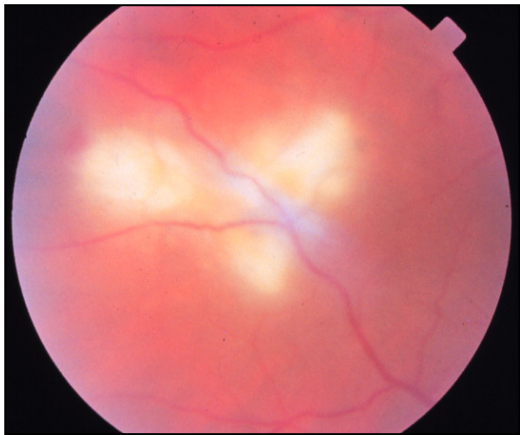
TIPO CLÍNICO	ETIOLOGÍAS MÁS FRECUENTES
	Pars planitis (63%), esclerosis múltiple (4%), espondiloatropatías (14%), sarcoidosis (4%)





UVEÍTIS POSTERIOR (13%)

Coriorretinitis unilateral (6,5%)	Toxoplasmosis (93%)
Coriorretinitis bilateral (3,2%)	Coroidopatías oftalmológicas (60%), Toxoplasmosis (23%). LES (8%)
Vasculitis (3,4%)	Idiopática (57%) Behçet (21%) Mascarada (8%)



PANUVEÍTIS (20%)



TIPO CLÍNICO	ETIOLOGÍAS MÁS FRECUENTES
Coriorretinitis (8%)	Toxoplasmosis (61%) coroidopatías oftalmológicas (16%), idiopática (16%)
Vitritis (5%)	Idiopática (43%), espondiloartropatía (14%) Coroidopatías oftalmológicas (10%)
Vasculitis retiniana (5 %)	Enf. Behçet (37%) , Idiopática (21%), Sífilis (16%), EII (10%), Sarcoidosis (10%)
Con DR exudativo	Sd Vogt-Koyanagi-Harada (75%)

Importancia del DG etiológico

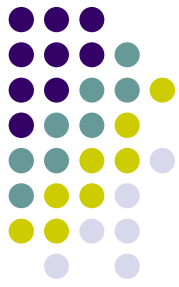


- **Tratamiento específico** para **evitar** la inflamación ocular y la **pérdida visual**
- **Evitar yatrogenia** terapéutica especialmente si se trata de uveítis infecciosas (uso de corticoides, IS)
- **Diagnóstico precoz** de enfermedades sistémicas a partir de uveítis (espondiloartrosis, Behçet, LES)
- Epidemiología y **algoritmo** de hipótesis etiológicas

DIAGNÓSTICO



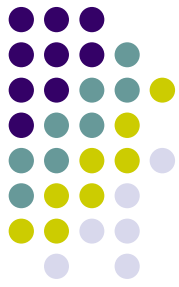
- Antecedentes oftalmológicos: **trauma ocular**
- Antecedentes sistémicos
 - **Enfermedades de articulaciones, intestino y piel**
 - **HLA B27: UA, Reiter y EA**
 - **Inmunodepresión: CMV**
- Antecedentes familiares
- Contexto socioeconómico: procedencia, hábitos, animales



Diagnóstico oftalmológico

- Enfermedad actual
- Exploración oftalmológica
 - Agudeza visual
 - Biomicroscopía
 - PIO
 - Fondo de ojo
- Pruebas complementarias:
 - Retinografía,
 - AGF /verde indocianina
 - Tomografía ocular de coherencia,
 - Ecografía ocular,
 - CV
 - PEV, ERG





Pruebas complementarias

- Hemograma, bioquímica, VSG, PCR, FR
- Ac antinucleares (ANAs):
- Ac anticitoplasma de neutrófilo (ANCA)
- Ac antifosfolípido
- Enzima convertora de la angiotensina (ECA)
- Tipaje HLA : B27, A29,, DR5, B51
- Serologías: lúes (FTA-Abs, RPR), VIH, Toxoplasma
- Otras serologías: Toxocara, Rickettsia (fiebre Q), Borrelia (Lyme), Brucella, herpes virus, clamidia, Bartonella Henselae

Pruebas complementarias



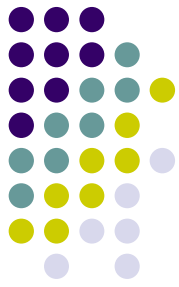
- Prueba de tuberculina
- Patergia
- RX tórax, Rx sacroilíacas
- TAC, RM
- Gammagrafía con Galio
- Otras: biopsia conjuntival, PCR de humor acuoso, cultivo de humor vítreo, biopsia de coroides/retina

DIAGNÓSTICO



- La pruebas de la laboratorio **no constituyen** el elemento más importante del dg etiológico
- La **anamnesis y exploración** constituyen la piedra angular del dg etiológico
- La uveítis puede ser la **manifestación inicial** de una enfermedad sistémica

Sistema “Naming-Meshing”



- **Descripción clínica** : localización anatómica, curso clínico, lateralidad
- **Entrelazado**: cruzar el perfil descriptivo con la lista de entidades causales, seleccionando las que se le asocien con mayor frecuencia
- **Aproximación dg**: con las causas más habituales, establecer las pruebas a realizar

CONCLUSIONES



- Las uveítis **se clasifican** en anteriores, intermedias, posteriores y en panuveítis,
- **Etiología infecciosa y no-infecciosa**, y también son frecuentes los **síndromes mascarada**.
- **Dificultad del dg etiológico**: la causa idiopática es la más frecuente.
- Diagnóstico: **descripción clínica, entralazado, aproximación**.
- **Descartar infecciones y mascarada** antes de tto con corticoides e inmunosupresores.