

Moxifar PLUS

AMOXICILINA 875 mg
PIVOXIL SULBACTAM 125 mg

UN PLUS SOBRE OTRAS ASOCIACIONES:

NO REQUIERE METABOLIZACIÓN
ELIMINACIÓN RENAL INCAMBIADA

CARECE DE HEPATOTOXICIDAD
AÚN EN PACIENTES PORTADORES DE HEPATOPATÍAS CRÓNICAS

NO INDUCE LA PRODUCCIÓN DE BETALACTAMASAS



EFICAZ Y
MÁS SEGURO

CAJAS DE 10 y 20 COMP.

Spedar

Uveítis

– del síntoma al diagnóstico de las enfermedades autoinmunes sistémicas –

Dr. Gabriel Maciel*, Dra. Sandra Consani**, Profesor Dr. Jorge Facal***, Dra. Luisa Servioli****, Dra. Victoria Altieri*****, Dra. Mónica Barrera*****.

*Profesor Agregado Clínica Médica 1, **Profesor Adjunto Clínica Médica 3, ***Profesor Director Clínica Médica 1, ****Ex. Asistente Clínica Médica 1, Residente de Medicina, *****Posgrado Medicina Interna. Facultad de Medicina. Universidad de la República.

Policlínica de Enfermedades Autoinmunes. Departamento de Medicina. Hospital Maciel. Montevideo, Uruguay

Resumen: La uveítis es una inflamación de la capa intermedia del globo ocular "úvea", que puede asociarse a enfermedades autoinmunes sistémicas.

Las uveítis se clasifican de acuerdo al sector involucrado y evolución en uveítis anterior aguda, uveítis anterior crónica, uveítis intermedia, uveítis posterior y panuveítis.

Una vez realizado el diagnóstico de uveítis por el oftalmólogo, se debe pesquisar la asociación con una enfermedad autoinmune sistémica, como las conectivopatías y las vasculitis.

Palabras Clave: uveítis, úvea, enfermedad autoinmune, conectivopatía, vasculitis.

Abstract: Uveitis is an inflammation of the middle layer of the eyeball "uvea", which may be associated with systemic autoimmune diseases.

The uveitis is classified according to the sector involved and evolution in acute anterior uveitis, chronic anterior uveitis, intermediate uveitis, posterior uveitis and panuveitis.

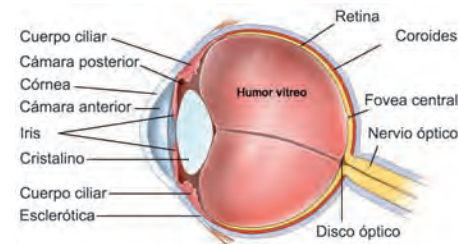
Once diagnosed uveitis by an ophthalmologist, should be investigated the association with a systemic autoimmune disease, such as connective and vasculitis.

Keywords: uveitis, uvea, autoimmune disease, connective tissue diseases, vasculitis.

Introducción

El presente artículo inicia una serie referida a las enfermedades autoinmunes sistémicas y su forma de presentación clínica más frecuente. Es intención de los autores brindar una guía al Médico de Atención Primaria para la orientación diagnóstica según la forma de presentación con determinados síntomas

Figura 1. Globo ocular y sus estructuras anatómicas



E-mail:jfacal@hotmail.com

y/o signos, p.e. uveítis, artralgias, artritis, síntomas secos, manifestaciones cutáneas.

Los reumatólogos e internistas reciben con relativa frecuencia pacientes enviados por Oftalmólogos con diagnóstico de uveítis, con el fin de despistar enfermedades autoinmunes sistémicas asociadas. Esto puede transformarse en una empresa difícil que se verá facilitada si el médico que recibe al paciente conoce cuales pueden ser las patologías más frecuentemente asociadas y el razonamiento clínico adecuado a aplicar.

Uveítis: definición

La úvea es la capa intermedia del globo ocular y se topografía entre la retina y la esclerótica. La inflamación de esta estructura formada por el iris, cuerpo ciliar y coroides, se denomina uveítis.

Cuando los pacientes son referidos por el oftalmólogo con el diagnóstico preciso de uveítis, esto es de gran ayuda para la orientación diagnóstica.

La uveítis puede ser *anterior* si afecta el iris y/o la porción anterior del cuerpo ciliar, *intermedia* si el compromiso es en el cuerpo vítreo o *posterior* si el

daño se produce en coroides, retina y vasos. Si se afectan las 3 porciones se define como **panuveítis**.

La observación del esquema del globo ocular y sus estructuras permite la adecuada comprensión de esta clasificación⁽¹⁾. (ver Figura 1)

Manifestaciones clínicas

Las uveítis pueden tener un inicio abrupto o insidioso y su curso ser

- **agudo**, si remite en 3 meses o menos,
- **recidivante**, si la enfermedad recidiva luego de más de 3 meses sin actividad o
- **crónico** si persiste más de 3 meses o recidiva antes de los 3 meses de finalizado el tratamiento.

La enfermedad inicial puede ser **uni** o **bilateral** y en caso de recidiva puede ser bilateral o afectar el otro ojo.

La **uveítis anterior aguda (UAA)** se presenta con dolor, fotofobia, midesopatías (visión de “moscas volando”) e hiperemia conjuntival (“ojo rojo”) prominente, adyacente al limbo esclerocorneal, radial, máxima a medida que se acerca al limbo (Figura 2). La disminución de la agudeza visual no es frecuente. La **uveítis anterior crónica (UAC)** suele ser pauci o asintomática.

La **uveítis posterior (UP)** cursa con disminución de la agudeza visual, midesopatías y metamorfopsia (distorsión en la percepción de la forma y tamaño de los objetos). A veces, existe fotofobia, pero no dolor ni ojo rojo.

La **uveítis intermedia (UI)** puede ser asintomática o acompañarse de disminución de la agudeza visual y midesopatías.

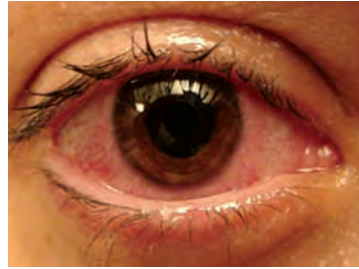
Asociación con enfermedades autoinmunes sistémicas

Frente al paciente con diagnóstico oftalmológico de uveítis el clínico debe preguntarse si se encuentra asociada a una enfermedad autoinmune sistémica, y en tal caso, cual podría ser la más probable.

La mayoría de estas enfermedades, ya sean conectivopatías o vasculitis sistémicas van acompañadas generalmente de manifestaciones propias de las mismas y existen por el interrogatorio o el examen clínico elementos que orientan a la enfermedad de base.

Existen además otras etiologías no autoinmunes asociadas con uveítis (*toxoplasmosis, citomegalovirus, infección por VIH, fármacos, esclerosis múltiple,*

Figura 2. Uveítis anterior aguda



etc). Sin embargo, **la mayoría de las uveítis son idiopáticas**.

Esta presentación se centrará en las **uveítis asociadas a enfermedades autoinmunes sistémicas**.

Uveítis anterior aguda

Aproximadamente 50 % de las **uveítis anteriores agudas recidivantes unilaterales** se asocian a **artropatías**, especialmente, espondilitis anquilosante.

Las uveítis asociadas con **artritis psoriásica, reactiva y con colitis ulcerosa crónica** son también de este tipo, a diferencia de la que se puede presentar en la enfermedad de Crohn que suelen ser **uveítis anterior crónica o panuveítis**.

Las UAA suelen presentarse en varones de 30 a 50 años y tener una duración de días a semanas. Es importante interrogar y examinar a estos pacientes en búsqueda de síntomas y signos orientadores.

Dada la alta frecuencia de asociación de UAA asociada a **artropatías**, aún cuando no existan elementos clínicos sugestivos, se debe de todos modos solicitar al menos una radiografía de articulaciones sacroilí-

Figura 3. Sacroileítis derecha



Tabla 1. Uveítis anterior

Patrones de afectación	Diagnósticos más frecuentes	Estudios recomendados
UAA recidivante unilateral	Espondiloartropatías Espondilitis anquilosante Artritis psoriásica Colitis Ulcerosa Crónica	RX de articulaciones sacroilíacas HLA-B27
UAA no recidivante unilateral	Espondiloartropatías	RX de articulaciones sacroilíacas HLA-B27
UAA bilateral	Espondiloartropatías, sobre todo psoriásica	RX de articulaciones sacroilíacas HLA-B27
UA crónica	Sarcoidosis Artritis Idiopática Juvenil Síndrome Sjogren Enfermedad de Crohn Espondiloartropatías	RX y/o TAC de tórax (figura 5) Enzima convertidora de angiotensina. ANA (niños y Sjögren). FR, anti Ro/La (Sjögren)

cas y eventualmente, en caso de duda persistente una RNM de las mismas (Figura 3). Habitualmente, se asocian con HLA B27 positivo⁽²⁾.

La UAA **unilateral no recidivante** en general es **idiopática**, aunque el 20 % se asocia a artropatías.

La UAA **bilateral** es poco frecuente y en general, también es idiopática. Se puede ver también asociada a artritis psoriásica y en general, con psoriasis en cuero cabelludo. También se puede presentar en las espondilitis anquilosantes.

Uveítis anterior crónica

La gran mayoría de las UAC son **idiopáticas**.

Sin embargo, varias enfermedades autoinmunes sistémicas pueden presentarla en su evolución. En general, antes de que aparezca la uveítis, existen elementos clínicos que permiten hacer el diagnóstico o

al menos sospechar la enfermedad de base. Se puede asociar a **artritis idiopática juvenil**, especialmente en las formas oligoarticulares⁽³⁾, síndrome de Sjögren y sarcoidosis (planteo etiológico que se refuerza si se observan precipitados granulomatosos en el fondo de ojo). La **enfermedad de Crohn** también puede cursar con UAC, como fue ya señalado.

Uveítis intermedias

Las UI son casi siempre **idiopáticas**. Se puede asociar con sarcoidosis⁽⁴⁾.

De no existir parámetros clínicos sugestivos de la misma se debería solicitar una radiografía de tórax y eventualmente, una TAC de tórax para valorar la participación ganglionar y/o pulmonar de la enfermedad.

Si no hay clínica sugerente no sería necesario explorar otros territorios.

Tabla 2. Uveítis anterior

Patrones de afectación	Diagnósticos más frecuentes	Estudios recomendados
Uveítis intermedia	Sarcoidosis	Rx y/o TAC de tórax Enzima convertidora de angiotensina.

Tabla 3. Uveítis posterior

Patrones de afectación	Diagnósticos más frecuentes	Estudios recomendados
Corioretinitis unilateral	Sarcoidosis	Rx y/oTAC de tórax Enzima convertidora de angiotensina.
Corioretinitis bilateral	Sarcoidosis LES	Rx y/o TAC de tórax Enzima convertidora de angiotensina ANA ante sospecha de LES
Vasculitis retiniana	Behçet Sarcoidosis Vasculitis sistémica	Orientados según sospecha clínica

Figura 4. Úlceras orales en enfermedad de Behçet.



Uveítis posterior

No suele presentarse en enfermedades autoinmunes sistémicas, es propio de otras enfermedades como la *toxoplasmosis*.

Sin embargo, se puede asociar con Behçet⁽⁵⁾, sarcoidosis, LES y enfermedad inflamatoria intestinal.

En estos casos, el paciente presenta habitualmente elementos clínicos que permite plantear la enfermedad o ésta ya fue diagnosticada previamente.

Panuveítis

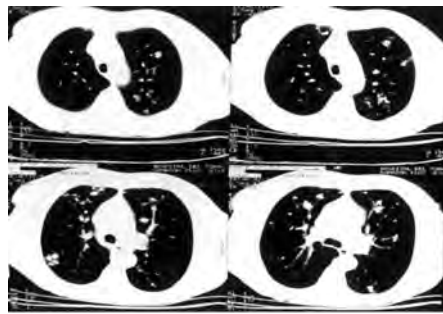
Cuando la panuveítis *se acompaña de vasculitis retiniana*, se deben plantear enfermedades como *sarcoidosis*, *Crohn*, pero fundamentalmente, *enfermedad de Behçet*, en la cual este tipo de uveítis suele ser el más común.

A continuación se señalan las características de las uveítis asociadas con algunas de las patologías inmune-mediadas que el clínico asiste con mayor frecuencia.

Sarcoidosis

El 30% presentan uveítis y el 20% debutan con la misma. En general, se trata de UAC. La uveítis anterior y posterior simultánea así como la afectación

Figura 5. Nódulos pulmonares múltiples en paciente con sarcoidosis.



bilateral son frecuentes. Se aconseja realizar un control oftalmológico anual.

Enfermedad de Behçet

La uveítis es muy frecuente y siempre bilateral. Puede ser anterior y posterior. Suele ser recidivante y de comienzo agudo. El hallazgo más frecuente es la vasculitis retiniana. Son características las úlceras orales (Figura 4) y genitales.

Síndrome de Sjögren primario

Rara vez presenta uveítis, y cuando existe puede ser bilateral, crónica, anterior y/o posterior.

Lupus Eritematoso Sistémico

La uveítis es rara en esta enfermedad.

Patrones de presentación de las uveítis

Se exponen tablas con patrones de presentación de las uveítis, enfermedades autoinmunes sistémicas asociadas y los estudios recomendados en primera instancia para cada situación. (Ver Tablas 1, 2 y 3)

Recibido: 6/09/13
Aprobado: 7/10/13

Bibliografía

- Jabs DA, Nussenblatt RB, Rosenbaum JT: Standardization of Uveitis Nomenclature (SUN) Working Group. **Standardization of uveitis nomenclature** for reporting clinical data. Results of the First International Workshop. Am J Ophthalmol 2005;140:509-16.
- Suhler EB, Martin TM, Rosenbaum JT. HLA-B27-associated uveitis: overview and current perspectives. Curr Opin Ophthalmol 2003;14:378-83.
- Madigan WP, Raymond WR, Wroblewski KJ, Thebpatiphat N, Birdsong RH, Jaafar MS. A review of pediatric uveitis: Part II. Autoimmune diseases and treatment modalities. J Pediatr Ophthalmol & Strabismus 2008;45:202-19.
- Evans M, Sharma O, LaBree L, Smith RE, Rao NA. Differences in clinical findings between Caucasians and African American with biopsy-proven sarcoidosis. Ophthalmology 2007;114:325-33.
- Verity DH, Wallace GR, Vaughan RW, Stanford MR. Behçet's disease: from Hippocrates to the third millennium. Br J Ophthalmol 2003;87:1175-83.

HIPERACIDEZ

El reflujo gastroesofágico (RGE), algunos medicamentos, costumbres alimentarias, alcohol, nicotina, café y estrés causan... HIPERACIDEZ

Fremalt® Sobres

Cambia las limitaciones existentes

Combina: Omeprazol de liberación inmediata (20 mg)
Bicarbonato de sodio (1.680 mg)
Alginato de sodio (250 mg)

1 El **Bicarbonato de sodio** aumenta el pH y baja la acidez. Esto permite que el **omeprazol de liberación inmediata** sea rápidamente absorbido y logre concentraciones plasmáticas **máximas en apenas 20 minutos**. Las presentaciones convencionales presentan su C_{máx} en **aproximadamente 2 horas**.

2 **Fremalt sobres** produce una brusca elevación del pH gástrico que determina la activación del total de las bombas de protones, **para luego inhibirlas**. Por esto Fremalt sobres es **más eficiente** que las formas convencionales de IBP.

3 **Alginato de sodio** forma una capa flotante que **actúa como barrera física** que reduce los episodios de reflujo. Protege la mucosa gastroesofágica.

