

UVEÍTIS AUTOINMUNES: ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR

Valoración inicial de paciente con uveítis: Papel del Internista
Problemas reales en las consultas de uveítis: Casos prácticos

Dr. Alex Fonollosa Calduch

Servicio de Oftalmología - Hospital de Cruces (Barakaldo, Bizkaia)

Dr. Agustín Martínez Berriotxo

Servicio de Medicina Interna - Hospital de Cruces (Barakaldo, Bizkaia)
Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea



Osakidetza



**Reunión Nacional en
Enfermedades
Autoinmunes Sistémicas**

**30 Septiembre - 2 Octubre 2010
Hotel Meliá Lebreros
- Sevilla -**



ETIOLOGÍA DE LAS UVEÍTIS

- **IDIOPÁTICAS**
- **ENFERMEDADES SISTÉMICAS DE ETIOLOGÍA AUTOINMUNE - INFLAMATORIA:**
 - Espondiloartropatías: Espondilitis anquilosante, síndrome de Reiter, artritis psoriásica
 - Enfermedad inflamatoria intestinal: Enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa
 - Vasculitis: Enfermedad de Behçet, enfermedad de Kawasaki, PAN, granulomatosis de Wegener
 - Enfermedades del tejido conectivo: Lupus eritematoso sistémico, Síndrome de Sjögren
 - Artritis crónica juvenil
 - Policondritis recidivante
 - Sarcoidosis
 - Síndrome de nefritis tubulointersticial y uveítis
 - Esclerosis múltiple
 - Uveítis inducidas por fármacos: Sulfonamidas, rifabutina
- **INFECCIONES:**
 - Virales: VIH, VHS, VVZ, CMV
 - Bacterianas: Tuberculosis, lepra, sífilis, enf. de Lyme, enf. de Whipple, leptospirosis, arañazo de gato
 - Parásitos: *Toxoplasma*, *Toxocara*
 - Hongos: Candidiasis, histoplasmosis
- **SÍNDROMES PRIMARIAMENTE OCULARES:**
 - Uveítis anteriores oftalmológicas:
 - Ciclitis heterocrómica de Fuchs
 - Crisis glaucomatociclíticas
 - Uveítis facogénicas
 - Uveítis postquirúrgicas: Infecciosas (*Propionibacterium acnes*) y asociadas a lentes intraoculares.
 - Pars planitis idiopática
 - Retinocoroidopatías oftalmológicas:
 - Coroidopatía serpinginosa
 - Coroidopatía en perdigonada
 - Epiteliopatía pigmentaria placoide multifocal
 - Coroiditis multifocal con panuveítis
 - Coroidopatía punteada interna
 - Síndrome de los puntos blancos múltiples evanescentes
 - Epitelitis pigmentaria retiniana aguda
 - Retinopatía externa zonal aguda
 - Síndrome de fibrosis subretiniana y uveítis
 - Síndrome de coroiditis multifocal y panuveítis
 - Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada
 - Necrosis retiniana aguda
 - Oftalmía simpática
- **SÍNDROMES DE ENMASCARAMIENTO**
 - Neoplasias: Linfoma, leucemia, melanoma de úvea, retinoblastoma, metástasis
 - Vasculopatías: Enfermedad venooclusiva, síndrome antifosfolipídico
 - Oftalmológicos: Retinitis pigmentosa, desprendimiento de retina regmatógeno periférico crónico, síndrome de dispersión pigmentaria

**LA MAYORÍA DE LAS UVEÍTIS SON
IDIOPÁTICAS O EXCLUSIVAMENTE
OFTALMOLÓGICAS**

**No hacer estudio sistémico salvo
Manifestaciones clínicas
Extraoculares evidentes**

**LAS UVEÍTIS PUEDEN SER CAUSADAS
POR DIFERENTES PROCESOS
SISTÉMICOS (INFECCIOSOS,
AUTOINMUNES Y NEOPLÁSICOS)**

**Hacer estudio sistémico completo
en todos los casos**

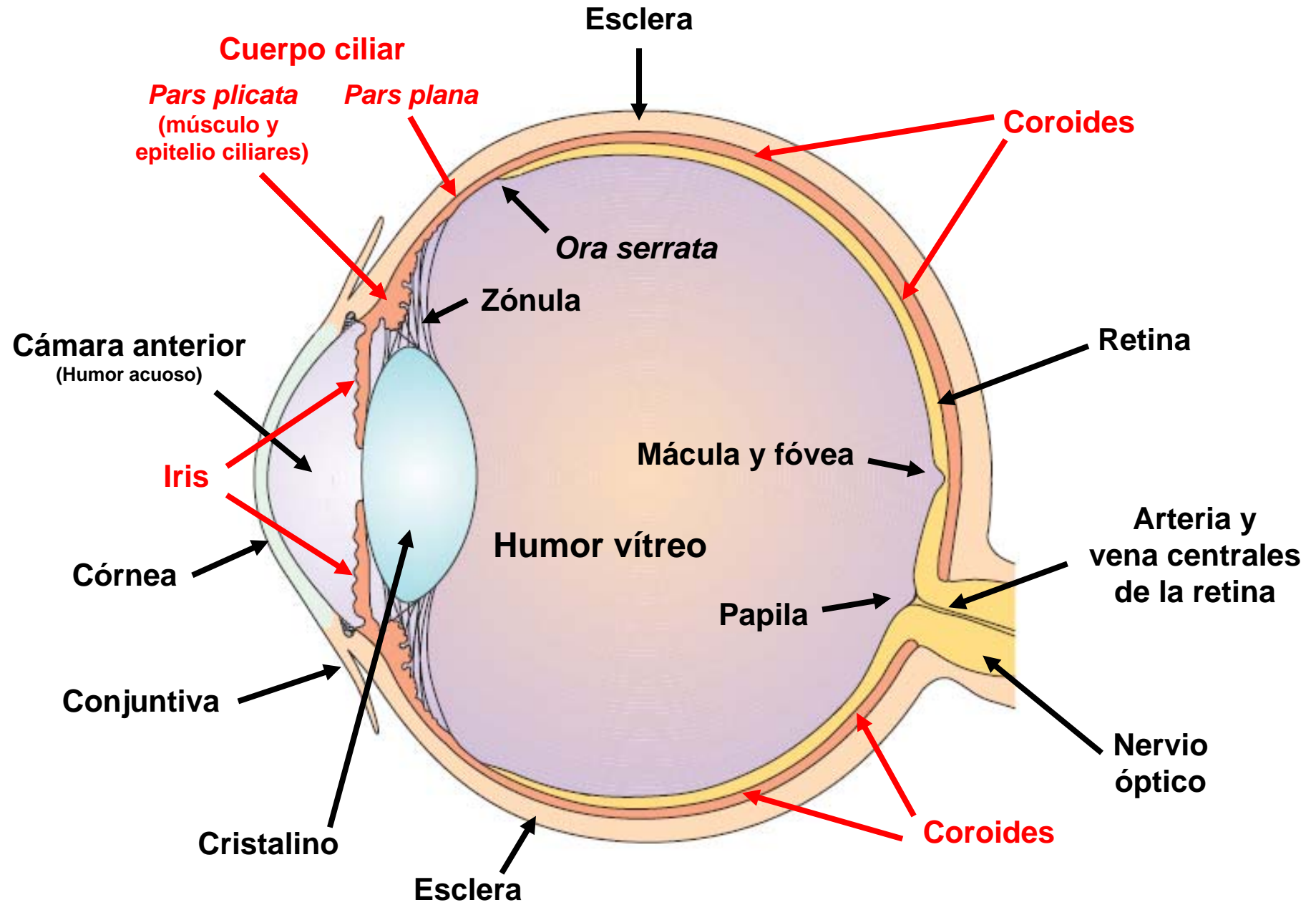


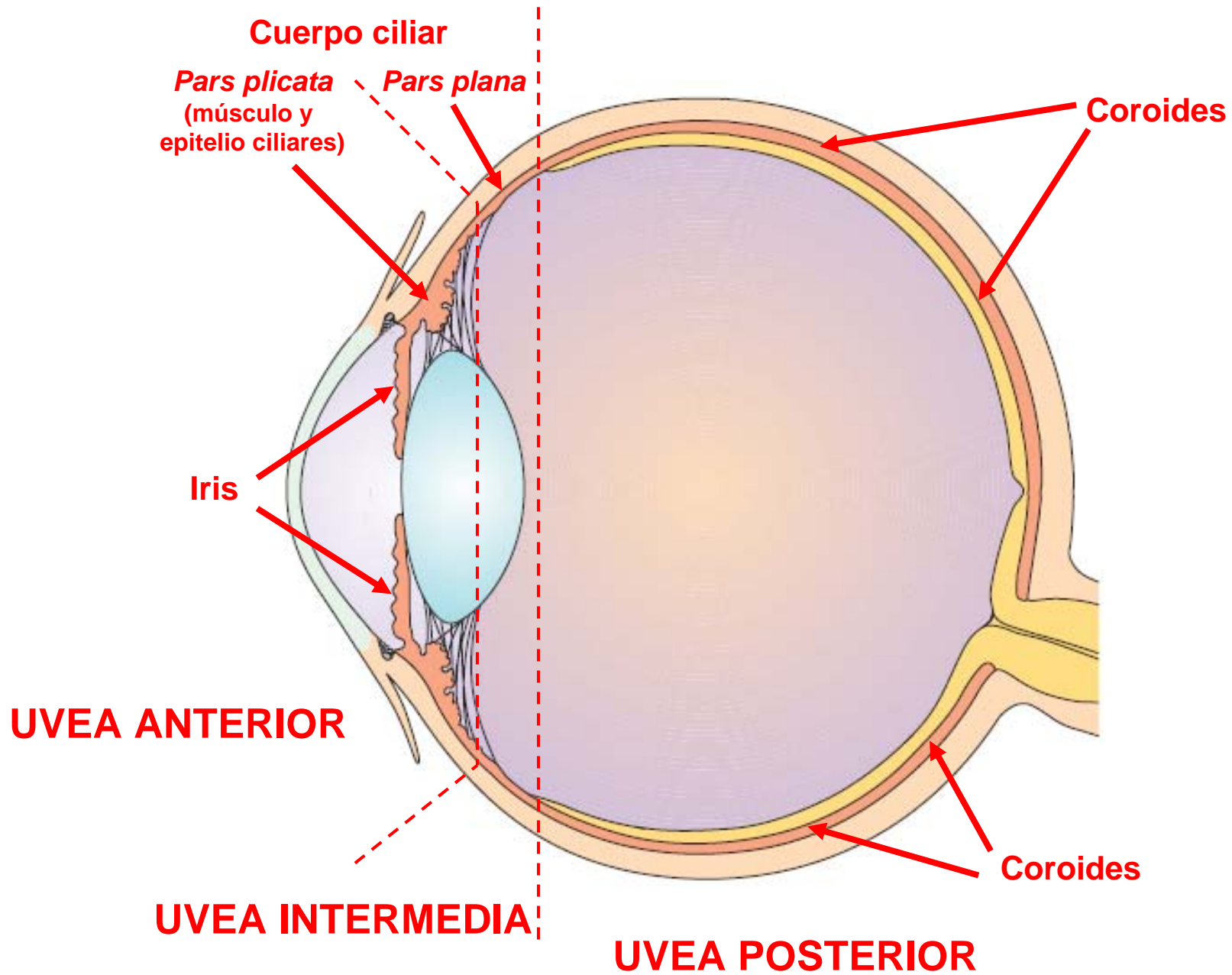
Estudio individualizado en función del **PATRÓN CLÍNICO**

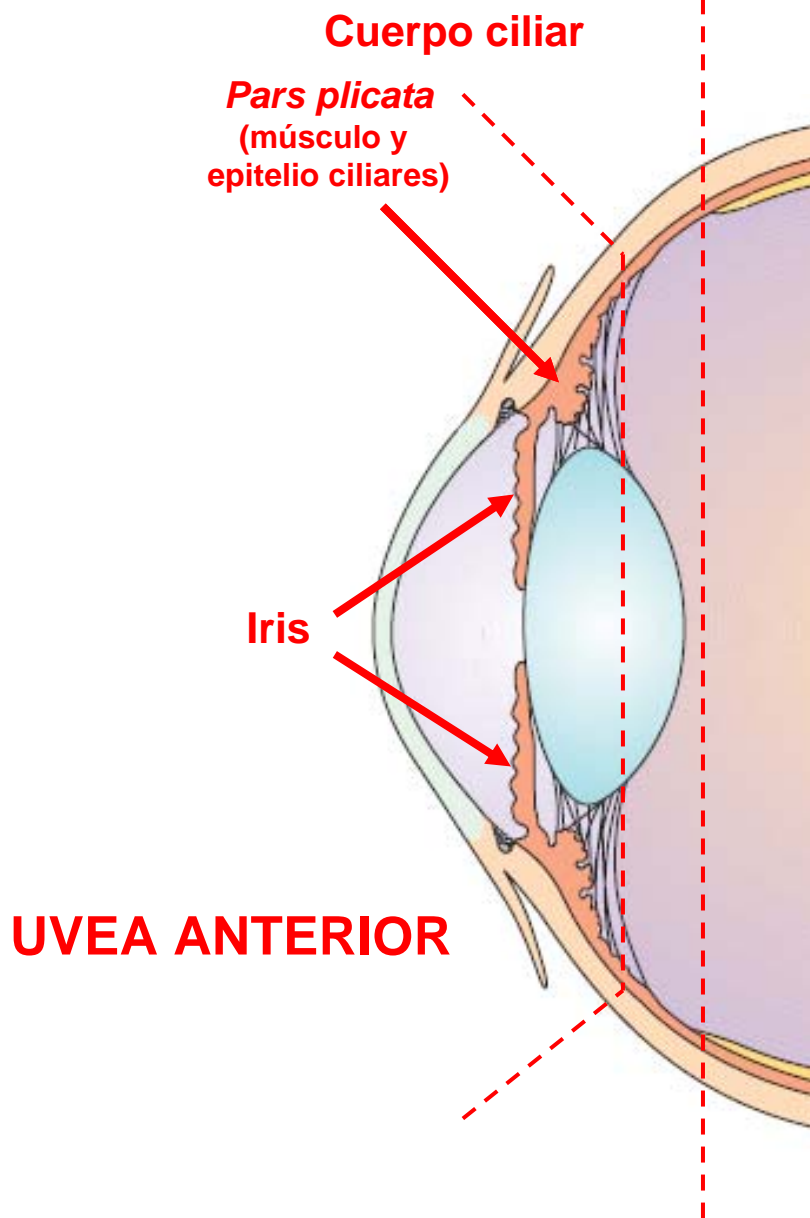


UVEÍTIS: ¿CÓMO DEFINIR EL PATRÓN CLÍNICO?

- **LOCALIZACIÓN ANATÓMICA DE LA UVEÍTIS Y TIPO DE LESIÓN**
 - UVEÍTIS ANTERIOR
 - UVEÍTIS INTERMEDIA
 - UVEÍTIS POSTERIOR
 - PANUVEÍTIS







UVEÍTIS ANTERIOR

IRITIS
IRIDOCICLITIS
CICLITIS ANTERIOR

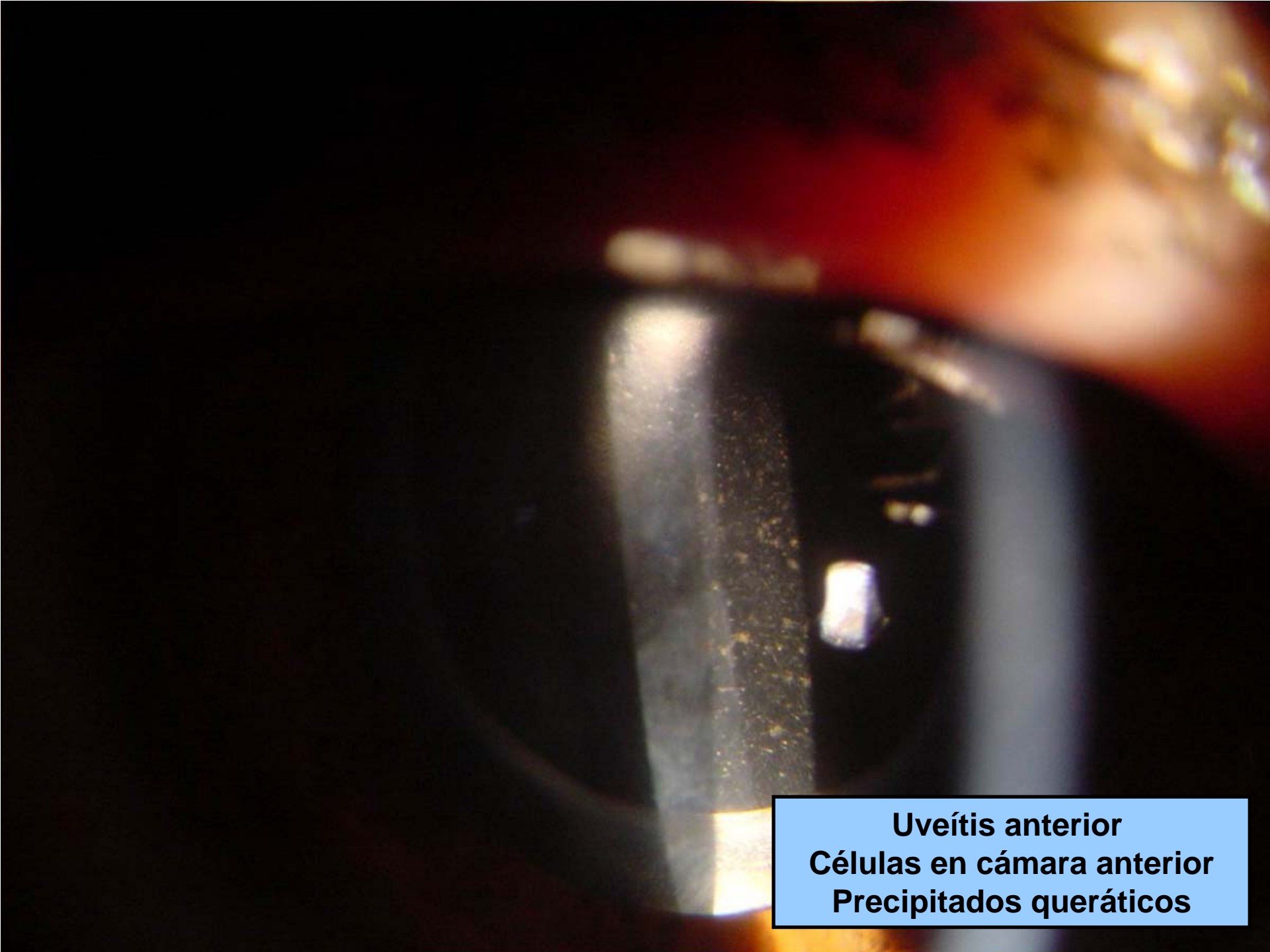
QUERATOUVEÍTIS
ESCLEROUVEÍTIS

OJO ROJO
DOLOR y FOTOFOBIA
LAGRIMEO
MIOSIS
VISIÓN BORROSA

Inflamación en CÁMARA ANTERIOR

TYNDALL
HIPOPIÓN
PRECIPITADOS QUERÁTICOS

SINEQUIAS
GLAUCOMA
CATARATA
QUERATOPATÍA EN BANDA



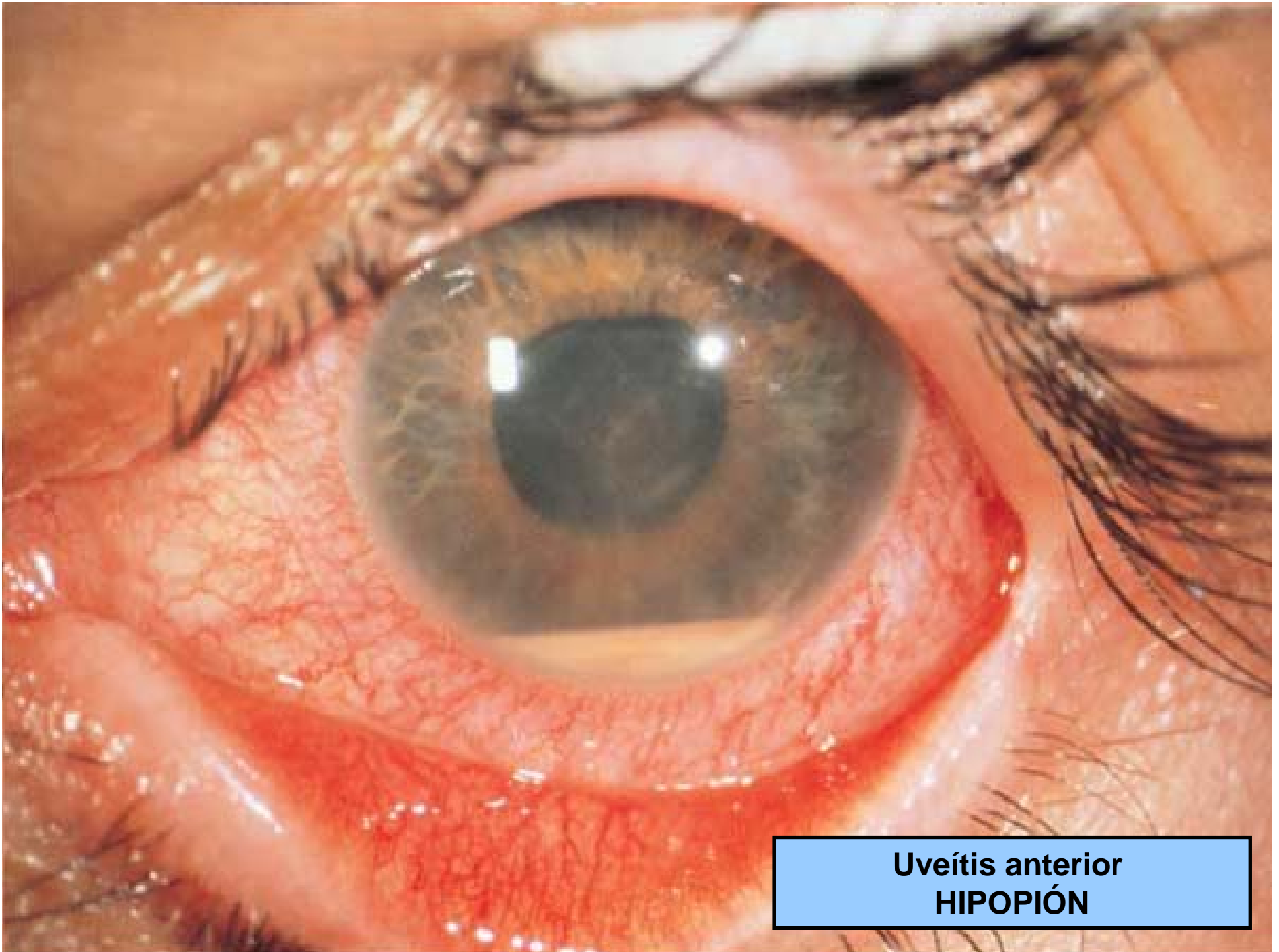
**Uveítis anterior
Células en cámara anterior
Precipitados queráticos**

This is a slit lamp photograph of the anterior chamber of an eye. The image shows a dark, narrow space with a bright, vertical light source on the left. In the center, there is a small, bright, rectangular area that appears to be a keratic precipitate (KPP). The surrounding area is dark, and there are some faint, blurry structures visible in the background, likely the iris and lens. The overall appearance is consistent with anterior uveitis, characterized by the presence of inflammatory cells and KPPs in the anterior chamber.

Sistema de clasificación del Tyndall (SUN working group)

Grado	Descripción
0	Ausente
1+	Leve
2+	Moderado (detalles claros del iris y cristalino)
3+	Acusado (detalles borrosos de iris y cristalino)
4+	Intenso (fibrina o humor acuoso plasmóide)

**Uveítis anterior
Células en cámara anterior
Precipitados queráticos**



**Uveítis anterior
HIPOPIÓN**



PROCESOS ASOCIADOS A HLA B27
ENFERMEDAD DE BEHÇET

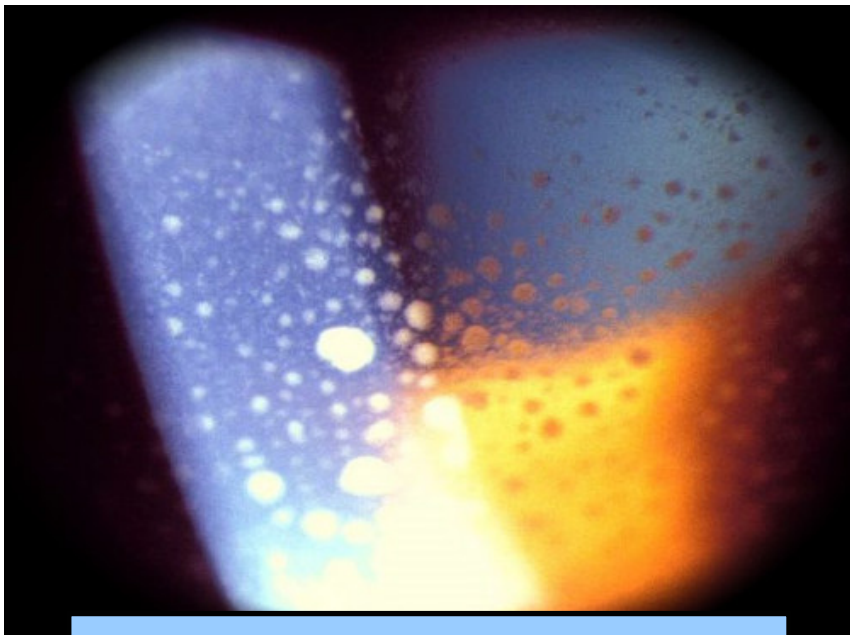
Uveítis anterior
HIPOPIÓN



Queratonpatía en banda



Sinequias posteriores



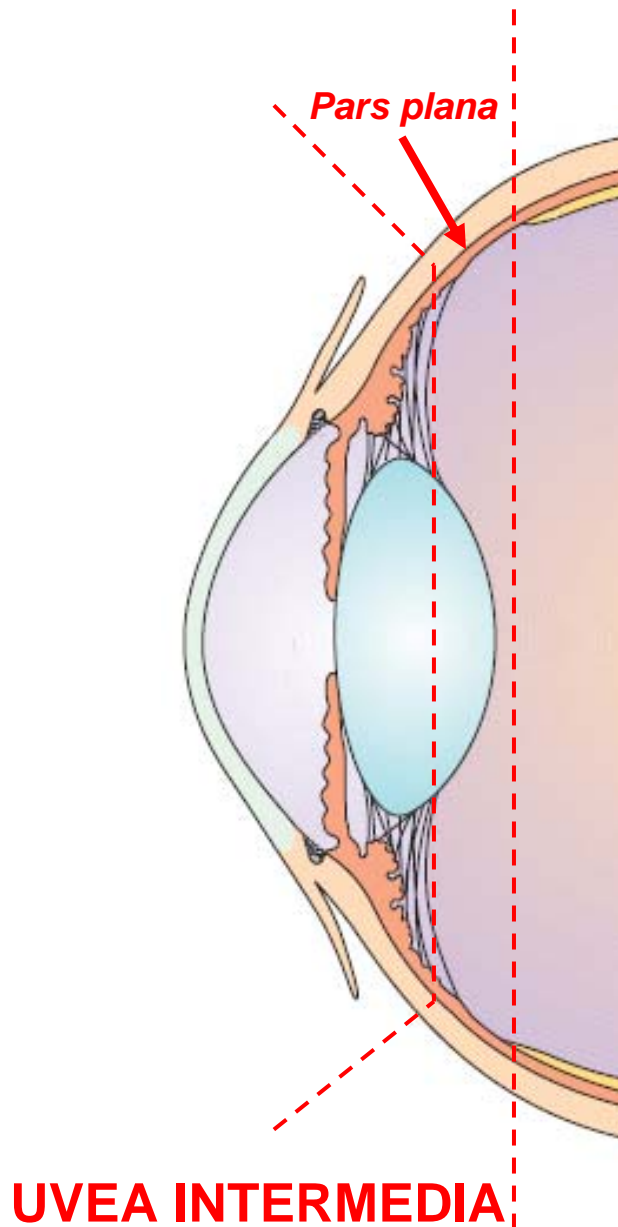
Precipitados queráticos



Catarata secundaria



Ciclitis heterocrómica de Fuchs



UVEÍTIS INTERMEDIA

**PARS PLANITIS
CICLITIS POSTERIOR**

**MIODESOPSIAS (“Moscas volantes”)
VISIÓN BORROSA**

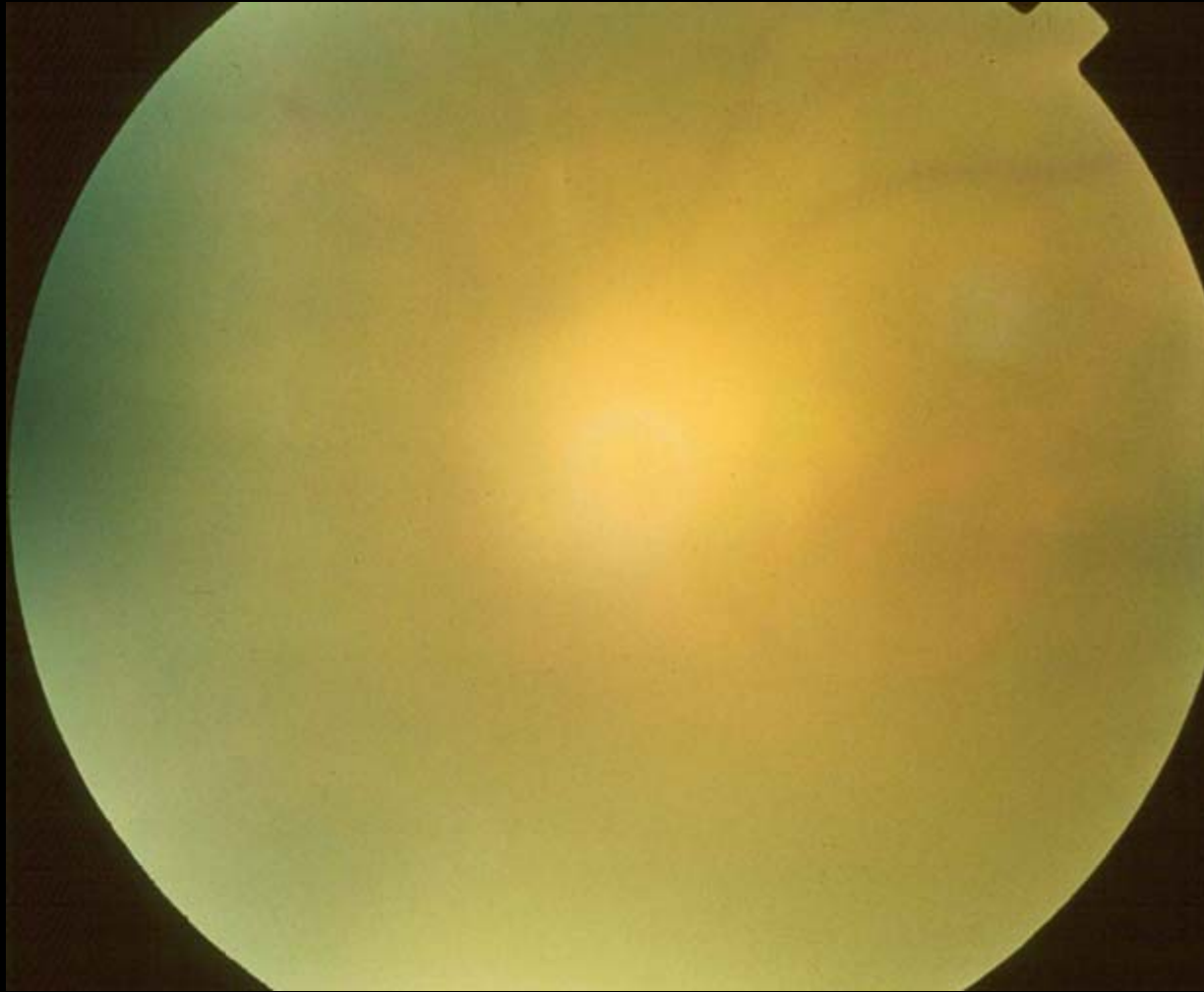
**Inflamación en CÁMARA VÍTREA
VITRITIS**

**CONGLOMERADOS EN BOLAS DE NIEVE
EXUDADOS EN BANCOS DE NIEVE**

**SINEQUIAS
GLAUCOMA
CATARATA**

**OPACIFICACIÓN CELULAR DEL VÍTREO
HEMORRAGIA VÍTREA**

**EDEMA MACULAR QUÍSTICO
VASCULITIS RETINIANA PERIFÉRICA
NEOVASCULARIZACIÓN
DESPRENDIMIENTO DE RETINA**



VITRITIS

Descripción de la turbidez vítrea (SUN working group)

Grado	Descripción	Signos clínicos
0	Nula	Ninguno
0,5+	Mínima	Polo posterior claramente visible; si se enfoca vítreo células (+)
1+	Leve	Detalles del polo posterior ligeramente turbios
2+	Moderada	Detalles del polo posterior muy turbios; sólo se ven disco óptico y vasos de primer orden
3+	Severa	Detalles del polo posterior escasamente visibles; sólo se ve el disco óptico, no los vasos de primer orden
4+	Muy severa	Sólo fulgor, no se ven detalles del fondo

VITRITIS

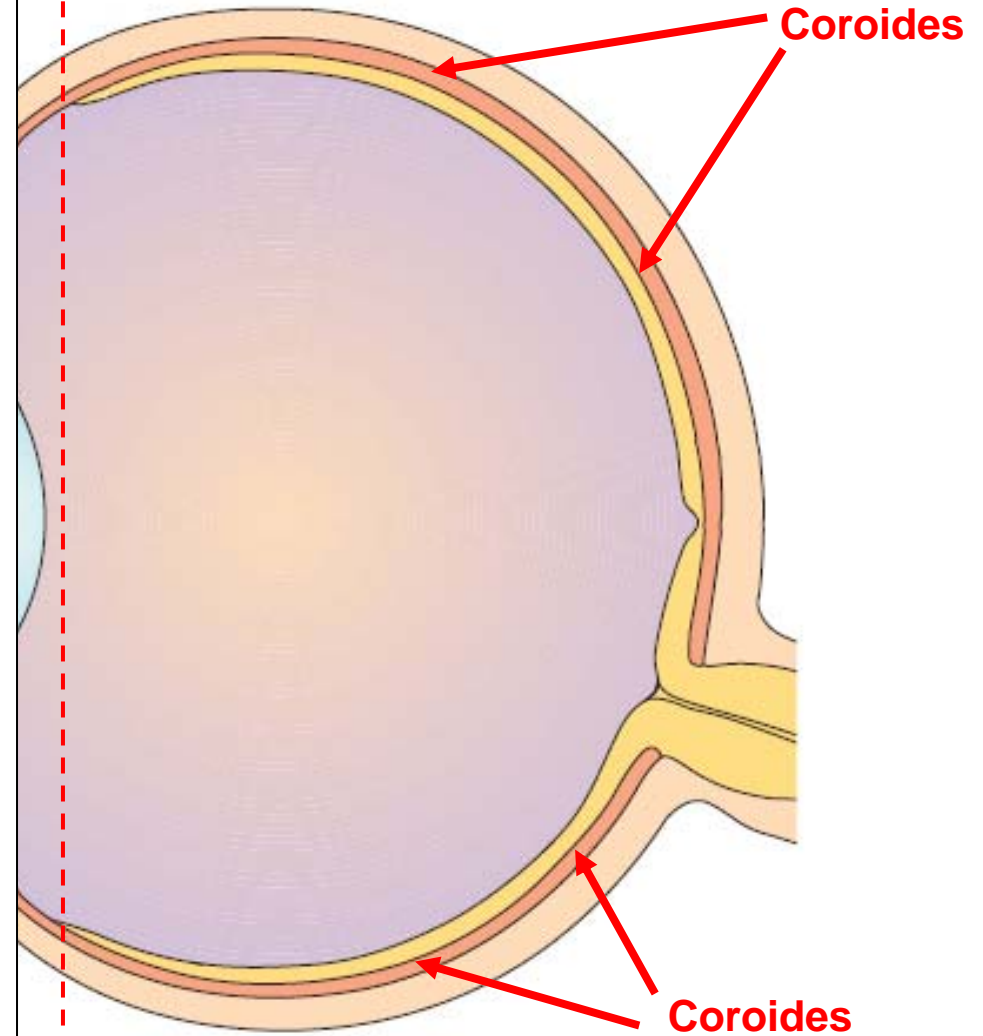
UVEÍTIS POSTERIOR

**COROIDITIS
CORIORRETINITIS
VASCULITIS DE RETINA**

**MIODESOPSIAS (“Moscas volantes”)
VISIÓN BORROSA
ESCOTOMAS
AMAUROSIS**

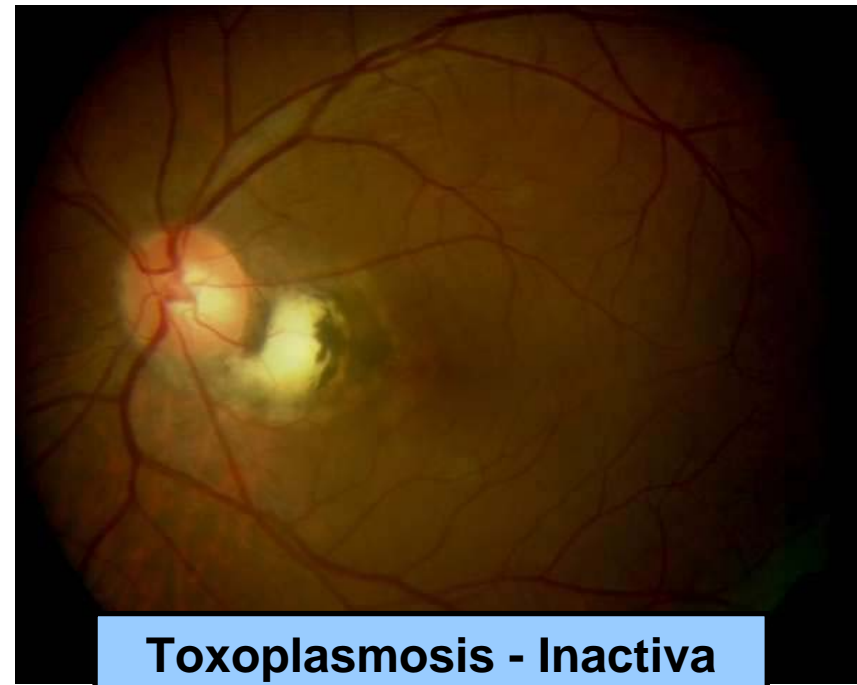
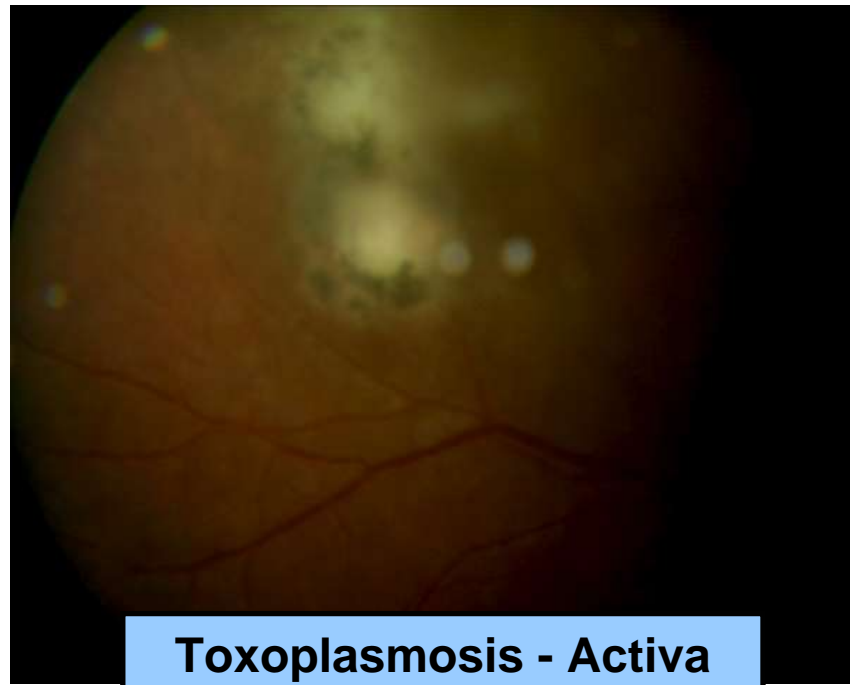
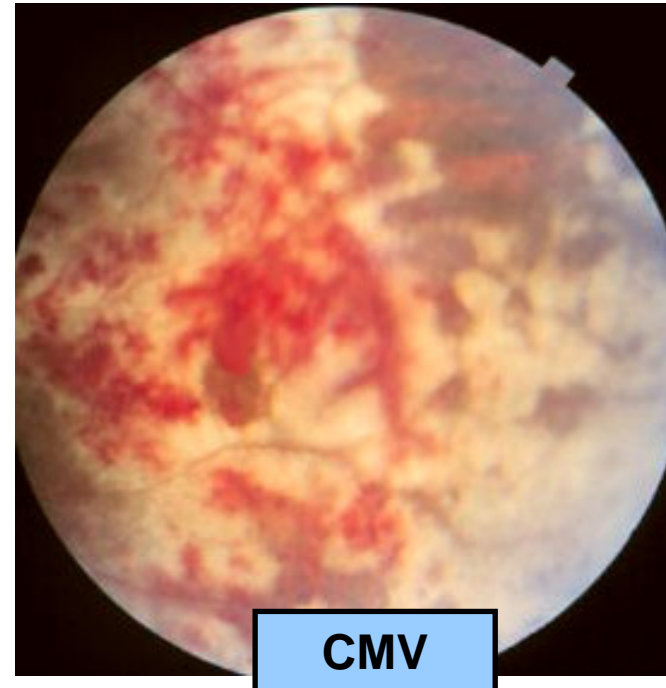
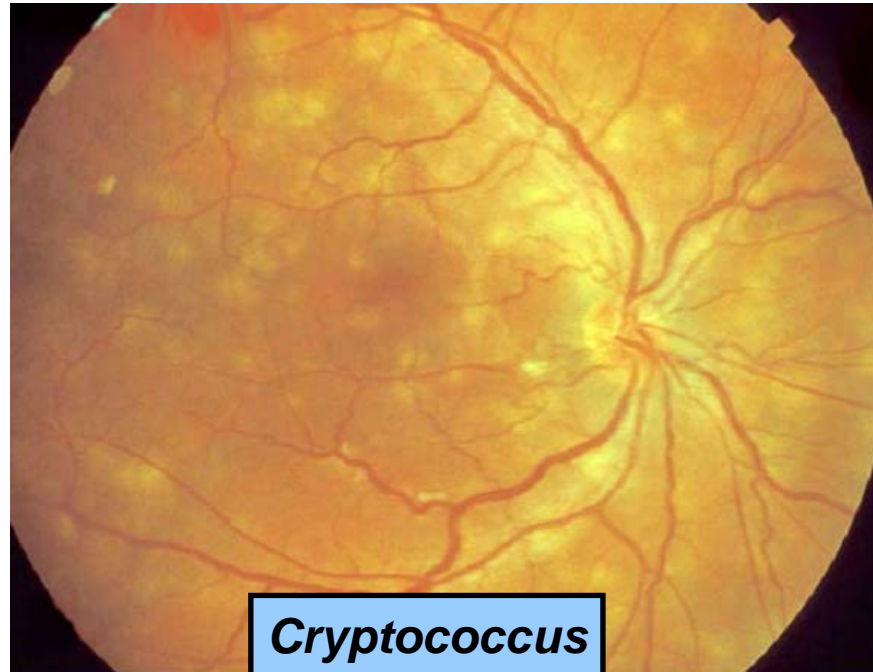
**Inflamación en COROIDES/RETINA
(± VITRITIS)**

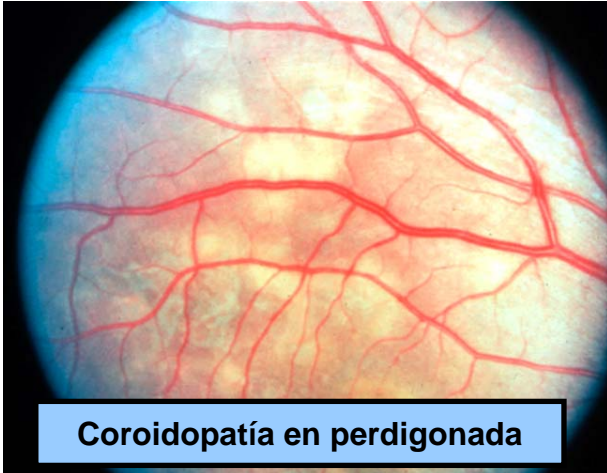
**EDEMA MACULAR QUÍSTICO
HEMORRAGIA VÍTREA
NEOVASCULARIZACIÓN
DESPRENDIMIENTO DE RETINA
ATROFIA RETINIANA / ÓPTICA
CEGUERA**



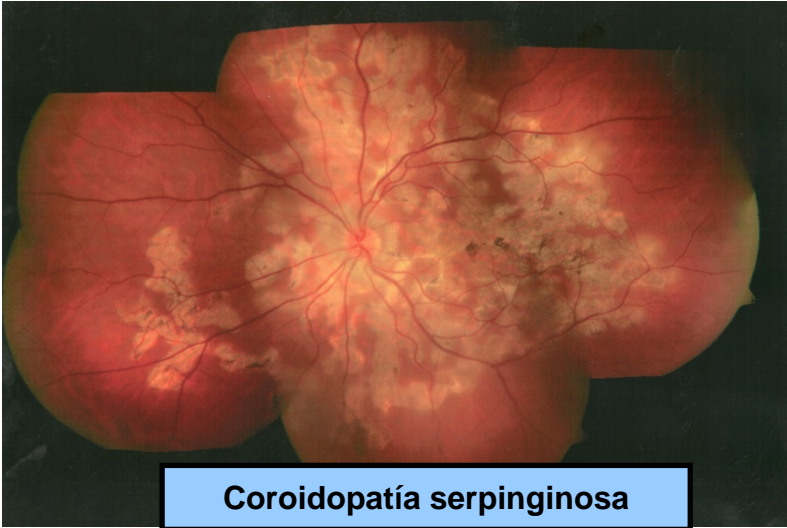
UVEA POSTERIOR







Coroidopatía en perdigonada



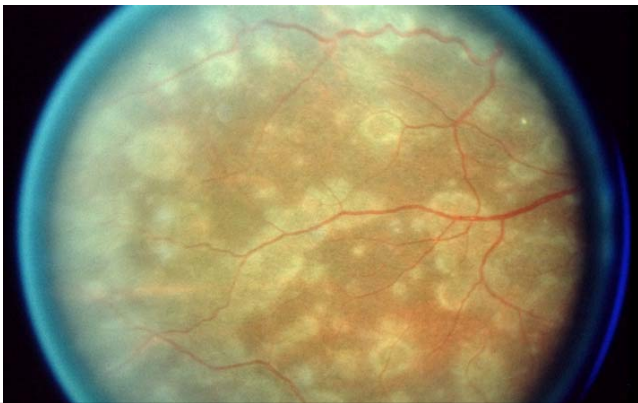
Coroidopatía serpinginosa



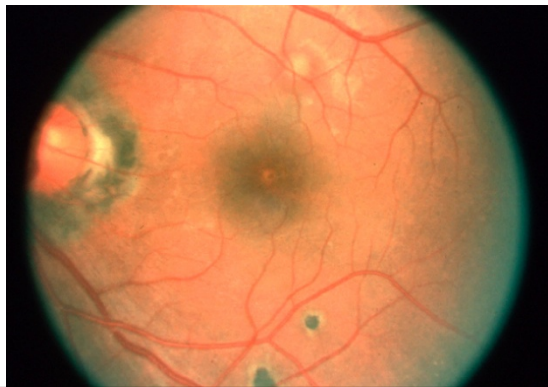
Síndrome de coroiditis multifocal y panuveítis



Síndrome múltiples puntos blancos evanescentes



Epiteliopatía pigmentaria placoide multifocal posterior aguda



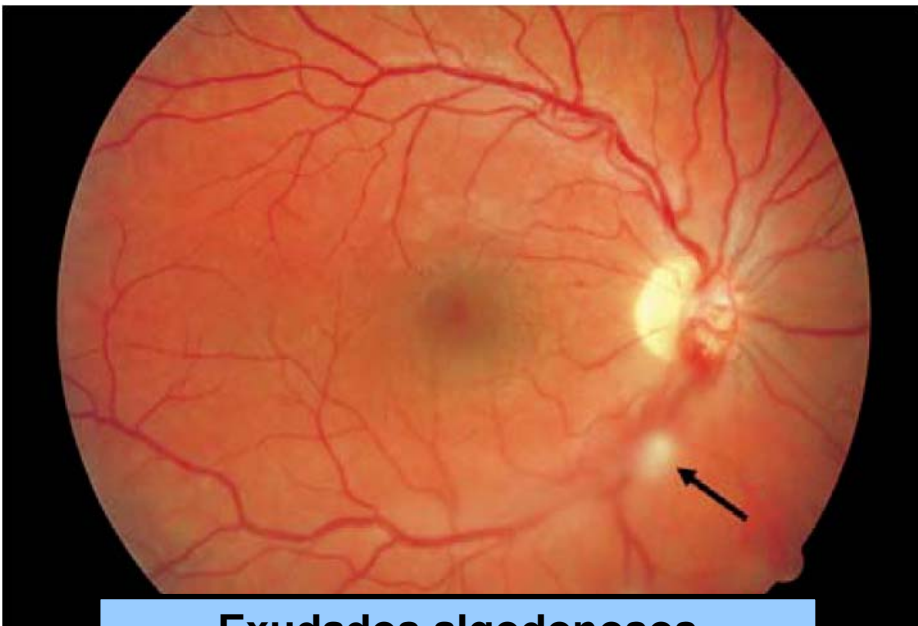
Coroidopatía punteada interna



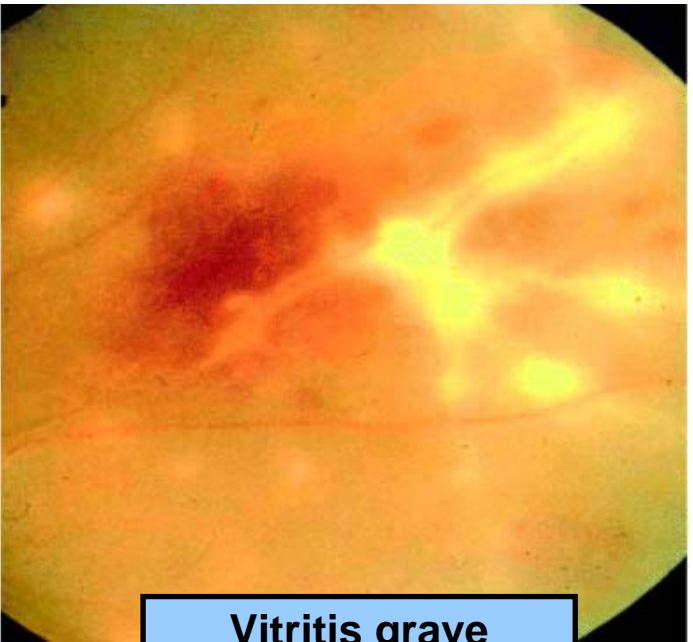
Patrón en rama escarchada



Patrón en llamarada



Exudados algodonosos



Vitritis grave

UVEÍTIS: ¿CÓMO DEFINIR EL PATRÓN CLÍNICO?

- **LOCALIZACIÓN ANATÓMICA DE LA UVEÍTIS Y TIPO DE LESIÓN**

- UVEÍTIS ANTERIOR
- UVEÍTIS INTERMEDIA
- UVEÍTIS POSTERIOR
- PANUVEÍTIS

- **CURSO EVOLUTIVO DE LA UVEÍTIS**

- INICIO: BRUSCO vs. INSIDIOSO
- DURACIÓN: LIMITADA vs. PERSISTENTE
 - Limitada: Menos de 3 meses
 - Persistente: Más de tres meses
- CURSO CLÍNICO:
 - AGUDA: Inicio brusco y duración limitada
 - RECIDIVANTE: Nuevo episodio tras recuperación completa del episodio previo con inactividad clínica durante más de 3 meses
 - CRÓNICA: Inflamación de más de 3 meses o nuevo episodio en menos de 3 meses tras la suspensión del tratamiento del episodio previo

- **LATERALIDAD DE LA UVEÍTIS**

- UNILATERAL: Afecta a un solo ojo en cada brote
 - Las recurrencias pueden ocurrir en el ojo contrario
- BILATERAL: Afecta a los dos ojos en el mismo brote

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL SEGÚN PATRÓN CLÍNICO

- **UVEÍTIS ANTERIORES**

- UVEÍTIS ANTERIOR AGUDA RECIDIVANTE UNILATERAL
- UVEÍTIS ANTERIOR AGUDA NO RECIDIVANTE UNILATERAL
- UVEÍTIS ANTERIOR AGUDA BILATERAL
- UVEÍTIS ANTERIOR CRÓNICA

- **UVEÍTIS INTERMEDIA**

- **UVEÍTIS POSTERIORES**

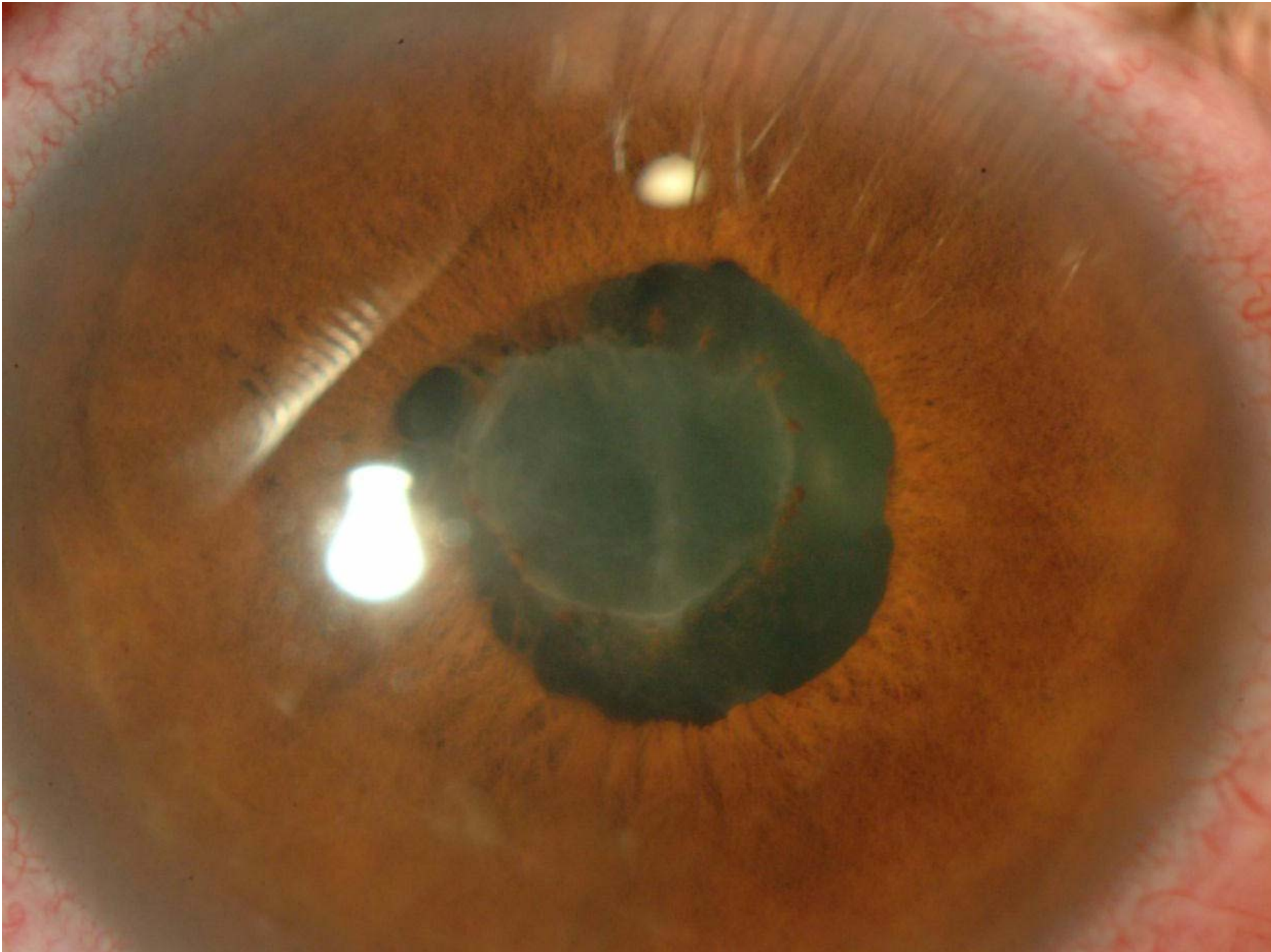
- CORIORRETINITIS UNILATERAL
- CORIORRETINITIS BILATERAL
- VASCULITIS DE RETINA

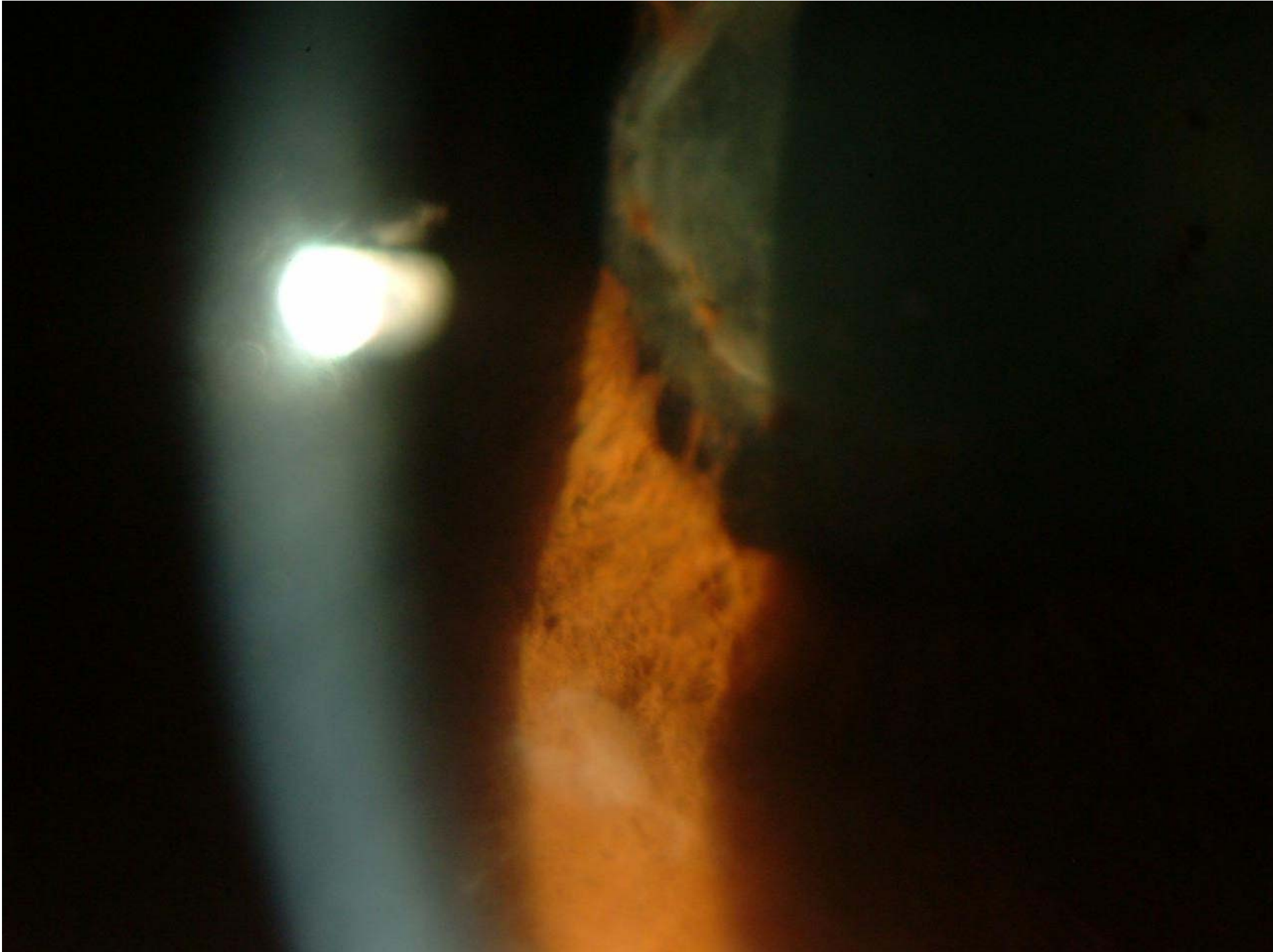
- **PANUVEÍTIS**

- PANUVEÍTIS CON CORIORRETINITIS
- PANUVEÍTIS CON VITRITIS
- PANUVEÍTIS CON VASCULITIS DE RETINA
- PANUVEÍTIS CON DESPRENDIMIENTO EXUDATIVO DE RETINA



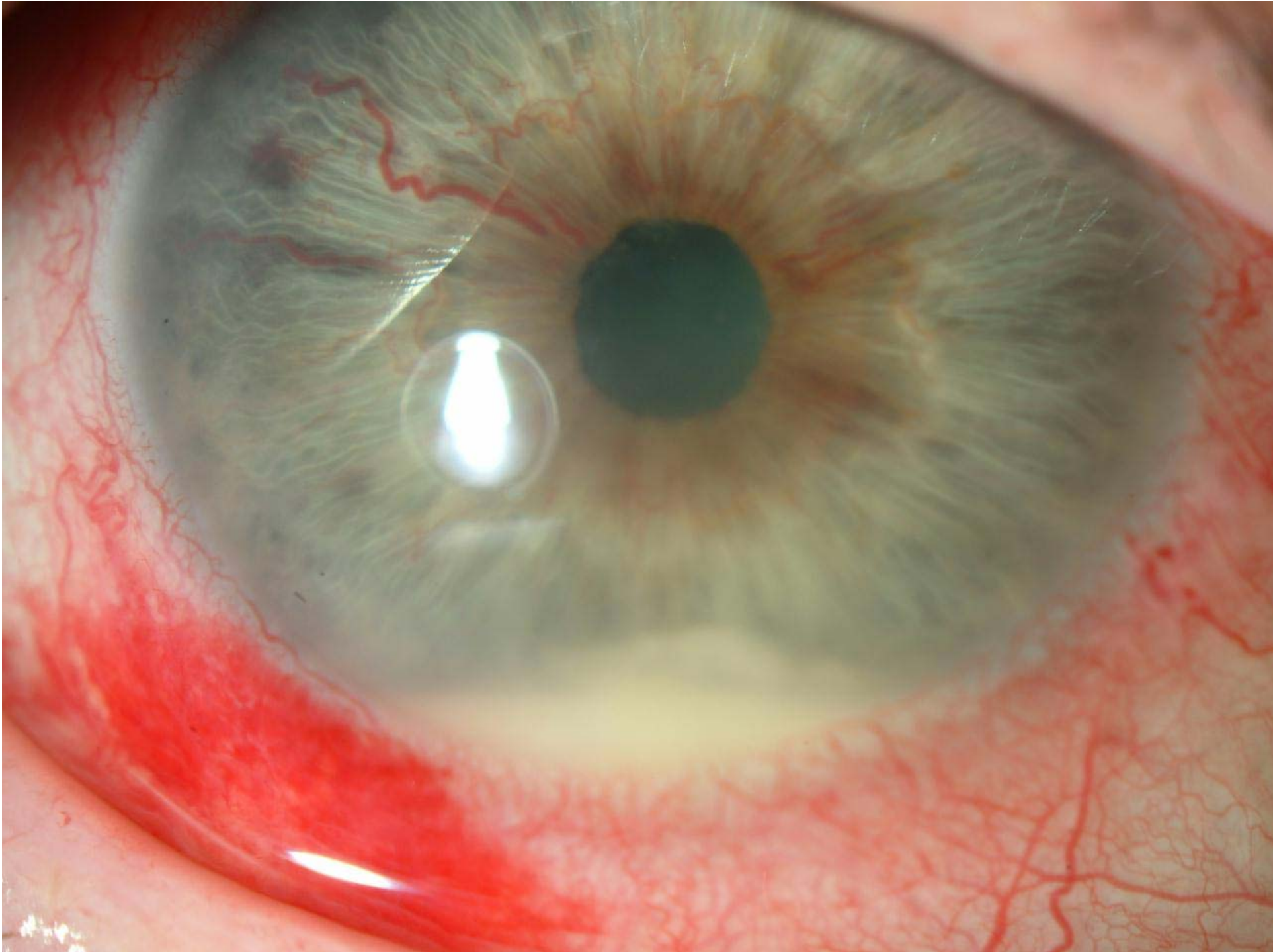
Caso 1: Uveítis anterior aguda
no granulomatosa





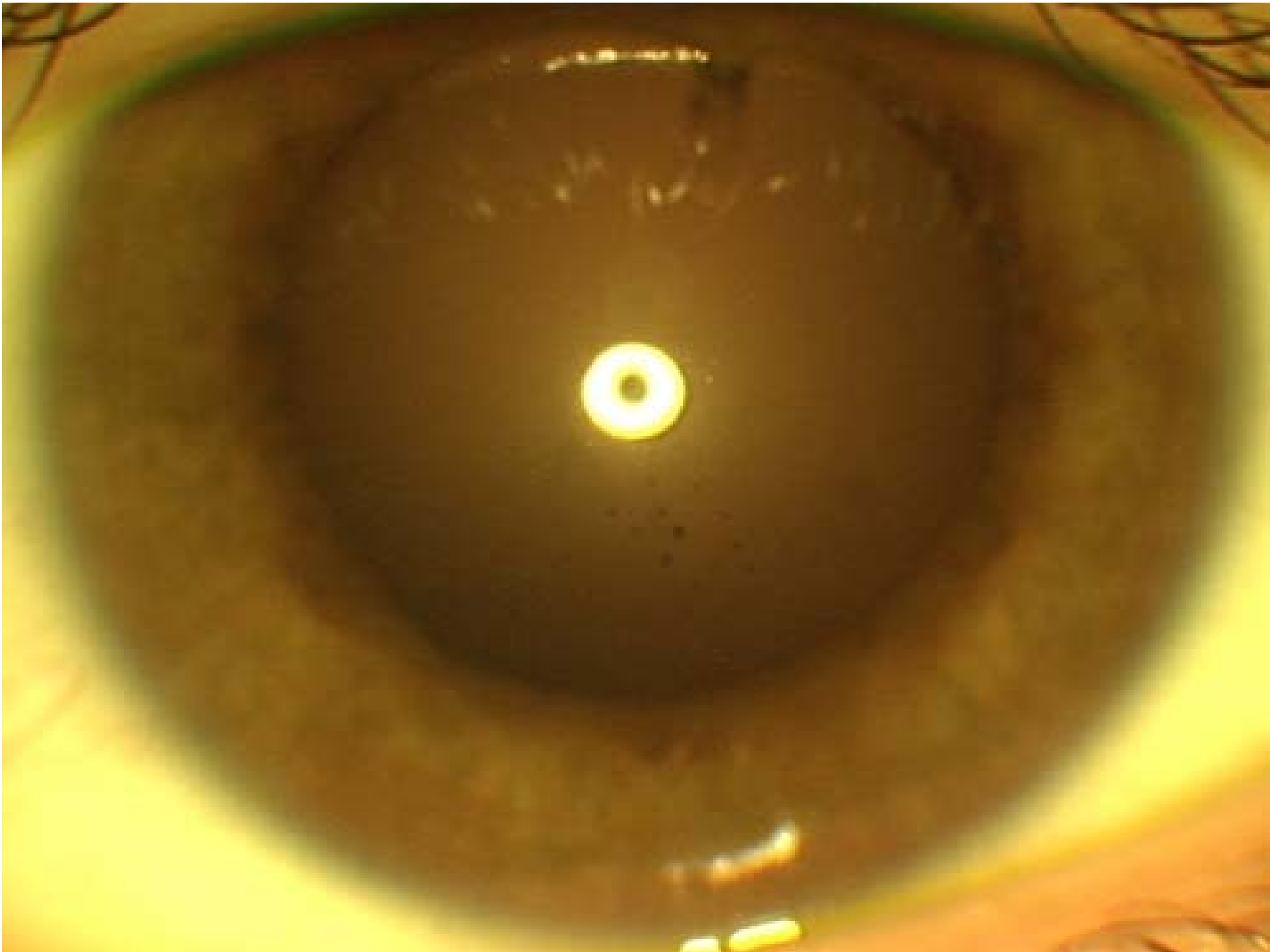
UVEÍTIS ANTERIOR AGUDA NO GRANULOMATOSA

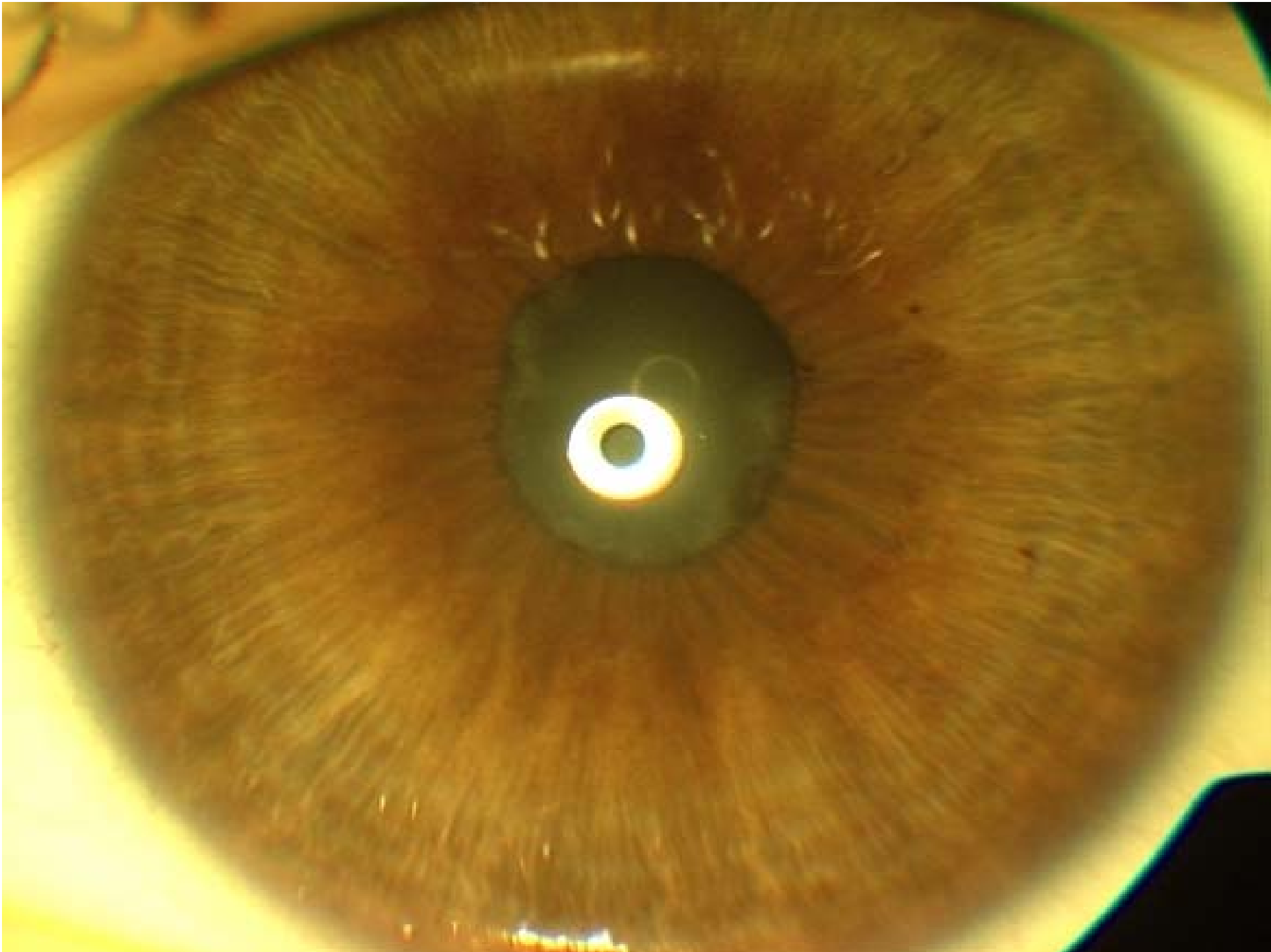
- **Generalmente idiopática**
- **Claves en la orientación diagnóstica:**
 - **Uni o bilateral**
 - **Inflamación intensa (SP, Cél 3+, hipopion)**





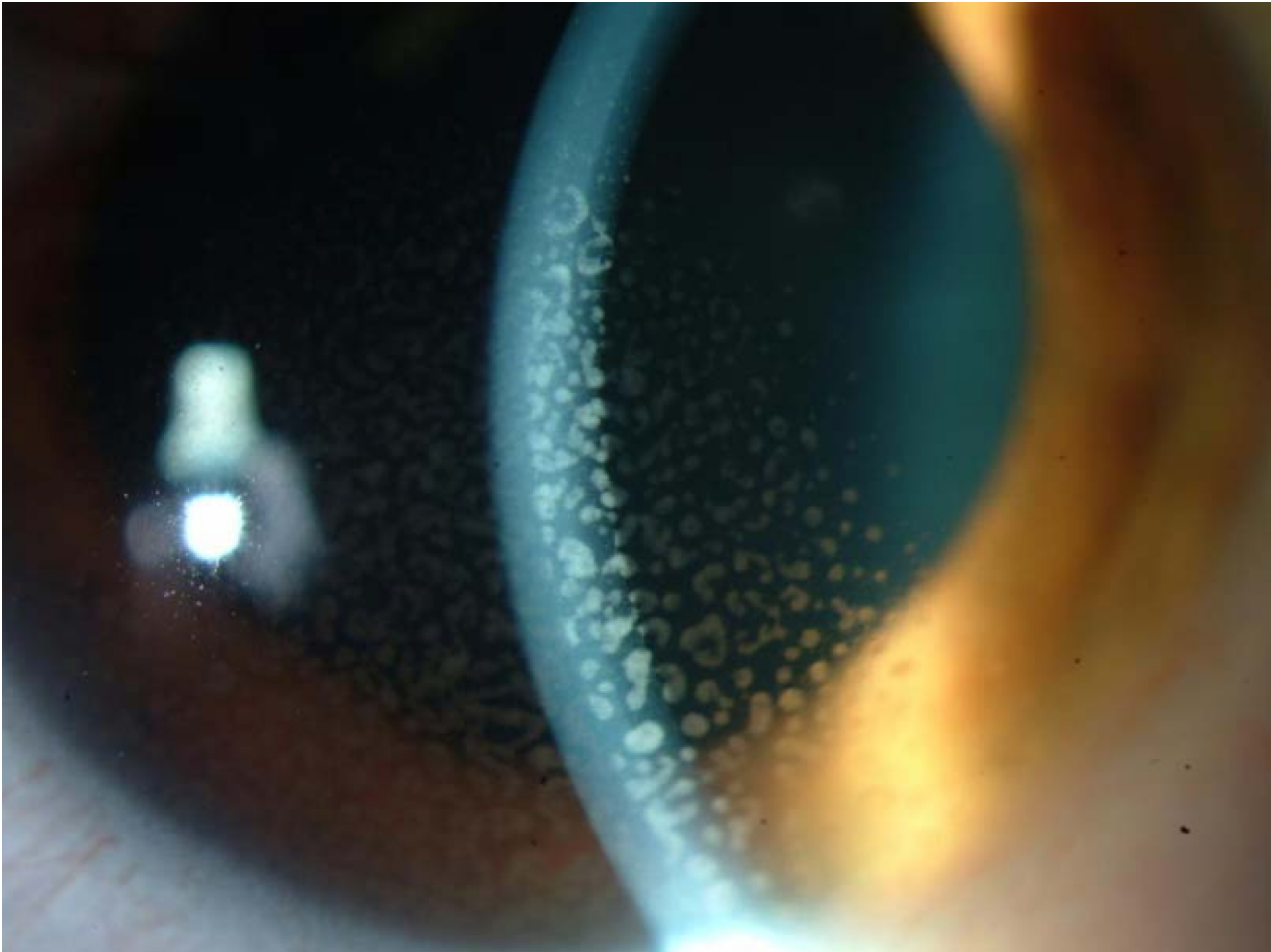
Caso 2: Uveítis anterior granulomatosa

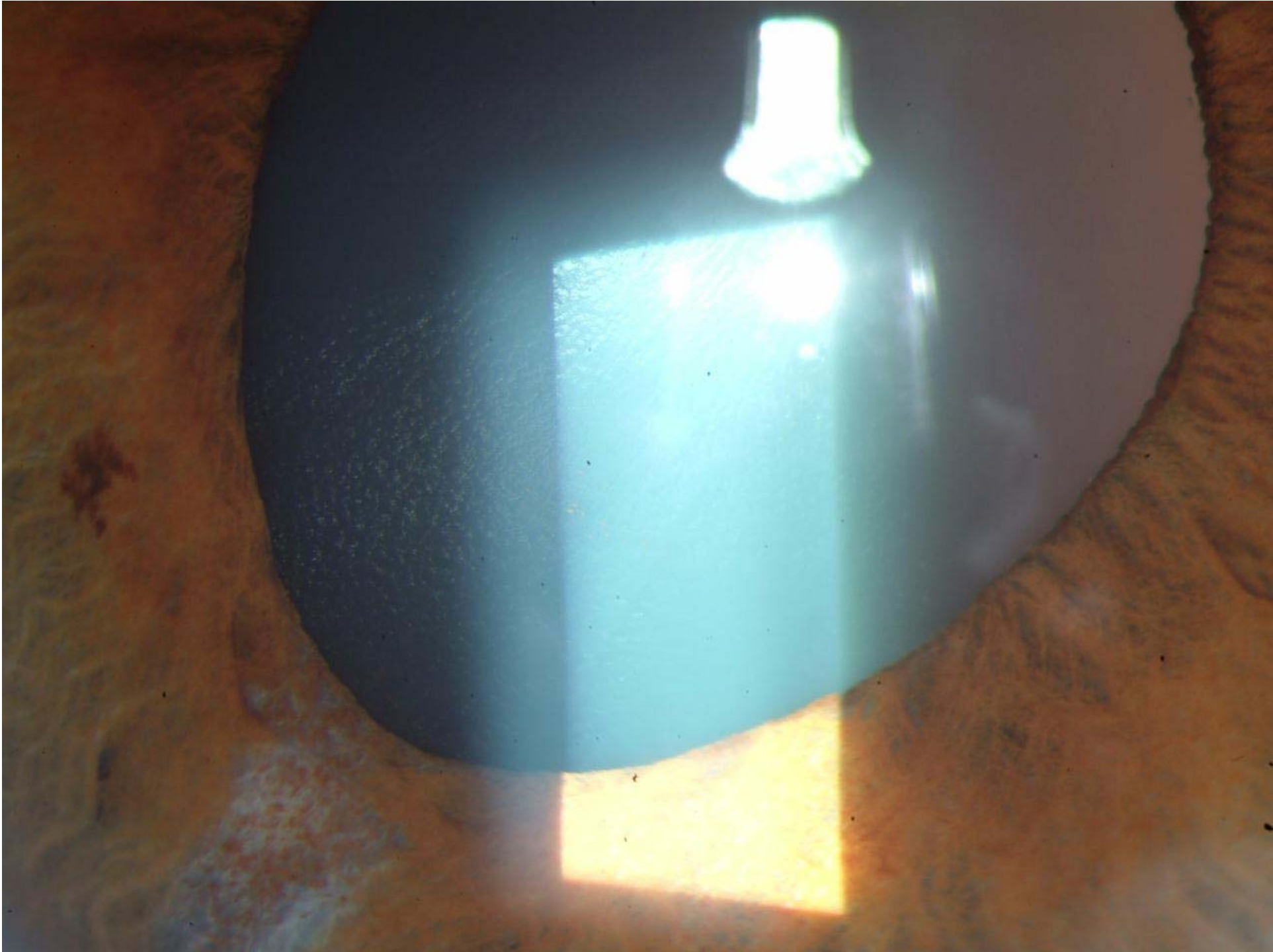


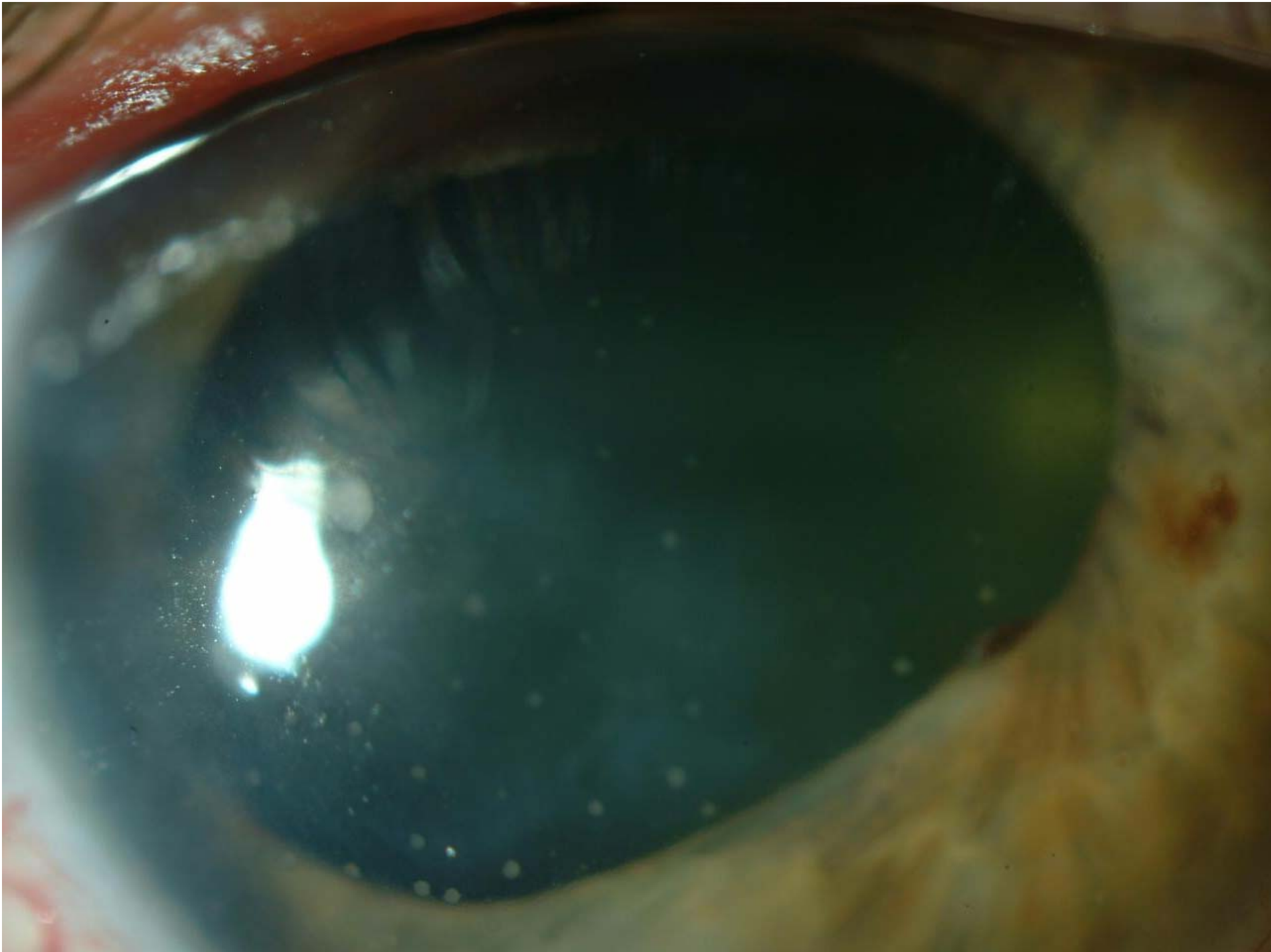


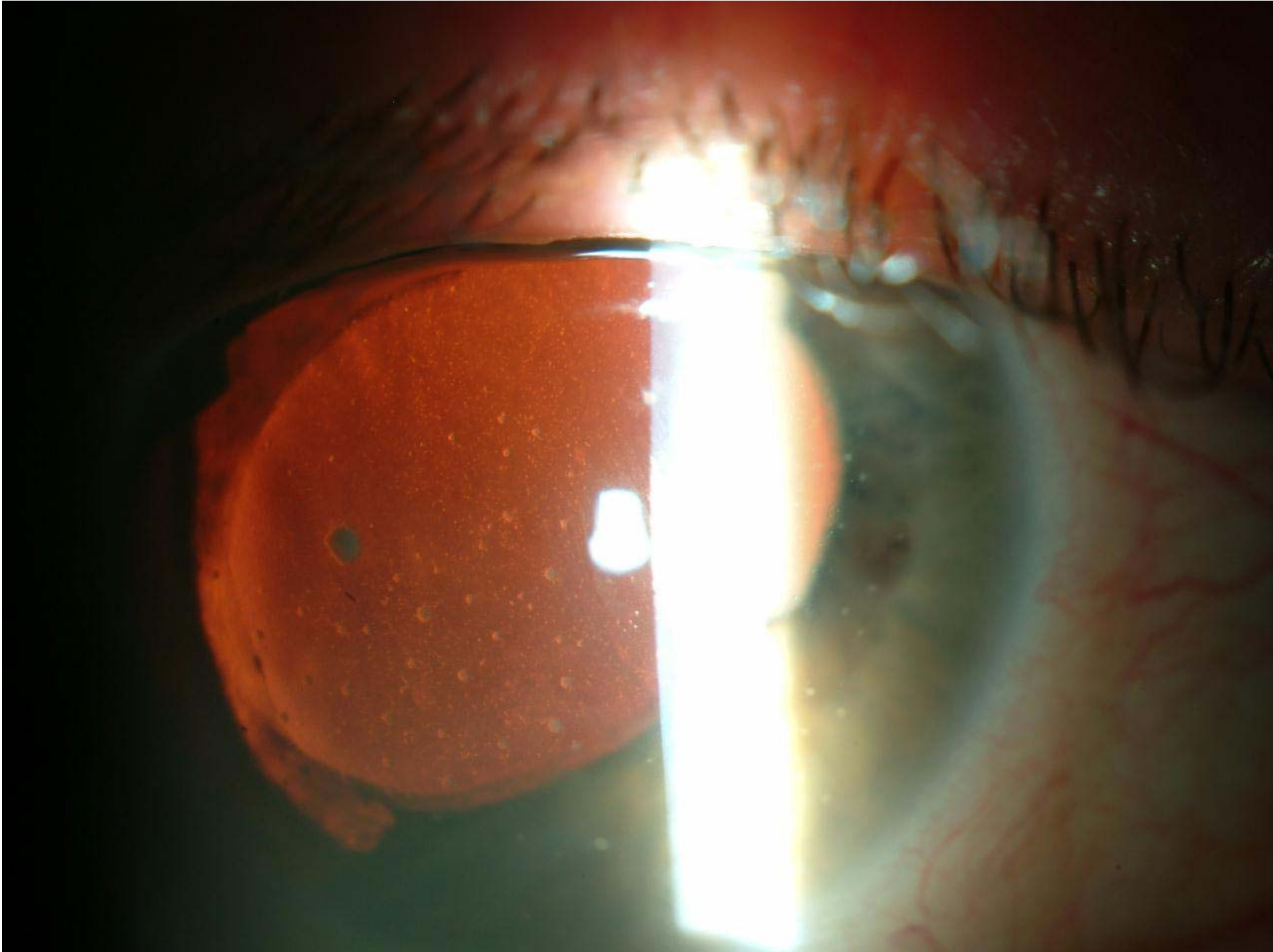
UVEÍTIS ANTERIOR GRANULOMATOSA

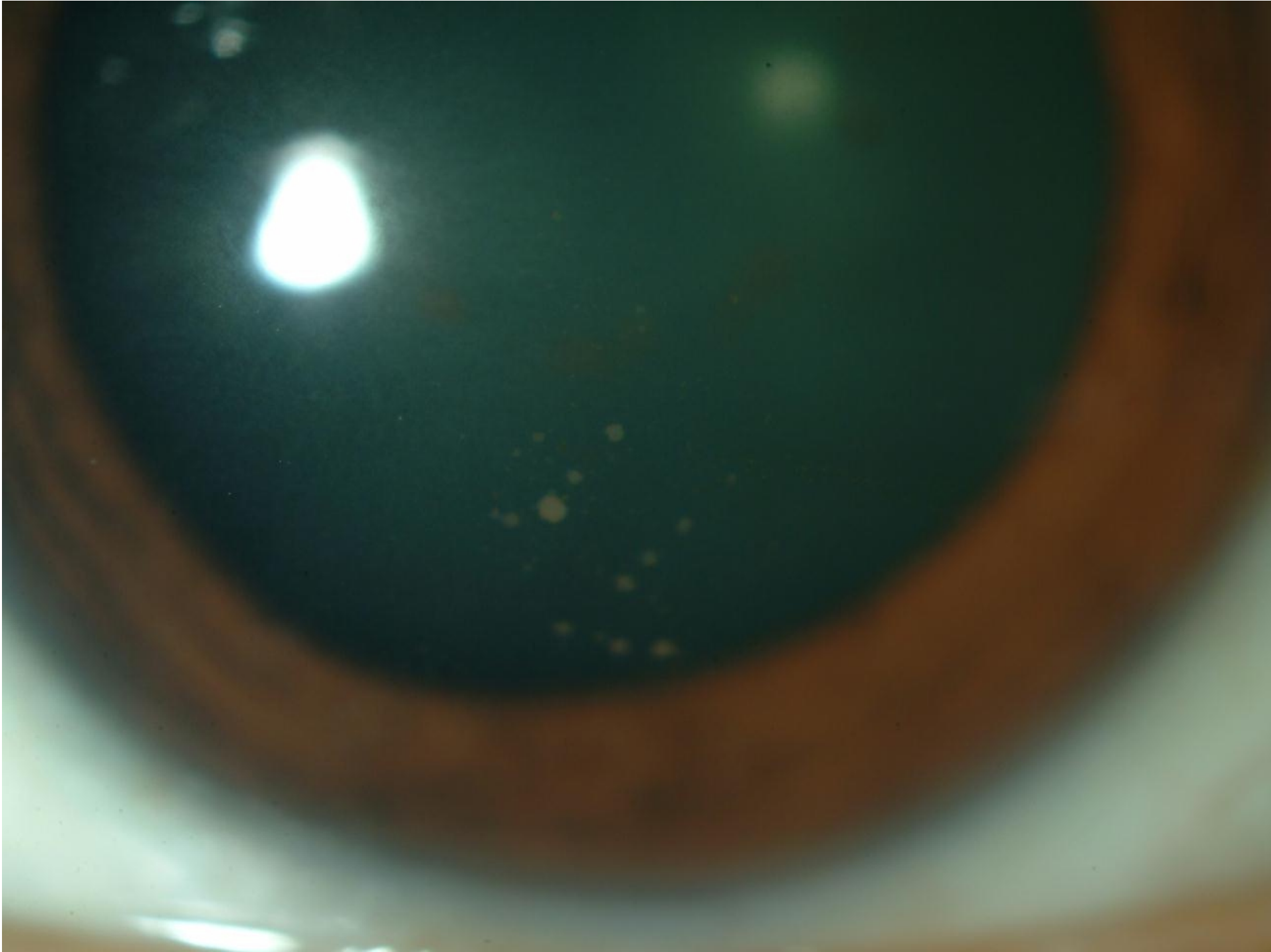
- Precipitados queráticos gruesos, nódulos de iris
- Claves en la orientación diagnóstica:
 - Uni o bilateral
 - Hipertensión ocular
 - Cicatrices corneales
 - Atrofia de iris











DISEASE OF THE YEAR 2010

Controversy: Ocular Sarcoidosis

Denis Wakefield¹, and Manfred Zierhut²

¹*Faculty of Medicine, University of New South Wales, Kensington, Sydney, New South Wales, Australia*

²*Department of Ophthalmology, University of Tuebingen, Tuebingen, Germany*

TABLE 1 Diagnostic criteria for ocular sarcoidosis¹

All other possible causes of uveitis, in particular tuberculous uveitis, have to be ruled out.

1. Biopsy supported diagnosis with a compatible uveitis	Definite ocular sarcoidosis
2. Biopsy not done; presence of bilateral hilar lymphadenopathy (BHL) with a compatible uveitis	Presumed ocular sarcoidosis
3. Biopsy not done and BHL negative; presence of three of the suggestive intraocular signs and two positive investigational tests	Probable ocular sarcoidosis
4. Biopsy negative, four of the suggestive intraocular signs and two of the investigations are positive	Possible ocular sarcoidosis

UVEÍTIS ANTERIORES

- **UVEÍTIS ANTERIOR AGUDA RECIDIVANTE UNILATERAL (~35%)**

- Asociadas a HLA B27 (65-70%)
 - Espondiloartropatías (45-50%)
 - Idiopática asociada a HLA B27 (10-15%)
 - Enfermedad inflamatoria intestinal, en especial colitis ulcerosa (5%)
- Idiopática no asociada a HLA B27 (20-25%)
- Enfermedad de Behçet
- Herpes simple (queratouveítis)

- **UVEÍTIS ANTERIOR AGUDA NO RECIDIVANTE UNILATERAL (10-25%)**

- Idiopática (asociada o no a HLA B27) (~50%)
- Espondiloartropatías (20-25%)
- Herpes simple (queratouveítis)

- **UVEÍTIS ANTERIOR AGUDA BILATERAL (~3%)**

- Idiopática
- Psoriasis
- Síndrome de nefritis túbulo-intersticial y uveítis
- Espondiloartropatías

- **UVEÍTIS ANTERIOR CRÓNICA (10-15%)**

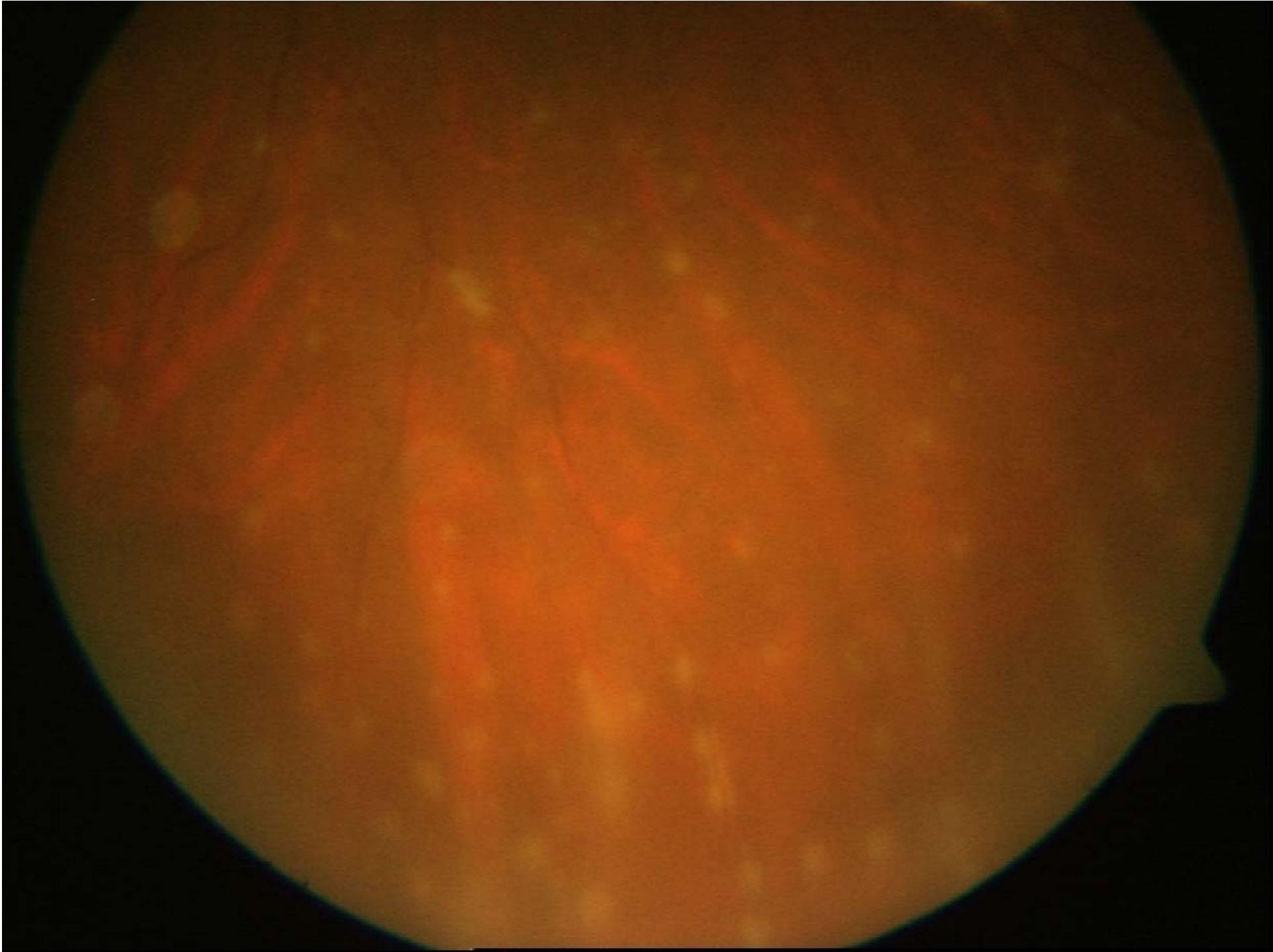
- Idiopática (35-40%)
- Uveítis anteriores oftalmológicas (35-40%):
 - Ciclitis heterocrómica de Fuchs
 - Crisis glaucomatociclíticas o síndrome de Posner-Schlossman
 - Uveítis facogénicas
 - Uveítis postquirúrgicas: Infecciosas (*Propionibacterium acnes*) y asociadas a lentes intraoculares.
- Artritis idiopática juvenil (~5%)
- Síndrome de Sjögren (xeroftalmia acompañante) (~5%)
- Sarcoidosis (precipitados queráticos granulomatosos) (~5%)
- Espondiloartropatías (~5%)

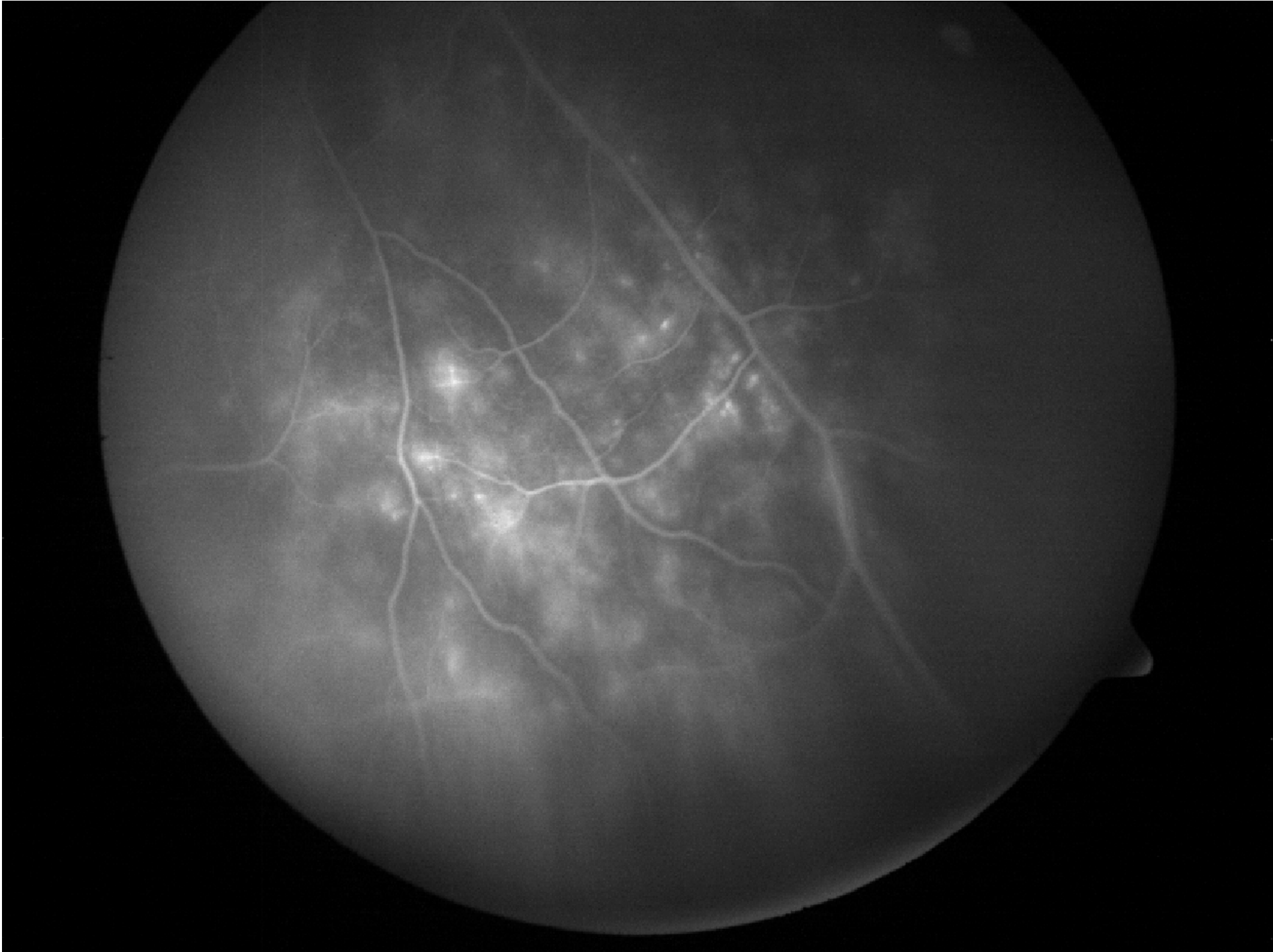


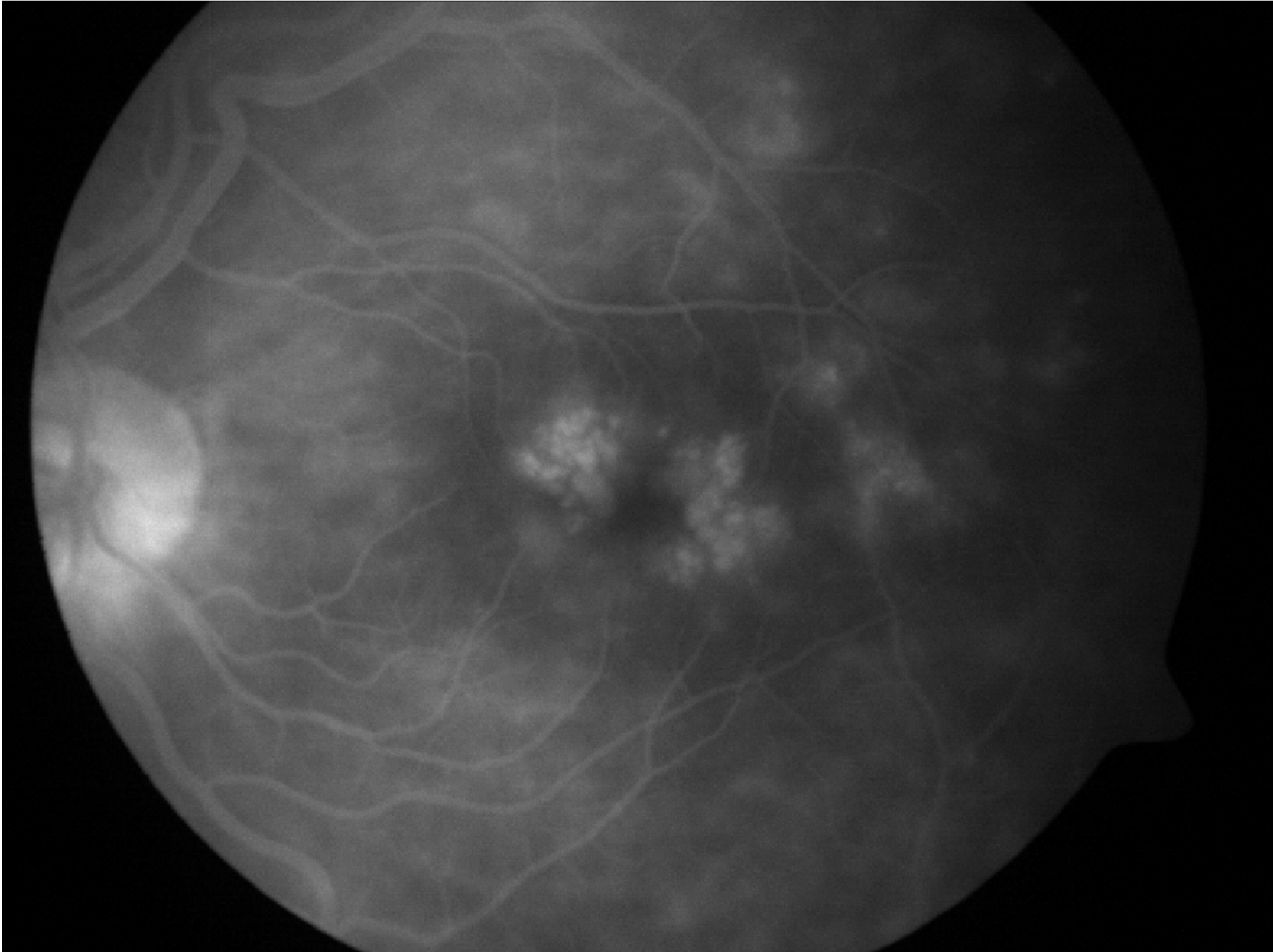
Caso 3: Uveítis intermedia

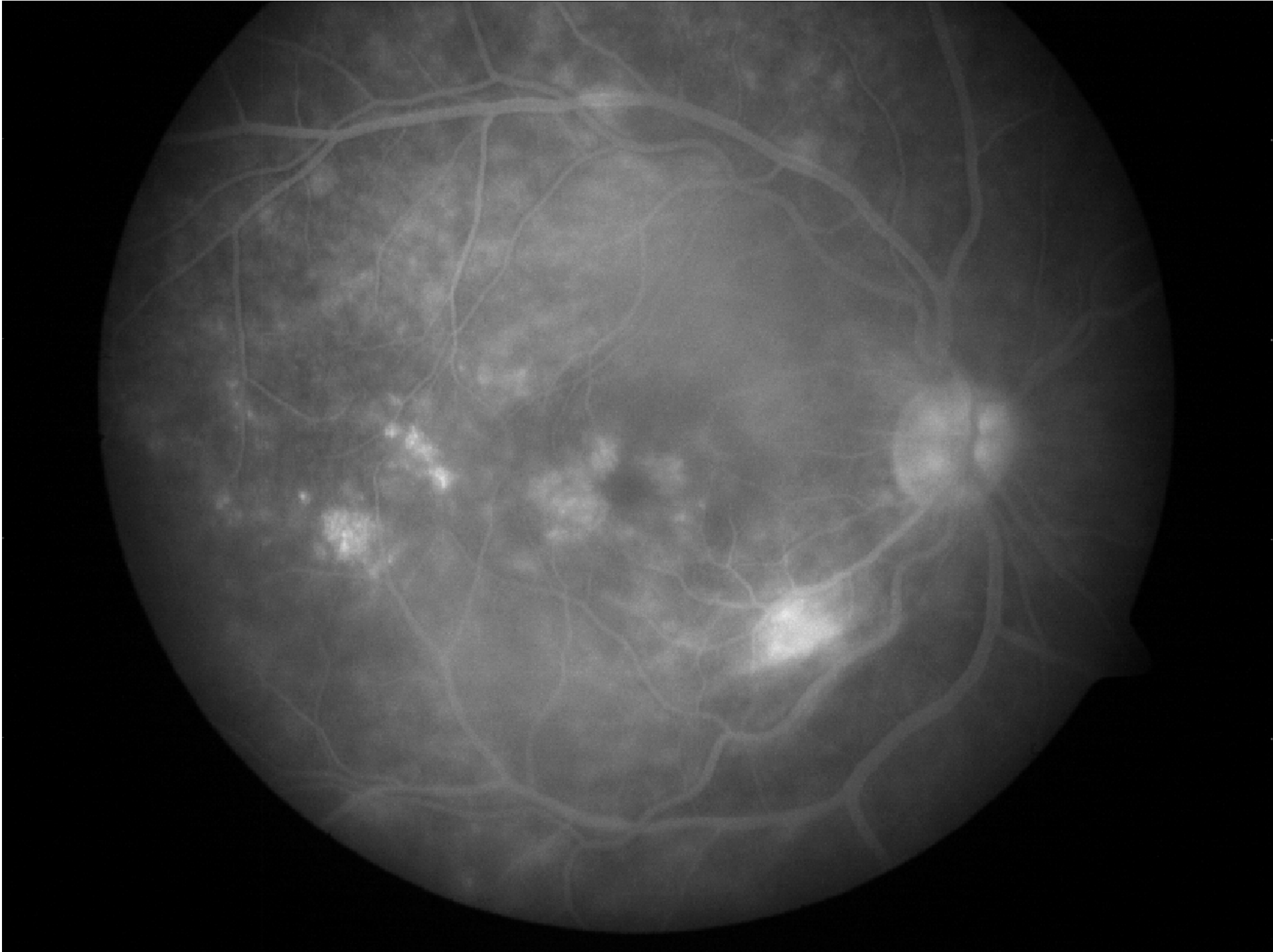












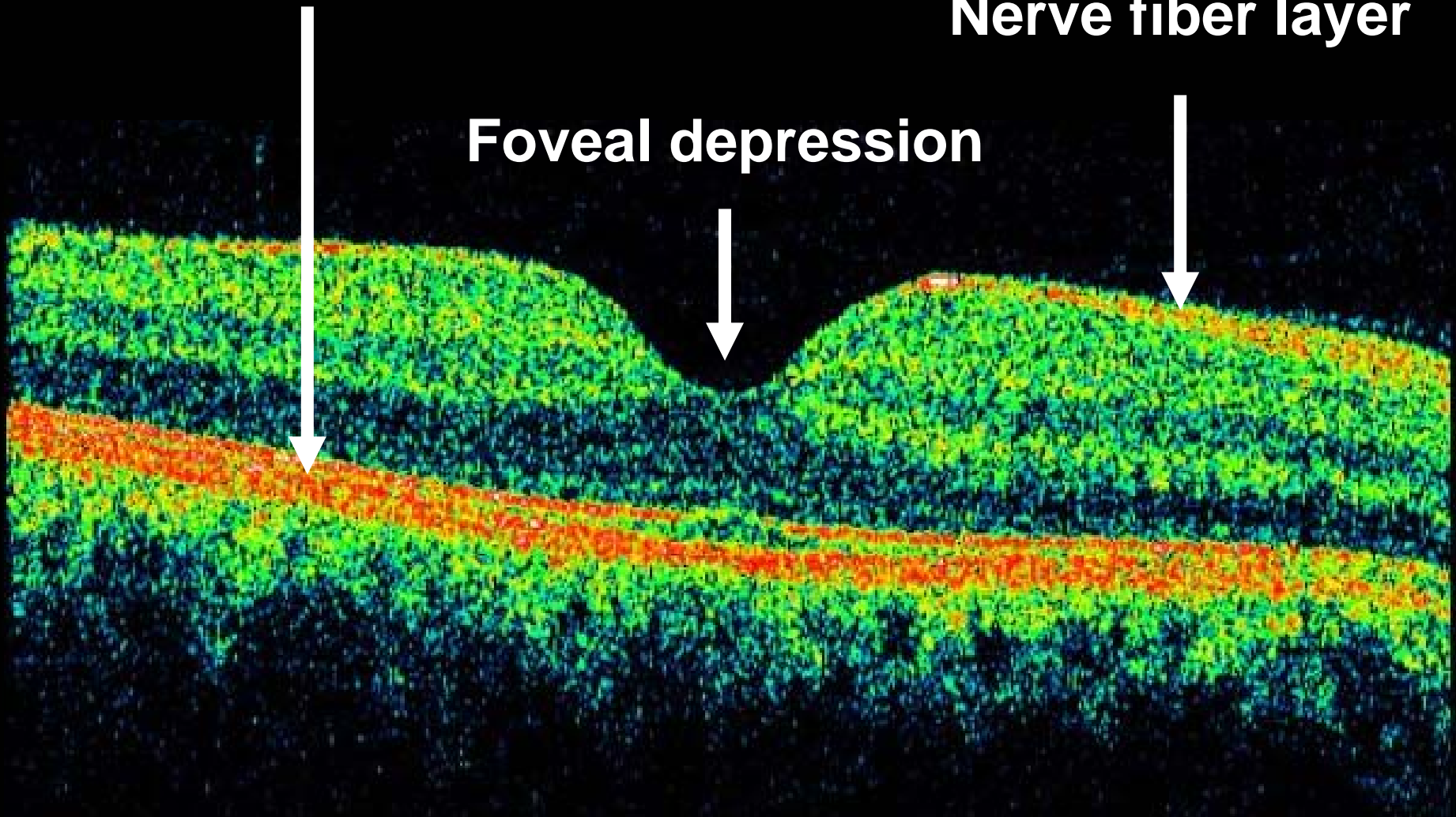
UVEÍTIS INTERMEDIA

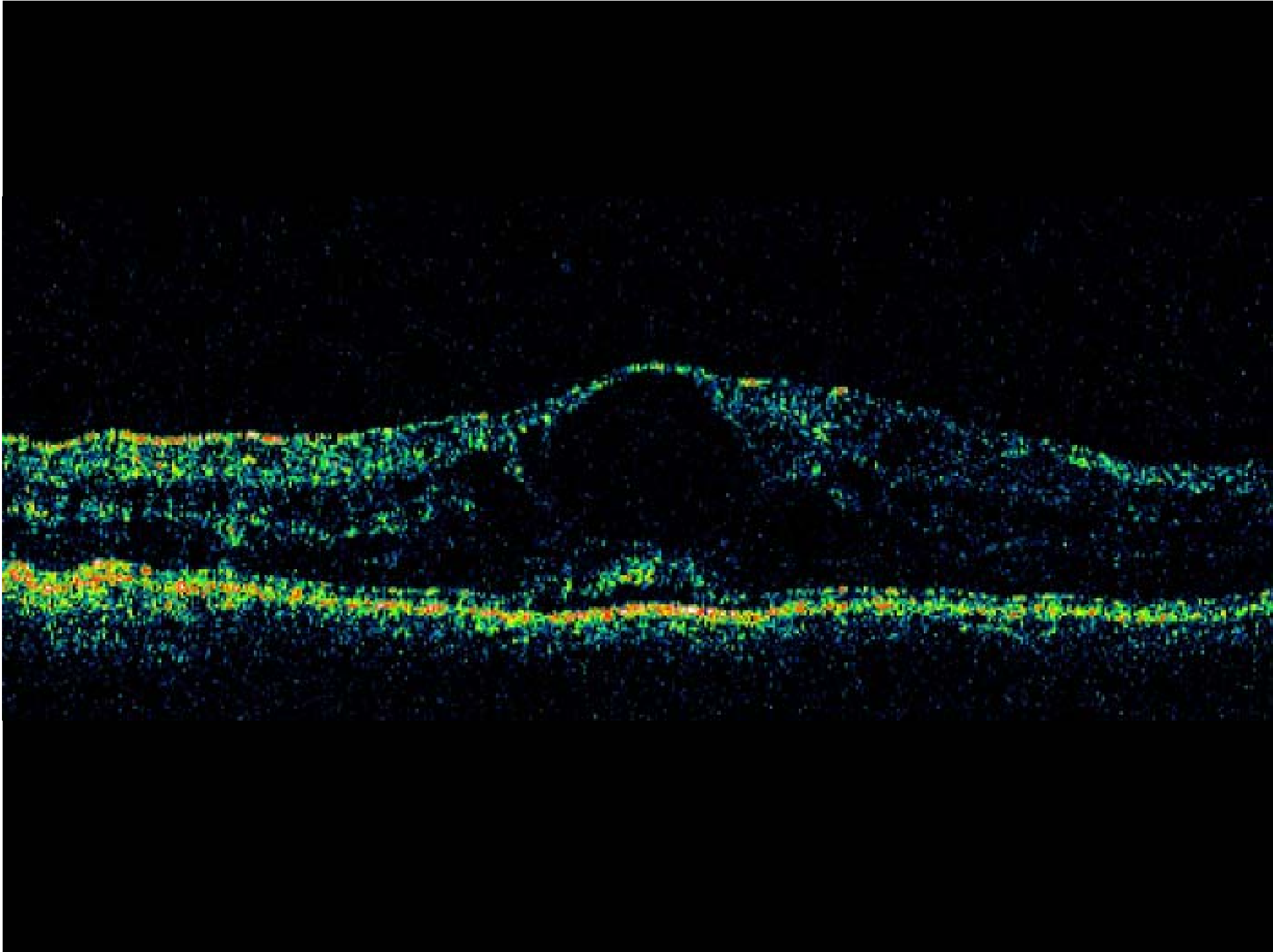
- **Idiopática = Pars planitis**
- **Células en el vítreo, snow-balls, snow-banks, edema macular**
- **Claves en la orientación diagnóstica**
 - **Mujer joven y uveítis intermedia + UA granulomatosa**
 - **Paciente > 65 años**

Retinal pigment epithelium

Nerve fiber layer

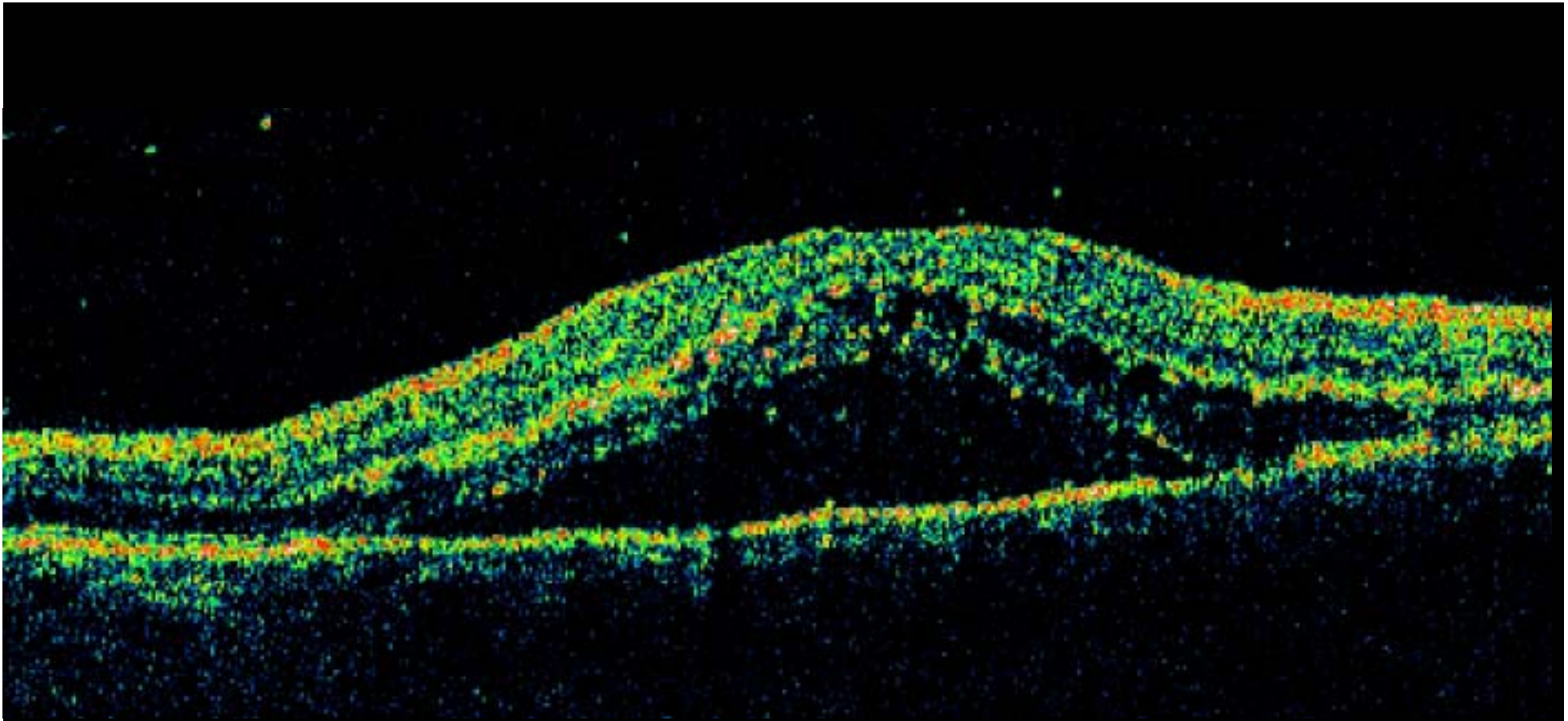
Foveal depression



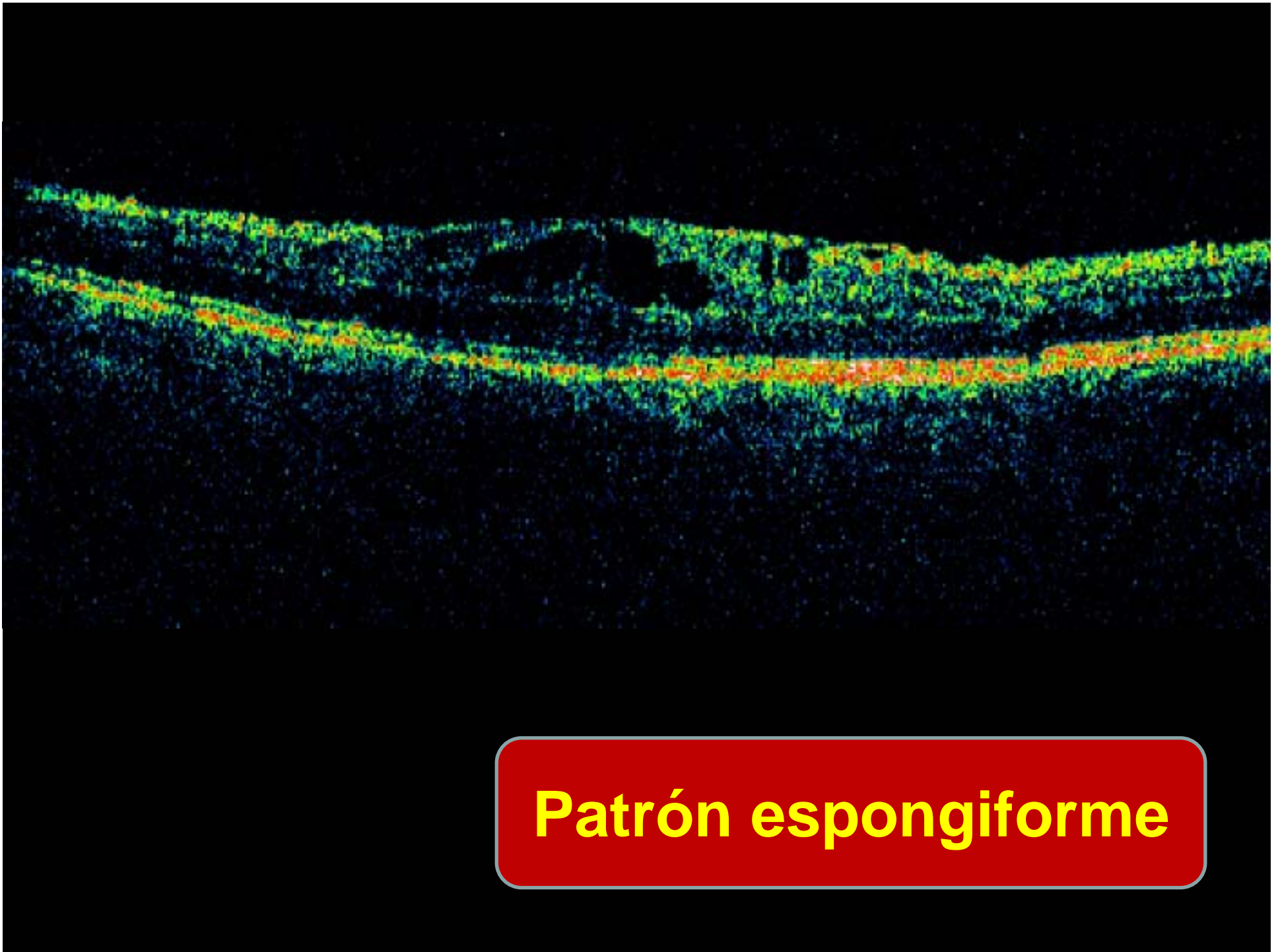


EDEMA MACULAR

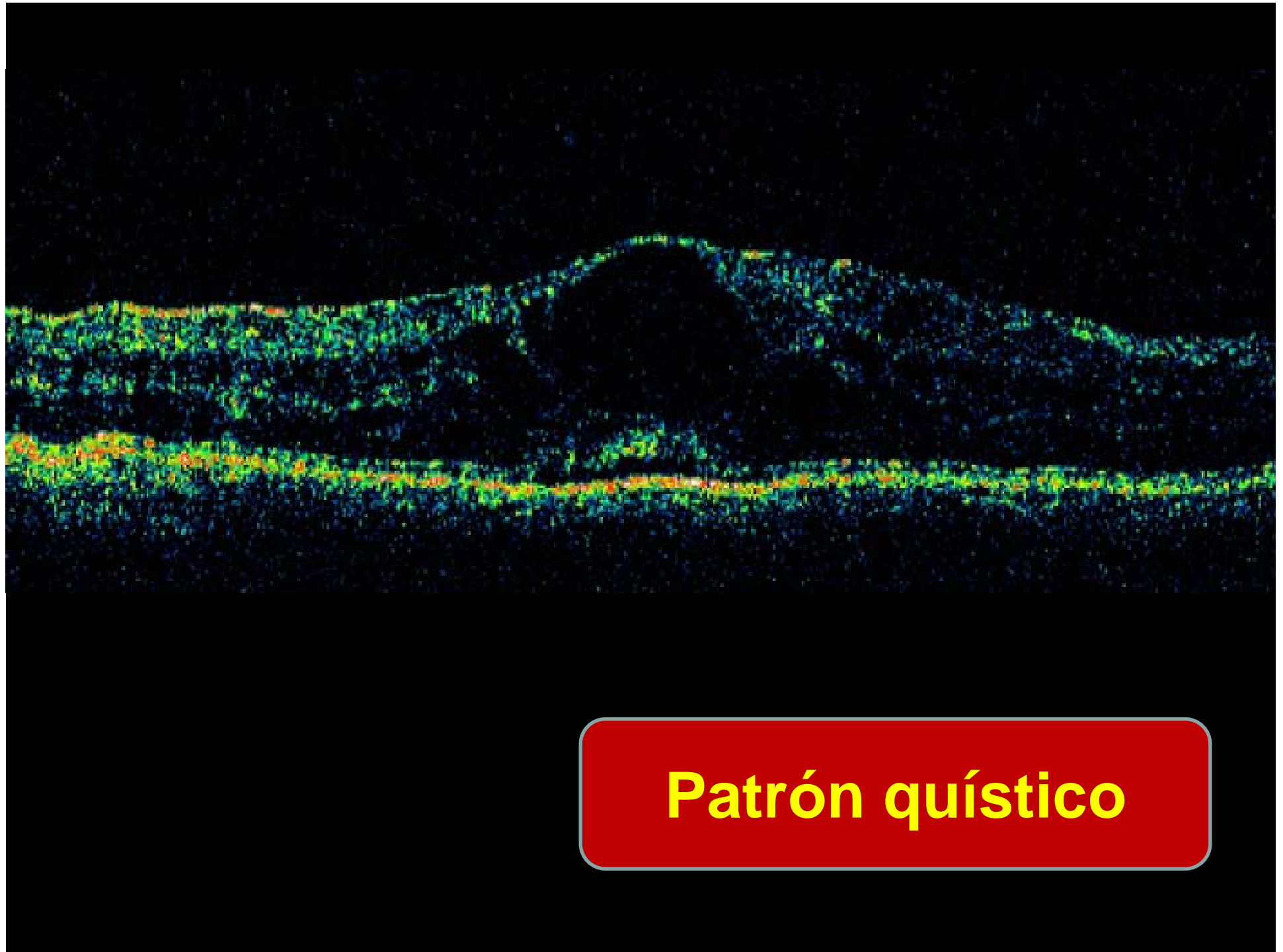
- Engrosamiento de la mácula
- Causa más frecuente de pérdida de AV en uveítis
- 47% pacientes con uveítis crónica: EMU
- Puede existir EM sin inflamación activa



**Patrón
desprendimiento
neurosensorial**

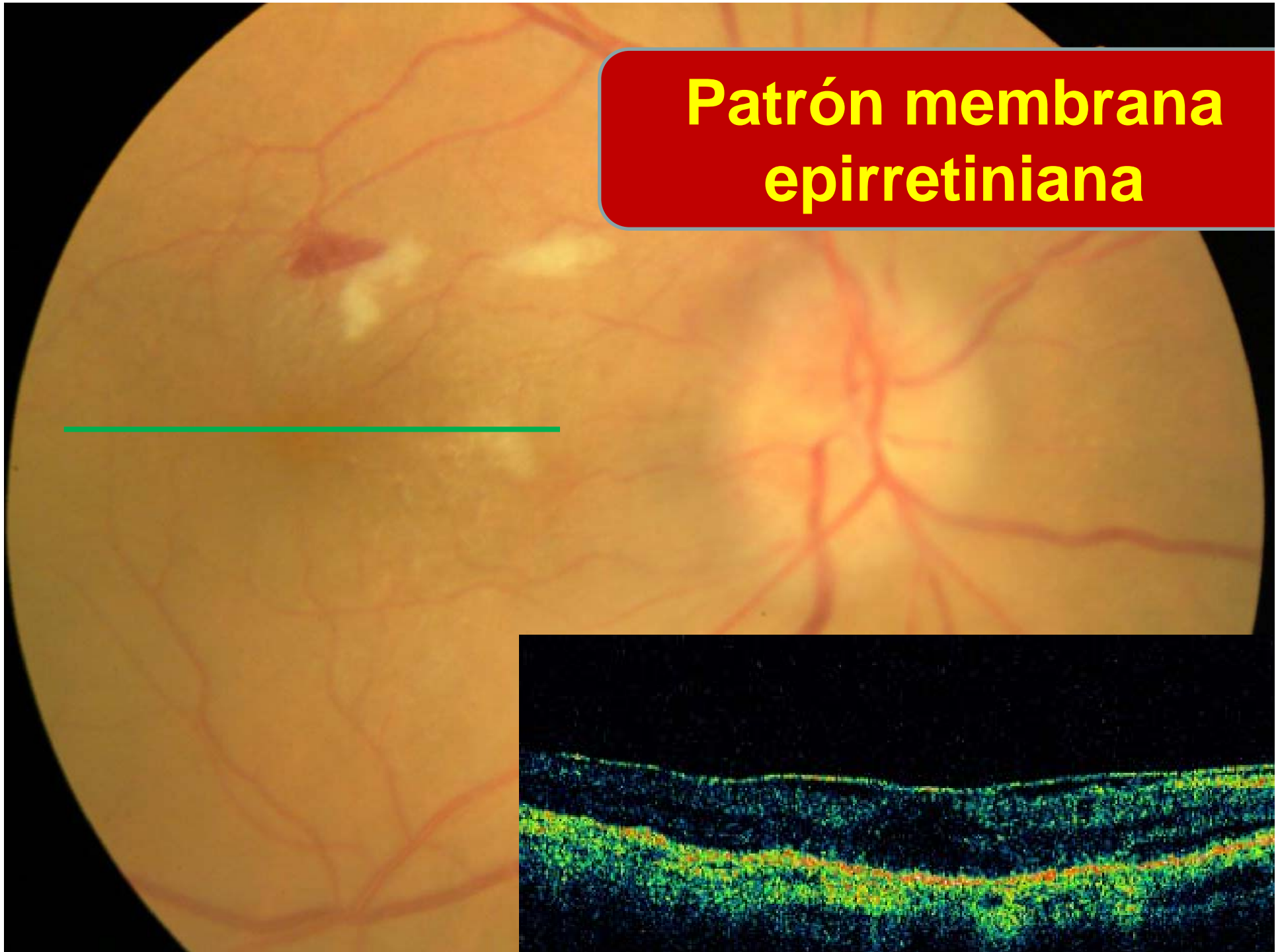


Patrón esponjiforme

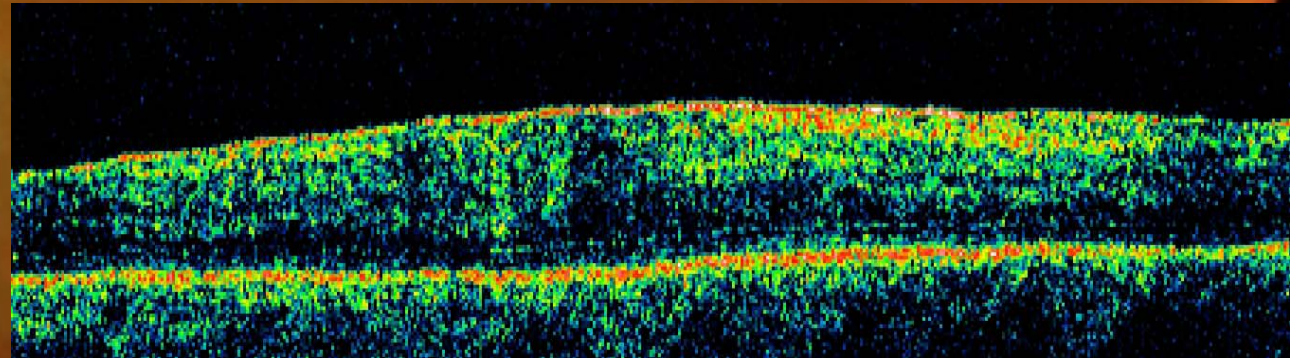


Patrón quístico

Patrón membrana epirretiniana



Patrón membrana epirretiniana







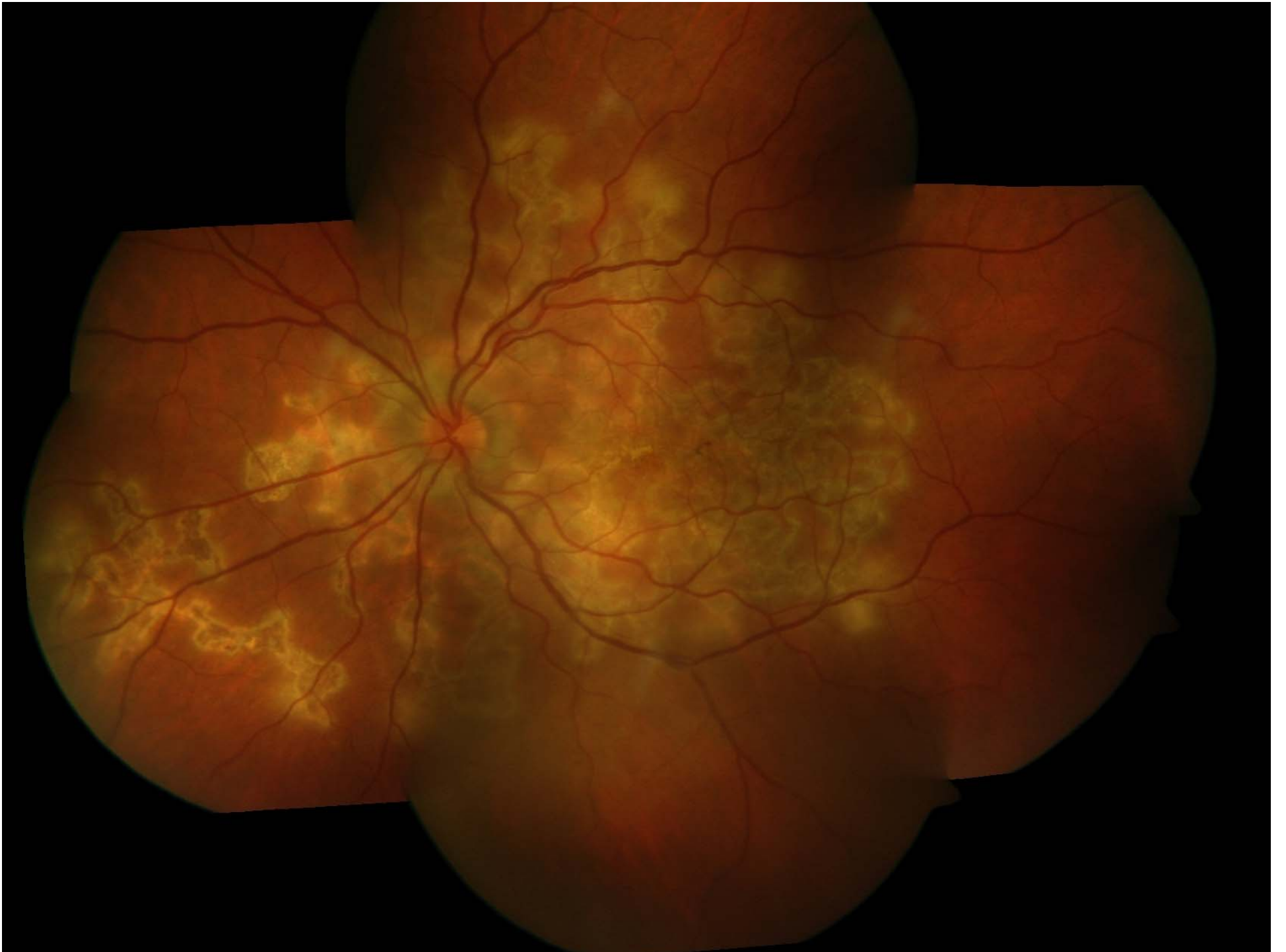
UVEÍTIS INTERMEDIA

- 2-10% de todas las uveítis
- **UVEÍTIS INTERMEDIA IDIOPÁTICA: PARS PLANITIS (80-90%)**
 - Forma típica (con “bancos de nieve”): Más grave
 - Forma sin “bancos de nieve”
- **UVEÍTIS INTERMEDIA SECUNDARIA A OTROS PROCESOS**
 - Esclerosis múltiple (~5%)
 - Mujeres jóvenes
 - Uveítis anterior granulomatosa + Uveítis intermedia
 - Espondiloartropatías (~5%)
 - Sarcoidosis (~5%)
 - Otras causas infrecuentes:
 - Síndromes de enmascaramiento neoplásicos: Linfoma, metástasis
 - Infecciones: Tuberculosis, sífilis, enfermedad de Lyme
 - Parásitos: Toxocariasis



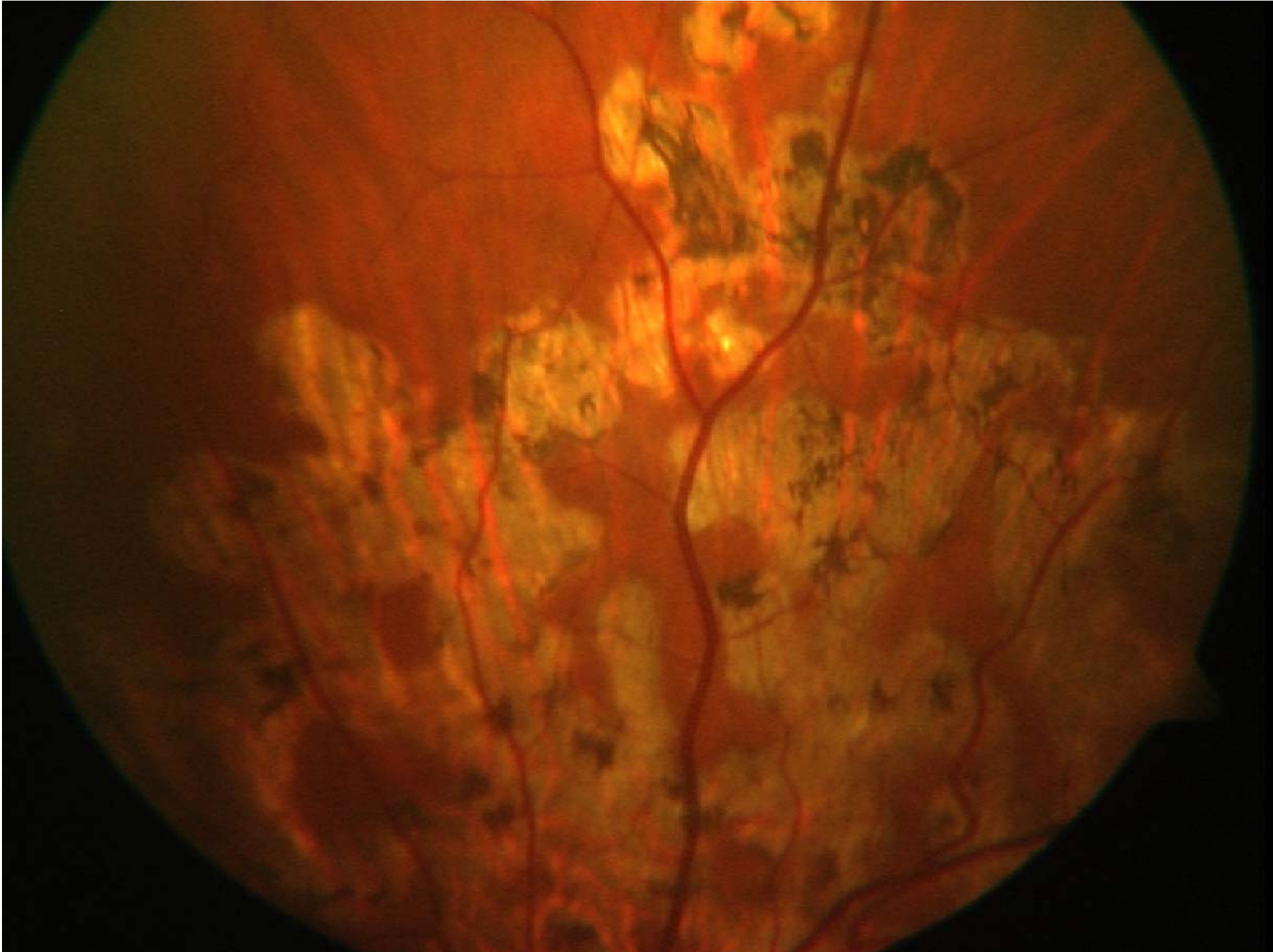
Caso 4: *Coroiditis serpinginosa*

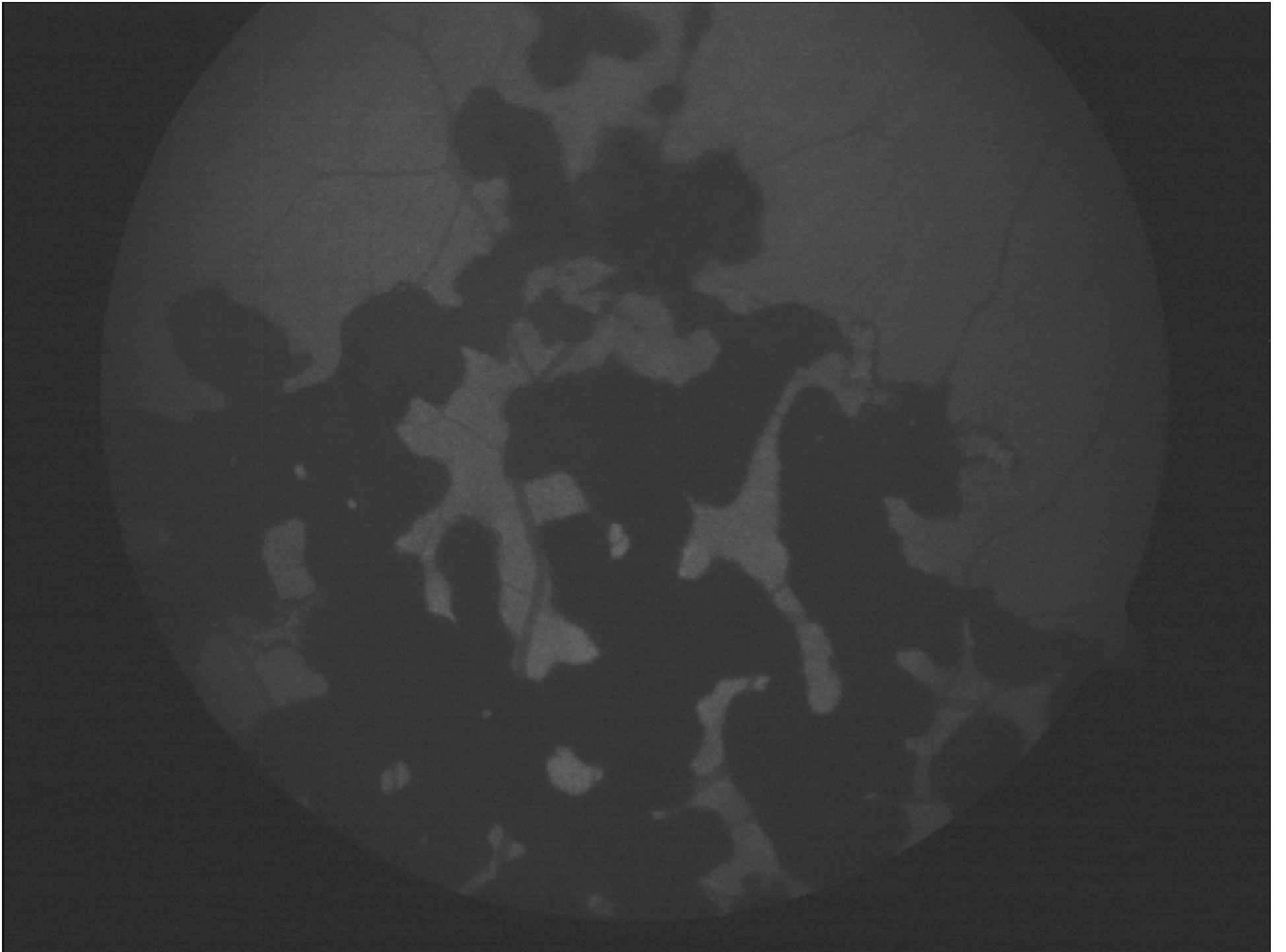




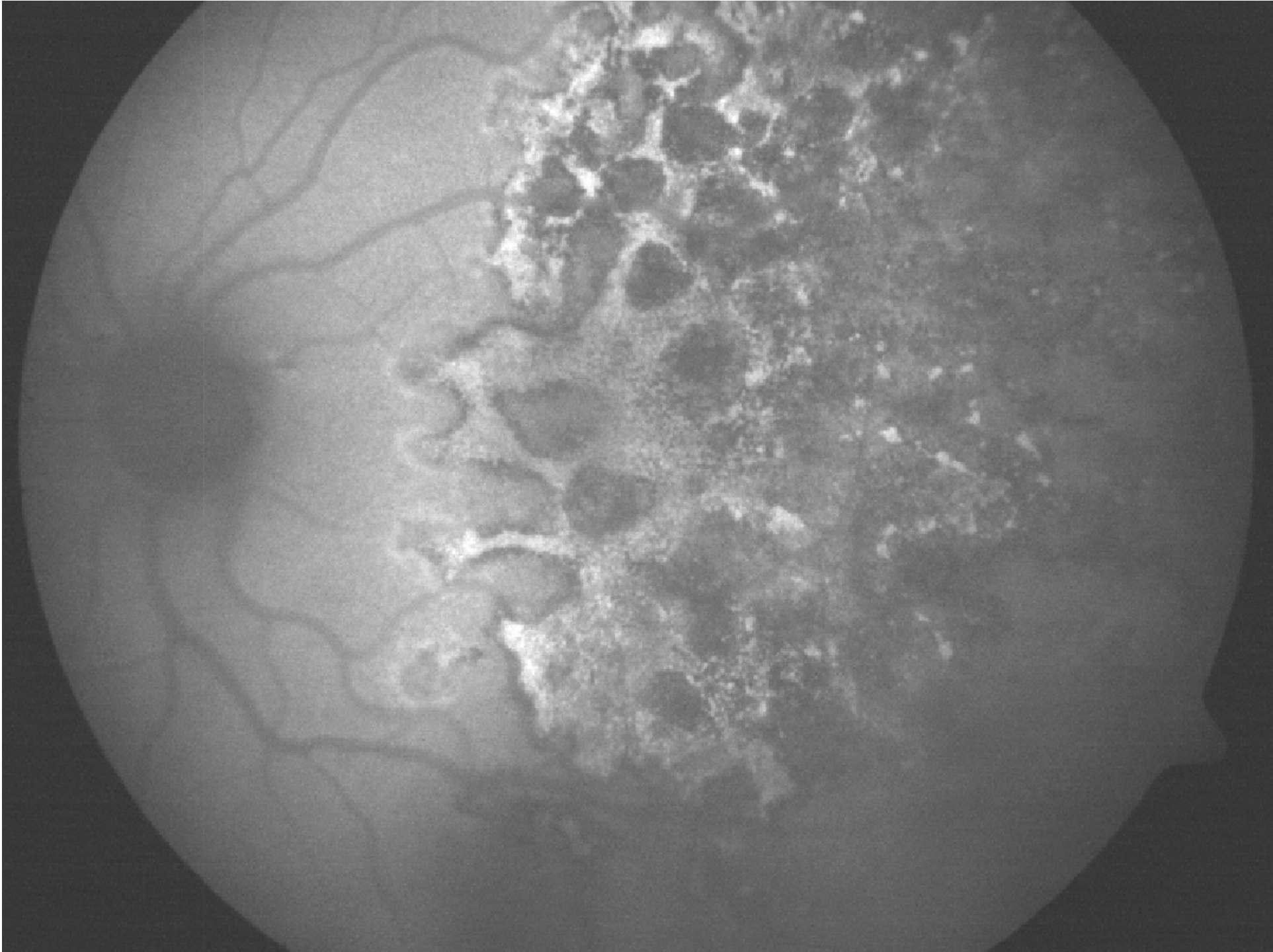
COROIDITIS SERPINGINOSA

- **Coroiditis oftalmológica**
- **A veces difícil valorar actividad enfermedad**
- **Con frecuencia inmunosupresores**
- **Novedades en el diagnóstico y patogenia**

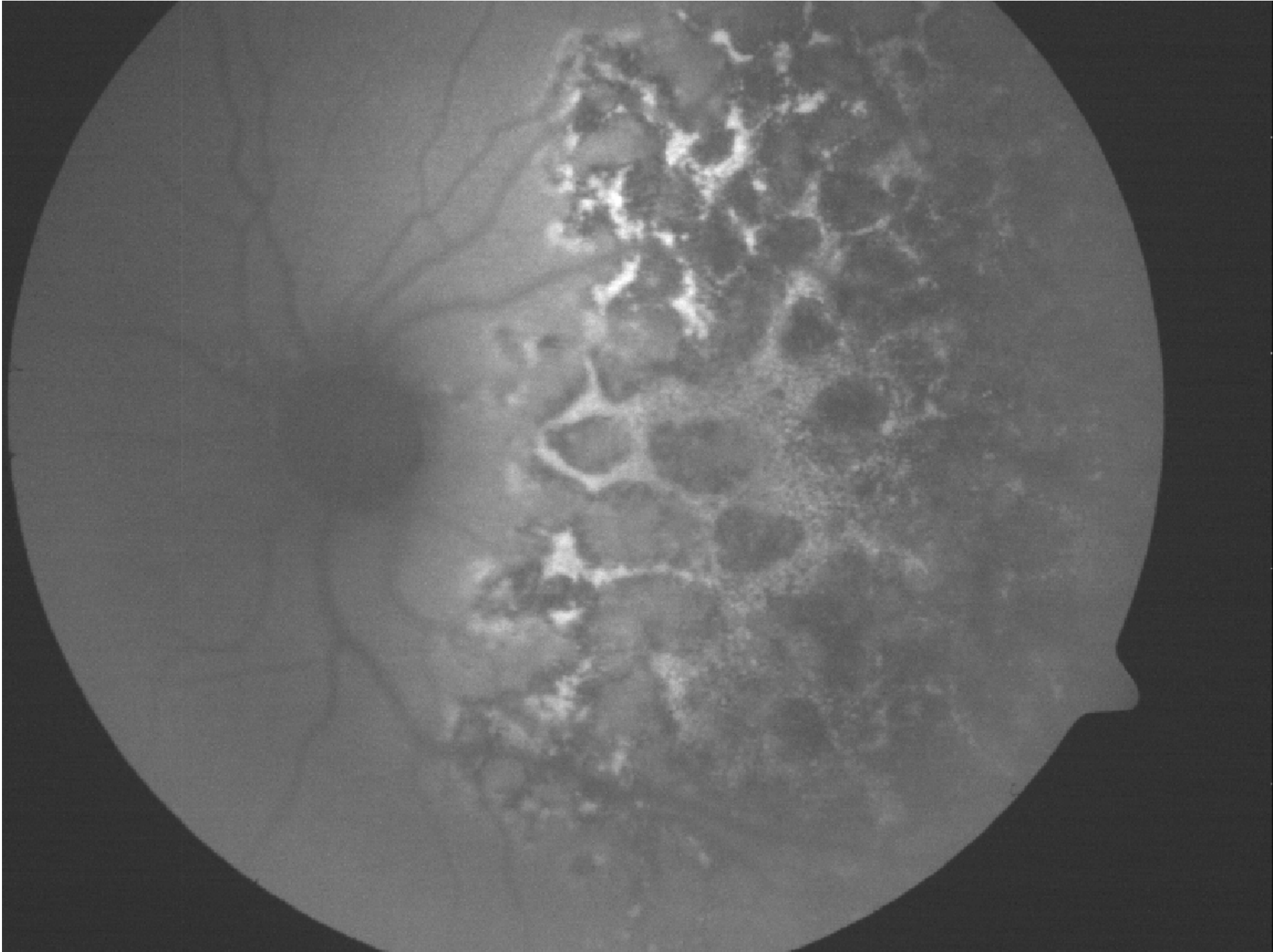


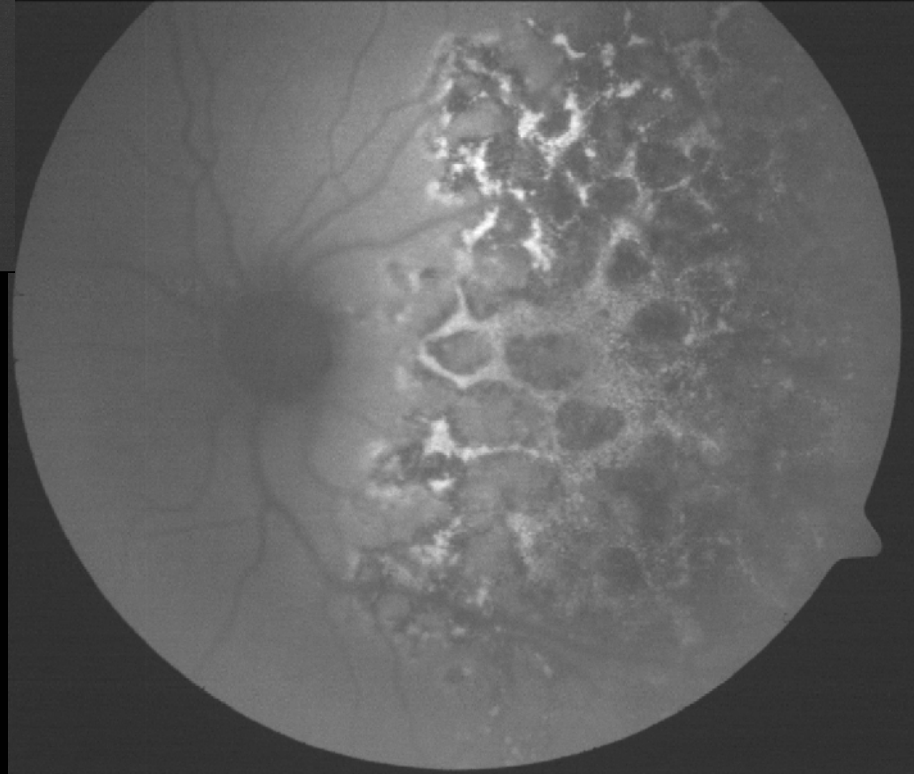
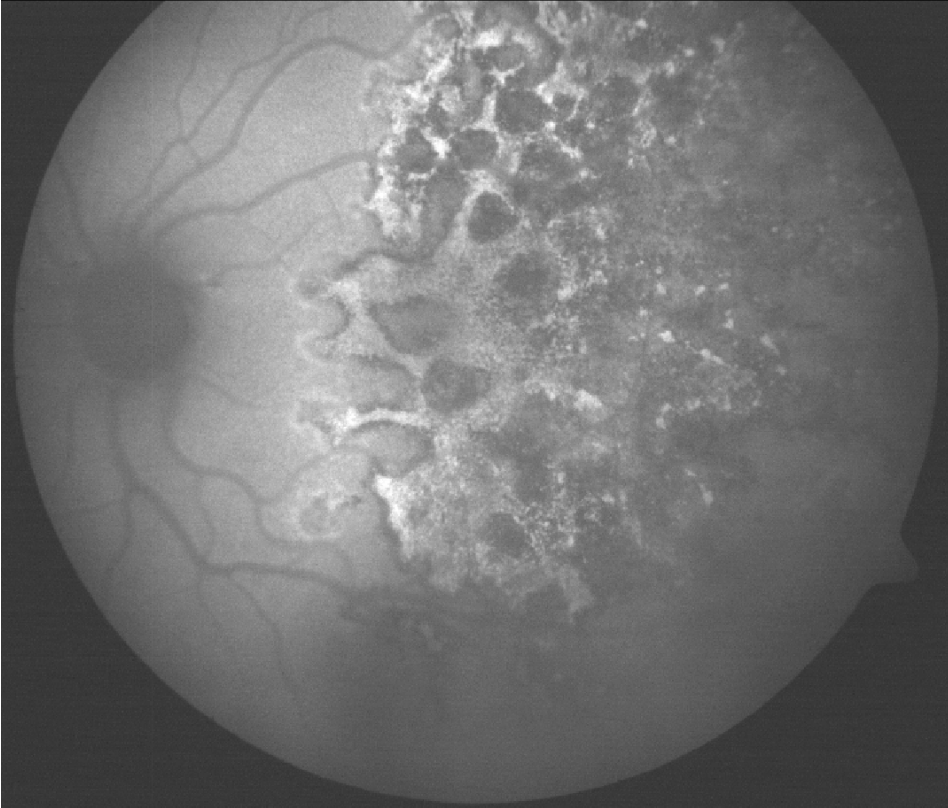












AUTOFLUORESCENCIA

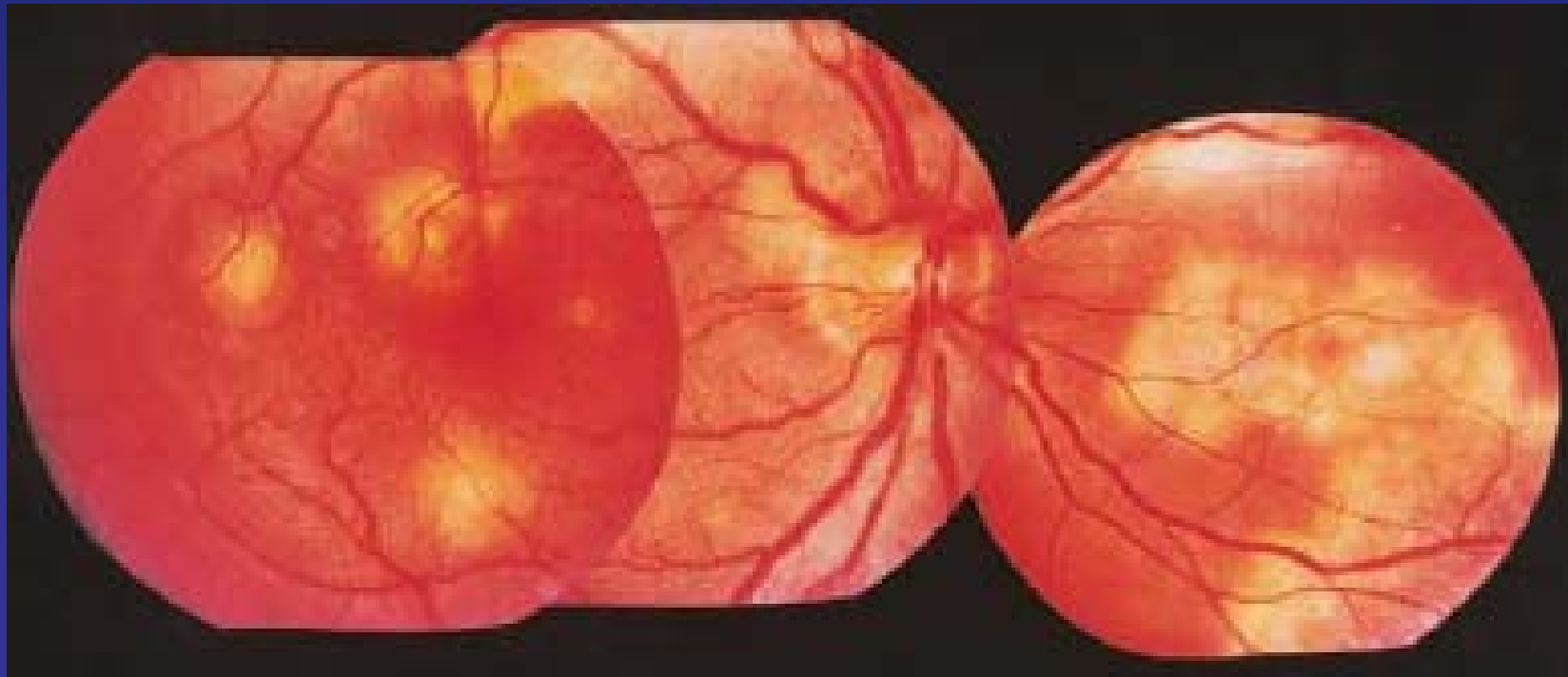
- **Técnica no invasiva, rápida**
- **Objetiva daño del EPR**
- **Lesiones hiper / hipo autofluorescentes**

TUBERCULOSIS INTRAOCULAR: COROIDITIS SERPINGINOSA-LIKE

Presumed Tubercular Serpiginouslike Choroiditis

Clinical Presentations and Management

Vishali Gupta, MD,¹ Amod Gupta, MD,¹ Sunil Arora, PhD,² Pradeep Bambery, MD,³
Mangat Ram Dogra, MD,¹ Anita Agarwal, MD⁴

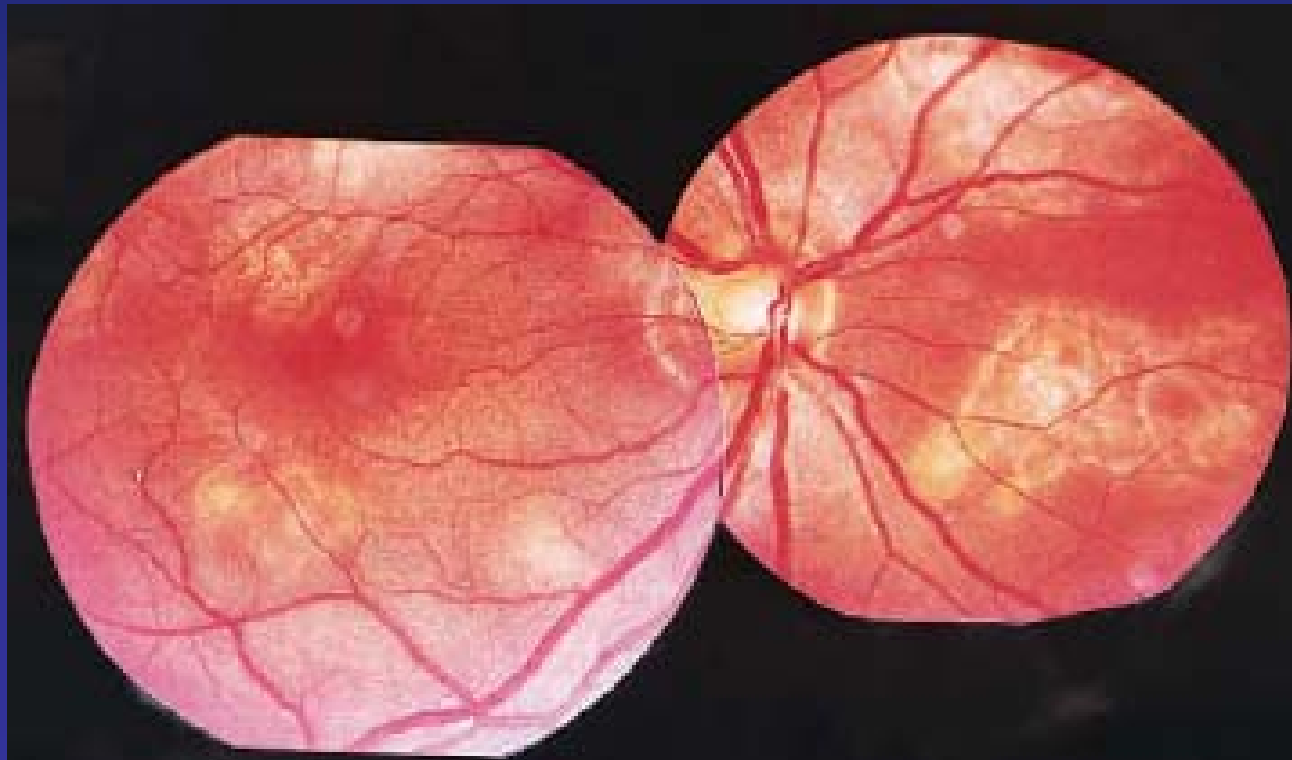


TUBERCULOSIS INTRAOCULAR: CHOROIDITIS SERPINGINOSA-LIKE

Presumed Tubercular Serpiginouslike Choroiditis

Clinical Presentations and Management

Vishali Gupta, MD,¹ Amod Gupta, MD,¹ Sunil Arora, PhD,² Pradeep Bambery, MD,³
Mangat Ram Dogra, MD,¹ Anita Agarwal, MD⁴



TUBERCULOSIS INTRAOCULAR: CHOROIDITIS SERPINGINOSA-LIKE

Presumed Tubercular Serpiginouslike Choroiditis

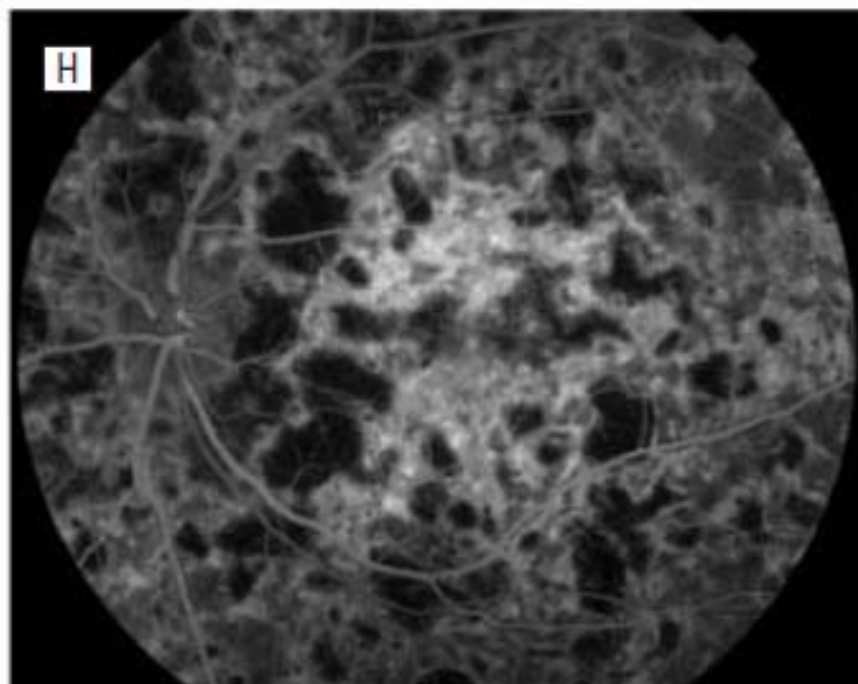
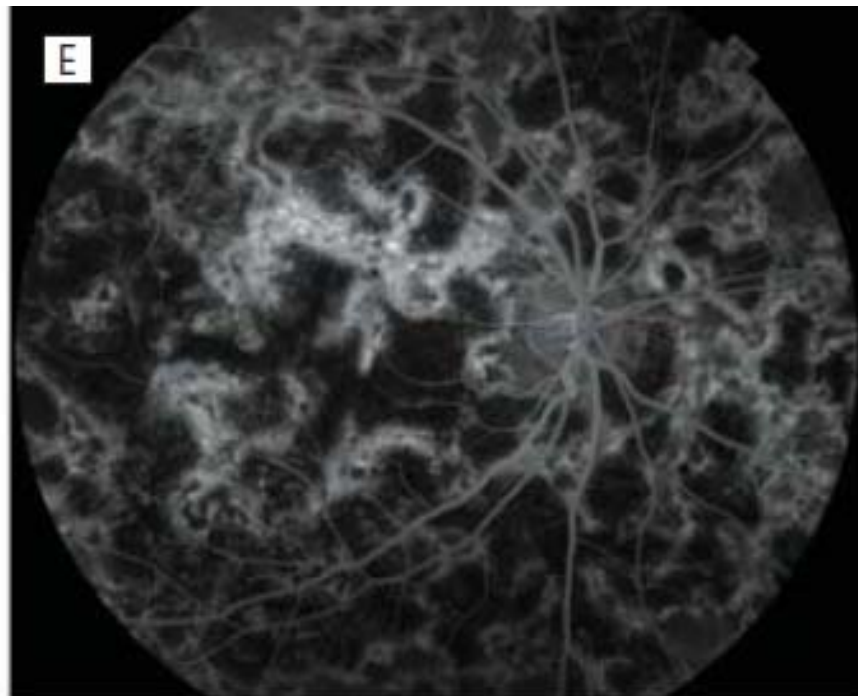
Clinical Presentations and Management

Vishali Gupta, MD,¹ Amod Gupta, MD,¹ Sunil Arora, PhD,² Pradeep Bamberg, MD,³
Mangat Ram Dogra, MD,¹ Anita Agarwal, MD⁴



Clinical Features of Tuberculous Serpiginouslike Choroiditis in Contrast to Classic Serpiginous Choroiditis

Daniel V. Vasconcelos-Santos, MD, PhD; P. Kumar Rao, MD; John B. Davies, MD; Elliott H. Sohn, MD; Narsing A. Rao, MD



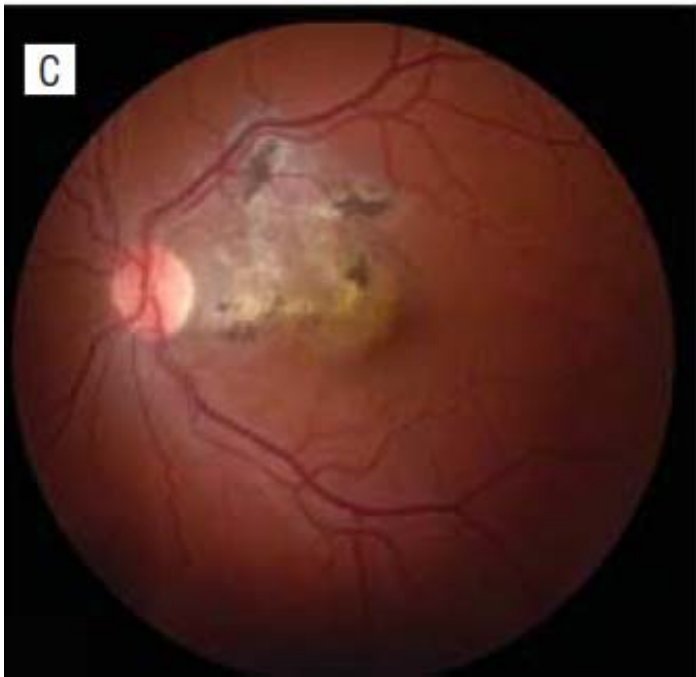
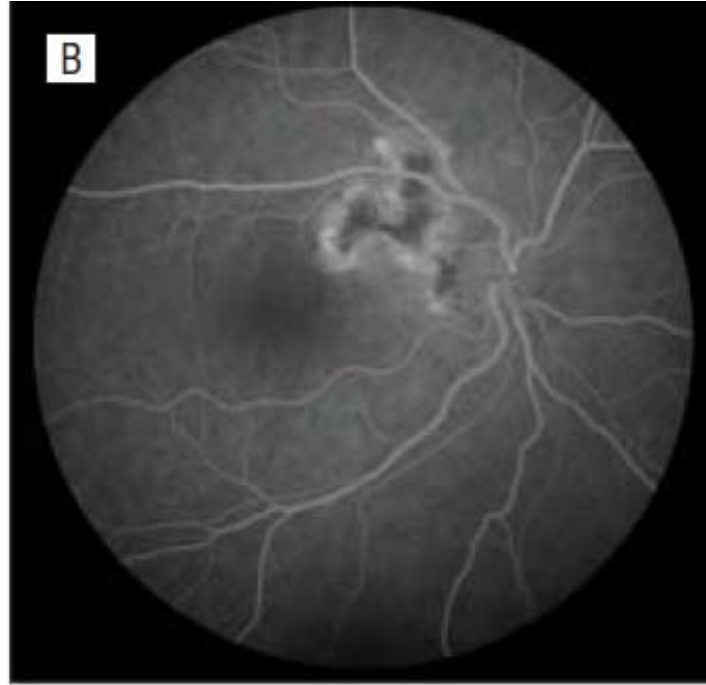
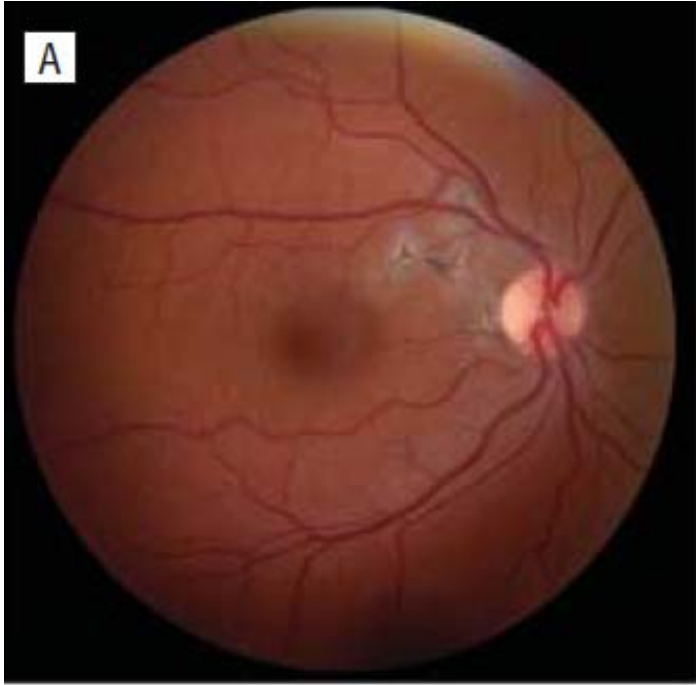
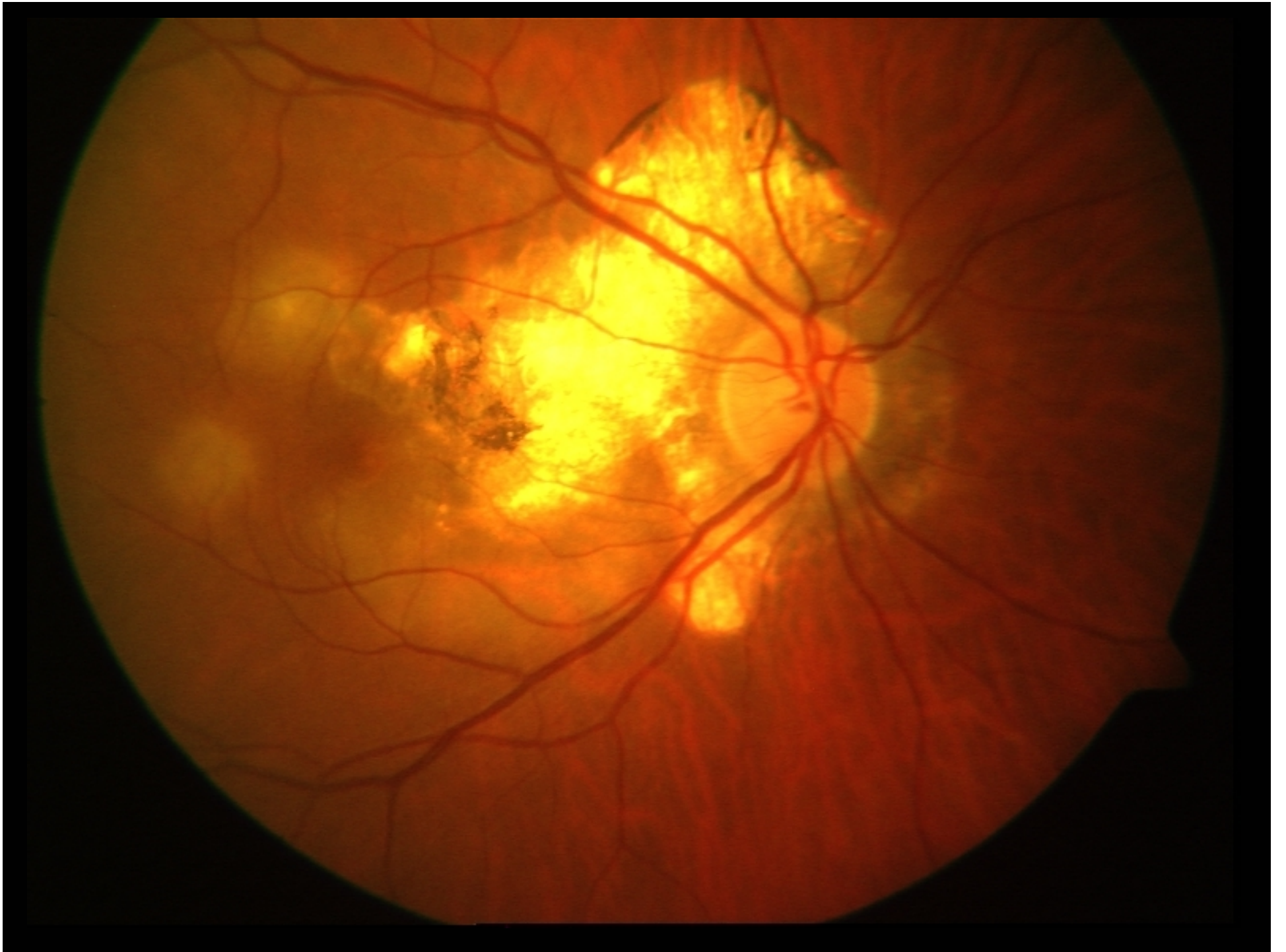
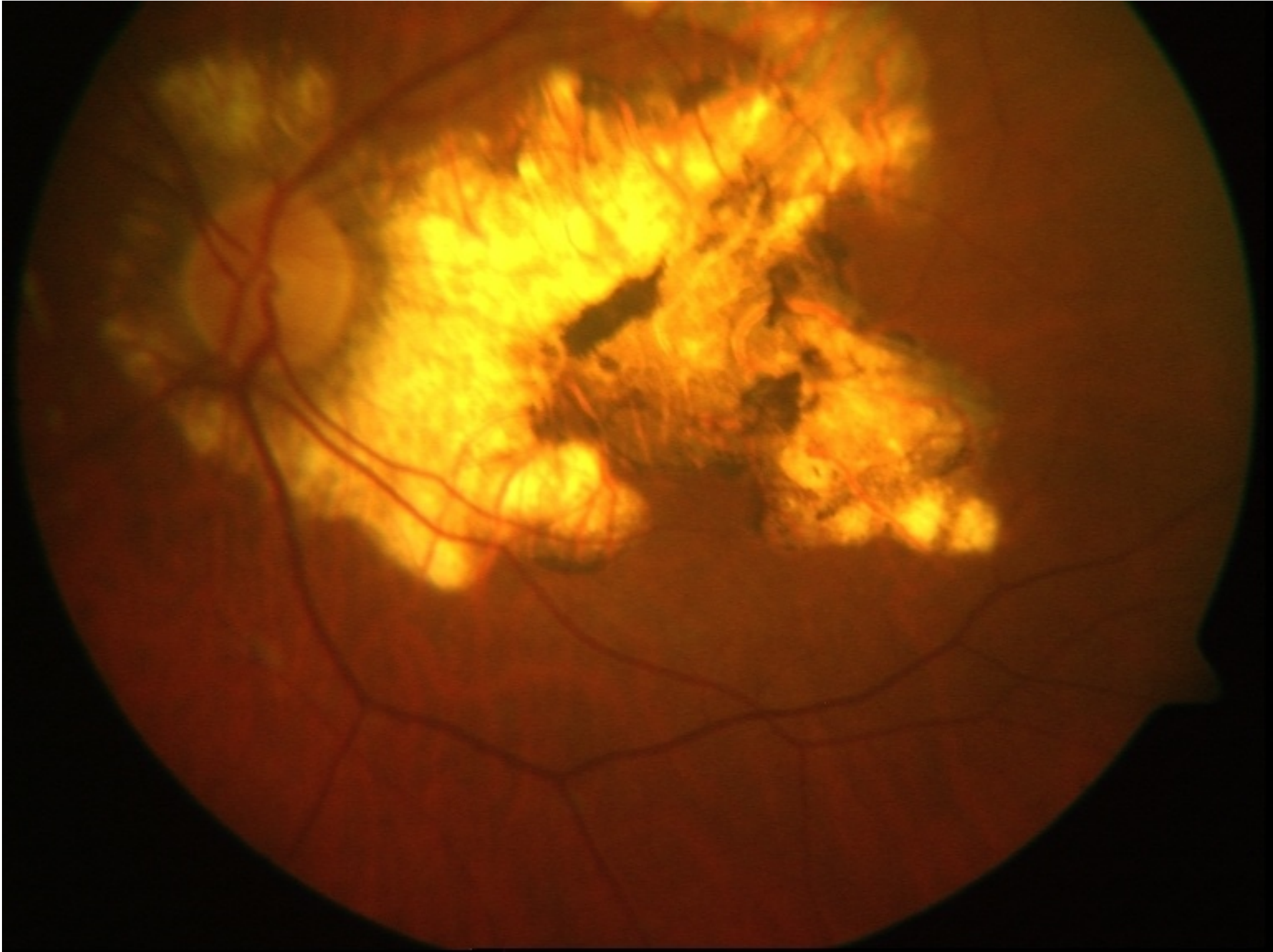


Table 2. Distinctive Features of Tb-SLC Compared With Classic SC

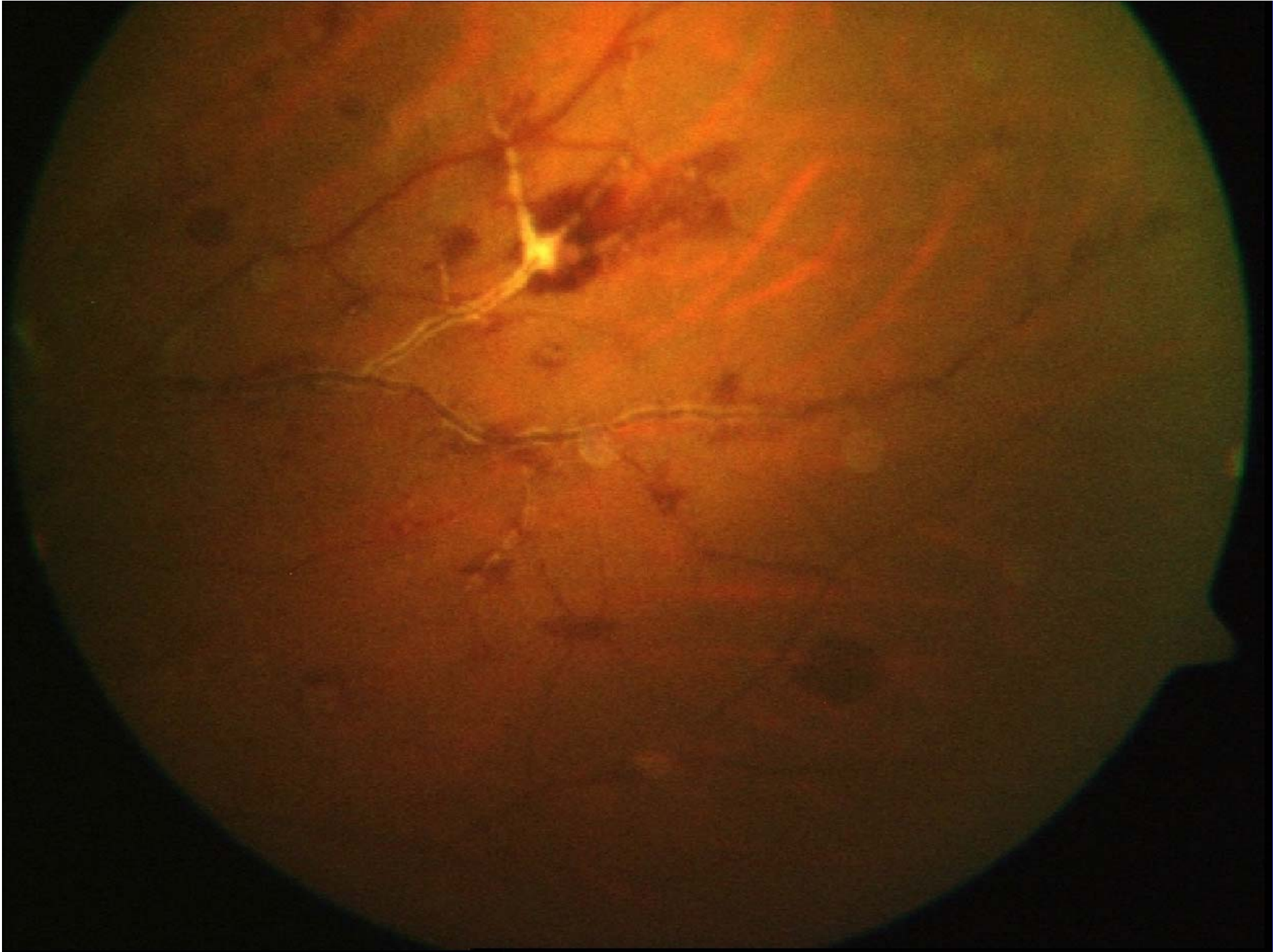
	No./Total No. (%)	
	Tb-SLC (n=5)	Classic SC (n=5)
Patient originally from endemic area for tuberculosis	5/5 (100)	0/5 (0)
Prevalence of clinical features		
Cells in anterior vitreous	5/5 (100)	0/5 (0)
Unilateral lesions	3/5 (60)	1/5 (20)
Multifocal lesions	4/5 (80)	1/5 (20)
Independent involvement of posterior pole/periphery	4/5 (80)	1/5 (20)
Results of investigations		
Positive tuberculin skin test results	5/5 (100)	0/5 (0)
Normal chest radiograph	5/5 (100)	5/5 (100)
Negative uveitis workup findings	5/5 (100)	5/5 (100)
Positive therapeutic response		
Corticosteroids and immunosuppressive agents	0/5 (0)	5/5 (100)
Tuberculostatic drugs and corticosteroids ^a	5/5 (100)	Not attempted





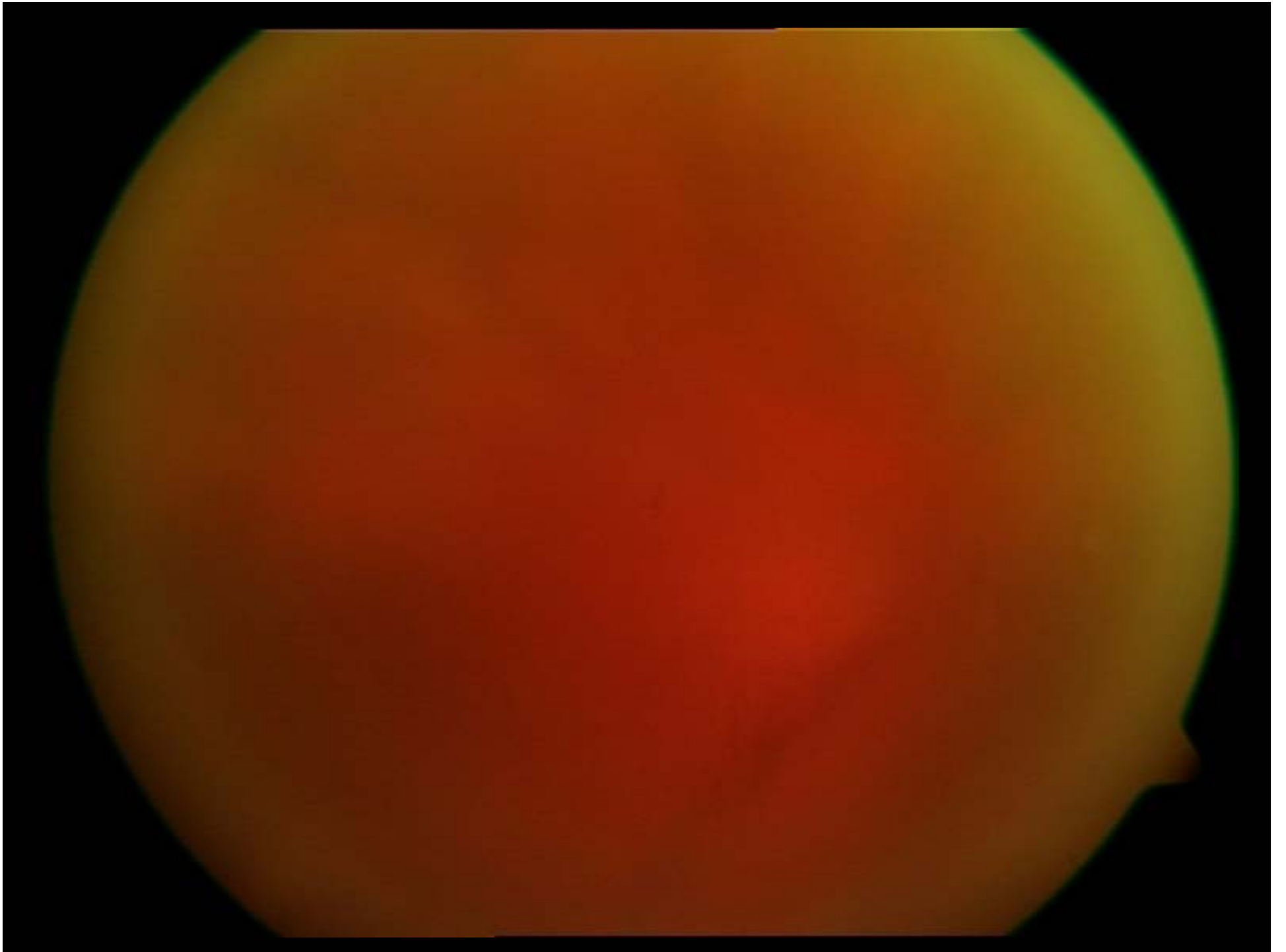


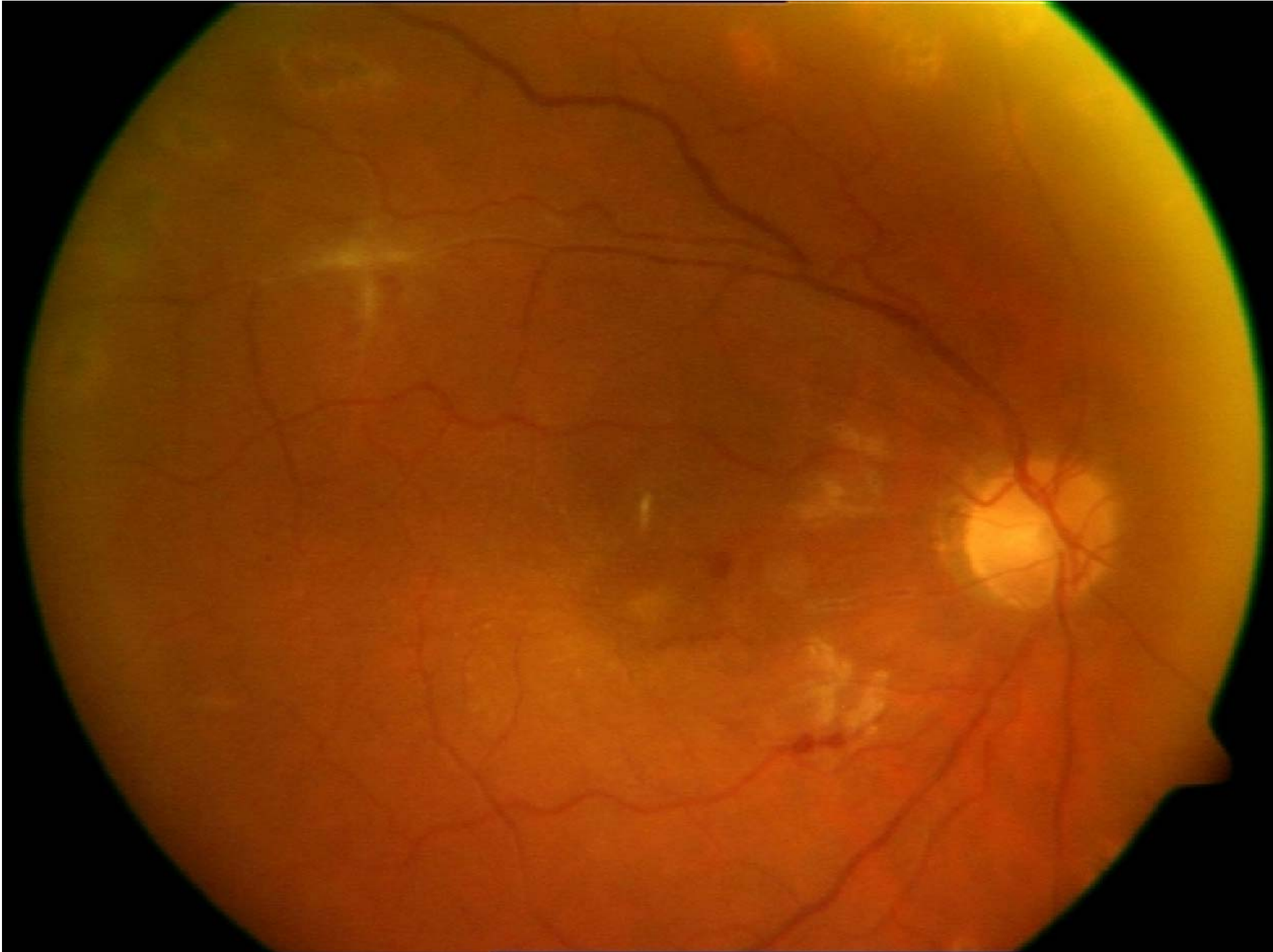
Caso 5: Vasculitis de retina











VASCULITIS RETINIANA

- **Envainamiento, flebitis, fuga vascular (AGF)**
- **Claves en la orientación diagnóstica:**
 - Fenómenos isquémicos asociados
 - Polo posterior
 - Retinitis, papilitis
 - Envainamiento en “gota de cera”
 - Ausencia de vitrítis



Caso 6: Uveítis posterior infecciosa





UVEÍTIS INFECCIOSAS

- **SOSPECHOSOS HABITUALES:**

- Tuberculosis
- Espiroquetas: Sífilis, enfermedad de Lyme, *Leptospira*
- Rickettsiosis
- Enfermedad por arañazo de gato
- Endoftalmitis endógena

- **CUADROS TÍPICOS:**

- Tuberculosis
- *Bartonella*
- Endoftalmitis endógena

- **RESTO:** Sospechar si:

- La semiología no cuadra con ninguna entidad clasificada
- Evolución atípica



SÍFILIS

Ocular Syphilis—Back Again: Understanding Recent Increases in the Incidence of Ocular Syphilitic Disease

Alex Fonollosa, MD

*Department of Ophthalmology,
Hospital Vall d'Hebron, Universidad
Autónoma de Barcelona, Spain*

**Joan Giralt, MD, Laura Pelegrín,
MD, and Bernat**

Sánchez-Dalmau, MD,
*Department of Ophthalmology,
Hospital Clínic i Provincial de
Barcelona, Universidad de Barcelona,
Spain*

**Antonio Segura, MD, and José
García-Arumí, MD,**

*Department of Ophthalmology,
Hospital Vall d'Hebron, Universidad
Autónoma de Barcelona, Spain*

Alfredo Adan, MD

*Department of Ophthalmology,
Hospital Clínic i Provincial de
Barcelona, Universidad de Barcelona,
Spain*

Table 1. Clinical features, treatment and outcomes in 12 cases of ocular syphilis examined in Hospital Valle Hebron and Hospital Clinic (Barcelona) between 2005 and 2007

Case	Age	Sex	Sex orientation	Eye	HIV status	Relevant medical history/nonocular manifestations	Ocular syphilis	CSF serology	Treatment	i VA	fVA	F-up
1	31	M	Heterosexual	OU	+	iv drug abuse; rash on soles, condyloma lata	Iritis+vitritis	+	iv PNC	0.5/0.4	1/0.7	24
2	52	F	Heterosexual	OU	-	Toxic syndrome, arthralgia	Iritis+vitritis	-	iv PNC	HM/HM	0.2/0.4	0
3	26	F	Heterosexual	OU	+	Toxic syndrome	Iritis+vitritis	+	iv PNC	0.2/0.5	0.6/0.7	23
4	66	M	Homosexual	OU	+	Toxic syndrome, arthralgia	Iritis+optic neuritis+vitritis	-	iv PNC	CF/0.6	O.6/0.6	18
5	76	M	Homosexual	RE	-	Fever, arthralgia 2 months before	Iritis, chorioretinitis posterior pole + vitritis	+	iv PNC	HM/0.9	CF/0.9	19
6	37	M	Homosexual	OU	-	Rash on palms	Iritis, multifocal choroiditis+ vitritis	+	iv PNC	HM/0.4	0.7/1	12
7	50	M	Homosexual	RE	+	—	Iritis, papillitis+vitritis	+	iv PNC	CF/0.8	0.9/1	21
8	35	M	Bisexual	OU	+	iv drug abuse, genital herpes, facial herpes, oral candidiasis	Iritis+papillitis LE, Neuroretinitis RE+vitritis OU	+	iv PNC	0.2/0.8	0.9/1	22
9	51	M	Heterosexual	LE	+	—	Iritis+vitritis	+	iv PNC	0.8/CF	1/1	26
10	34	M	Homosexual	LE	+	Chorioretinitis+ vasculitis LE 2 years before	Iritis +chorioretinitis +vitritis	+	iv PNC	1/NLP	1/NLP	15
11	65	M	Homosexual	RE	+	—	Iritis+retinitis+ optic neuritis+ vitritis	-	iv PNC	CF/0.9	HM/1	17
12	43	M	Homosexual	LE	+	—	Iritis+chorioretinitis+ vasculitis+ vitritis	+	iv PNC	1/0.4	1/1	21

UVEÍTIS POSTERIORES

- **CORIORRETINITIS UNILATERAL (5-10%)**

- Toxoplasmosis (>90%)
- Otras: Formas unilaterales de coriorretinitis oftalmológicas habitualmente bilaterales

- **CORIORRETINITIS BILATERAL (~3%)**

- Retinocoroidopatías exclusivamente oftalmológicas (60-65%):
 - Coroidopatía serpinginosa
 - Coroidopatía en perdigonada
 - Epiteliopatía pigmentaria placoide multifocal
 - Coroiditis multifocal con panuveítis
 - Coroidopatía punteada interna
 - Síndrome de los puntos blancos múltiples evanescentes
 - Epitelitis pigmentaria retiniana aguda
 - Retinopatía externa zonal aguda
 - Síndrome de fibrosis subretiniana y uveítis
 - Síndrome de coroiditis multifocal y panuveítis
- Toxoplasmosis (20-25%)
- Otras causas :
 - Síndromes de enmascaramiento neoplásicos: leucemia y linfoma, melanoma de úvea, retinoblastoma, metástasis
 - Infecciones en inmunocompetentes: Tuberculosis, sífilis, enfermedad de Lyme, *Leptospira*
 - Infecciones asociadas a SIDA: coriorretinitis (CMV, *Toxoplasma*, sífilis), coroiditis (tuberculosis, *Cryptococcus*, *Pneumocystis*), retinitis herpética necrosante

- **VASCULITIS DE RETINA (5-10%)**

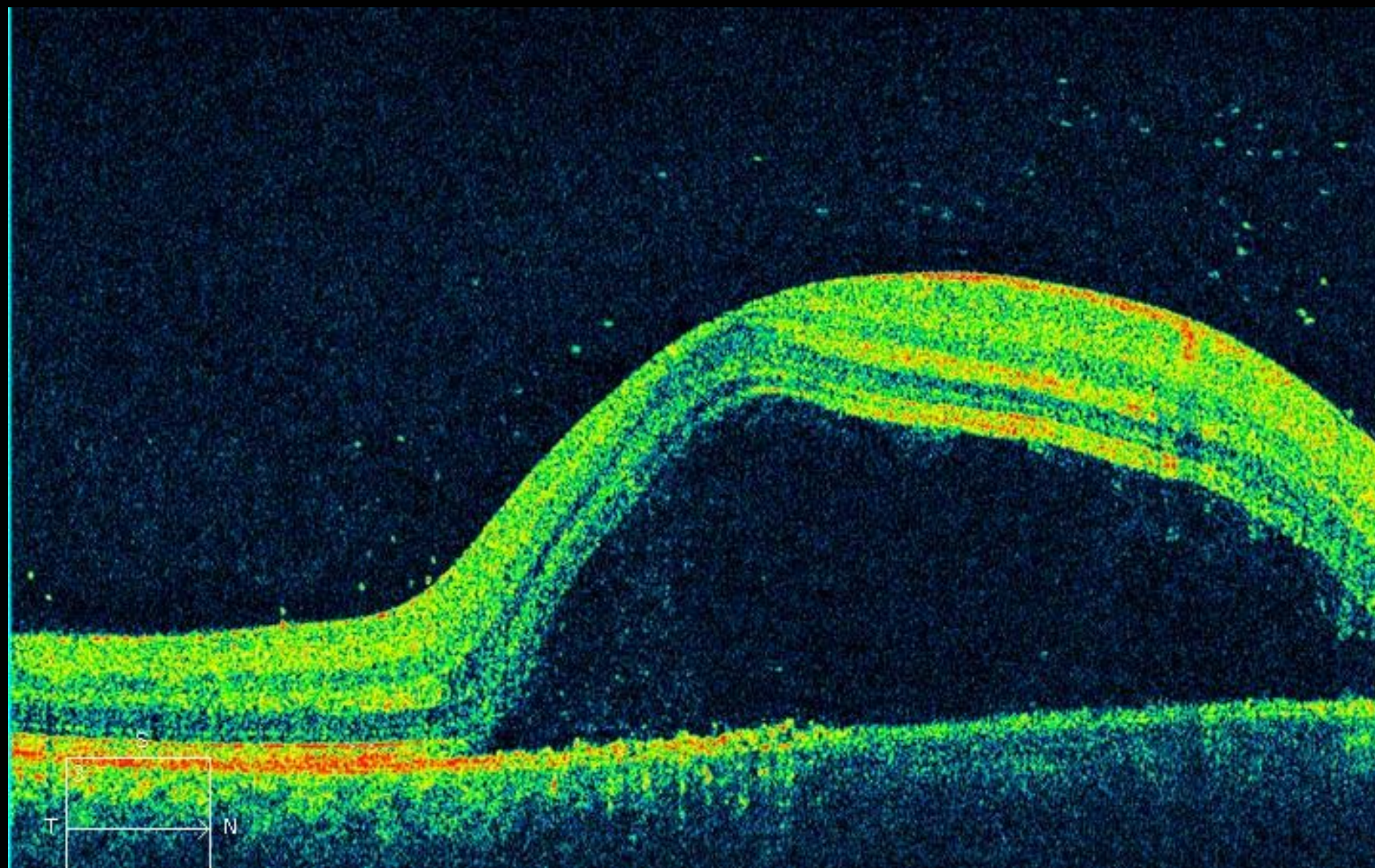
- Idiopática (55-60%)
- Enfermedad de Behçet (20-25%)
- Otras causas:
 - Enfermedades autoinmunes sistémicas: LES, PAN, sarcoidosis, granulomatosis de Wegener y otras vasculitis asociadas a ANCA
 - Síndromes de enmascaramiento vasculares: Enfermedad venooclusiva, síndrome antifosfolipídico
 - Infecciones por espiroquetas: Sífilis, enfermedad de Lyme
 - Ocasionalmente, la pars panitis idiopática puede asociar flebitis retiniana
 - Retinopatía por VIH

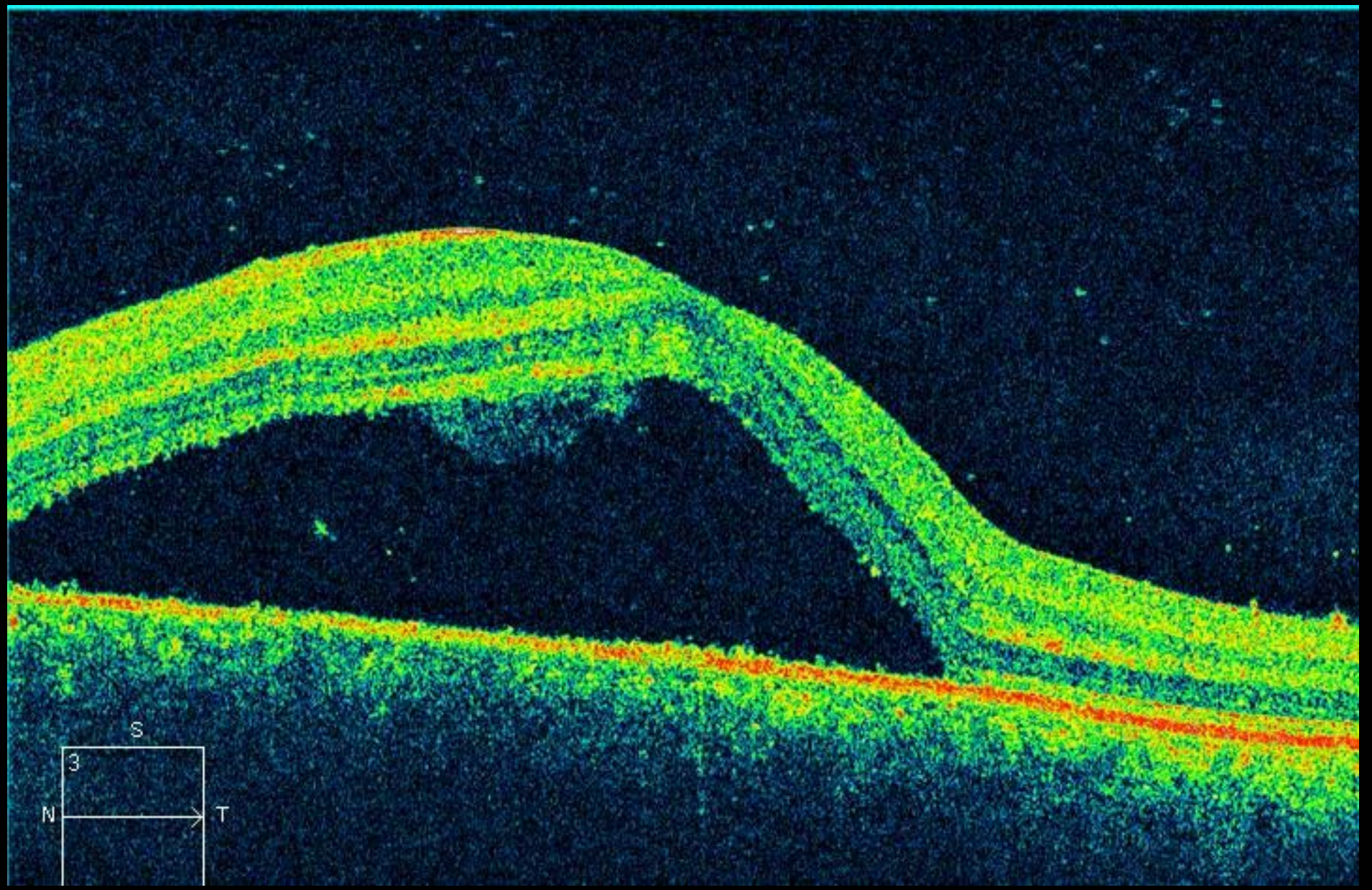


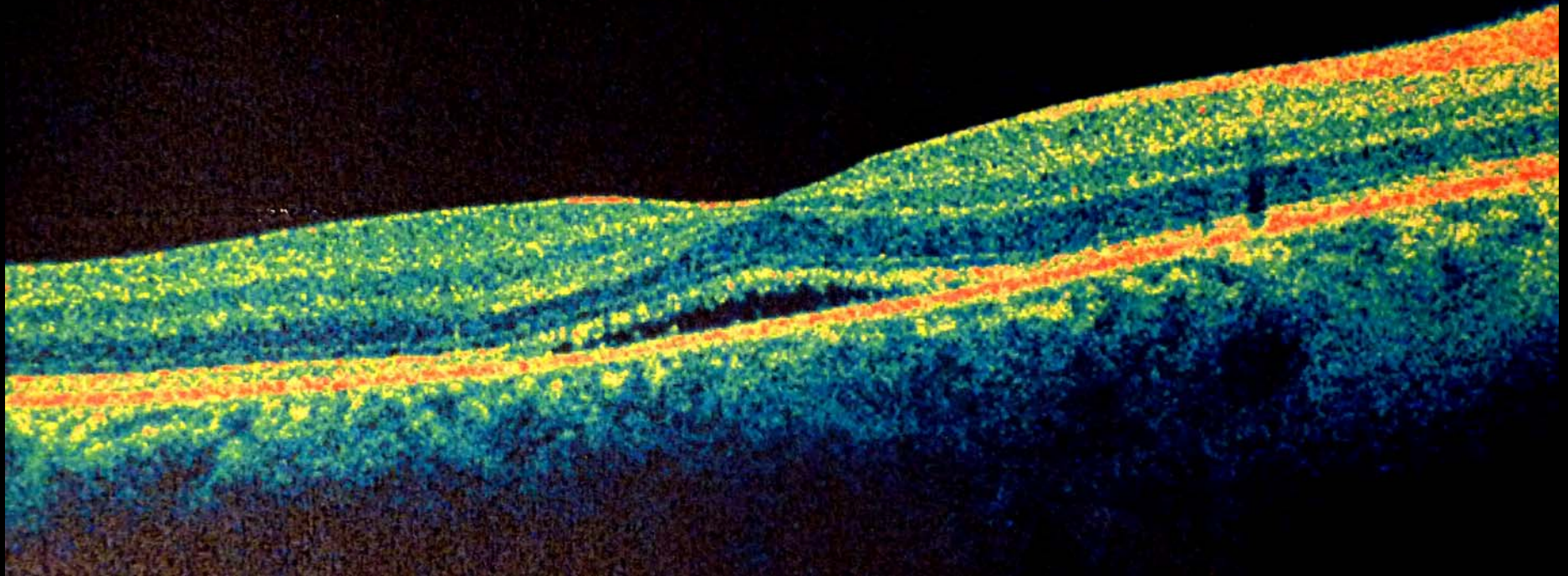
Caso 7: Panuveítis con
desprendimiento seroso de retina











Tras tratamiento

ENFERMEDAD DE VOGT-KOYANAGI-HARADA

Clave en la orientación diagnóstica:

- **Fase aguda:**
 - Desprendimiento seroso bilateral
- **Fase crónica:**
 - Uveítis anterior granulomatosa crónica
 - Fondo de ojo despigmentado

ENFERMEDAD DE VOGT KOYANAGI HARADA

- Proceso inflamatorio granulomatoso multisistémico
- Respuesta inmune mediada por linfocitos T y dirigida contra antígenos melanocíticos presentes en:
 - Ojo (retina e iris)
 - Piel y faneras
 - Sistema nervioso (meninges)
 - Oído interno
- Curso clínico característico:
 - FASE PRODRÓMICA
 - Cuadro pseudogripal, cefalea, dolor orbitario, hiperalgesia de cuero cabelludo
 - Manifestaciones neurológicas (meningismo)
 - Manifestaciones auditivas
 - FASE UVEÍTICA AGUDA
 - Panuveítis con desprendimiento exudativo de retina
 - FASE CRÓNICA
 - Uveítis anterior granulomatosa bilateral
 - Despigmentación uveal (“*sunset glow*”), atrofia coriorretiniana, fibrosis subretiniana
 - Despigmentación cutánea (vitíligo, poliosis), alopecia

PANUVEÍTIS

- **PANUVEÍTIS CON CORIORRETINITIS (5-10%)**

- Infecciones (~75%)
 - Toxoplasmosis (60-65%)
 - Tuberculosis
 - Herpes (queratouveítis)
 - Otras infecciones: Sífilis, enfermedad de Lyme, leptospirosis
- Idiopática (15-20%)
- Otras causas:
 - Sarcoidosis
 - Oftalmía simpática

- **PANUVEÍTIS CON VITRITIS (~5%)**

- Idiopática (40-45%)
- Espondiloartropatías (10-15%)
- Otras causas:
 - Sarcoidosis
 - Tuberculosis
 - Síndromes de enmascaramiento neoplásicos: Linfoma y leucemia, melanoma de úvea, retinoblastoma, metástasis
 - Enfermedad de Whipple
 - Oftalmía simpática

- **PANUVEÍTIS CON VASCULITIS DE RETINA (~5%)**

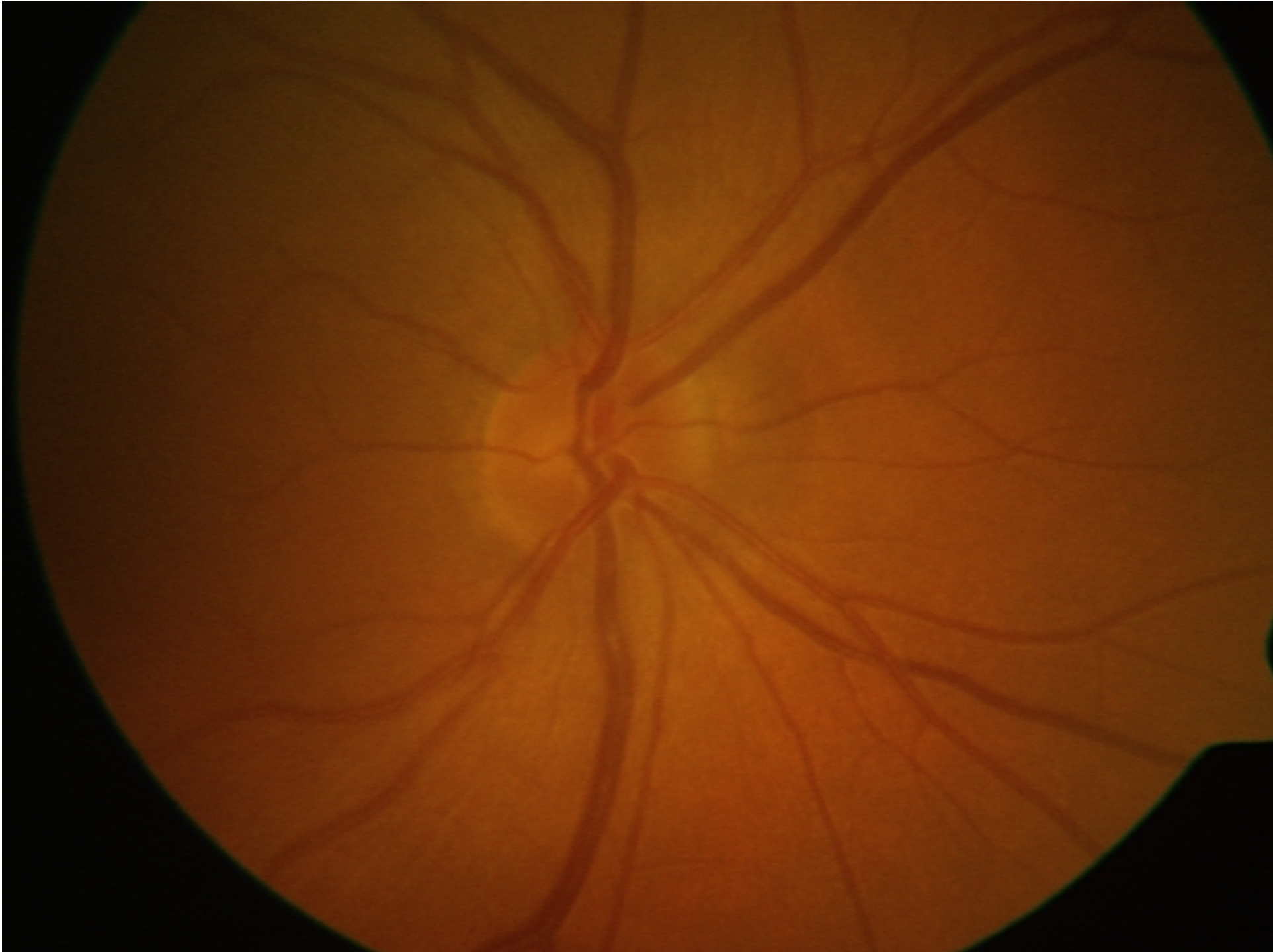
- Enfermedad de Behçet (30-40%)
- Idiopática (20-25%)
- Sarcoidosis (~5-10%)
- Enfermedad inflamatoria intestinal, especialmente enfermedad de Crohn (~5-10%)
- Otras causas:
 - Sífilis
 - Enfermedad de Lyme
 - Enfermedad de Whipple

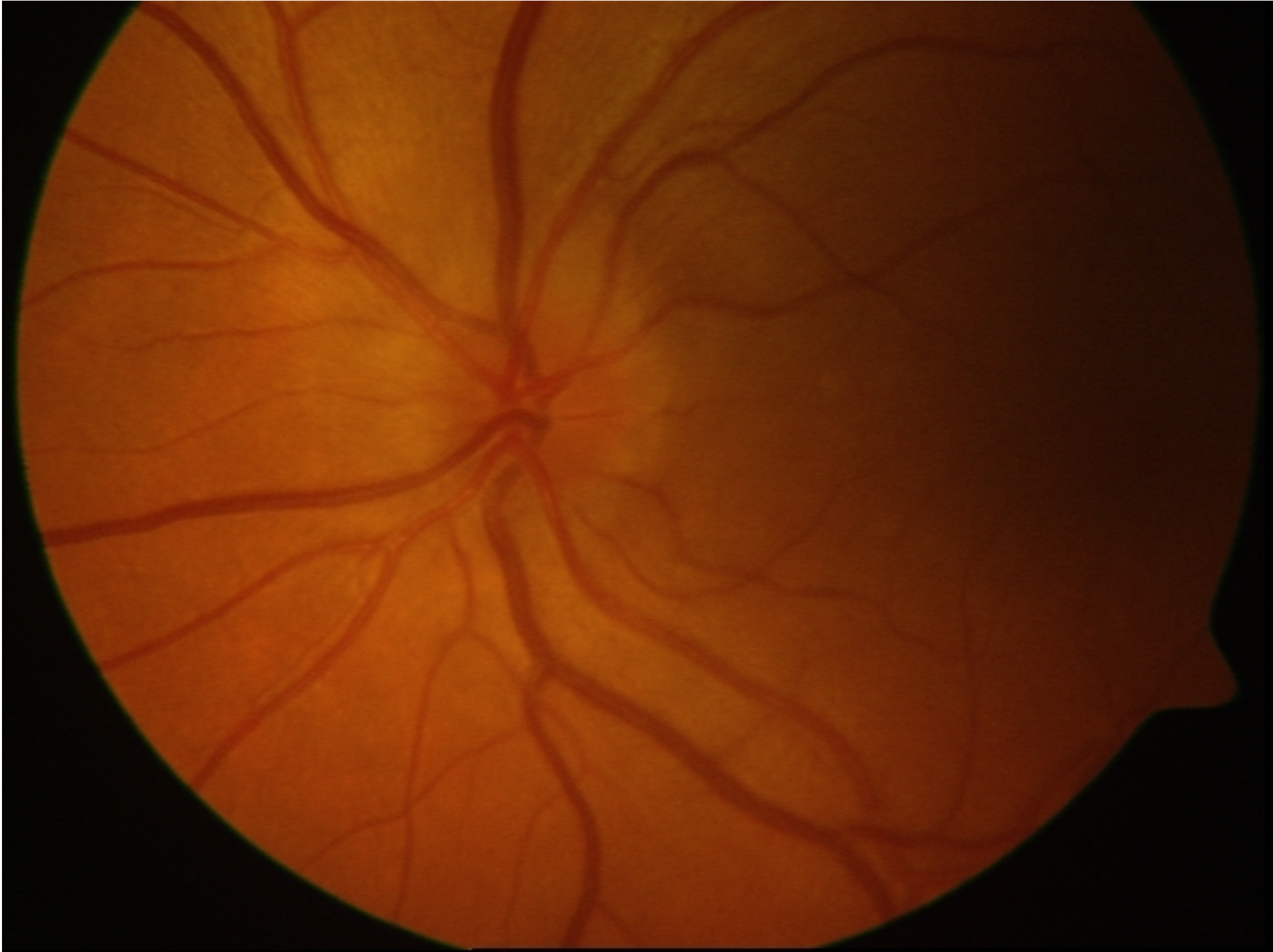
- **PANUVEÍTIS CON DESPRENDIMIENTO EXUDATIVO DE RETINA (~2%)**

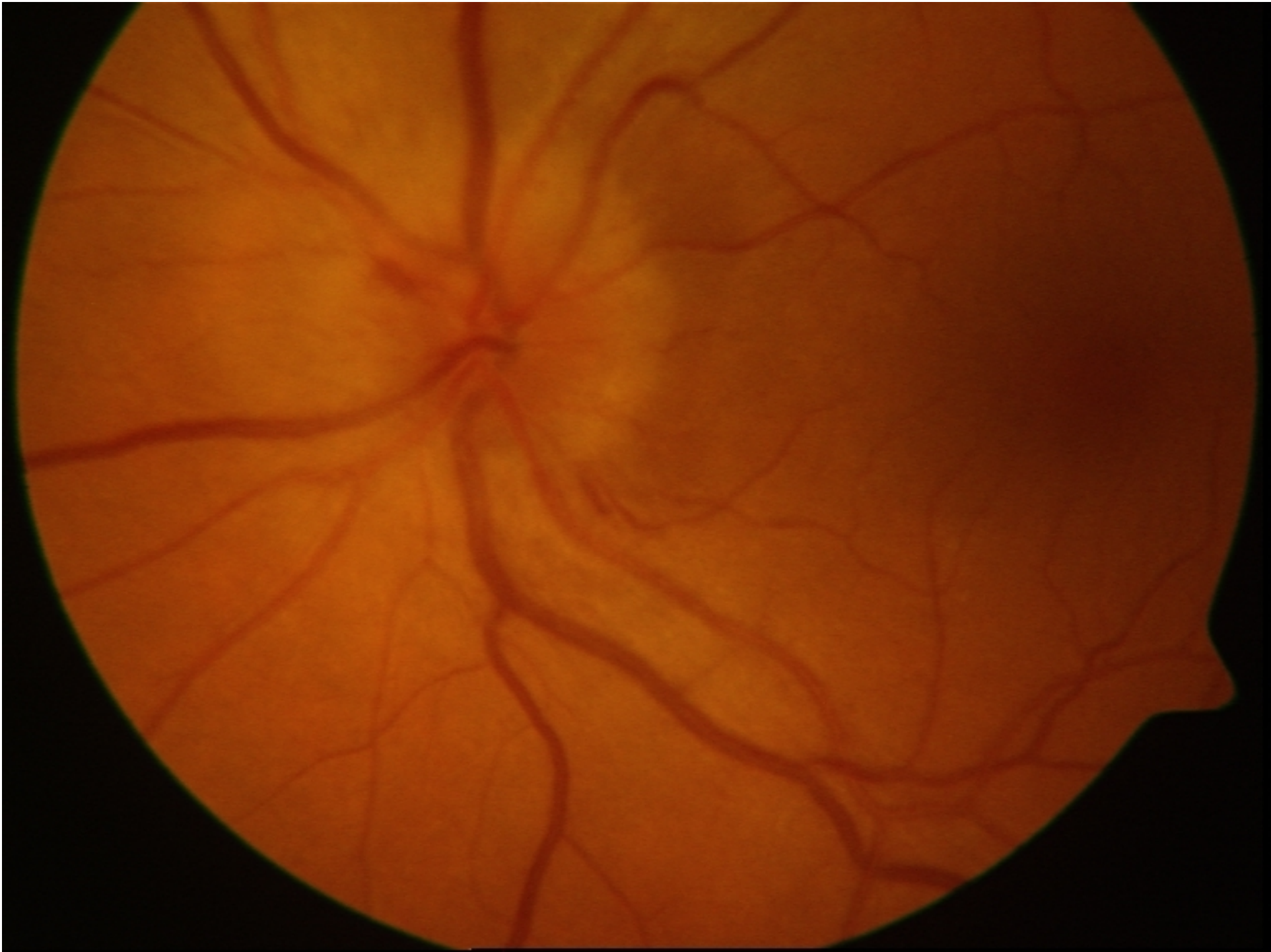
- Síndrome uveomeníngeo de Vogt-Koyanagi-Harada (75%)
- Otras causas:
 - Enfermedad de Behçet
 - Sarcoidosis
 - Enfermedad inflamatoria intestinal



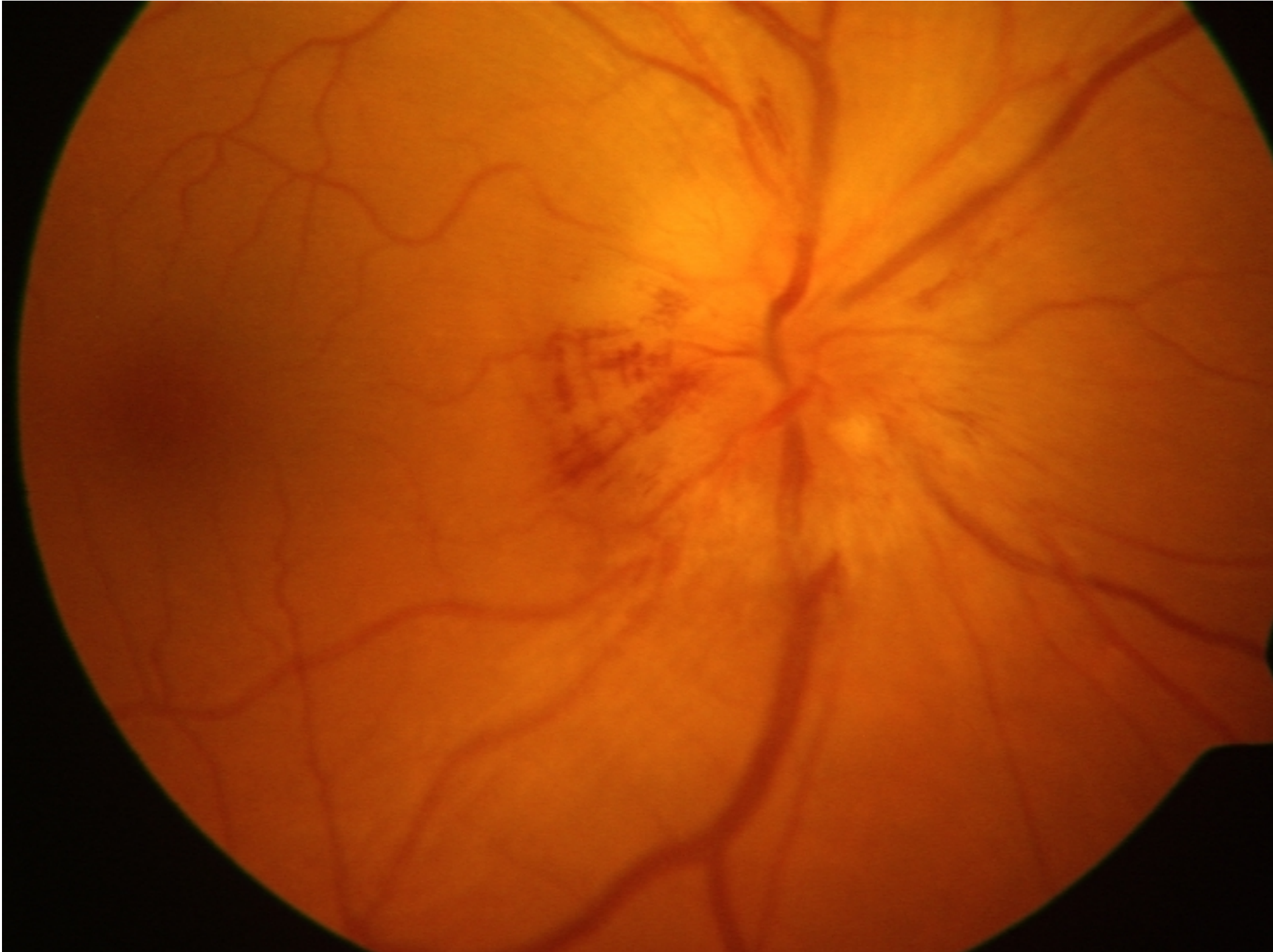
Y para acabar, una de sustos













¿¿QUÉ PASA AQUÍ...??

- **Patrón cambiante**
- **Estudio sistémico negativo:**
 - Epidemiología, anamnesis y exploración física extraocular negativas
 - Anlítica general, serologías, autoinmunidad, PPD... Todo normal o negativo
 - Despistaje de sarcoidosis (TACAR torácico, pruebas de función respiratoria, calciuria, ECA...): Negativo
 - Ecografía abdomino-pélvica, tránsito intestinal, rectosigmoidoscopia: Normales
 - RM orbitaria, cerebral y estudio de LCR: Negativos
- **¿Obtención de muestras oculares?**
 - ¿Infección?
 - ¿Síndrome de enmascaramiento neoplásico?

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL SEGÚN PATRÓN CLÍNICO

- **UVEÍTIS ANTERIORES**

- UVEÍTIS ANTERIOR AGUDA RECIDIVANTE UNILATERAL
- UVEÍTIS ANTERIOR AGUDA NO RECIDIVANTE UNILATERAL
- UVEÍTIS ANTERIOR AGUDA BILATERAL
- UVEÍTIS ANTERIOR CRÓNICA

- **UVEÍTIS INTERMEDIA**

- **UVEÍTIS POSTERIORES**

- CORIORRETINITIS UNILATERAL
- CORIORRETINITIS BILATERAL
- VASCULITIS DE RETINA

- **PANUVEÍTIS**

- PANUVEÍTIS CON CORIORRETINITIS
- PANUVEÍTIS CON VITRITIS
- PANUVEÍTIS CON VASCULITIS DE RETINA
- PANUVEÍTIS CON DESPRENDIMIENTO EXUDATIVO DE RETINA

UVEÍTIS AUTOINMUNES: EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES

CONCLUSIONES

- **COMUNICACIÓN FLUIDA OFTALMÓLOGO-INTERNISTA**
 - Muy recomendable que sea en el mismo idioma: Hay que comprender la terminología empleada en la descripción, diagnóstico y seguimiento evolutivo de las uveítis
 - Cada uno aporta áreas de conocimiento diferentes, que hay que integrar
- **¿CUÁL ES EL PATRÓN CLÍNICO?**
 - La identificación del patrón clínico de la uveítis es la herramienta básica para la orientación diagnóstica
- **¿PODRÍA SER UN PROCESO PRIMARIO OFTALMOLÓGICO?**
 - El diagnóstico lo hará el oftalmólogo, no es necesario el estudio sistémico
 - Apoyo para el tratamiento inmunosupresor
- **¿PODRÍA SER UNA INFECCIÓN O UNA NEOPLASIA?**
 - El diagnóstico lo orientará el oftalmólogo según la exploración o la evolución
 - La lista de virus, bacterias, hongos y parásitos que pueden causar uveítis es muy amplia
 - No olvidarse de los “sospechosos habituales”:
 - Cámara anterior: Herpes
 - Cámara posterior: Toxoplasmosis, tuberculosis, *Bartonella* y espiroquetas
 - Obtención de muestras en casos seleccionados: Vitrectomía, biopsia