

LA AFECTACION OCULAR



Doctora Marina Salido

Muchas enfermedades sistémicas, a lo largo de su evolución, se acompañan de inflamación ocular. Pero en otras ocasiones es esta sintomatología ocular, la que nos lleva a un diagnóstico de enfermedad sistémica. En general, cada enfermedad se suele asociar a un tipo de afectación ocular lo suficientemente característica como para permitir una aproximación diagnóstica y terapéutica racional.

En la práctica, este problema tiene dos vertientes distintas: el paciente con patología sistémica conocida que presenta un problema ocular, y el paciente con patología oftalmológica en el que se pretende establecer el diagnóstico, y en su caso el tratamiento, de un proceso sistémico.

La Uveítis es la inflamación del tracto uveal (capa media del ojo) y puede afectar a: cámara anterior, iris, cámara posterior, cuerpo ciliar, humor vítreo, mácula, coroides y/o retina.

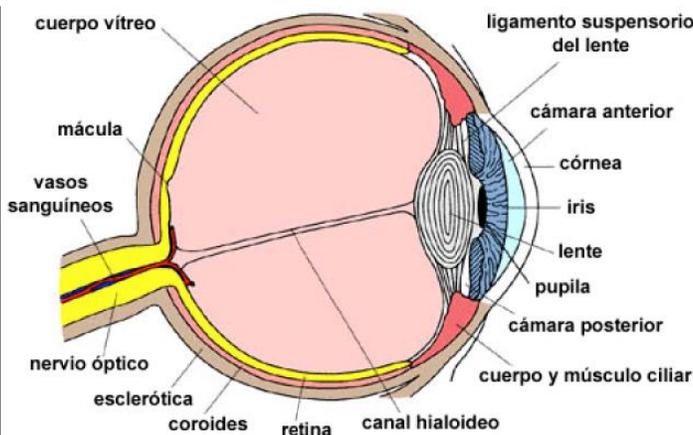


Figura 1
Anatomía del ojo



En este artículo nos centraremos en la afectación ocular de la espondiloartropatías. Las espondiloartritis son enfermedades crónicas, de larga evolución y de naturaleza inflamatoria, que afectan al esqueleto (fundamentalmente a la columna vertebral) y a las articulaciones sacroilíacas, aunque también pueden afectar a otras articulaciones a nivel periférico.

En algunos pacientes se produce afectación de la piel, aparato digestivo, aparato urinario, ojos, o sistema cardiovascular.

En algunas series muestran que entre 30-50% de las espondiloartropatías que se ven en la consulta de reumatología, se diagnostican después del primer brote de uveítis.

La uveítis anterior HLA-B27 positivo puede presentarse como entidad clínica aislada o en asociación con la espondilitis anquilosante, en la que más del 90% de los pacientes afectados por la enfermedad son HLA-B27 positivos, el síndrome de Reiter (alrededor del 60%) o la uveítis anterior aguda ideopática, en la que hasta un 60% de los pacientes tiene este fenotipo HLA.

La uveítis anterior aguda o iridociclitis es la manifestación extraarticular más frecuente de la espondilitis anquilosante, que ocurre en el 25-30 % de los pacientes en algún momento de su enfermedad. No hay una clara relación entre la actividad de la enfermedad articular y las manifestaciones extraarticulares.

El inicio de la enfermedad inflamatoria ocular es habitualmente agudo, y típicamente unilateral y recidivante, aunque los brotes pueden ser alternantes de forma unilateral. Aunque también se ha descrito algún caso de uveítis no recidivante (como debut de la espondilitis, en un porcentaje menor del 20%).

ESPONDILOARTROPATIAS

El ojo suele estar rojo, doloroso y con pérdida de agudeza visual, y también se puede acompañar de incremento del lagrimeo y fotofobia. Si en tratamiento se demora o bien no responde a él, puede producirse sinequias, es decir adherencias entre el cristalino y la córnea o el cristalino, con deformidad de la morfología del iris, asimetría, que incluso puede aumentar la presión intraocular (glaucoma).

La mayoría de los brotes se resuelven en 4-8 semanas sin secuelas, si se inicia el tratamiento de forma precoz. La uveítis anterior aguda es más frecuente en los pacientes con espondilitis anquilosante HLA-B27 positivos, en vez de los negativos.

La enfermedad inflamatoria crónica intestinal, en especial la colitis ulcerosa, puede representar hasta el 5% de los casos de uveítis anterior aguda recidivante unilateral (UAARU) por lo que debe tenerse en cuenta si existe un componente de dolor abdominal, trastornos del ritmo intestinal o en enfermos con espondiloartropatías y HLA B27 negativo.

La uveítis anterior aguda bilateral, aunque en su mayoría se tratan de uveítis ideopáticas, puede asociarse a espondiloartropatía psoriásica.

Así, en todos los casos de UAARU está indicada la realización de una radiografía simple de tórax y sacroilíacas y un HLA B27, analítica general, y serología luética

Recomendaciones: ante todo paciente con inflamación ocular o pérdida de agudeza visual, (sobre todo en el contexto de una espondiloartropatía), es recomendable la valoración precoz por un oftalmólogo que valorara la estructura ocular afectada y recomendara un tratamiento específico, además es recomendable su derivación a la unidad de reumatología para valoración y estudio, sobre todo si presenta 2 ó más episodios al año, ó bien éstos son de larga evolución.

Dra. Dña. Marina Salido
Reumatóloga del Hospital Infanta Cristina de Parla