

ESPONDILOARTRITIS Y UVEITIS

El globo ocular es un órgano constituido por varios tipos de tejido (**figura 1**). La esclerótica es la capa exterior, de coloración blanca y consistencia elástica pero firme, cuya función es proteger los demás componentes y dar forma al ojo. La

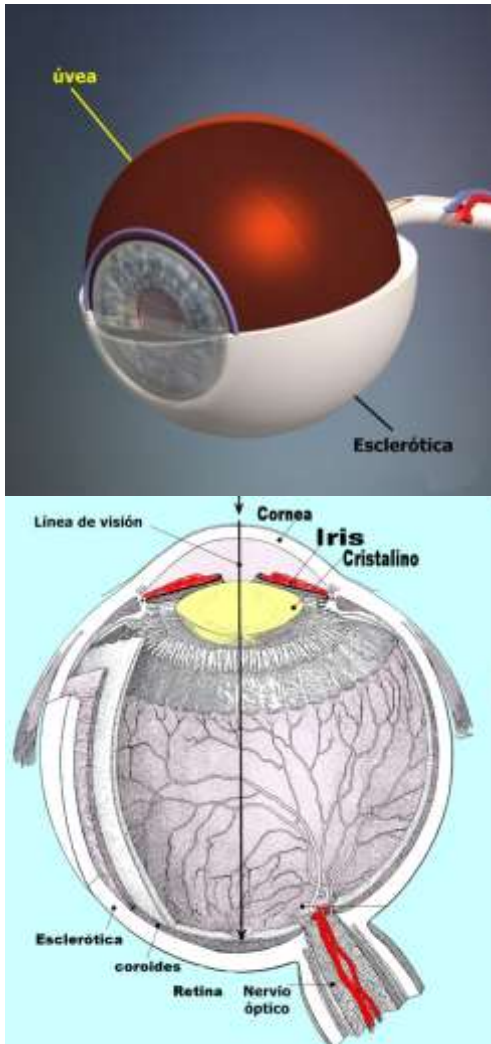


Figura 1. Capas exterior y media del globo ocular con sus principales estructuras.

capa media, situada por debajo de la esclerótica, es la **úvea**, posee abundantes vasos sanguíneos, y se divide en varias estructuras: el iris, el cuerpo ciliar y la coroides, esta última con abundante pigmento melánico. El iris forma un anillo coloreado que rodea la abertura pupilar actuando como el diafragma de una cámara fotográfica, esto es, regulando la luz que llega al fondo del ojo. El cuerpo ciliar es el conjunto de músculos que traccionan del cristalino (lente del globo ocular y responsable del enfoque de los objetos visualizados para conseguir la máxima nitidez). La coroides reviste el interior del ojo desde los músculos ciliares hasta la emergencia del nervio óptico en el polo posterior del globo ocular. La inflamación de la úvea se denomina **uveítis**. Cuando la inflamación se centra en la porción anterior de la úvea (iris y cuerpo ciliar) se denomina uveítis anterior (**iridociclitis**), cuando se produce predominantemente en la porción posterior (uveítis posterior / coroiditis). La causas de las uveítis son múltiples e incluyen enfermedades infecciosas como la sífilis y la tuberculosis, por lo que, ante un paciente con uveítis, es necesario un *estudio protocolizado* que permita descartar este tipo de procesos. El diagnóstico de las uveítis se basa en la clínica (dolor ocular, enrojecimiento, fotofobia, visión

borrosa...) y en los hallazgos de la exploración oftalmológica. La instauración y la intensidad de la sintomatología es variable en cada paciente.

Las uveítis pueden constituir la primera manifestación de algunas enfermedades reumáticas inflamatorias sistémicas como la artritis crónica juvenil, la enfermedad de Behçet y las espondiloartritis. Las uveítis anteriores (iridociclitis) son la manifestación extraarticular más frecuentes de las espondiloartritis, particularmente de la espondilitis anquilosante y las espondiloartritis indiferenciadas, asociándose a la presencia del antígeno de histocompatibilidad HLA-B27. Las iridociclitis de las espondiloartritis suele ser aguda, unilateral en cada episodio

(aunque puede involucrar a cualquiera de los ojos) y recurrente. Un enfermo con espondilitis anquilosante tiene una elevada probabilidad, que alcanza el 40%, de sufrir episodios de uveitis anterior a lo largo de su evolución. Debe tenerse en cuenta que el ser portador del HLA-B27 predispone a dicho tipo de uveitis, sobre todo si se trata del alelo HLA-B2705. Otros antígenos de histocompatibilidad asociados a uveitis son el HLA-DR8, el HLA-DR1 y HLA-DR12.

A diferencia de la espondilitis anquilosante, en la artritis psoriásica, las uveitis tienden a ser más insidiosas (inicio menos agudo y con menor intensidad), más duraderas (tendencia a la cronicidad) y suelen involucrar con más frecuencia la úvea posterior (uveitis posterior y coroiditis) además de ser más probable la afectación de ambos ojos simultáneamente.

En un estudio realizado en pacientes con uveitis y espondiloartritis (*Sampaio-Barros P D et al. Characterization and outcome of uveitis in 350 patients with spondyloarthropathies. Rheumatol Int 2006; 26: 1143–6*) se incluyeron 207 enfermos con espondilitis anquilosante, 80 con espondiloartritis indiferenciadas y 63 con artritis psoriásica seguidos durante un periodo mínimo de cinco años. Los autores diagnosticaron 55 episodios de uveitis anterior en 30 de los pacientes con espondilitis anquilosante (14,5%) y encontraron relación directa de dichos episodios con el



Figura 2. En la parte superior se expone la fotografía de un ojo afecto de iridociclitis aguda y, en la parte inferior, las secuelas de episodios repetitivos de iridociclitis sin un tratamiento adecuado: deformidad pupilar y, en este caso, hipopión (depósito amarillento en el fondo de la cámara anterior del ojo resultado de la acumulación de células inflamatorias – nuevo episodio en el momento de la fotografía-).

comienzo juvenil de la enfermedad, así como con la existencia de entesitis aquílea y plantar (fascitis plantar). Uno de los pacientes con espondilitis anquilosante sufrió una uveitis posterior tuberculosa. El 8,8% de los enfermos con espondiloartritis indiferenciadas presentaron episodios de iridociclitis y uno de estos pacientes tuvo uveitis posterior por toxoplasma. La práctica totalidad de los casos de uveitis anterior en las espondiloartritis revisadas por los autores estuvieron asociadas al HLA-B2705 y las escasas uveitis posteriores casi siempre fueron de origen infeccioso o parasitario.

Las uveitis anteriores o iridociclitis, forma de presentación típica en las espondiloartritis, suelen desencadenarse en los periodos de mayor actividad inflamatoria. En España, las uveitis se presentan en el 25% de los enfermos con artritis psoriásica y en cerca del 4% de los enfermos con artritis enteropática

El diagnóstico precoz es fundamental en las uveitis, pues el tratamiento correcto en las fases iniciales minimiza las posibilidades de secuelas. Los episodios repetitivos de uveitis pueden provocar adherencias entre el iris y el cristalino, deformidad pupilar, aumento de la presión intraocular y alteración permanente de la agudeza visual, entre otras consecuencias. El médico de atención primaria, el reumatólogo y

el oftalmólogo conocen que las uveitis son urgencias médicas y deben ser diligentes ante la sospecha de este proceso, sobre todo en los pacientes ya diagnosticados de cualquier tipo de espondiloartritis. No obstante, es fundamental diferenciar las uveitis de mecanismo autoinmune de las producidas por infecciones víricas, tales como el virus herpes (rara vez virus de la parotiditis epidémica, paramixovirus influenzae y adenovirus), infecciones bacterianas (*Mycobacterium tuberculosis*, *Borrelia burgdorferi*, leptospiras...) o infestaciones parasitarias (toxoplasmosis, toxocariosis...). Las infecciones por hongos son excepcionales y afectan por lo general a pacientes deprimidos inmunológicamente, destacando la *Candida sp.*

El tratamiento de las uveitis anteriores en las espondiloartritis y de los casos asociados al HLA-B27 sin enfermedad articular demostrada, se basa en el empleo de corticoides tópicos y



midriáticos (fármacos dilatadores de la pupila) que, respectivamente, controlan la actividad inflamatoria y evitan las adherencias (sinequias) entre el iris y el cristalino. En los casos con hipopión (figura 2), es frecuente reforzar el tratamiento con una inyección subconjuntival de esteroide tipo prednisona o prednisolona. El empleo de salazopirina (sulfasalazina) se ha asociado a una reducción de la frecuencia de crisis de uveitis en los pacientes con espondilitis anquilosante; sin embargo, este fármaco no siempre es bien tolerado y, además, resulta poco útil en aquellos que presentan únicamente sacroiliitis y afectación de la columna vertebral, es decir, que no sufren artritis en articulaciones de las

extremidades. En los casos más graves se pueden asociar corticoides sistémicos. Se han empleado fármacos inmunosupresores como metotrexato, sobre todo en los enfermos con artritis periférica, pero no se ha conseguido demostrar que ayude a reducir los brotes de uveitis. En cambio, los fármacos anti-TNF α , son muy eficaces en el control de las uveitis de repetición asociadas a espondiloartritis, particularmente los anticuerpos anti-TNF α como infliximab, adalimumab y golimumab, comercializados en España, respectivamente, con el nombre de Remicade®, Humira® y Simponi®. Otro anti-TNF α , el etanercept (Enbrel®) ha mostrado una menor capacidad para reducir las crisis de uveitis.

En uveitis asociadas a artritis idiopática juvenil y diferentes enfermedades autoinmunes como sarcoidosis, síndrome CINCA, enfermedad de Behçet así como diversas formas de vasculitis, se han utilizado ciclosporina A, tratamientos antiinterleucinas, interferones y otros agentes biológicos. El oftalmólogo y el reumatólogo son quienes deben decidir, que medicamento es el más adecuado para cada enfermo y descartar causas infecciosas de la inflamación de la úvea.

Vigo a 2 de febrero de 2014

Dr. Norberto Gómez Rodríguez
363603827 Reumatólogo

