

Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Hermanos Ameijeiras"

EXPERIENCIAS TERAPÉUTICAS EN LA UVEÍTIS INTERMEDIA

Sandra Borges Pérez,¹ Caridad Monteagudo Morejón,² Edith Ballate Nodales² y Maricel Moxam Cleghon¹

RESUMEN: Se realiza el estudio de 41 pacientes portadores de uveítis intermedia donde se definen aspectos de su ubicación anatómica, cuadro clínico y complicaciones como las opacidades vítreas, cataratas, desprendimiento de retina y otras. El predominio del sexo femenino y la edad relativamente joven de los afectados orienta a profundizar en las investigaciones y la terapéutica de sus complicaciones.

Descriptores DeCS: **UVEITIS INTERMEDIA/etiología; UVEITIS INTERMEDIA/terapéutica.**

La uveítis intermedia es también conocida por otros autores como uveítis periférica, ciclitis crónica o pars planitis.¹ Se puede definir como un síndrome de inflamación ocular crónica que comprende la parte del cuerpo ciliar (pars plana), la coroides y la retina periférica hasta la emergencia de las venas vorticosas. De etiología desconocida o asociada a varias enfermedades sistémicas como escleriosis múltiple, sarcoidosis, tuberculosis, sífilis, enfermedad de *Lyme*, enfermedad de *Crohn* o la de *Whipple*.^{2,3} Se caracteriza por un ojo tranquilo con poca reacción en el segmento anterior, alteraciones vítreas a modo de infiltrado celular prominente y agregados de células en su parte inferior

que se denominan bolas de nieve. Cursa con exacerbaciones y remisiones.⁴

El término uveítis intermedia fue presentado por el Grupo Internacional de Estudio de Uveítis como parte de su clasificación anatómica.⁴ Sin embargo, la pars planitis es un tipo de uveítis intermedia en la cual se produce una acumulación característica de material inflamatorio en la región de la base del vítreo y la pars plana, que se denomina banco de nieve^{5,6} y que pueden presentar complicaciones particulares como retinosquiasis y vascularización del banco de nieve confiriéndole específicas características clínicas.²

Haciendo un breve recuento histórico del tema, vemos que este término fue

1

¹ Especialista de I Grado en Oftalmología.

² Especialista de II Grado en Oftalmología.

utilizado por primera vez, por *Weech et al.* en 1960, pero en 1950 *Schepens*, describió la inflamación de la pars plana y la ora serrata en el Boletín de la Sociedad Francesa de Oftalmología.^{7,8}

Dentro de la uveítis, la intermedia representa el 1,4 %.^{9,10} La duración de la enfermedad suele ser larga, en algunos casos más de 20 años y aparece en personas en plena actividad laboral. El 28 % de los casos suele curar espontáneamente y recidivar años después; del 60 al 80 % de los casos es bilateral,⁴ pero puede presentar un cuadro unilateral en el 33 % de los pacientes.² Esta afección es de difícil diagnóstico etiológico, en el 80 % de la uveítis intermedia no se puede precisar la causa que produce esta inflamación pero indirectamente y mediante la respuesta terapéutica es posible evaluar su evolución, argumento que sirve para la realización de este trabajo.

En 1984 *Diamond y Kaplan* fueron los primeros en difundir un protocolo de tipo jerárquico para el tratamiento de la uveítis intermedia por lo que generaron un algoritmo de cuatro pasos² que consiste en:

- Corticoides locales y sistémicos
- Crioterapia en los bancos de nieve
- Vitrectomía por pars plana
- Inmunosupresores

Desde entonces, se han publicado artículos^{1,11} en los que se estudia y se comenta este enfoque terapéutico, sobre todo en lo que respecta a la función de la vitrectomía pars plana en el tratamiento del edema macular persistente. En otros trabajos más recientes se han estudiado los resultados con los nuevos fármacos inmunosupresores, en particular Ciclosporina A.¹¹⁻¹⁵ No existe aún un acuerdo claro en cuanto a la secuencia de apli-

cación de los tratamientos, esto nos motivó a elegir diferentes modalidades terapéuticas para evaluar los resultados obtenidos con el fin de establecer algunas pautas con este fin. Hemos tenido en cuenta los medicamentos que tenemos al alcance y como base para determinar cuál de las alternativas empleadas tendría mejor resultado en este actual e interesante tema.

Resultados

Como se muestra en la tabla 1 existió predominio del sexo femenino y de la edad joven.

TABLA 1. Distribución de pacientes según edad y sexo

Grupo etario	Sexo		%	Total	%
	Masculino No. de ojos	Femenino No. de ojos			
15-25	1	2	33,3	66,7	3 6,0
26-35	9	12	42,9	57,1	21 42,0
36-45	11	11	50,0	50,0	22 44,0
+ 45 años	0	4	0,0	100,0	4 8,0
Total	21	29	42,0	58,0	50 100,0

En la tabla 2 se observa la presencia de complicaciones como las opacidades tanto del vítreo como del cristalino. El glaucoma fue poco frecuente.

TABLA 2. Distribución de pacientes según complicaciones

Complicaciones	No. de ojos	%*
Edema macular cistoide	50	100,0
Opacidades vítreas	17	34,0
Catarata complicada	11	22,0
Glaucoma secundario a inflamación ocular	2	4,0
Desprendimiento de retina	4	8,0
Hemovítreo	4	8,0

* El porcentaje fue calculado en relación al total de ojos.

TABLA 3. Evolución de la agudeza visual según tratamiento utilizado

Tratamiento utilizado	Evolución de la agudeza visual					
	No mejorado No. de ojos	%	Mejorado No. de ojos	%	Total No. de ojos	%
Esteroide	35	70,0	15	30,0	50	100,0
Esteroide + inmunosupresores	30	85,7	5	14,2	35	100,0
Tratamiento médico + tratamiento quirúrgico	18	60,0	12	40,0	30	100,0

p=0,06307

TABLA 4. Evolución de la agudeza visual según la edad

Grupo de edad	Evolución de la agudeza visual					
	No. de ojos	%	No. de ojos	%	No. de ojos	%
15-25	1	33,3	2	66,7	3	6,0
26-35	7	33,3	14	66,7	21	42,0
36-45	9	40,9	13	59,1	22	44,0
+ 45 años	1	25,0	3	75,0	4	8,0
Total	18	36,0	32	64,0	50	100,0

p=0,9157

La evolución de la agudeza visual fue tórpida (Tabla 3) a pesar del uso de esteroides e inmunosupresores y el predominio de la edad entre 26 y 45 años (Tabla 4) pero el resultado final fue favorable en el 64 % de los ojos tratados.

En la tabla 5 se muestra la cifra de las recidivas.

TABLA 5. Frecuencia de recidivas en los ojos mejorados

Recidiva	No. de ojos	%
Sí	16	50,0
No	16	50,0
Total	32	100,0

Discusión

Nuestro estudio se realizó en 41 pacientes con el diagnóstico de uveítis in-

termedia de los cuales solamente 9 presentaron bilateralidad y se observó en jóvenes en plena actividad laboral.

Referente a la distribución de la muestra estudiada según edad y sexo vemos que de los 50 ojos, 21 eran del sexo masculino (42,0 %) y 29 del sexo femenino (58,0 %) y en relación con la edad podemos señalar que las edades más afectadas fueron de 26-45 años, con 43 ojos para el 86,0 %, más de la mitad de los casos están en este grupo etario coincidiendo con otros autores^{16,17} en cuanto al criterio de que la uveítis intermedia es más frecuente en pacientes en plena actividad laboral.

Todos los pacientes presentaron una o varias complicaciones; se evaluó en cada momento la agudeza visual para acometer el tratamiento; el edema macular quístico (edema cistoide) fue la complicación más frecuente con 50 ojos para el 100 %, lo que se tomó como criterio para iniciar

tratamiento con esteroides si la agudeza visual era menor de 0,6 lo que coincide con otros autores quienes plantean que éste aparece en un elevado porcentaje de pacientes.^{2,4,7,8,17,18} Las capacidades vítreas las encontramos en el 34 % de nuestra muestra, en los trabajos revisados no se reportan esta complicación que en nuestro estudio acupó el 2do. lugar dentro de las más frecuentes.^{2,4,8,17} La catarata complicada se presentó en el 22,0 % de los casos lo que se corresponde con lo encontrado en la literatura,^{2,4,8,17} sin embargo, otros autores la consideran como la segunda complicación frecuente de la uveítis crónica y de la administración prolongada de corticoides. Es significativo destacar que se presentó en 4 ojos desprendimiento de retina, de los cuales 2 con regmatógeno asociado a desprendimiento posterior del vítreo, los desgarramientos retinianos guardan una estrecha relación con los bancos de nieve y son difícil de visualizar. Los restantes desprendimientos de retina² fueron traccional, como consecuencia de las alteraciones vítreas.

En los pacientes con uveítis intermedia, la hemorragia vítrea en 2 ojos fue causada por un desprendimiento posterior del vítreo que desgarró un vaso retiniano periférico. Por lo general, la hemorragia vítrea se reabsorbe rápidamente sin dejar secuela, en nuestra investigación 2 ojos presentaron tracción vítreo retiniana que llevó al desprendimiento de retina traccional. El 4 % de los casos presentaron glaucoma secundario a inflamación ocular, lo que conllevó a la elevación de la presión.

Pudimos evaluar la evolución de la agudeza visual según el tratamiento utilizado, en la tabla 3 se muestran estos resultados; los casos fueron agrupados por los tres tipos de tratamiento y según la siguiente secuencia:

1. Esteroides
2. Esteroides más inmunosupresores
3. Esteroides más inmunosupresores más tratamiento quirúrgico.

La agudeza visual mejoró o se mantuvo igual y ninguno empeoró luego de su terapéutica. Más de la mitad de los ojos tratados mejoraron la agudeza visual, 32 del total para el 64,0 %; se alcanzó el mayor porcentaje de mejoría con el tratamiento de esteroide más inmunosupresores más tratamiento quirúrgico con el 40 %, no obstante debemos destacar que el 40 % (20 ojos) mejoraron su agudeza visual sin requerir tratamiento quirúrgico.

De los pacientes tratados quirúrgicamente a 11 de ellos se les realizó extracción extracapsular del cristalino y se logró mejoría de la visión en 4 (36,3 %), los 7 restantes no mejoraron la agudeza visual por presentar un edema macular cistoide persistente que no mejoró con el tratamiento médico; debe considerarse el tratamiento quirúrgico de la catarata en ojos tranquilos sin inflamación activa.

Se le realizó a 13 ojos vitrectomía a través de la pars plana, mejoraron 7 (53,8 %) y los 6 restantes no mejoraron agudeza visual, 2 de ellos por presentar hemovítreo que llevó al desprendimiento de retina traccional que a pesar de ser intervenido quirúrgicamente no se logró la mejoría visual y los otros 4 presentaron edema macular quístico persistente.

Diversos autores^{13,14} muestran los buenos resultados obtenidos en aquellos casos en que se practicó una vitrectomía por ser refractivo a toda la terapéutica. En ellos, la vitrectomía ha detenido totalmente la evolución del proceso, incluso, curándolo, por lo que se plantea que actúa suprimiendo la infiltración celular, exudación, células inmunocompetentes y demás material inmunológico y es quizás en la cirugía vítrea donde asienta el porvenir del tratamiento de la uveítis intermedia, coincidiendo con los resultados de otros autores.^{1,2,4,17-26} Sólo se logró mejoría de la visión en 1 ojo (50 %) de los que se les rea-

lizó trabeculectomía al no haber control de la presión intraocular con drogas antiglaucomatosas y a 4 ojos con cerclaje más vitrectomía no hubo mejoría de la visión pues fueron los 4 casos que presentaron desprendimiento de retina como complicación y a pesar del tratamiento quirúrgico hicieron proliferación vítreo retinal que dio al traste con la cirugía.

Con esto se pone en evidencia que aún no contamos con un esquema de tratamiento efectivo para la totalidad de los pacientes afectados de uveítis intermedia, sin embargo un tratamiento más agresivo como el quirúrgico nos ayudaría a obtener resultados favorables más abarcadores.

El tipo de tratamiento quirúrgico está en dependencia de las complicaciones que llevan a la disminución de la agudeza visual y se considera a la vitrectomía por vía de pars plana la de mejores resultados ya que detiene la evolución del proceso e incluso lo cura.

A pesar de que existieron diferencias entre los porcentajes de los distintos regímenes de tratamiento en relación a la evolución de la agudeza visual, éstas no fueron estadísticamente significativas ($p > 0,05$).

Con respecto a la evolución de la agudeza visual luego del tratamiento según la edad, observamos que la distribución de mejorados fue similar en todos los grupos de edad y el grupo de mayores de 45 años fue el que tuvo la mayor proporción de mejorados (el 75 % de los ojos). Las diferencias entre los porcentajes no fueron estadísticamente significativas

($p > 0,05$) por lo que afirmamos que la evolución de la agudeza visual no dependió de la edad del paciente. Otros autores en sus reportes arribaron a estos mismos resultados.^{14,27,28}

Durante el seguimiento de la frecuencia de recidiva en los ojos mejorados se constató que recidivaron 16 ojos (50,0 %). Con la modalidad terapéutica de esteroides, recidivaron 12 ojos después de reducir la dosis (menor 15 mg/día) por lo que hubo que incrementar la dosis a 40 mg/día y los 4 ojos restantes recidivaron a pesar de la administración de esteroides más inmunosupresores.

En los que se les realizó tratamiento quirúrgico no se constató recidivas.

El porcentaje de pacientes con recidiva es inferior al encontrado por otros autores,^{2,4,8,17} lo cual pudiera deberse a que el seguimiento en esos estudios ha sido más largo en el tiempo que el de nuestro trabajo.

Por lo que concluimos que la uveítis intermedia es más frecuente en la mujer y en edades jóvenes de plena actividad laboral y que requiere tratamiento cuando aparece alguna complicación, destacándose el edema macular cistoide. No se logró una mejoría de la agudeza visual en la totalidad de los casos tratados, pero con una modalidad terapéutica más agresiva que incluya tratamiento quirúrgico, se lograrían mejores resultados, aunque a pesar de que se logró una mejoría de la agudeza visual en la mayoría de los pacientes después del tratamiento de la uveítis, la recidiva es frecuente.

SUMMARY: Forty-one patients with intermediate uveitis are studied to define aspects of anatomical location, clinical picture and complications such as vitrous opacities, cataracts, retinal detachment and others. The predominance of females and relatively young persons

among patients indicates that we must delve into the study and treatment of the complications of this disease.

Subject headings: **UVEITIS, INTERMEDIATE/etiology; UVEITIS INTERMEDIATE/therapy.**

Referencias Bibliográficas

1. Chaques V, Rodríguez B. Tratamiento de la uveítis intermedia. Arch Soc Esp Oftalmol 1988;45:561-5.
2. Mc Cluskey PJ, J, Lightman S Uveítis intermedia y pars Planitis. En: Inflammaciones oculares. Barcelona: Editora Médica, 1995:263-71.
3. Boskovich SA, Lowder CY. Systemic diseases associated with intermediate uveítis. Cleve Clin J Med 1993;60:460-5.
4. Friedman Att, Luntz MH, Henley WL. Síndromes específicos de uveítis. En: Uveítis diagnóstico y tratamiento; Atlas. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1984:53-4.
5. Bloch-Michel E, Nussenblatt R. International uveítis study group recomendations for the evaluation of inflammatory disease. Am J Ophthalmol 1987;13:234-5.
6. Smith RE. Intermediate uveítis: What is the significance of the pars plana exudato in pars planitis a summary. Rev Ophthalmol 1992;23:48-9.
7. Wilson FM. Pars planitis. Am Acad Ophthalmol 1992-1993;7:98.
8. Piñeiro Bustamante A. Patología inflamatoria. En: La retina periférica: prevención del desprendimiento. Barcelona: Scriba, 1983:63-71.
9. Colin AM, Garin MH. Causes of uveítis in the general practice of Ophthalmology, Am J Ophthalmol 1996;121:35-7.
10. Pivnsalo Hictonen T, Vaahtorante Lehtonen H, Tuominen J, Saari KM. Uveítis survey at the University Eye Clinic in Turku. Acta Ophthalmol (Copenh) 1994;72:505-12.
11. Kaplan HJ. Intermediate uveítis (pars planitis, chronic cyclitis) a four slip approach to treatment. En: Saari KM ed. Uveítis update. Amsterdam: Excerpta Medica, 1984:169-72.
12. Lacerda RR, Orefice F. Uveítis Intermedia. En: Orefice F, Selfort Jr. R. Uveítis Intermedia. En: Orefice F, Selfort Jr. R. Uveítis. Sao Paulo: Editorial Roca, 1987:187-92.
13. Bovey E, Gorvers M. Pars plana vitrectomy in uveítis. Klin Monatsbi Augenheilkd 1992;200:464-7.
14. Marquez de Ced: Estudio de la Ciclosporina A en el tratamiento de la uveítis intermedia. Arch Soc Esp Oftalmol 1995;65:225-8.
15. Díaz Llopis M, Marin F, Martínez-Costa R. Ciclosporina A: protocolo oftalmológico. Arch Soc Esp Oftalmol 1988;54:203-8.
16. Pérez-Torregrosa UT, Muñoz G. Uveítis intermedia: estudio de 28 casos. Arch Soc Esp Oftalmol 1995;61:501-12.
17. Kanski JJ. Uveítis específicas idiopáticas frecuentes. En: Oftalmología Clínica. 2ed. Barcelona: Editorial Doyma, 1992:70-3.
18. Vaughan D. Oftalmología general. 8 ed. México: El Manual Moderno, 1987; 134-5.
19. Kanski JJ. Oftalmología clínica. 3 ed. Barcelona: Doyma, 1996;6:150-1.
20. Porubska AM, Cepilova Z. Intermediate uveítis. Cesk Ophthalmol 1992;48:171-5.
21. Carreras B, Jordano J. Corticosteroides En: Inflammaciones oculares. Barcelona: Editora Médica, 1995:61-6.
22. Riordan EP. Orbital floor steroid injections in the treatment of uveítis. Eye 1994;8(t.1):66-9.
23. Rocha FJ, Lacerda R. Antiinflamatorio. En: Terapéutica clínica ocular, Sao Paulo: Editorial Roca, 1996:135-9.
24. Ben Ezra D. Inmunosupresión e inmunomodulación En: Inflammaciones oculares. Barcelona: Editora Médica, 1995:79-86.
25. Helm CJ, Holland GN. The effects of posterior sub-tenon injection of triamcinolone acetonide in patients with intermediate uveítis. Am J Ophthalmol 1995;12:55-64.
26. Neufeld CR, Hirata CE. Inmunossupresores e inmunomoduladores En: Terapéutica clínica ocular. Sao Paulo: Editorial Roca, 1996:143-6.
27. Vitasobrinbo JB, Belfort R. Jr. Tratamiento inespecífico das uveítis. En: Orefice F, Belfort R. Jr. Uveítis. Sao Paulo: Editorial Roca, 1987:381-91.
28. Kim MK, Toledo M. Tracti visual En: Terapéutica clínica ocular. Sao Paulo: Editorial Roca, 1996: 276.
29. Díaz Llopis M, Marin F. Ciclosporina A vía sistémica a bajas dosis en las enfermedades oculares autoinmune refractaria. Arch Soc Esp Oftalmol 1988;54:83-92.
30. Ster ER. Diccionario de especialidades farmacéuticas. 41 ed. México: PLM, 1995:1531-4.

Recibido: 23 de junio de 1999. Aprobado: 12 de julio de 1999.

Dra. *Sandra Borges Pérez*, Hospital Clínicquirúrgico Docente "Hermanos Ameijeiras", Ciudad de La Habana, Cuba.