

Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras". Servicio de Oftalmología

## ***UVEÍTIS INTERMEDIA. EXPERIENCIAS TERAPÉUTICAS***

***Dra. Sandra M. Borges Pérez,<sup>1</sup> Dra. Maricel Moxam Cleghorn,<sup>1</sup> Dra. Katia Áreas Salas<sup>1</sup> y Dra. Edith María Ballate Nodales<sup>2</sup>***

**RESUMEN:** Se realizó un estudio descriptivo prospectivo a 50 ojos (41 pacientes) con el diagnóstico de uveítis intermedia durante un período de 3 años. Esta patología fue más frecuente en la mujer (58 %), en edades jóvenes (25 a 45 años) y en plena actividad laboral. Se presentan complicaciones y dentro de ellas el edema macular cistoide constituye la causa que más afecta la visión. La mejoría de la agudeza visual fue más notable en los pacientes bajo régimen de tratamiento médico acompañado de tratamiento quirúrgico (40 %). El 50 % de los pacientes presentaron recidivas.

DeCS: UVEITIS INTERMEDIA/cirugía; UVEITIS INTERMEDIA/terapia.

La uveítis intermedia, también conocida por otros autores como uveítis periférica, ciclitis crónica o *pars planitis*.<sup>1</sup> Se puede definir como un síndrome de inflamación ocular crónica que comprende la parte posterior 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 esclerosis múltiple, sarcoidosis, tuberculosis, sífilis, enfermedades de Lyme, enfermedades de Crohn o la de Whipple.<sup>2,3</sup> 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.<sup>4</sup>

El término uveítis intermedia fue presentado por el Grupo Internacional de Estudio de Uveítis como parte de una clasificación anatómica.<sup>4</sup> Sin embargo, la *Pars planitis* es un tipo de uveítis intermedia en el cual se produce una acumulación característica de material inflamatorio en la región de la base de vítreo y la *pars plana* que se denomina banco de nieve<sup>5,6</sup> y que pueden presentar complicaciones particulares como retinosquiasis y vascularización del

<sup>1</sup> Especialista de I Grado en Oftalmología.

<sup>2</sup> Especialista de II Grado en Oftalmología.

banco de nieve confiriéndole específicas características clínicas.<sup>2</sup>

En 1984, *Diamondy 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 4 pasos<sup>2</sup> que consiste en:

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

Desde entonces, se han publicado artículos<sup>1,7</sup> 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.<sup>8</sup> No existe aún un acuerdo claro en cuanto a la secuencia de aplicación de los tratamientos, esto nos motivó a elegir diferentes modalidades terapéuticas para evaluar los resultados obtenidos con el fin de establecer algunas pautas en el tratamiento, teniendo 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.<sup>9</sup>

## Métodos

Se realizó un estudio descriptivo en 41 pacientes atendidos en la Consulta de Retina del Hospital Clínicoquirúrgico “Hermanos Ameijeiras” con el diagnóstico de uveítis intermedia durante un período de 3 años. Luego de un interrogatorio minucioso y examen oftalmológico, en cada paciente se tuvo en cuenta la siguiente variable:

*Agudeza Visual:* Fue medida en la primera consulta antes del tratamiento y periódicamente hasta los 3 años, después del tratamiento, teniendo en cuenta la última se determinó la evolución que se clasificó de la siguiente manera:

Mejorado: La agudeza visual final fue superior a la agudeza visual constatada al debut de la enfermedad.

Igual: La agudeza visual final sin cambio con respecto a la del debut de la enfermedad.

Peor: La agudeza visual final fue inferior a la constatada al debut de la enfermedad.

A todos los casos con agudeza visual menor de 0,6 se le realizó angiografía fluoresceínica para confirmar el diagnóstico del edema macular quístico como causa de la disminución de la visión y se les aplicó el siguiente esquema de tratamiento:

- Esteroides periorculares o sistémicos.
- Corticoides *depot* subtenoniano: Celestone Cronodose (3 mg de Betametasona) cada 2-4-6 semanas según la severidad del cuadro inflamatorio, o Acetato de Metil Prednisolona (40 mg mensual)
- Corticoides sistémico: Prednisona 1-2 mg/Kg/ día la primera semana, luego disminución de 10 mg/semanal.

Se vigiló la aparición de efectos secundarios del tratamiento, mediante tensión arterial, peso y glicemia.

A los que no se le constató mejoría clínica se les agregó inmunosupresores: Imuran (Azatioprina): dosis 3-5 mg/Kg/día, o Metotrexate (tab. 2,5 mg): dosis 2,5 mg-10 mg/día, o Ciclosporina A: dosis oral inicial: 5 mg/Kg/día en 2 dosis. Dosis de mantenimiento: 1-2 mg/Kg/día.

Durante la administración de los inmunosupresores, con el objetivo de detectar efectos colaterales se realizó:

- Control hepático.
- Control renal.
- Dosificación de Ciclosporina A en sangre.

**TABLA 1. Distribución de pacientes según edad y sexo**

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

La suspensión de las drogas se realizó de forma gradual para evitar recidiva de la inflamación (efecto de rebote), unido a la evaluación clínica del estado ocular evolutivo.

Si a pesar del tratamiento médico no mejoró la agudeza visual se identificaron las complicaciones que producen disminución de la visión para tratamiento quirúrgico (vitrectomía por *pars* plana, extracción extracapsular del cristalino, trabeculectomía y cerclaje) según se requirió.

El tratamiento tuvo la siguiente secuencia, en dependencia de la evolución del paciente con la terapéutica empleada.

- I. Esteroides.
- II. Esteroides + inmunosupresores.
- III. Esteroides + inmunosupresores + tratamiento quirúrgico.

Se tuvieron en cuenta las distintas complicaciones que aparecieron y la presencia o no de recidivas, considerándose que el paciente recidivó cuando en el período que se analiza presentó más de una vez síntomas y signos de agudización.

## **Resultados**

Se realizó un estudio en 41 pacientes con diagnóstico de uveítis intermedia, de

ellos 9 fueron bilaterales y se observó en pacientes jóvenes.

En la tabla 1, se refiere 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, los más frecuentes fueron de 26 a 45 años con 43 ojos para el 86,0 %.

En la tabla 2 vemos las complicaciones que se presentaron, es importante señalar que en todos los pacientes se presentaron una o varias complicaciones evaluándose en cada momento la agudeza visual para acometer el tratamiento; el edema macular quístico fue la más frecuente con 50 ojos para el 100 %. Las opacidades vítreas las encontramos en el 34 % de las muestras.

**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 secundaria a inflamación ocular	2	4,0
Desprendimiento de retina	4	8,0
Hemovítreo	4	8,0

\* Los porcentajes fueron calculados con relación al total de ojos.

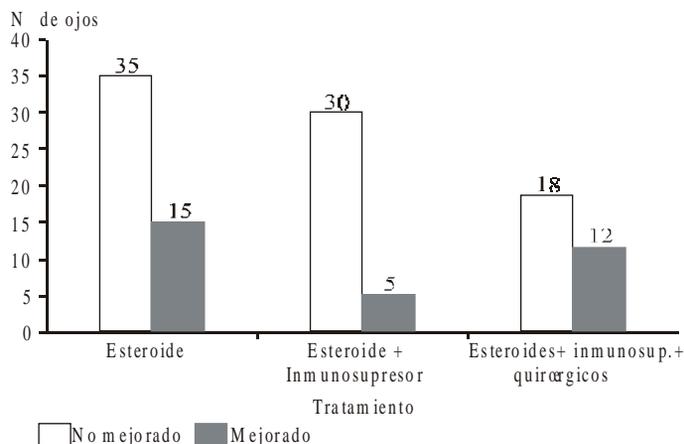


FIG. 1. Evolución de la agudeza visual según tratamiento utilizado.

La catarata complicada se presentó en el 22 % de los casos. El desprendimiento de retina se presentó en 4 ojos de los cuales 2 fue regmatógeno asociado a desprendimiento posterior del vítreo, los otros fueron traccionales. Se presentaron hemorragias vítreas en 2 ojos, el 4 % de los casos presentaron glaucoma secundario a inflamación ocular.

Se pudo evaluar la evolución de la agudeza visual según el tratamiento utilizado, la figura 1 muestra estos resultados, quedaron agrupados los casos según los 3 tipos de tratamiento teniendo la siguiente secuencia:

- I. Esteroides.
- II. Esteroides + inmunosupresores.
- III. Esteroides + inmunosupresores + tratamiento quirúrgico.

Donde mejoró o se mantuvo igual la agudeza visual y ninguno empeoró después del tratamiento, más de la mitad de los ojos tratados mejoraron la agudeza visual: 32 del total para el 64 %; alcanzándose el mayor porcentaje de mejoría con el tratamiento de esteroide más inmunosupresores más tra-

tamiento quirúrgico con el 40 %, debemos decir que el 40 % (20 ojos) mejoraron su agudeza visual sin requerir tratamiento quirúrgico; de los pacientes operados a 11 se les realizó extracción extracapsular del cristalino, mejorando la visión en 4 pacientes (36,3 %) y los 7 restantes no mejoraron la agudeza visual por presentar edema macular cistoide que no mejoró con tratamiento médico. Se le realizó vitrectomía a 13 ojos, mejoraron 7 y los 6 restantes no mejoraron.

Respecto a la evolución de la agudeza visual después del tratamiento según los grupos de edades, el grupo de mayores de 45 fue el que tuvo la mayor proporción de mejorados (75 % de los ojos) (fig. 2).

Durante el seguimiento de la frecuencia de recidiva en los ojos mejorados (tabla 3), se constató que recidivaron 16 ojos (50 %).

TABLA 3. Frecuencia de recidivas en los ojos mejorados

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

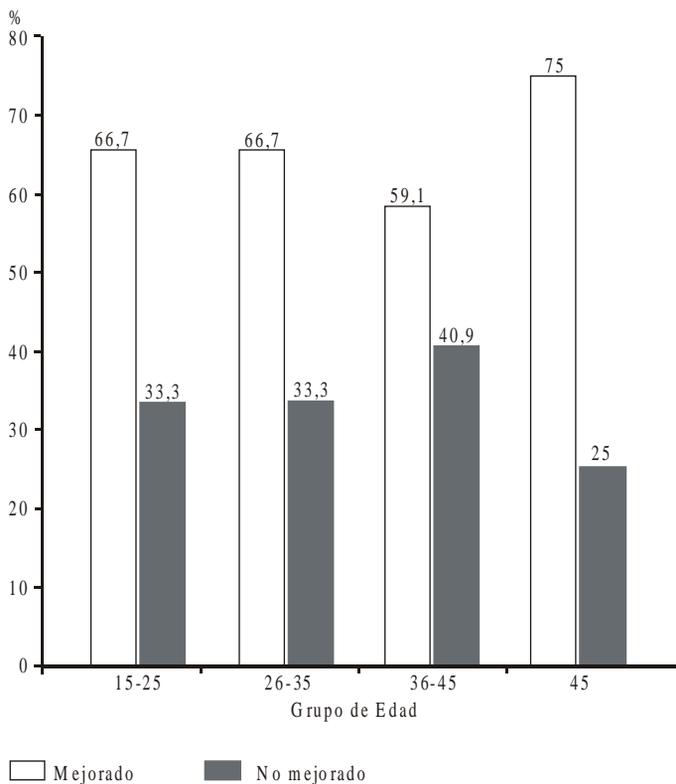


FIG. 2. Evolución de la agudeza visual según la edad.

## Discusión

Nuestro estudio se realizó en 41 pacientes con uveítis intermedia, 9 de ellos bilaterales y más de la mitad de los casos se encuentran en las edades entre 26 y 45 años, personas jóvenes en plena actividad laboral coincidiendo esto con varios autores.<sup>10,11</sup>

Referente a las complicaciones presentadas, el edema macular quístico fue la más frecuente tomándose esta como criterio para iniciar tratamiento esteroideo si la agudeza visual fue menor de 0,6, por lo que coincidió con otros autores, quienes plantean que este aparece en un elevado porcentaje de pacientes.<sup>2,4-6,11,12</sup> Encontramos las opacidades vítreas como segunda com-

plicación lo que no coincide con los trabajos revisados, sin embargo, hay autores que consideran la catarata como segunda complicación producida por la uveítis crónica y por la administración prolongada de corticoides. De los desprendimientos de retina 2 fueron asociados a desprendimientos vítreos posteriores, los desgarros retinianos guardan estrecha relación con los bancos de nieve y son difíciles de visualizar, los otros 2 fueron traccionales consecuencia de las alteraciones vítreas. Los hemovítreos fueron causados por un desprendimiento vítreo posterior que produjo un desgarro en vasos periféricos retinianos; por lo general, la hemorragia vítrea se reabsorbió rápido sin dejar secuela en nuestra muestra, 2 ojos presentaron tracción

vítrea retiniana que llevó al desprendimiento de retina traccional. El glaucoma fue secundario a la inflamación ocular.

Diversos autores<sup>8,9</sup> 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 se asienta el porvenir del tratamiento de la uveítis intermedia, coincidiendo con los resultados de otros autores.<sup>1,2,4,11,13</sup> Solo se logró mejoría de la visión en un ojo (50 %) de los que se realizó 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 tratamien-

to 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.

A pesar de que existieron diferencias entre los porcentajes de los distintos regímenes de tratamiento en relación a la evolución de la agudeza visual, estos no fueron estadísticamente significativos.

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 *pars plana* la de mejores resultados, ya que detiene la evolución del proceso, incluso lo cura.

Con respecto a la evolución de la agudeza visual luego del tratamiento según la edad, 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 (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.<sup>9,14,15</sup>

**SUMMARY:** A descriptive and prospective study of 50 eyes (41 patients) with the diagnosis of intermediate uveitis was conducted during 3 years. This pathology was more frequent in women (58 %), in young patients (25-45 years old) and among workers. Among the complications, the cystoid macular edema was the main cause of vision affections. The improvement of visual acuity was more remarkable in patients under medical and surgical treatment (40 %). 50 % of the patients had relapses.

Subject headings: UVEITIS, INTERMEDIATE/surgery; 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 PJJ, Lightman S. Uveítis intermedia y pars Planitis. En: Inflamaciones

oculares. Barcelona: Editora Medica, 1995:263-71.

3. Boskovich SA, Lowder CY. Systemic diseases associated with intermediate Uveítis. Cleve. Clin J Med 1993;60:460-5.
4. Fiedman ATT, Luntz MII, Iienley WL. Síndromes específicos de uveítis. En: Uveítis

- diagnóstico y tratamiento; atlas. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1984:53-4.
5. Wilson FM. Pars planitis. *Am Acad Ophthalmol* 1992-1993;7:98.
  6. Piñeiro Bustamante A. Patología inflamatoria. En: *La retina periférica: prevención del desprendimiento*. Barcelona: Scriba, 1983:63-71.
  7. Kaplam HJ. Intermediate uveitis (pars planitis, chronic cyclitis) a four slip approach to treatment. En: Saari KM, ed. *Uveitis update*. Amsterdam:Excerpta Medica, 1984:169-72.
  8. Bovey E, Gorvers M. Pars plana vitrectomy in uveitis. *Klin Monatsbi Augenheilkd* 1992;200:464-7.
  9. Marquez de Ced. Estudio de la ciclosporina A en el tratamiento de la uveítis intermedia. *Arch Soc Esp Ophthalmol* 1995;65:225-8.
  10. Pérez-Torregrosa UT, Muñoz G. Uveitis intermedia: estudio de 28 casos. *Arch Soc Esp Ophthalmol*1995;61:501-12.
  11. Kanski JJ. Uveítis específicas idiopáticas frecuentes. En: *Oftalmología clínica*. 2 ed. Barcelona: Editorial Doyma, 1992:70-3.
  12. Vaughan D. *Oftalmología general*. 8 ed. México, DF: El Manual Moderno, 1987:134-5.
  13. Neufeld CR, Hirata CE. Inmossupresores e inmunomoduladores. En: *Terapéutica clínica ocular*. Sao Paulo:Editorial Roca, 1996: 143-6.
  14. Vitasobrinbo JB, Belfort R Jr. Tratamiento inespecífico das uveítis. En: Orefice F, Belfort R Jr. *Uveítis*. Sao Paulo. Editorial Roca, 1987:381-91.
  15. Kim MK, Toledo M. Tracti visual. En: *Terapéutica clínica ocular*. Sao Paulo: Editorial Roca, 1996:276.

Recibido: 22 de junio de 2001. Aprobado: 5 de octubre de 2001.

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