

INFORME 20

Uveítis

Aproximación diagnóstica y tratamiento de la uveítis

Médico Veterinario Gustavo Zapata
zapatagu@fcv.unlp.edu.ar

Anatomía y fisiología de la úvea.

La capa media del ojo que contacta con la esclera por fuera y la retina hacia dentro es la úvea, tracto uveal o capa vascular. Está formada por el iris, cuerpos ciliares y la coroides. La función de ésta es la nutrición de los diferentes tejidos oculares, control de la cantidad de luz ingresante al segmento posterior, lo cual se realiza por los movimientos del iris que regulan el tamaño de la pupila, e interviene en el mantenimiento de la presión intraocular por la producción a partir de los cuerpos ciliares del humor acuoso.

Uveítis.

Definición: Es la inflamación de la túnica uveal. Esta enfermedad es de diagnóstico frecuente en oftalmología veterinaria.

El diagnóstico temprano y la inmediata instauración de un protocolo terapéutico son esenciales para evitar complicaciones irreversibles.

Clasificación:

Anatómica.

Uveítis anterior: Iritis, Iridociclitis, Ciclitis.

Uveítis intermedia: Ciclitis posterior, Hyalitis.

Uveítis posterior: Coroiditis, Corioretinitis.

Panuveítis: Todas las estructuras de la úvea afectadas.

Anatomopatológica.

Uveítis granulomatosa.

Uveítis no granulomatosa.

Etiología.

Uveítis exógena.

Uveítis endógena.

Inmunológica

Uveítis heteroinmune: Antígenos bacterianos, víricos, parasitarios o micóticos.

Uveítis autoinmune: Sensibilización autógena.

Uveítis asociada a desequilibrios inmunitarios.

Etiología:

Las causas de uveítis son diversas y en un gran porcentaje de casos clínicos no es posible determinarla.

A continuación se procede a numerarlas:

- *Traumatismos oculares*
- *Infecciones víricas sistémicas*

P.I.F

Fel. V

Moquillo canino

Herpes virus canino

Hepatitis vírica canina

- *Infecciones sistémicas bacterianas*

Tuberculosis

Leptospirosis

Brucelosis

- *Enfermedades parasitarias sistémicas*

- Protozoos

Leishmaniosis

Toxoplasmosis

Babesiosis

- Rickettsias

Rickettsia

Ehrlichia canis

- Helmintiosis

Dirofilariosis

Angiostrongilosis

Toxocaros

- *Micosis*

Cryptococcus

Blastomyces

Histoplasmas

Aspergilosis

Candidiasis

- *Enfermedades metabólicas*

Lipodisproteinemias

Diabetes

- *Neoplasias*

- *Enfermedades autoinmunes*

Uveítis facoalérgicas

Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada

LABORATORIO LOVE SUDAMERICANA

Adm.: Monte 6043/45 – (1440) Buenos Aires – República Argentina
Tel.: (54 11) 4687-0885 – 4686-4041/4593 – e-mail: lablove@ciudad.com.ar

Síndrome de Cheik-Higashi.

Signos Clínicos: agudos.

Blefarospasmo, fotofobia, epífora, enoftalmo y protrición de la membrana nictitante son los signos que se observan cuando hay dolor ocular.

Ojo rojo se debe congestión de vasos esclerales.

Pérdida en la transparencia de la córnea a causa del grado variable de edema y vascularización profunda.

Miosis es la consecuencia de la contracción del músculo constrictor del iris a causa del dolor ocular y el aumento de prostaglandinas por el proceso inflamatorio.

Turbidez del Humor Acuoso (ver tipo de exudados)

Exudados en cámara anterior:

- Tindall + (depende del contenido de proteínas y células en el humor acuoso)
- Precipitados queráticos (células inflamatorias adheridas al endotelio de la córnea)
- Hipopión (presencia de pus en la cámara anterior)
- Hipema (presencia de sangre en la cámara anterior)

Los cambios en el iris pueden observarse con alteración en el color, granulomas y engrosamiento.

Disminución de la presión intraocular se debe a una baja en la producción de Humor acuoso a partir de los cuerpos ciliares y un aumento de drenaje por la abertura del ángulo iridocorneal por la miosis.

Turbidez del vítreo es causa de exudados a partir del cuadro de coriorretinitis.

Cambios en el fondo de ojo como alteración en el reflejo fúndico, exudados subretinianos generalizados o localizados.

Signos clínicos: crónicos

Córnea:

- Pérdida de transparencia por alteraciones en las células del endotelio.
- Edema corneal.

Iris:

- Sinéquias (adherencias del iris al cristalino o a la córnea)
- Atrofia del estroma.
- Atrofia de la base.
- Modificaciones en el color.

Cristalino:

- Depósitos de pigmentos.

- Catarata capsular anterior.
- Catarata cortical.
- Luxación o subluxación.

Retina:

- Desprendimientos.
- Alteraciones en función visual.

Globo ocular:

- Glaucoma secundario a uveítis.
- Atrofia (Ptisis bulbi).

Examen Clínico

Una anamnesis y reseña detallada debería ser realizada para obtener información acerca de la historia del paciente (edad, raza, vacunas, habitud, trauma, viajes)

Luego de realizar un examen ocular completo, de ambos ojos, debería asociar un examen clínico general, para poder determinar algún tipo de enfermedad en otra parte del organismo que inflame la úvea.

Métodos complementarios

Imágenes: las radiografías de cráneo están indicadas cuando la causa del cuadro inflamatorio es un trauma cefálico. La ultrasonografía es importante para obtener imágenes de las diferentes estructuras oculares cuando algún medio transparente pierde esta propiedad.

Laboratorio: la realización de un hemograma y pruebas bioquímicas y serológicas podrían aportar datos para arribar al diagnóstico.

Diagnóstico diferencial

Se debe realizar con las enfermedades que producen ojo rojo (conjuntivitis, queratitis y glaucoma)

Tratamiento

Pretende reducir cuanto antes la inflamación, disminuir el dolor, si es posible identificar la causa y tratarla.

La terapia a utilizar contará con:

Antinflamatorios

Corticoides: (no aplicar en caso de queratitis ulcerativa)

Tópicos: prednisolona o dexamentaso tiene una buena penetrabilidad ocular.

Subconjuntival: Triamcinolona o Metilprednisolona acetato (0,2 ml) provee una actividad antiinflamatorio por 15 días.

Sistémico: Prednisolona o Prednisona pueden ser usados (1 –2 mg / Kg/ 12 hs. oral). Cuando la inflamación esta bajo control, la dosis es reducida gradualmente.

AINES

Tópicos: Flurbiprofeno 0,03 % o Suprofen 1% o Diclofenac 0,1% cada 6 horas.
Sistémico como Carprofren 2 mg/kg/12hs.

Inmunosupresores

Sistémico: Azatioprina (2,2 mg/kg), o Cyclosporina (10-5 mg/kg) pueden ser usados en casos de no respuesta de la uveítis a protocolos de antiinflamatorios.

Tópico: Ciclosporina A.

Cicloplejicos y midriáticos

Tópico: Atropina 1 % 4 veces al día.

Terapia específica:

Médica: si la causa es encontrada, la medicación específica es aplicada (antibiótico, antifúngico, antiparasitario) asociada a antiinflamatorios.

Quirúrgica: debería realizarse para eliminar focos infecciosos como por ejemplo limpieza de boca, piómetra, otra.

Estrategia a seguir

1. Arribar al diagnóstico de uveítis.
2. Control inmediato de la inflamación. Comenzando con un protocolo tópico de Atropina y antiinflamatorio combinado con corticoides o AINES sistémicos.
3. Poder determinar la causa (anamnesis, examen oftalmológico, clínico y métodos complementarios)
4. Tratamiento específico si la causa pudo ser determinada.

La uveítis en nuestra clínica, nos provoca grandes cantidades de dudas; y son un reto diagnóstico no siempre resuelto.

El abordaje terapéutico se debe superponer al diagnóstico para tener alguna posibilidad de éxito.

Este trabajo es la base de un abordaje mucho más extenso que le haremos llegar en su oportunidad.