

Escleritis asociada a enfermedades sistémicas

Scleritis associated with systemic diseases

FERNÁNDEZ-BACA G¹, LOSADA CASTILLO MJ², PEREZ BARRETO L¹,
MARTIN BARRERA F²

RESUMEN

Objetivo/Método: Evaluar la relación entre el estado general del paciente y su relación con enfermedades oculares como la escleritis. Destacar la importancia del estudio sistémico en búsqueda de patología asociada con el fin de lograr un tratamiento eficaz.

Discusión: La escleritis es una enfermedad inflamatoria de la esclera que se puede asociar a graves complicaciones oculares. El 40 al 50% de los pacientes con escleritis podrían tener patología infecciosa o reumática asociada. Resulta muy importante realizar un estudio sistémico en todos los pacientes con escleritis e instaurar tratamiento general específico cuando estuviese indicado, con el fin de evitar complicaciones irreversibles para la funcionalidad ocular.

Palabras clave: escleritis, enfermedades sistémicas, tuberculosis.

ABSTRACT

Objective/Method: We evaluate the relationship between the general condition of the patient and its association with ocular diseases like scleritis. We also emphasize the importance of a systemic screening when searching for associated pathologies in order to obtain an effective treatment.

Discussion: Scleritis is an inflammatory disease of the sclera that can be associated to serious ocular complications. 40 to 50% of patients with scleritis could develop associate infectious or rheumatic pathologies. A systemic screening of patients with scleritis is very important. Specific general treatment has to be employed when necessary so as to avoid irreversible complications of the ocular functions.

Key words: scleritis, systemic disease, tuberculosis.

Servicio de Oftalmología, Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Tenerife. España.

1 Licenciado en Medicina. MIR.

2 Doctor en Medicina. Médico Adjunto.

3 Licenciado en Medicina y Cirugía. Médico Adjunto.

Correspondencia:

Dra Losada

C\ Heliodoro Rguez López, 5, 8º B

38005 Santa Cruz Tenerife.

INTRODUCCIÓN

La esclera es un tejido opaco, formado principalmente por fibrillas de colágeno, entrelazadas de manera muy precisa, confiriendo por tanto al tejido una gran estabilidad y rigidez. Se caracteriza por estar pobremente vascularizado, sin embargo al encontrarse entre dos capas de rica vascularización, como son la episclera y la coroides, sus necesidades metabólicas se satisfacen adecuadamente mediante difusión.

La escleritis se define como un proceso inflamatorio que afecta a la esclera, se caracteriza por ser generalmente crónico, doloroso, destructivo y causante potencial de ceguera. Está frecuentemente asociado a enfermedades sistémicas, requiriendo por ello tratamiento general para controlar la inflamación subyacente. No obstante, formas leves de escleritis, deben ser diferenciadas de las episcleritis.

Esta patología, en un 85-90% envuelve a la esclera anterior, sin embargo, también puede afectar a la esclera posterior, de manera aislada o en conjunción con una escleritis anterior.

La escleritis anterior se subclasifica en difusa, nodular, perforante con inflamación y perforante sin inflamación (escleromalacia perforante). Esta patología se puede presentar en cualquier grupo etario, sin embargo es frecuentemente diagnosticada entre los 30 y los 60 años. Asimismo, existe una leve predilección por el sexo femenino.

Tabla I. Enfermedades sistémicas asociadas con escleritis

| | |
|--|---------------------------------|
| Enfermedades del tejido conectivo | Vasculitis sistémicas |
| Artritis reumatoide | Granulomatosis de Wegener |
| Artropatías seronegativas | Poliarteritis nodosa |
| Artritis crónica juvenil | Arteritis de células gigantes |
| Síndrome de Reiter | Síndrome de Behçet |
| Gota Enfermedad de | Takayasu |
| Sarcoidosis | |
| Lupus eritematoso sistémico | Enfermedades infecciosas |
| Polimiositis | Sífilis |
| Enfermedades neurocutáneas | Tuberculosis |
| Rosacea | Enfermedad de Lyme |
| Porfiria | Varicela zoster |
| Enteropatías | Enfermedades renales |
| Enfermedad de Crohn | Nefropatía Ig A |
| Colitis Ulcerosa | Otras glomerulonefritis |

Al contrario que en las episcleritis, existe una común asociación con enfermedades sistémicas, siendo la más frecuente la artritis reumatoide, con un 33% de pacientes afectos (1).

La patogenia de la escleritis viene caracterizada por una vasculitis mediada inmunológicamente, en la que las células inflamatorias son activadas por inmunocomplejos depositados o por antígenos locales aún desconocidos. Por ejemplo, en la escleritis necrotizante, existe una evidencia consistente que indica que el depósito de inmunocomplejos en la pared vascular, da lugar a una necrosis fibrinoide de la misma, oclusión trombótica de los vasos junto con una respuesta inflamatoria crónica en el tejido escleral (2,3).

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso clínico de un paciente varón de 40 años de edad, que acude a nuestro servicio por ojo rojo y dolor intenso en su OI.

Tabla II. Formas clínicas de escleritis

- 1. Escleritis difusa anterior:**
 - Forma más frecuente: 25-50%.
 - Se presenta a edades más jóvenes que los otros tipos.
 - Equivalente predilección por ambos sexos.
- 2. Escleritis nodular anterior:**
 - Segunda forma más frecuente.
 - Múltiples crisis en el 50% de los pacientes aproximadamente.
 - Nódulos esclerales posteriores al limbo con áreas de firme edema y dilatación de los vasos episclerales profundos.
- 3. Escleritis anterior necrotizante con inflamación:**
 - Forma menos frecuente, pero las más agresiva.
 - Afecta de manera preponderante a mujeres.
 - Alta asociación a enfermedades del tejido conectivo.
- 4. Escleritis anterior necrotizante sin inflamación:**
 - Rara forma que suele afectar a pacientes de edad avanzada con artritis reumatoide severa.
 - Generalmente bilateral.
 - Completa ausencia de síntomas.
 - Se objetiva atrofia episcleral junto con áreas de tejido escleral infartado de color blancoamarillento.
- 5. Escleritis posterior:**
 - Aislada ó asociada a escleritis anterior
 - Afectación bilateral en el 33% de los pacientes.
 - Da lugar a síntomas como dolor importante, pérdida de agudeza visual por compresión del nervio óptico ó retiniana así como diplopia y dolor a la movilización ocular.
 - Signos funduscópicos: desprendimiento de retina exudativo, pliegues retinianos ó coroides, vasculitis retiniana, uveítis y elevaciones de la presión intraocular

Entre los antecedentes personales no existen datos de interés más que presenta desde meses atrás ojo izquierdo rojo y dolor moderado de forma repetitiva, lo cual se trata con múltiples colirios sin éxito.

A la exploración presenta una agudeza visual de 0,8 sin corrección en ambos ojos, en la biomicroscopia del segmento anterior, se evidencia el ojo derecho normal y en el ojo izquierdo una gran hiperemia con importante ingurgitación de los vasos episclerales profundos (fig. 1).

La tonometría fue de 13 mmHg en OD y 19 en OI. La exploración fundoscópica resultó dentro de límites normales.

Se diagnostica al paciente de escleritis difusa anterior, se solicita interconsulta a medicina interna y se pauta tratamiento con diclofenaco tópico, ciclopentolato, AINES por vía oral, corticosteroides vía oral y omeprazol 40 mg.

El paciente acude a las dos semanas a control oftalmológico en consulta externa, presentando una mejoría objetiva. El servicio de medicina interna realiza una batería de pruebas para descartar enfermedad asociada, siendo la prueba de Mantoux altamente positiva, por lo que se repite la placa de tórax y se hace análisis de esputo en busca de bacilos. En espera de un diagnóstico de certeza, se despide al paciente sin efectuar cambio alguno en su tratamiento.

A los diez días, se efectúa una nueva revisión, en la cual se evidencia un empeoramiento importante de su clínica. El servicio de medicina interna nos informa que la radiografía posteroanterior y lateral de tórax son normales y el cultivo del esputo resulta no concluyente por muestra inadecuada. Ante la situación del paciente y en base al Mantoux tan positivo, se decide añadir tratamiento profiláctico empírico con isoniazida durante 6 meses.

Al cabo de varias semanas acude nuevamente el paciente, objetivándose una mejoría evidente, la cual se mantiene en el tiempo, por lo que al finalizar el tratamiento con isoniazida se procede al alta del paciente con una exploración oftalmológica normal y sin presencia de recurrencias en los últimos 6 meses (fig. 2).

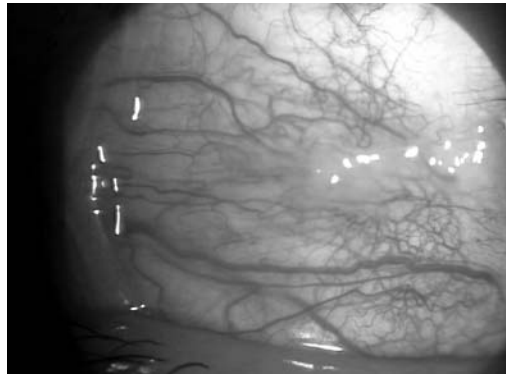


Fig. 1: Gran hiperemia con ingurgitación de los vasos profundos la cual permanece tras instilación de fenilefrina.

DISCUSIÓN

Diversos estudios previos sobre series de pacientes con escleritis, afirman que el 40-50% de estos pacientes presentarán una enfermedad sistémica infecciosa o reumatólogica asociada (aproximadamente el 5-10% tendrán una enfermedad infecciosa y el 30-40% será reumática).

A menudo el diagnóstico de una enfermedad sistémica asociada a escleritis, dicta el tratamiento de la misma. Así pues, una escleritis infecciosa, requeriría terapia con agentes antibióticos ó antivirales; sin embargo una escleritis asociada a una vasculitis sistémica se trataría con fármacos inmunosupresores, para intentar solucionarla.

Por tanto el diagnóstico de patología sistémica asociada, se convierte en un aspecto crucial en el manejo de un paciente con escleritis. Aunque algunas series documentan la presencia de una enfermedad sistémica, ninguna evalúa la aparición de las patologías sistémica y ocular ni documentan los resultados de la evaluación diagnóstica inicial de estos pacientes (4-10).

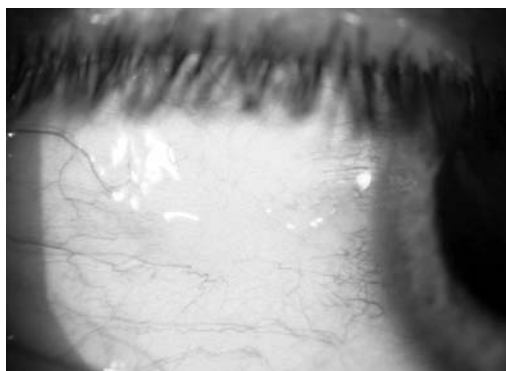


Fig. 2: Aspecto clínico del paciente tras estar seis meses con isoniazida oral.

En un estudio reciente se estudian 243 pacientes con escleritis, presenta un amplio rango erario (5 a 93 años, con una media de 52 años); afirmando que la enfermedad infecciosa más comúnmente asociada fue el herpes zoster oftálmico y la afectación reumática más frecuente fue la artritis reumatoide. La vasculitis sistémica fue la segunda patología sistémica asociada a escleritis, diagnosticándose todos los tipos de vasculitis en los pacientes evaluados. La media de seguimiento fue 1,7 años con un rango de 0 a 16,6 años (11).

Asimismo se apreciaron diversos aspectos clínicos que conferían mayor riesgo de padecer una enfermedad sistémica asociada a la patología ocular; de modo que los varones eran más susceptibles que las mujeres de padecer una enfermedad infecciosa (OR=0,34; p=0,035), mientras que las mujeres presentan mayor predisposición a enfermedades reumáticas (OR=1,98, p=0,027). El único tipo de escleritis claramente asociada a patología sistémica fue la escleritis nodular anterior (OR=3,08; p=0,037). La queratitis intersticial se objetivó principalmente en pacientes con una enfermedad infecciosa (OR=4,80; p=0,004), así como la uveítis (OR=3,75; p=0,010). La escleritis bilateral se asoció fundamentalmente con enfermedades reumatológicas (OR=1,78; p=0,032) (11).

Ante aquellos pacientes, en que una enfermedad sistémica se presenta durante el seguimiento de su proceso escleral, no siempre está claro que dicha alteración esté relacionada con la escleritis. Por ejemplo, una infección que no está presente en el momento del diagnóstico de la escleritis, pero que sin embargo aparece posteriormente podría sin duda no estar relacionada con la patología ocular que nos ocupa (11).

En el caso que se presenta, tras multitud de pruebas, tan sólo se objetiva positividad para la prueba de mantoux, con lo cual, carecemos de un diagnóstico de certeza de enfermedad tuberculosa. No obstante, tras informar del hallazgo y pautar tratamiento empírico con isoniazida por el empeoramiento del paciente, se produce una espectacular mejoría del cuadro clínico junto con una ausencia com-

pleta de recurrencias tras unos 6 meses de seguimiento.

En conclusión, se puede afirmar que al existir una alta probabilidad de asociación de ciertos tipos de enfermedades con una escleritis; algunas de ellas representan una importante amenaza vital; es imprescindible la realización de un despistaje sistémico de las mismas ante un cuadro de escleritis.

En algunos casos en que exista positividad de pruebas diagnósticas para una determinada patología, pensamos que es adecuado instaurar tratamientos empíricos para las mismas a pesar que no exista evidencia clínica o un diagnóstico de certeza, ya que es fundamental un control adecuado del cuadro escleral por el riesgo ocular que conllevan y las graves complicaciones de algunos subtipos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Benson WE. Posterior scleritis. *Survey Ophthalmol* 1988 Mar-Apr; 32(5): 297-316.
2. Meyer PA, Watson PG, Franks W, Dubard P. Pulse immunosuppressive therapy in the treatment of immunologically induced corneal and scleral disease. *Eye* 1987; 1(pt 4): 487-95.
3. Watson PG. The nature and treatment of scleral inflammation. *Trans Ophthalmol Soc UK* 1982; 99: 257 (Doyne Memorial Lecture).
4. Jabs DA et al. Episcleritis and scleritis: clinical features and treatment results. *Am J Ophthalmol* 2000; 10: 469-76.
5. Watson PG, Hayreh SS. Scleritis and episcleritis. *Br J Ophthalmol* 1976; 60: 163-91.
6. Mc Gavin DD, Williamson J et al. Episcleritis and scleritis: a study of their clinical manifestation and association with rheumatoid arthritis. *Br J Ophthalmol* 1976; 60: 192-226.
7. Sainz de la Maza M et al. Severity of scleritis and episcleritis. *Ophthalmology* 1994; 101: 389-96.
8. Tuft SJ, Watson PG, et al. Progression of scleral disease. *Ophthalmology* 1991; 98: 467-71.
9. Mc Clusky PJ, et al. Posterior scleritis: clinical features, systemic associations, and outcome in a large series of patients. *Ophthalmology* 1999; 106: 2380-6.
10. Sainz de la Maza M, Foster CS, et al. Scleritis associated with systemic vasculitis diseases. *Ophthalmology* 1995; 102: 687-92.
11. Karamursel E, Thorne J, et al. Evaluation of patients with scleritis for systemic disease. *Ophthalmology* 2004; 111: 501-5.