

## Uveítis recidivante a causa de espondilitis anquilosante. Presentación de un caso

### Recurrent uveitis due to ankylosing spondylitis. Presentation of a case

David Felipe Suárez Suárez

División ciencias de la salud. Universidad Santo Tomas. Floridablanca Santander. Colombia.  
dafesu6@hotmail.com

Caso clínico

Recibido: 18-08-2018

Aceptado: 16-01-2019

#### Resumen

Las uveítis son reacciones inflamatorias relativamente raras de causas variables y causantes de disminución de la agudeza visual, son frecuentemente relacionadas con enfermedades sistémicas. La sintomatología de un paciente con inflamación uveal está claramente identificada y clínicamente se puede identificar porque el paciente tiene signos como precipitados queráticos, celularidad y/o proteínas en cámara anterior, hipopion, miosis y mala dilatación pupilar a causa de sinequias anteriores y/o posteriores, membrana de fibrina en área pupilar, nódulos en el iris y reducción de la agudeza visual. Este tipo de inflamación ocular está relacionada con espondilitis anquilosante que es una enfermedad reumática crónica progresiva, que afecta primariamente el esqueleto axial. La prevalencia de esta patología oscila entre el 0,1 y el 1,4 % dependiendo directamente de la frecuencia del antígeno leucocitario humano (HLA). La espondilitis anquilosante es más frecuente en varones que, en mujeres, con una proporción estimada de 2-3. Se presenta un caso de uveítis recidivante debida a espondilitis anquilosante de una paciente de 32 años que asiste a consulta optométrica sin diagnóstico previo. En la valoración inicial, se presenta con un cuadro clínico de dolor ocular, ojo rojo y disminución de la agudeza visual, por tercera vez en menos de 10 meses, la paciente fue diagnosticada con uveítis anterior y remitida a oftalmología y reumatología para descartar enfermedad sistémica inflamatoria.

**Palabras clave:** espondiloartritis, espondiloartropatía, espondilitis anquilosante, uveítis anterior recidivante, uveítis.

#### Abstract

Uveitis is relatively rare uveal tract inflammations of variable causes and causes decreased visual acuity that are often related to systemic diseases. The symptomatology of a patient with uveal inflammation is clearly identified. Clinically it can be identified because the patient has signs such as keratic precipitates, cellularity and/or proteins in the anterior chamber, hypopion, myosis and poor pupil dilation due to previous and/or subsequent synechia, fibrin membrane in pupil area, nodules in the iris and reduction of visual acuity. This type of eye inflammation is related to ankylosing spondylitis which is a chronic rheumatic disease, primarily affecting the axial skeleton. The prevalence of this disease ranges from 0.1 to 1.4 % depending directly on the frequency of the human leukocyte antigen (HLA). Ankylosing

spondylitis is more common in men than in women, with an estimated ratio of 2-3. There is a case of relapsed uveitis due to ankylosing spondylitis in a 32-year-old female patient attending optometric consultation without prior diagnosis. In the initial assessment, it is presented with a clinical picture of eye pain, red eye and decreased visual acuity, for the third time in less than 10 months, the patient was diagnosed with previous uveitis and referred to ophthalmology and rheumatology to rule out inflammatory systemic disease.

**Keyword** Spondylarthritis, Spondylarthropathies, Spondylitis, Ankylosing, recurrent uveitis, uveitis.

## Introducción

Las uveítis son inflamaciones del tracto uveal relativamente raras de causas variables y son una amenaza potencial para la agudeza visual, representan el 10 % de causa de ceguera legal en los países industrializados<sup>1-3</sup>. La uveítis puede ser el signo de una enfermedad sistémica y puede ser clasificada en anterior, intermedia y posterior, siendo la uveítis anterior la forma más frecuente y presenta los siguientes (1) signos: precipitados queráticos, celularidad en cámara anterior (Tyndall), hipopion, sinequias anteriores o posteriores, y (2) síntomas: dolor, hiperemia, fotofobia, lagrimeo y disminución de la agudeza visual<sup>4-5</sup>.

La uveítis está asociada a espondilitis anquilosante, una enfermedad reumática crónica progresiva (espondiloartropatía) que afecta primariamente el esqueleto axial (cráneo, columna vertebral y tórax). El cuadro de inflamación articular en la columna se caracteriza por conllevar al paciente a anquilosis y posteriormente a la invalidez. La prevalencia de esta enfermedad oscila entre el 0,1 y el 1,4 % dependiendo directamente de la frecuencia del antígeno leucocitario humano (HLA) que varía notablemente en poblaciones con diferentes orígenes étnicos. La espondilitis anquilosante es más frecuente en varones que en mujeres, con una proporción estimada de 2-3<sup>6</sup>.

La inflamación del tracto uveal tiene una incidencia de 52 casos/100.000 habitantes/año y una prevalencia del 0,1 %, siendo también responsable del 10 % de los casos de pérdida de visión en países desarrollados, lo cual muestra su relevancia clínica<sup>7</sup>. Es recurrente y algunos pacientes pueden tener hasta una manifestación clínica por mes. Se menciona que, en pacientes con uveítis anterior aguda unilateral plenamente identificada, está relacionada con alguna forma de espondiloartropatía en más del 50 % de los casos y algunos autores mencionan que la espondilitis anquilosante y la uveítis están altamente relacionadas ya que se dice que la relación puede ser hasta en un 40 % y que además 50 % aproximadamente de los pacientes con espondiloartritis, se diagnostican después de un episodio de uveítis<sup>1,8,9</sup>. Sin embargo, algunos pacientes que presentan uveítis pueden permanecer asintomáticos, tal es el caso de la iridociclitis heterocromática de Fuchs o la uveítis relacionada con artritis idiopática juvenil (AIJ)<sup>10</sup>.

La valoración optométrica en la atención primaria en el examen de rutina y una remisión temprana y oportuna puede evitar consecuencias posteriores. Para ello, el empleo de la técnica de haz cónico en la biomicroscopia permite identificar y cuantificar el efecto *Tyndall* en la cámara anterior, además de la presencia o ausencia de precipitados queráticos (aspecto y ubicación), son de gran ayuda para un diagnóstico acertado.

A continuación, se presenta un caso de uveítis recidivante debida a espondilitis anquilosante de una paciente de 32 años que asiste a consulta optométrica, presentando dolor ocular, ojo rojo y disminución de la agudeza visual por tercera vez en menos de 10 meses, la paciente fue diagnosticada con uveítis anterior y remitida a oftalmología y reumatología para descartar enfermedad sistémica inflamatoria, fue valorada por oftalmología, donde se confirma diagnóstico de uveítis anterior.

## Presentación del caso

Paciente de 32 años de género femenino, ama de casa procedente de la ciudad de Popayán, asiste a consulta en febrero del 2018 por presentar un cuadro clínico de dolor ocular, ojo rojo y disminución de la agudeza visual, por tercera vez en menos de 10 meses. Antecedentes generales no reporta, antecedentes quirúrgicos, cirugía de pterigión ojo derecho hace 5 años, sin medicamentos tópicos, ni orales en uso, fue valorada en consulta de optometría en la cual se encontraron los siguientes datos clínicos: agudeza visual en visión lejana ojo derecho 0.2 y ojo izquierdo 0.3, agudeza visual visión próxima ojo derecho 0.2 y ojo izquierdo 0.2, refracción objetiva ambos ojos -2.00 dioptrías esféricas, la agudeza visual no corrige, biomicroscopia ambos ojos conjuntiva con hiperemia moderada inyección ciliar, sin reacción papilar ni folicular ni secreción en fondo de saco, cornea transparente, cámara anterior formada y amplia con *Tyndall* +1 y cristalino en cara anterior con abundante pigmento iridiano (Figura 1). Fue diagnosticada con uveítis anterior y remitida a oftalmología y reumatología para descartar enfermedad sistémica inflamatoria.

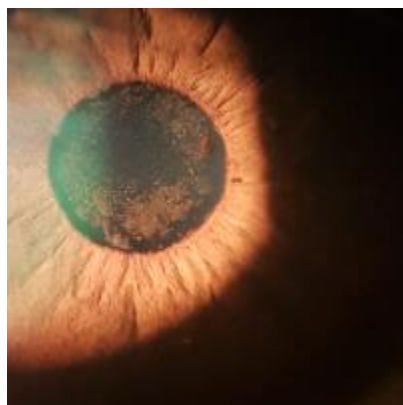


Figura 1. Ojo izquierdo pigmento iridiano en cara anterior del cristalino.

Al ser valorada por Oftalmología, se confirmó el diagnóstico de uveítis anterior y se decidió formular antiinflamatorio tópico esteroideo cada 6 horas y control con resultados de reumatología. La paciente regresa al control optométrico y oftalmológico 60 días después del episodio inflamatorio, llevando consigo resultados de Reumatología, en el que se diagnostica espondilitis anquilosante. Se cita a la paciente a control 6 meses después del diagnóstico ocular y sistémico donde manifiesta que no ha tenido síntomas oculares desde que empezó el tratamiento indicado por el reumatólogo.

## Aspectos éticos

Toda la información obtenida del paciente y los resultados del examen clínico fueron tratados confidencialmente. Esta información fue consignada en la historia clínica administrada y codificada bajo los criterios establecidos por la ley.

El autor consultó la historia clínica, registros y datos de la paciente para obtener información pertinente para el reporte de caso, cumpliendo con los parámetros contemplados en la ley.

## Discusión

La uveítis es una enfermedad inflamatoria que debe ser detectada, diagnosticada y tratada de forma oportuna para evitar compromiso de la agudeza visual; además, cuando se identifica este tipo de inflamación a nivel ocular es importante pensar en alteraciones

sistémicas de diferentes causas que deben ser tratadas por el especialista. Las espondiloartropatías seronegativas son un grupo de alteraciones de tipo inflamatorio y reumatológicas crónicas. Se trata de alteraciones no asociadas con factor reumatoide, pero sí hay una fuerte relación con antígeno leucocitario humano (HLA) B27<sup>11</sup>.

Teniendo en cuenta que el término espondiloartropatía clasifica diversas entidades reumatológicas inflamatorias crónicas, que se caracterizan por la afectación de las articulaciones sacro-ilíacas y de la columna vertebral, oligoartritis asimétrica de predominio en extremidades inferiores, entesitis, negatividad del factor reumatoide y asociación con el antígeno leucocitario humano HLA-B27<sup>1-6</sup>. En esta clasificación se incluyen patologías como la espondilitis anquilosante, la artritis psoriásica, las artritis reactivas, las artritis asociadas a enfermedad inflamatoria intestinal y las espondiloartropatías indiferenciadas.

Se reconoce la espondilitis anquilosante entre enfermedades reumatológicas con manifestaciones oculares como la inflamación de la úvea en su zona anterior. La inflamación anterior de la úvea se asocia a las espondiloartropatías en un inicio agudo, unilateral con recurrencias contralaterales y de resolución en pocas semanas. Este tipo de manifestaciones clínicas a nivel ocular se asocia con espondilitis anquilosante o artritis reactiva, cerca de 90 % de los casos son antígeno leucocitario humano B27 positivos. Sin embargo, en la práctica clínica es muy poco relacionado ya que cuando se habla de uveítis se empieza por buscar alteraciones oculares que hayan desencadenado este tipo de inflamación<sup>6</sup>.

Tanto especialistas en salud visual y ocular (oftalmólogos y optómetras) como reumatólogos y otros especialistas deben identificar los elementos clínicos tempranos de la enfermedad sistémica, para poder brindar tratamiento oportuno y evitar su progresión a la anquilosis ósea.

El diagnóstico temprano de la espondilitis anquilosante es importante ya que puede evitar que el paciente llegue a un estadio de la enfermedad en el cual se le dificulte realizar sus actividades diarias, si se tiene en cuenta que la disminución de la movilidad espinal con restricciones de la flexión y extensión de la columna lumbar y la limitación de la expansión torácica son el resultado inicial del proceso inflamatorio al nivel de las entesis y preceden a la anquilosis producida por la formación de puentes óseos en los sitios de inserción ligamentosa con deformidades que ocurren a lo largo de toda la columna vertebral<sup>7-9</sup>.

La espondilitis anquilosante es una espondiloartropatía que afecta el esqueleto axial y se presenta típicamente en varones entre 20 y 40 años con antígeno leucocitario humano HLA B27 positivo<sup>11</sup>. La manifestación ocular más frecuente es la iridociclitis aguda no granulomatosa, unilateral y recidivante. La uveítis ocurre en el 20-40 % de los pacientes y puede preceder a la afectación articular. Así mismo, el 30 % de los varones con uveítis anterior aguda desarrollará espondilitis anquilosante<sup>10</sup>.

La uveítis como manifestación inicial de la espondilitis anquilosante es un hecho común y la evidencia científica demuestra la necesidad de aumentar la sospecha clínica para el diagnóstico temprano de esta espondiloartropatía, y debido al carácter invalidante de esta entidad es importante el diagnóstico precoz, con el objetivo de disminuir sus complicaciones<sup>7,9</sup>.

La caracterización de un caso de uveítis permite que el paciente se integre en un contexto clínico, lo que apunta rápidamente hacia ciertas etiologías y así definir tratamiento efectivo de la enfermedad causante de la inflamación ocular y evitar las posibles complicaciones visuales<sup>8</sup>. Finalmente, es necesario definir si la afectación es granulomatosa, lo que permite

filtrar el número de posibles etiologías, aunque no siempre sea fácil ya que cualquier uveítis puede comenzar como no granulomatosa.

## Conclusiones

Es importante que durante la consulta de optometría se puedan identificar alteraciones oculares que permitan diagnosticar enfermedades sistémicas para evitar las complicaciones de la visión; además se debe incrementar el conocimiento de la asociación entre enfermedades reumáticas y oculares, ya que el diagnóstico correcto de las primeras, y su posible asociación con las segundas, puede ser determinante para evitar complicaciones del sistema visual.

Existe relación entre ciertas enfermedades reumatológicas, específicamente las espondiloartropatías, con la presencia de manifestaciones oculares como la uveítis que es considerada la principal manifestación extra articular de estos pacientes; sin embargo, poco se ha descrito sobre cómo esta relación se manifiesta en los estadios iniciales de la espondilitis anquilosante.

## Conflictos de interés y agradecimientos

El autor declara no tener conflictos de interés y agradece a la paciente por su colaboración para el reporte de caso.

## Referencias bibliográficas

1. Martínez A, Ortega M, Nápoles A, Reyes Y, Prada D. Uveítis, Un reto para el Reumatólogo. Revista Cubana de Reumatología [Internet]. 2016; 18 (3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-59962016000300007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962016000300007)
2. Kokuina E, Chico A, Estévez M, Calzadilla F, Gutiérrez Á. Espondilitis anquilosante primaria: patrones clínicos en pacientes cubanos. Rev cubana med [Internet]. 2007, 46(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75232007000100006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232007000100006&lng=es).
3. Kokuina E, Chico A, Estévez M, Calzadilla F, Gutiérrez A. Espondilitis anquilosante primaria: patrones clínicos en pacientes cubanos. Revista Cubana de Medicina [Internet]. 2007, 46 (1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75232007000100006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232007000100006).
4. Thorne J, Suhler E, Skup M, Tari S, Macaulay D, Chao J. Prevalence of noninfectious uveitis in the united states: a claims-based analysis. JAMA Ophthalmol [Internet]. 2016, 134 (11). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27608193>.
5. Gueudry J, Muraine M. Anterior uveítis. Journal Français d'Ophtalmologie [Internet]. 2017; 1 (13). Disponible en: [https://ac.els-cdn.com/S0181551217304333/1-s2.0-S0181551217304333-main.pdf?\\_tid=e2bf725a-3887-4382-8785-f216bbc6cd68&acdnat=1538798395\\_cd84604848ecf4c6495ad5ea\\_216a0793](https://ac.els-cdn.com/S0181551217304333/1-s2.0-S0181551217304333-main.pdf?_tid=e2bf725a-3887-4382-8785-f216bbc6cd68&acdnat=1538798395_cd84604848ecf4c6495ad5ea_216a0793)
6. Andaluz M, Cifuentes M, Dávila E, Reyes L, Poalasín L. La uveítis como manifestación inicial de la espondilitis anquilosante. A propósito de un caso. Revista Cubana de Reumatología [Internet]. 2017, 1 (13). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-59962017000400009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962017000400009)
7. Arca B, Mera A. Valor diagnóstico del HLA-B27 en las espondiloartropatías. Semin Fund Esp Reumatol [Internet]. 2008, 9 (1). Disponible en: <http://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S1577356608736273&r=274>
8. Molina C, Donado J, Vélez L, Martínez N, Rivera A. Uveitis en pacientes con espondiloartropatías seronegativas. Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia. Colombia Médica. [Internet]. 2007, 38 (4). Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/rt/printerFriendly/523/971>.
9. Alonso S, Queiro R, Fernandez M, Alperi M, Riestra J, Ballina F. Comorbilidades en las espondiloartropatías. Semin Fund Esp Reumatol. [Internet]. 2010, 11 (3). Disponible en:

<http://www.elsevier.es/es-revista-seminarios-fundacion-espanola-reumatologia-274-pdf-S1577356610000254>

10. Sessa A, Meroni M, Battini G, Vigao G, Brambilla P y Paties C. Acute renal failure due to idiopathic tubulo-intestinal nephritis and uveitis: "TINU syndrome". Case report and review of the literature. Journal of Nephrology. 2000, 13(5):377-380. Disponible en:

<https://europepmc.org/article/med/11063143>

11. Bryant, T. K, Feinberg, E. E, y Peeler, C. E. Uveitis–glaucoma–hyphema syndrome secondary to a Soemmerring ring. Journal of Cataract & Refractive Surgery. 2017, 43(7), 985–987.

<https://doi:10.1016/j.jcrs.2017.07.002>