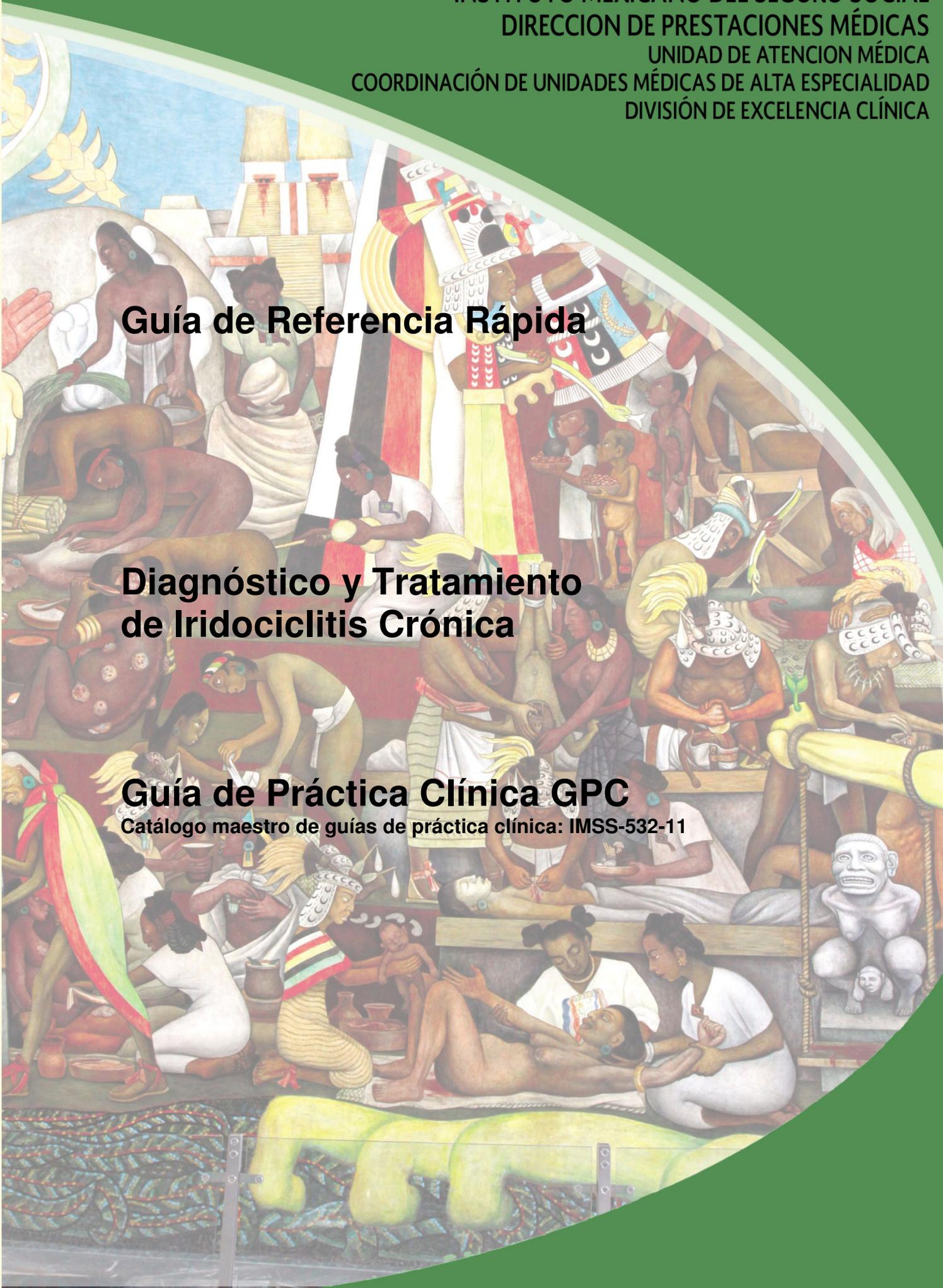


Guía de Referencia Rápida

Diagnóstico y Tratamiento de Iridociclitis Crónica

Guía de Práctica Clínica GPC

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-532-11



GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

**CIE-10: H20 Iridociclitis
H201 Iridociclitis Crónica**

GPC

Diagnóstico y Tratamiento de la Iridociclitis Crónica (Excepto Iridociclitis Heterocrómica de Fuchs)

DEFINICIÓN

El término uveítis es difícil de definir ya que no involucra únicamente la inflamación del tracto uveal, incluye una condición inflamatoria que lo afecta por su proximidad con otras estructuras oculares o tejidos, Por eso el término uveítis se utiliza para nombrar cualquier inflamación intraocular

Las uveítis pueden ser clasificadas de diversas formas. De acuerdo a su curso se cataloga como agudas, recurrente o crónica. Estas últimas son uveítis con duración mayor a 3 meses que presentan recaída hasta en 3 meses después de suspender el tratamiento. De acuerdo al sitio primario de inflamación las podemos dividir en anterior, intermedia, posterior y panuveítis. La uveítis anterior consiste en la inflamación solo del iris (iritis), de la parte anterior del cuerpo ciliar (ciclitis anterior) o de ambas estructuras (iridociclitis).

La guía excluye a la iridociclitis heterocrómica de Fuchs que es una uveítis generalmente asintomática, unilateral, caracterizada por un grado variable de atrofia, depósitos retroqueraticos finos, estelares y diseminados, inflamación leve a moderada en cámara anterior, vitritis moderadas y elevada frecuencia de asociación con catarata y glaucoma. En la población mexicana solo el 25% de los pacientes presentan despigmentación del estroma del iris.

DIAGNÓSTICO

La exploración oftalmológica debe incluir los hallazgos obtenidos en cada uno de los siguientes: (Ver anexo 5.3.3)

1. Agudeza visual
2. Examen externo de ojos
3. Biomicroscopia con lámpara de hendidura
4. Tonometría
5. Gonioscopia
6. Examen de fondo de ojo

MÉTODOS DIAGNOSTICOS

Se sugiere de acuerdo a la literatura iniciar con un estudio de exámenes generales para tratar de establecer una etiología primaria:

Es de vital importancia descartar la existencia de enfermedades de origen infeccioso como tuberculosis y sífilis entre otras frecuentes

Biometría hemática	Anticuerpos antinucleares
Análisis de orina	HLA-B27/DR4/DRW53
Anticuerpos anti-toxoplasma	PPD
Análisis bioquímica de suero	Pruebas de alergia en piel
Serología inmunológica	Anticuerpos anti DNA
Proteína C reactiva	Microglobulina beta-2 en orina
Factor reumatoide	HIV
VDRL / FTA-ABS	Velocidad de sedimentación globular
Enzima convertidora de angiotensina en suero	Anticuerpos anti-citomegalovirus

Estudios de imagen también son necesarios para determinar la enfermedad de base

- Radiografía de tórax
- Tomografía computarizada
- Resonancia magnética gammagrafía con galio

TRATAMIENTO

El oftalmólogo debe otorgar tratamiento tópico inicial y medicamentos de primera línea para controlar el proceso inflamatorio del globo ocular, documentando en el expediente clínico el seguimiento. Aplicando los criterios de SUN para determinar empeoramiento, mejoría o remisión y así establecer cuando se requieran tratamientos de segunda línea.

Las opciones de **manejo tópico inicial** que se encuentran disponibles en el sector público incluyen:

1. Esteroides tópicos: fosfato prednisolona (más adelante se describe el esquema)
2. Cicloplejicos y midriáticos: atropina, ciclopentolato y fenilefrina
3. Además cuando se tengan disponibles pueden utilizarse acetato de prednisolona. Dexametasona, fluorometolona, rimexolona, homatropina y escopolamina

La prednisolona disponible en fosfato o acetato ha resultado útil en el manejo de uveítis anterior crónica. El manejo tópico de inicio en estos casos es el siguiente y debe considerarse la dosis reducción del mismo

- 1 gota cada hora los primeros tres días
- 1 gota cada 2 horas los siguientes 4 días
- 1 gota cada 4 horas la segunda semana
- 1 gota cada 6 horas la tercera
- 1 gota cada 8 horas la cuarta
- 1 gota cada 12 horas la quinta
- 1 gota cada 24 horas la sexta

- Suspensión

La sospecha de enfermedad infecciosa es contraindicación absoluta para el manejo con esteroides o inmunosupresores, por lo que deberá descartarse antes de iniciarlos

Para un control inmediato o mejoría visual se dan pulsos de metilprednisolona vía intravenosa 1 gr por día 3 dosis seguida de prednisona vía oral dosis reductiva.

Si es necesaria la supresión crónica con esteroides a más de 10 mg por día de prednisona o su equivalente, es necesario considerar usar un inmunosupresor

Prednisona: Dosis inicial 1 mg/kg/día

Dosis máxima en adultos vía oral 60–80 mg/día

Dosis de mantenimiento en adultos 10 mg/día

Dosis reductiva

- 40 mg/día, disminuyendo 10 mg/día cada 1–2 semanas
- 40–20 mg/día, disminuyendo 5 mg/día cada 1–2 semana
- 20–10 mg/día, disminuyendo 2.5 mg/día cada 1–2 semana
- 10–0 mg/día, disminuyendo 1 a 2.5 mg/día cada 1–4 semana

Siempre es necesario un manejo multidisciplinario y vigilancia estrecha con exámenes de laboratorio para monitoreo de efectos adversos, ya que es posible que cuenten con enfermedad de base que al ser controlada mejore las condiciones oculares. Además de seguimiento oftalmológico

Después del uso de esteroides, **los inmunosupresores son el tratamiento de primera línea** cuando se trata de indicaciones absolutas; es decir cuando se ha diagnosticado una enfermedad sistémica de base y la cual es conveniente manejar en forma multidisciplinaria. Cuando se tengan disponibles las opciones son:

- Antimetabolitos como azatioprina, metotrexate y mofetil micofenolato.
- Inhibidores de células T, entre los cuales se encuentran la ciclosporina y tacrolimus
- Agentes alquilantes son otra opción dentro de la amplia gama de agentes que pueden ser de ayuda para los pacientes con iridociclitis crónica.

En casos resistentes pueden considerarse **farmacos de segunda línea**, cuando se tengan disponibles las opciones son:

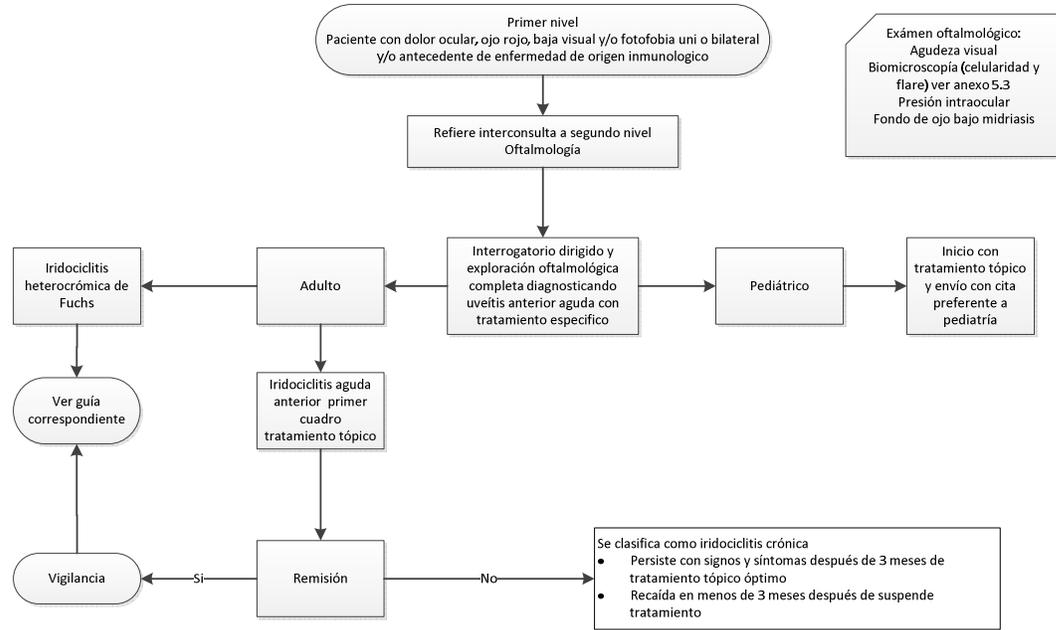
- Certolizumab pegol representar una opción terapéutica en pacientes con iridociclitis crónica y artritis reumatoide resistente a manejos de primera línea
- Fingolimod en pacientes con esclerosis múltiple representa una buena opción de segunda línea cuando se tenga disponible

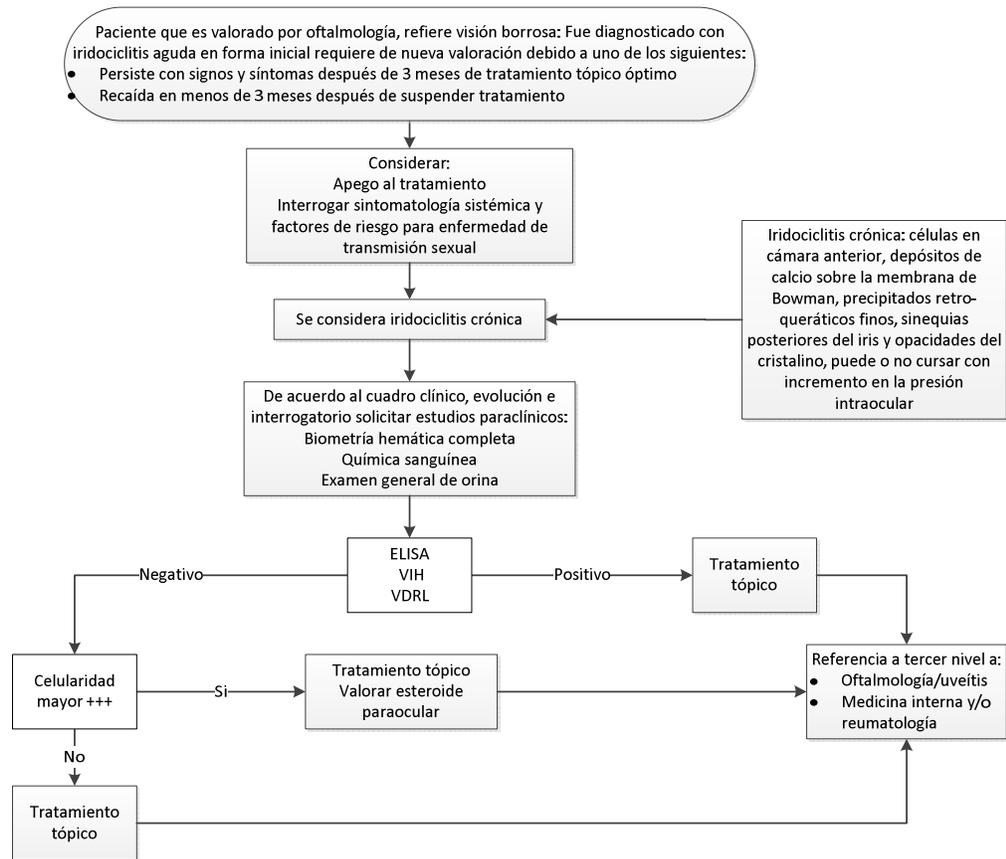
Cirugía: No es la primera opción de tratamiento sin embargo representa una herramienta importante cuando la enfermedad ha avanzado tanto que requiere de manejo heroico y de complicaciones por su larga evolución. Los resultados aunque alentadores no ofrecen una mejoría importante.

REFERENCIA

- Los pacientes con trastorno inmunológico que refieran baja visual súbita deberá ser enviados en forma urgente a oftalmología
- Los pacientes con diagnóstico confirmado de enfermedad sistémica inmunológica deberán ser enviados en forma ordinaria a oftalmología para valoración rutinaria
- En mujeres jóvenes, con ANA positivos se recomienda que sean enviadas a oftalmología para realizar detección temprana de uveítis anterior
- Se recomienda que el oftalmólogo envíe a valoración por medicina interna o reumatología a todo paciente con diagnóstico de iridociclitis crónica
- Los pacientes que sufran de molestias oculares como ojo rojo y visión borrosa que estén diagnosticados o en protocolo de estudio por posible enfermedad inmunológica deberán ser enviados en forma urgente para su valoración
- Los pacientes con antecedente de enfermedad sistémica inmunológica deben mantenerse en vigilancia estrecha de su agudeza visual, inflamación y dolor ocular ya que pueden dejar secuelas tan importantes como ceguera.

ALGORITMOS





CLASIFICACIÓN ANATÓMICA DE LA UVEÍTIS GRUPO DE TRABAJO STANDARDIZATION OF UVEITIS NOMENCLATURE (SUN) 2005

Tipo	Sitio primario de la inflamación	Incluye
Uveítis anterior	Cámara anterior	Iritis Iridociclitis Ciclitis anterior
Uveítis intermedia	Vítreo	Pars planitis Ciclitis posterior Hialitis
Uveítis posterior	Retina o coroides	Coroiditis focal, multifocal, o difusa Corioretinitis Retinocoroiditis Retinitis Neuroretinitis
Panuveítis	Cámara anterior, vítreo y retina o coroides	

CARACTERÍSTICAS DESCRIPTORAS DE UVEÍTIS. GRUPO DE TRABAJO STANDARDIZATION OF UVEITIS NOMENCLATURE (SUN) 2005

Categoría	Descripción	Comentario
Inicio	Súbita	
	Insidiosa	
Duración	Limitada	≤ 3 meses de duración
	Persistente	>3 meses de duración
Curso	Agudo	Episodios caracterizados por inicio súbito y duración limitada
	Recurrente	Episodios repetidos separados por periodos de inactividad sin tratamiento ≥ 3 de meses de duración
	Crónico	Uveítis persistente con recaídas en < de 3 meses después de suspender el tratamiento

ESCALA DEL GRUPO SUN PARA LA GRADUACIÓN DE LA CELULARIDAD EN CÁMARA ANTERIOR

Grado	Células por campo*	Flare
0	Menor de 1	Nada
0.5+	1-5	**
1+	6-15	Tenue
2+	16-25	Moderado (detalles claros del cristalino e iris)
3+	26-50	Marcado (detalles borrosos del cristalino e iris)
4+	Más de 50	Intenso (con fibrina o acuso plasmóide)

*Tamaño del campo: Haz de lámpara de hendidura 1mm x 1mm

TERMINOLOGÍA DEL GRUPO SUN PARA LA GRADUACIÓN DE ACTIVIDAD DE LA UVEÍTIS

Inactiva	Sin células, grado 0 †
Empeoramiento de la actividad	Incremento de la inflamación en dos niveles Aumenta dos grados el nivel de inflamación (por ejemplo, células en cámara anterior, opacidad vítrea) o aumentar de grado 3+ a 4+
Mejoría de la actividad	Dos paso disminución en el nivel de la inflamación (por ejemplo, células de la cámara anterior, vítreo opaco) o disminuir a grado 0
Remisión	Enfermedad inactiva durante 3 meses después de suspender todos los tratamientos para la enfermedad de los ojos

† Aplica en inflamación de cámara anterior

RECOMENDACIONES DE SEGUIMIENTO

Tipo	ANA	Edad	Duración de la enfermedad	riesgo	Frecuencia en meses de examen ocular
Oligoartritis O poliartritis	+	≤6	≤4	Alto	3
	+	≤6	>4	Moderado	6
	+	≤6	>7	Bajo	12
	+	>6	≤4	Moderado	6
	+	>6	>4	Bajo	12
	-	≤6	≤4	Moderado	6
	-	≤6	>4	Bajo	12
	-	>6	NA	Bajo	12
Enfermedad sistémica (fiebre, Rash)	NA	NA	NA	Bajo	12