

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCION MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD
COORDINACIÓN TÉCNICA DE EXCELENCIA CLÍNICA

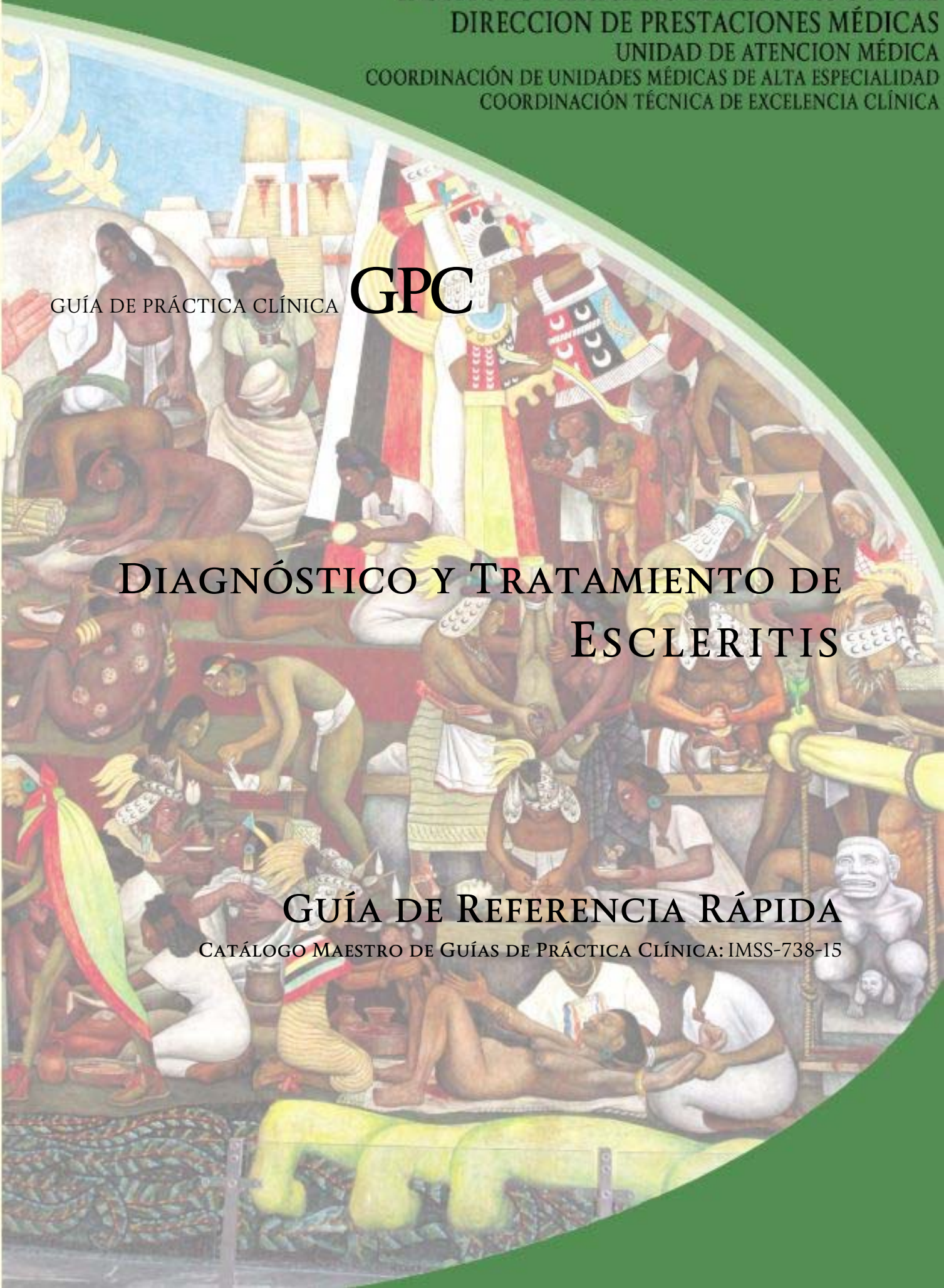
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

GPC

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESCLERITIS

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: IMSS-738-15



ÍNDICE

- Índice..... 2**
- 1. Clasificación 3**
- 2. Definición y Contexto..... 4**
- 3. Diagnóstico 5**
- 4. Escalas de Clasificación Clínica..... 8**
- 5. Diagramas de Flujo 10**

1. CLASIFICACIÓN

CIE- 10: H15.0 ESCLERITIS

GPC: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESCLERITIS

2. DEFINICIÓN Y CONTEXTO

La escleritis es una enfermedad crónica, común en la población adulta, que amenaza la visión, es discapacitante, disminuye la calidad de vida, requiere del uso crónico de medicamentos con efectos colaterales serios y puede llegar a la pérdida del órgano. Habitualmente se define como inflamación de la esclera, que provoca ojo rojo, dolor ocular y puede afectar córnea y úvea adyacentes y amenaza la visión y la integridad del globo ocular. Afecta al % de la población global con predilección por las mujeres con una frecuencia de 2:1 y en edades entre los 20 y 60 años. Watson y Haireh la han clasificado en anterior (nodular, difusa, necrotizante con inflamación y necrotizante sin inflamación) y posterior.

Comúnmente se asocia con enfermedades de origen autoinmune; reportes recientes han demostrado que cerca del 50% de los casos coexisten con alguna enfermedad sistémica del tejido conectivo, otros casos se han relacionado con cirugía ocular. La patogénesis incluye infiltración del tejido escleral con células inflamatorias como neutrófilos, macrófagos, células T y B, con acción local de citosinas, factor de necrosis tisular alfa (TNF-alfa) e interleucinas-1 (IL-1). El proceso inflamatorio presenta una gama importante de posibilidades que puede incluir la presentación uni o bilateral, afectar a la totalidad del globo o solo un segmento anatómico (anterior o posterior); además de presentación nodular, difusa o necrotizante con proceso infeccioso e inflamatorio agregado o no. Estos ojos pueden desarrollar un amplio rango de complicaciones tales como adelgazamiento escleral, perforación escleral, ulceración corneal, uveítis anterior, aumento de la presión intraocular, catarata, desprendimiento exudativo de la retina y/o edema del nervio óptico. El paciente habitualmente cursa con dolor ocular, ojo rojo, lagrimeo, fotofobia y disminución de la agudeza visual.

Los pacientes con enfermedad sistémica son sometidos a tratamientos para el control de la enfermedad de base y con relativa frecuencia desarrollan efectos adversos sobre globo ocular ocasionando glaucoma secundario o catarata presentes con mucha frecuencia en aquellos sometidos a uso oral de esteroides. Los efectos adversos ocasionados por el tratamiento de la enfermedad se suman al daño ocular generado por la enfermedad de base lo que conlleva a déficit visual importante además de impacto económico ya que afecta a la población laboralmente activa.

3. DIAGNÓSTICO

DIAGNOSTICO EN PRIMER NIVEL

El médico familiar podrá sospechar de escleritis al realizar una historia clínica que búsqueda dirigida e intencionada de signos y síntomas como:

- Inflamación escleral con ojo rojo doloroso
- Disminución de la agudeza visual
- Edema e inyección vascular que afecta la esclera o epiesclera
- Color azulado de la esclera (adelgazamiento)
- Edema o engrosamiento de la esclera: presencia de nódulos, patrón difuso o sectorial (ver anexo 4.1)

La esclerótica de un individuo sano, es predominantemente de color blanco; sin embargo, cuando el espesor escleral disminuye, da origen a la esclerótica azul debido a que la úvea subyacente se hace visible a través de la esclerótica adelgazada, adquiriendo un color azul que puede progresar a marrón antes de alcanzar la perforación.

La evaluación del paciente con escleritis debe incluir la revisión de fondo de ojo bajo midriasis medicamentosa, el médico familiar capacitado deberá enviar a valoración por oftalmología cuando detecte cualquier alteración en las características del nervio óptico.

La aplicación de una gota de fenilefrina al 10% en el fondo de saco permitirá evaluar los posibles cambios vasculares de segmento anterior; además de conseguir dilatación pupilar para la evaluación de fondo de ojo (para interpretación de la prueba, ver imágenes en anexo 4.2)

Múltiples estudios han establecido la relación entre escleritis y enfermedades sistémicas de origen autoinmune por lo que el médico familiar deberá solicitar los estudios diagnósticos que se encuentren a su alcance para tratar de establecer una posible relación.

- Biometría hemática completa con diferencial
- Examen general de orina
- Glucosa
- Creatinina sérica
- Reactivos de fase aguda (velocidad de sedimentación globular y proteína C reactiva)
- Pruebas de funcionamiento hepático
- Enzima convertidora de angiotensina
- Anticuerpos fluorescentes de treponema
- Radiografía de tórax
- Electrocardiograma
- Prueba en piel de tuberculina

De acuerdo a los datos reportados en la literatura médica, en relación al diagnóstico clínico de escleritis, el médico de primer nivel de atención está capacitado para sospechar el diagnóstico, realizar el interrogatorio y la exploración clínica dirigida. Además cuenta con la batería de exámenes suficientes para establecer la relación entre un cuadro de escleritis y una enfermedad de origen inmunológico; sin embargo se considera que cuando no se tenga certeza diagnóstica deberá ser enviado a valoración oftalmológica.

Criterios de referencia al segundo nivel de atención:

Envío a oftalmología:

1. Baja visual documentada en la exploración
2. Alteraciones en el fondo de ojo
3. Falta de respuesta al tratamiento
4. Datos de escleritis necrotizante, área avascular de la esclera, adelgazamiento escleral (aspecto azulado u oscuro en el área blanca de la esclera)
5. Recurrencia del cuadro

Envío a medicina interna

6. Resultados de laboratorio que sugieran enfermedad sistémica
7. Antecedente de enfermedad inflamatoria sistémica

(Ver detalles de descripción clínica en glosario)

DIAGNÓSTICO EN SEGUNDO NIVEL

El médico oftalmólogo de segundo nivel realiza una historia clínica y busca deliberadamente antecedente de enfermedad inflamatoria de origen autoinmune, síntomas oculares como:

- Inflamación escleral dolorosa con ojo rojo
- Reducción de la visión
- Edema e inyección vascular que afecta la esclera o epiesclera
- Adelgazamiento escleral
- Edema o engrosamiento de la esclera (nódulo, sector o patrón difuso)

Explora:

- Agudeza visual
- Biomicroscopía del segmento anterior: búsqueda intencionada en la esclera de zonas de dilatación y tortuosidad vascular, zonas avasculares y de adelgazamiento escleral
- Medición presión intraocular
- Valoración de fondo de ojo bajo midriasis farmacológica

En caso de sospecha de escleritis posterior la evaluación de fondo de ojo puede ser apoyada por ultrasonido modo B donde puede ser observada la imagen típica de signo en T.

Se recomienda realizar estudios complementarios en segundo nivel que pueden incluir: factor reumatoide, proteína cíclica anticitrulina, anticuerpos antinucleares, anticuerpos citoplasmáticos, anti neutrófilos, anticuerpos citoplasmáticos protoplásmicos, HLA B-27, hemaglutinización de treponema palidum, estudio de Quantiferon TB, serología para HSV-1, HSV-2 y virus de varicela-zoster. Se recomiendan marcadores que incluyan VDRL, anticuerpos antinucleares fluorescentes (FANA), anticuerpos citoplásmicos antineutrófilos (c-ANCA), antiestreptolína o anticuerpos antiribonucleoproteína.

Los resultados positivos para sospechar de enfermedad inflamatoria de origen autoinmune obtenidos durante el interrogatorio, exploración clínica o en resultados de laboratorio hacen necesario el envío a valoración integral del paciente por parte del médico internista o reumatólogo.

TRATAMIENTO EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

El médico de primer nivel puede iniciar tratamiento con esteroides tópicos en casos de escleritis anterior moderada que se puede acompañar del uso de indometacina y naproxeno. Casos con falta de respuesta o recidiva deberá enviarse a valoración por oftalmología.

TRATAMIENTO EN SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

La inyección subconjuntival o subtenoniana de esteroides representa una opción terapéutica en casos de escleritis no necrotizante ni infecciosa, que puede ser aplicada por el oftalmólogo y permite disminuir la dependencia a medicamentos sistémicos y el riesgo de complicaciones. Debe ser usado con precaución en pacientes con hipertensión ocular o sensibles a esteroides y requiere de seguimiento por oftalmología y valoración por medicina interna.

Los esteroides representan una opción de manejo inicial en escleritis necrotizante y no necrotizante, en caso de existir falta de respuesta o para evitar efecto secundarios en uso prolongado puede ser considerada terapia complementaria al lado de la terapia inmunomoduladora o terapia biológica. Esta terapia deberá tener seguimiento por parte de oftalmología y medicina interna, para vigilancia de efectos adversos de la terapia, además del control ocular y de la enfermedad sistémica.

Los medicamentos de 2 línea están indicados cuando no es posible mantener el control anti-inflamatorio con dosis menores a 10 mg de prednisona por día y cuando se quiere evitar los efectos secundarios a largo plazo. La selección del tratamiento de segunda línea estará a cargo del médico internista o reumatólogo y deberá individualizarse de acuerdo a las características del paciente y su comorbilidad sistémica

Al establecer diagnóstico de enfermedad sistémica se recomienda utilizar la guía correspondiente y continuar con vigilancia estrecha del paciente así como de los parámetros clínicos para evaluar efectos adversos o toxicidad de terapia sistémica.

4. ESCALAS DE CLASIFICACIÓN CLÍNICA

Anexo 4.1 Clasificación de escleritis.




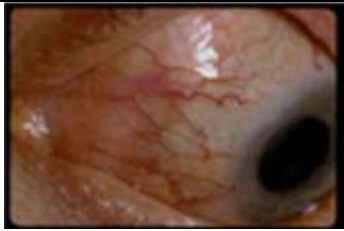
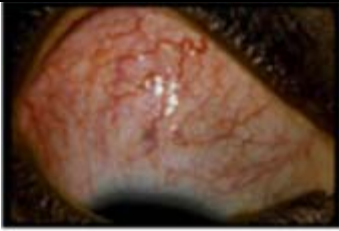

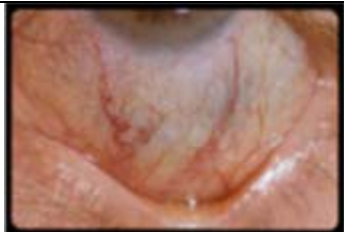
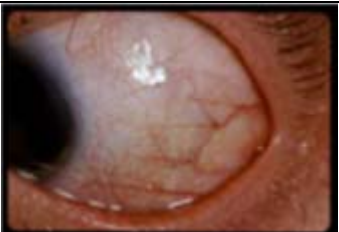




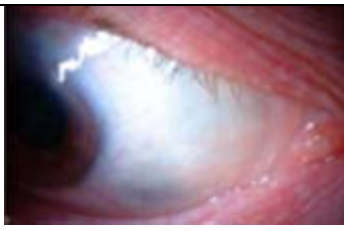

El esquema de clasificación de enfermedades inflamatorias esclerales propuestas por Watson y Hayreh es considerado como el más útil en la clínica. Se basa en la presentación y la localización anatómica de la inflamación.

Tipo	Subtipo	Características
Anterior	Difusa	Caracterizada por presencia de edema escleral y enrojecimiento con red vascular tortuosa. Es la más común del 45 al 61 %, asociado a enfermedad sistémica 13 al 45%, en general mujeres 40-70 años, hombres entre 30 y 60 años, raro en jóvenes y muy viejos.
	Nodular	Múltiples nódulos presentes, asociada con enfermedad sistémica 28-50%, en ambos sexos entre 40 y 60 años, puede comprometer la visión.
	Necrotizante con inflamación	Necrosis escleral con escleromalasia, inflamación, ojo rojo y doloroso asociado a enfermedad sistémica 50 al 95%, mujeres de 40 años, en muchos casos baja visual importante.
	Necrotizante sin inflamación	Usualmente asociado a enfermedad sistémica 90-100%, en mujeres de 35 a 75 años, conocida como escleromalasia perforante. Clásica en mujeres con artritis reumatoide de larga evolución (aspecto azul de la esclera y en etapas finales marrón)
Posterior		Inflamación posterior a la inserción de los músculos rectos, se asocia a escleritis anterior del 6 al 16 %, también puede ser clasificada como nodular y difusa. El diagnóstico se efectúa mediante hallazgos clínicos y ecográficos.
Infecciosa		Generalmente necrotizante, puede tener participación anterior y posterior, presenta úlcera escleral con placa calcificada en la base con micro abscesos.

Academia Americana de oftalmología

<http://one.aao.org/focalpointssnippetdetail.aspx?id=4fd4fc68-4fb8-467f-b717-2627b67292f5>

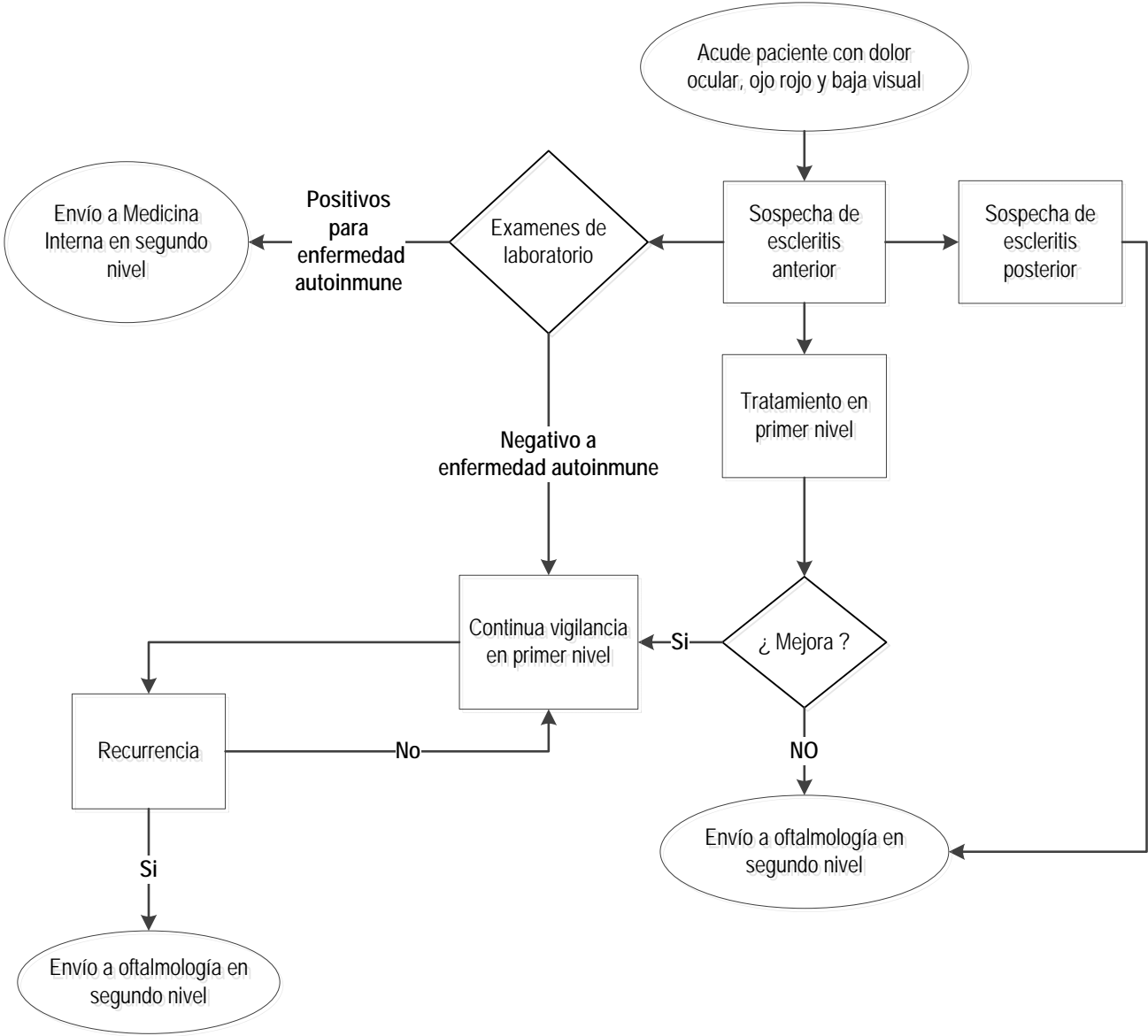
Anexo 4.2 Clasificación de escleritis (después de aplicar fenilefrina 10%)

	4+ (necrotizante): Enrojecimiento difuso de la esclerótica con adelgazamiento escleral que permite observar tejido uveal		
		3+ (grave): Enrojecimiento difuso de la esclerótica, los detalles de los vasos episclerales superficiales y profundos no pueden ser observados	
			2+ (moderada): Apariencia de color rosa púrpura de la esclerótica con vasos episclerales profundos significativamente tortuosos y congestionados
			1+ (leve): Apariencia rosada difusa de la esclerótica alrededor de los vasos episclerales profundos ligeramente dilatadas
			½ + (mínimo indicio): Aspecto rosado de la esclerótica localizada alrededor de los vasos profundos episclerales mínimamente dilatados
		0 (ninguno): Blanqueamiento complete después de la aplicación de fenilefrina al 10%	

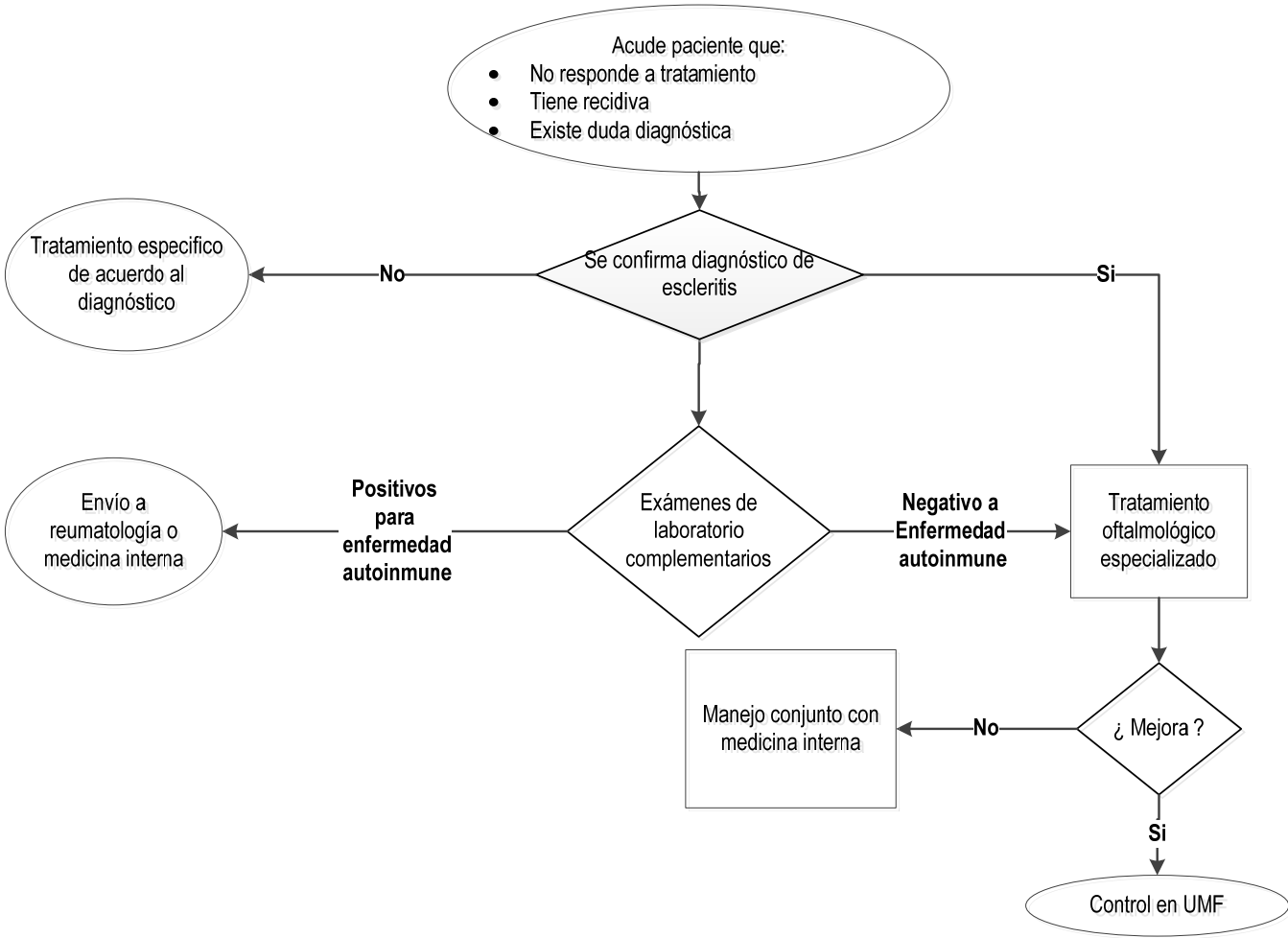
Sen HN, Sangave AA, Goldstein DA, Suhler EB, Cunningham D, Vitale S, Nussenblatt RB. A standardized grading system for scleritis. Ophthalmology. 2011;118(4):768-71. doi: 10.1016/j.ophtha.2010.08.027. Epub 2010 Nov 20.

5. DIAGRAMAS DE FLUJO

Diagnóstico y tratamiento de escleritis en primer nivel de atención



Diagnóstico y tratamiento de escleritis en segundo nivel de atención



Durango 289- 1A Colonia Roma
Delegación Cuauhtémoc, 06700 México, DF.
Página Web: www.imss.gob.mx

Publicado por Instituto Mexicano del Seguro Social
© Copyright Instituto Mexicano del Seguro Social “Derechos Reservados”. Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General
Coordinación Técnica de Excelencia Clínica
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad