

OJO ROJO

Isabel Valls Ferrán

CASO CLÍNICO

Varón de 12 años que consulta por presentar desde hace unos días enrojecimiento ocular sobre todo en ojo derecho, visión borrosa y dolor en ambos ojos. En el Centro de Salud le pautaron un colirio de tobramicina (1 gota 4 veces al día, durante 10 días), pero al no notar mejoría acude al hospital para nueva revisión y control.

Antecedentes personales: sin interés.

Antecedentes familiares: padre y tío con hipertensión arterial.

Exploración física:

- Agudeza visual con letras: ojo derecho: 0,8; ojo izquierdo: 0,8.
- Motilidad extrínseca normal.
- Reflejos oculomotores normales.

Biomicroscopía con lámpara de hendidura:

- Ojo derecho: hiperemia conjuntival intensa, alguna papila aislada, precipitados finos corneales, células inflamatorias en cámara anterior (Fig. 1). Córnea no tiñe con fluoresceína. Presión intraocular: 12 mmHg. Resto de polo anterior normal.
- Ojo izquierdo: leve hiperemia conjuntival, precipitados finos corneales, inflamación en cámara anterior, la córnea no tiñe con fluoresceína, presión intraocular 12 mmHg. Resto de polo anterior normal.
- Fondo de ojo: vítreo claro. Nervios ópticos con buen rodete y coloración normal. Máculas estructuradas. Buena vasculari-



Figura 1. Ojo rojo.

zación, ausencia de exudados y hemorragias, no lesiones regmatógenas.

Ante estos signos clínicos, ¿cuál es su diagnóstico de sospecha?

- a. Conjuntivitis aguda
- b. Queratitis
- c. Uveítis
- d. Úlcera corneal
- e. Glaucoma

La respuesta correcta es la **c**

Podría tratarse de una conjuntivitis aguda, ya que es la primera causa de ojo rojo en los niños (opción **a**). Sin embargo, el paciente, aunque tiene hiperemia conjuntival, no presenta secreciones en los fondos de saco, tan característico de esta patología, ni sen-

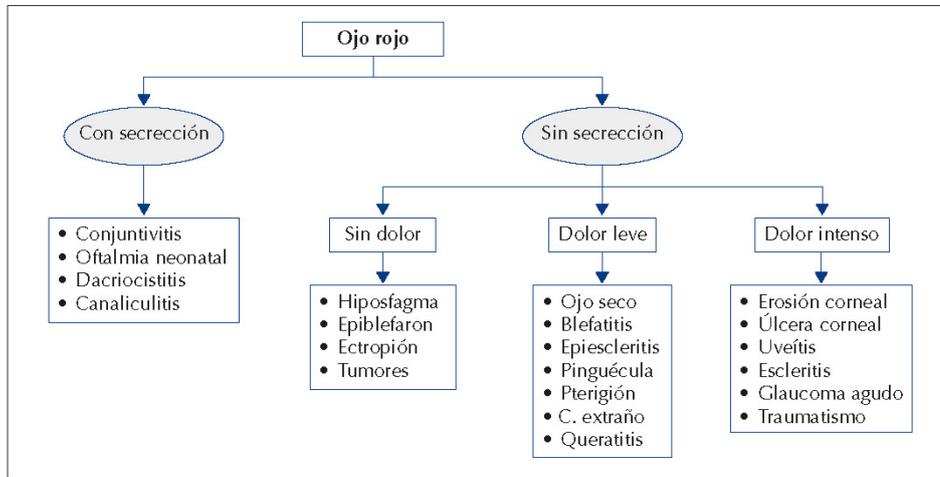


Figura 2. Diagnóstico diferencial del ojo rojo.

sación de cuerpo extraño. Lo que refiere es dolor y disminución de la visión. La córnea, cuando se tiñe con fluoresceína, no capta el colorante instilado, por tanto, se descarta la presencia de queratitis y de úlcera corneal (opciones **b** y **d**). El glaucoma agudo cursa con midriasis y aumento de la tensión ocular, siendo esta normal hasta 20 mmHg y el paciente tiene 12 mmHg en cada ojo y pupilas normales (opción **e**). Por tanto, la respuesta correcta es la **c**, ya que se trata de una uveítis anterior bilateral, la cual cursa con Tyndall positivo o aumento de células inflamatorias en cámara anterior, ojo rojo y molestias oculares. En la Figura 2 se refleja el diagnóstico diferencial del ojo rojo. En la Tabla 1 se describe la clasificación de SUN (*Standardization of Uveitis Nomenclature*), para valorar el grado de uveítis.

Ante una uveítis bilateral de reciente aparición ¿qué es lo primero que haría?

- Antibiótico y ciclopléjico tópicos
- Corticoides tópicos y antibiótico
- Corticoides tópicos, midriáticos
- Corticoides sistémicos
- Analgésicos y antiinflamatorios orales

TABLA 1. Valoración del grado de uveítis según la Clasificación de SUN (*Standardization of Uveitis Nomenclature*).

Grado	Células por campo
0	< 1
0,5 +	1-5
1 +	6-15
2 +	16-25
3 +	26-50
4 +	> 50

Tamaño del campo de 1 mm por 1 mm en lámpara de hendidura.

La respuesta correcta es la **c**

Un paciente diagnosticado de uveítis no se trata con antibióticos, ya que no existen signos de infección ocular (opción **a**). Los corticoides sistémicos (opción **d**) se podrían usar, en función del grado de afectación, pero primero se trata con corticoides tópicos y midriáticos, como el ciclopléjico, para evitar que se formen sinequias posteriores y disminuir el dolor (opción **c** correcta). Los analgésicos y AINEs orales no disminuyen la inflamación anterior del ojo (opción **e**).

TABLA II. Etiología de la uveítis.

Etiología	Causas específicas
Infecciones	Bacterias: sífilis, tuberculosis, <i>Leptospira</i> , <i>Brucella</i> , <i>Chlamydia</i> . Parásitos: toxoplasma, toxocara Virus: herpes, CMV, dengue, varicela Hongos: histoplasmosis, <i>Aspergillus</i> , <i>Candida</i>
Enfermedades inflamatorias	Artritis idiopática juvenil, uveítis HLA-B27 positivas, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad de Behçet, Vogt-Koyanagi-Harada, nefritis túbulointersticial y uveítis (TINU), lupus eritematoso sistémico, enfermedad de Blau
Otras	Tumores (retinoblastoma y leucemia), <i>birdshot</i> , iridociclitis de Fuchs

La etiología de la uveítis es muy variada, pero siempre se debe descartar una enfermedad sistémica (Tablas II y III).

El 80% de las uveítis infantiles son de causa idiopática o asociada a artritis idiopática juvenil, por lo que se debe derivar al Servicio de Reumatología.

Las uveítis pueden clasificarse de diferentes maneras siendo la más útil la clasificación anatómica, de forma que, según el área que afecte, se distingue uveítis anterior, media y posterior. Según el patrón temporal puede ser limitada o persistente, cuando dura más de 3 meses. El curso puede ser agudo, cuando es de inicio súbito, recurrente cuando existen episodios repetidos con periodos de inactividad de más de 3 meses de duración, y crónico, cuando la uveítis es persistente con recaídas frecuentes tras suspender el tratamiento.

Se realiza una historia clínica detallada y una exploración física general, que es normal.

Se solicitan las siguientes pruebas complementarias:

- Hemograma: leucocitos 14.000/ μ L (neutrófilos 8.000/ μ L), Hb 10,6 g/dL, VCM 75,1 fL, plaquetas 432.000/ μ L.

TABLA III. Etiología de la uveítis según localización anatómica.

Uveítis anterior aguda unilateral
<ul style="list-style-type: none"> • Uveítis HLA-B27 • Uveítis relacionada con virus del herpes (HSV, VZV, CMV)
Uveítis anterior aguda bilateral
<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos, infecciones (incluyendo post-estreptocócicas) • Nefritis intersticial y tubular con uveítis (TINU) • Kawasaki
Uveítis anterior crónica
<ul style="list-style-type: none"> • Granulomatosa: sarcoidosis, tuberculosis, sífilis, virus del herpes • No granulomatosa: espondiloartritis, artritis idiopática juvenil, Behçet, ciclitis heterocrómica de Fuchs
Uveítis intermedia
<ul style="list-style-type: none"> • Sarcoidosis, esclerosis múltiple • Linfoma oculo-cerebral (> 40 años) • Lyme, sífilis
Uveítis posterior
Corioretinitis en focos
<ul style="list-style-type: none"> • Toxoplasmosis y otras infecciones
Coroiditis asociada
<ul style="list-style-type: none"> • Sarcoidosis, enfermedad de <i>birdshot</i>, sífilis, tuberculosis, Vogt-Koyanagi-Harada, oftalmia simpática
Vasculitis retinal
<ul style="list-style-type: none"> • Behçet, sarcoidosis, tuberculosis, sífilis, esclerosis múltiple, Susac, IRVAN, <i>birdshot</i>, oftalmia simpática, conectivopatías.
Panuveítis
<ul style="list-style-type: none"> • Sarcoidosis, enfermedad de Behçet • Infecciones bacterianas, sífilis, virus del herpes, toxoplasmosis • Vogt-Koyanagi-Harada, oftalmia simpática • Granulomatosis sistémicas

- VSG 58 mm, PCR 5 mg/dL, ferritina 140 ng/mL [7-140].

- Bioquímica: urea 44 mg/dL [11-38], creatinina 1,15 mg/dL [0,5-0,8], filtrado glomerular 56,47 mL/min/1,73 m², áci-

- do úrico 2,09 mg/dL [2,7-7,2], proteínas totales 8,2 g/dL [6-8], resto normal.
- Hormonas: TSH 1,96 mUI/mL, 25-OH-Vitamina D: 8,5 ng/mL [20-50].
 - Inmunología:
 - IgG 1.730 mg/dL [623-1.584], IgA 308 mg/dL, IgM 144 mg/dL.
 - ANA (EIA): 0,54 [< 1 negativo], ANA (IFI): negativo 1/80.
 - HLA B27: negativo.
 - Serología: CMV IgG positivo, IgM negativo, VHS 1 y 2 IgG e IgM negativos, Toxoplasma IgG e IgM negativos, antiHBs negativo.
 - Mantoux: 0 mm.
 - Análisis de orina:
 - Sedimento de orina: 5-10 leucocitos/campo, 1-5 hematíes/campo.
 - Glucosa en orina: 327 mg/dL [< 15].
 - Cociente proteína/creatinina: 1,47 mg/mg creatinina
 - Microalbuminuria: 16 mg/dL [< 2]. Cociente microalbúmina: 172,04 mg/g creatinina.

Ante estos resultados, ¿cuál le parece la causa más probable de la uveítis?

- a. Artritis idiopática juvenil (AIJ)
- b. Idiopática
- c. Sarcoidosis
- d. Herpes
- e. Síndrome TINU

La respuesta correcta es la **e**

Se descarta la AIJ (opción **a**) porque la uveítis suele ser crónica, bilateral, insidiosa, no dolorosa y sin ojo rojo, mientras que en este paciente es de comienzo agudo, y cursa con enrojecimiento ocular y ojo doloroso, además no presenta afectación de ninguna articulación. La sarcoidosis (opción **c**) suele producir una uveítis crónica anterior granulomatosa y muchas veces se afecta la zona intermedia y posterior de la retina. La uveítis herpética (opción **d**) puede ser anterior y aguda, pero es unilateral y suele tener la presión

TABLA IV. Criterios diagnósticos de TINU.

Uveítis y nefritis TI con biopsia renal positiva
Elevación de creatinina sérica y/o
Análisis de orina alterado y $\beta 2$ microglobulina aumentada en orina

intraocular elevada, además la serología es negativa.

Ante los resultados obtenidos en el estudio, se piensa como primera opción en un síndrome nefritis túbulo intersticial (TI) con uveítis o síndrome TINU (opción **e**) (Tabla IV).

Este síndrome fue descrito en 1975 por Dobrin; existen 600 casos reportados en el mundo, el 65% son mujeres con una edad media comprendida entre los 15 y 17 años. Se cree que tiene un origen autoinmune y se ha asociado a infecciones como Epstein-Barr, *Chlamydia*, *Mycoplasma*, varicela zóster, SARS-CoV-2 y a medicamentos (AINEs y antibióticos).

Se realiza interconsulta al Servicio de Nefrología que, después de hacer el estudio oportuno, indica realizar una biopsia renal donde se observa abundante inflamación intersticial con ausencia de lesión en los glomérulos, llegando así al diagnóstico de confirmación.

Se inició tratamiento con bolos de metilprednisolona 500 mg 3 días, seguido de prednisona oral 1 mg/kg/día durante 3 semanas, con descenso gradual, consiguiendo la recuperación de la insuficiencia renal al mes y la resolución de la tubulopatía a los 3 meses. Por parte de Reumatología se inició tratamiento con metotrexato oral y ácido fólico.

El paciente acude a revisión. Refiere que, aunque ha disminuido bastante el enrojecimiento ocular, ve mal por el ojo izquierdo. A la exploración se objetiva que persiste Tyndall ++ en ambos ojos y que con el ojo izquierdo ve menos. El signo de Tyndall en la exploración con lámpara de hendidura refleja la presencia en el humor acuoso de células inflamatorias y proteínas, lo cual es un indicativo de una reacción inflamatoria intraocular.