

ESCLERITIS POSTERIOR.
REPORTE DE CASO Y
ACTUALIDADES

Por

Dr. Victor Alba Orozco

Tesis propuesta para la especialidad en

Oftalmología

Universidad Nacional Autónoma de
México

2010

Aprobado por

Dra. Matilde Rubio Lezama
Presidente del Jurado

Medico Adscrito al servicio de Estrabismo

Autorizado por la jefatura de Enseñanza:

_____ Dr. Daniel Ochoa Contreras

Jefe de Enseñanza



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Universidad Nacional

Autónoma de México

Descripción breve

ESCLERITIS POSTERIOR.
REPORTE DE CASO Y
ACTUALIDADES

Por Victor Alba Orozco

Presidente del comité supervisor: Dra. Matilde Rubio Lezama
Servicio de Estrabismo

En 1982 Peter Watson, una de las máximas autoridades en escleritis postuló que la escleritis posterior era una de las patologías más frecuentemente subdiagnosticadas en oftalmología. El término escleritis posterior se refiere a la inflamación confinada a la esclera posterior a la ora serrata, la cual es tan severa que puede llegar a ocasionar alteraciones en la anatomía normal del segmento posterior del ojo afectado.

A continuación se expone un caso clínico con sus correlaciones por medio de estudios paraclínicos, junto con los conceptos actuales de la escleritis posterior, su diagnóstico y auxiliares en el diagnóstico, así como manejo de los pacientes.

TABLA DE CONTENIDO

Página 1:	Introducción
Página 4:	Reporte de caso
Página 10:	Discusión
Página 14:	Conclusiones
Página 15:	Bibliografía

LISTA DE ILUSTRACIONES

Número

- | | |
|--|----------|
| 1. Segmento anterior ojo derecho. | Página 5 |
| 2. Segmento anterior ojo izquierdo. | Página 5 |
| 3. Polo posterior ojo derecho. | Página 6 |
| 4. Polo posterior ojo izquierdo. | Página 6 |
| 5. Angiografía con fluoresceína ojo derecho. | Página 7 |
| 6. Angiografía con fluoresceína ojo izquierdo. | Página 7 |
| 7. Ecografía modo B ojo derecho. | Página 8 |
| 8. Ecografía modo B ojo izquierdo. | Página 8 |

Introducción

La escleritis posterior es una forma rara y subdiagnosticada de inflamación escleral. Dentro de las manifestaciones clínicas se encuentran el dolor, disminución en la agudeza visual, infiltración celular del humor acuoso y vítreo, desprendimiento de retina seroso, edema macular o del nervio óptico (1). El reconocimiento de esta patología es en muchas ocasiones difícil debido a su poca presentación y gran variedad de síntomas, los cuales pueden ser confundidos con aquellos producidos por inflamación intraocular, tumores o inflamación orbitaria (2).

La escleritis es dividida usualmente en cinco categorías. La escleritis difusa anterior es la forma de presentación más frecuente 40-83% (3). Le sigue en frecuencia la escleritis nodular anterior con un 16-44% de los casos. La escleritis necrotizante con inflamación y sin inflamación o también conocida como escleromalacia son poco frecuentes 6-15%. Y por último la escleritis posterior ha sido reportada en un 2-12% de los casos, pero estos números probablemente no reflejen su verdadera incidencia ya que la afectación del segmento posterior puede pasar fácilmente desapercibida principalmente si el involucro del segmento anterior es severo (4,5).

La escleritis es considerablemente más frecuente en mujeres que en hombres. En series reportadas anteriormente 66-83% de los casos fueron mujeres (6). La presentación es bilateral en 40-80%, pero este porcentaje se incrementa en pacientes con artritis reumatoide y otras enfermedades vasculares y de la colágena (7).

Muchos de estos pacientes presentan afectación unilateral, pero meses o años después el ojo contralateral se vuelve sintomático. La incidencia de bilateralidad al momento de la presentación ha sido reportada en aproximadamente 10-33% (8). Esta patología se presenta más frecuentemente en individuos de edad media, con un rango de 12-77 años (9).

La escleritis posterior ha sido asociada con un gran número de enfermedades, incluyendo acné rosácea, enfermedad de Behcet, enfermedad de Crohn, dermatomiositis, gota, herpes zoster, nefropatía por IgA, infecciones bacterianas, periarteritis nodosa, porfiria, pioderma gangrenoso, enfermedad de Reiter, policondritis, artritis reumatoide, sarcoidosis, sífilis, lupus eritematoso sistémico, enfermedad de Takayasu, arteritis temporal, tuberculosis, colitis ulcerativa y granulomatosis de Wegener (10,11) . Para fines de este trabajo se mencionarán las más frecuentemente relacionadas:

Artritis reumatoide (AR). Esta enfermedad, es con mucho la causa más frecuente de escleritis, contribuyendo con un 20-33% de todos los casos. Por otra parte 0.6-6.3% de los pacientes con esta patología desarrollan escleritis en algún momento durante el curso de la enfermedad. Por otra parte la artritis reumatoide es una de las causas más frecuentes de escleritis anterior con queratitis ulcerativa periférica, así como de escleromalacia (12). La duración promedio de la enfermedad antes del primer episodio de escleritis es de 14.5 años, pero ocasionalmente puede ser el primer signo de una artritis reumatoide severa. En estos pacientes, aproximadamente el 75% de los casos son bilaterales y los casos con afectación predominantemente posterior tienen algún grado de involucro anterior (13). Mc Gavin encontró afectación del segmento posterior en 8 de 36 pacientes (22%) con escleritis anterior secundaria a AR. Lachmann y colaboradores

encontraron en todos sus pacientes con escleritis posterior un test positivo para factor reumatoide.

Enfermedades vasculares y de la colágena. La periarteritis nodosa al igual que la AR, puede causar una escleritis necrotizante con queratitis ulcerativa periférica. Así como escleritis posterior con desprendimiento de retina seroso (14). El lupus eritematoso sistémico puede ocasionar una escleritis nodular anterior y pliegues coroideos. Signos y síntomas oculares pueden ser la primera manifestación de la granulomatosis de Wegener. Finalmente la policondritis puede también ocasionar una escleritis anterior o posterior con desprendimiento de retina seroso (15).

Otras enfermedades autoinmunes. La nefropatía por IgA es una condición recientemente relacionada con escleritis. Aproximadamente el 15% de estos pacientes desarrollan escleritis o epiescleritis y muchos tienen complejos inmunes circulantes (16). El herpes zoster es una causa rara de escleritis y cuando se presenta lo hace generalmente hasta dos o tres meses después de la infección inicial (17).

Reporte de Caso

Presentamos el caso de un paciente masculino de 43 años de edad, originario del estado de Oaxaca, campesino, el cual ingresa a nuestra institución refiriendo disminución progresiva de la agudeza visual en ambos ojos (AO) de 3 meses de evolución, acompañada de dolor ocular de predominio nocturno, así como ojo rojo y lagrimeo. La revisión inicial reveló una capacidad visual en ojo derecho (OD) de cuenta dedos a 1.5m y de 20/200 en ojo izquierdo (OI), una presión intraocular (PIO) de 16mm Hg en OD y 11mm Hg en OI. La exploración del segmento anterior en OD: conjuntiva con hiperemia y reacción ciliar ++, esclera con vasos episclerales y esclerales tortuosos y dilatados, córnea transparente, cámara anterior con células y flare ++, iris con sinequias posteriores 360°, cristalino con esclerosis nuclear + (FIGURA 1). En OI conjuntiva con hiperemia y reacción ciliar ++, esclera con vasos episclerales y esclerales tortuosos y dilatados, córnea transparente, cámara anterior con células y flare ++, iris regular y reactivo, cristalino transparente (FIGURA 2). La exploración del segmento posterior en OD reveló vitritis +++, papila con ligera hiperemia, mácula y retina difíciles de valorar por la inflamación y opacidad de medios (FIGURA 3). En OI papila con hiperemia, mácula con presencia de pliegues y retina aplicada con cambios pigmentarios en periferia inespecíficos (FIGURA 4).



Fig. 1: Fotografía de Segmento anterior de ojo derecho, en la cual se observa la hiperemia conjuntival y dilatación de vasos, así como las sinequias anteriores 360° en iris.



Fig. 2: Fotografía de segmento anterior de ojo izquierdo, en la cual podemos observar la hiperemia conjuntival y dilatación de vasos, así como la ausencia de sinequias anteriores.

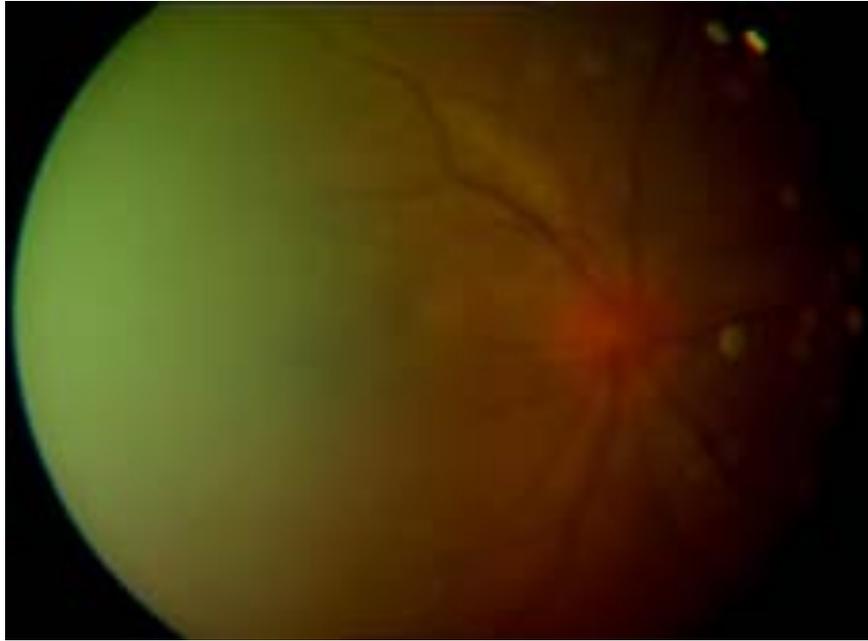


Fig. 3: Fotografía de polo posterior de ojo derecho, en la cual se observa hiperemia del nervio óptico y una ligera tortuosidad vascular. Resto no valorable por la opacidad de medios (catarata y vitritis).

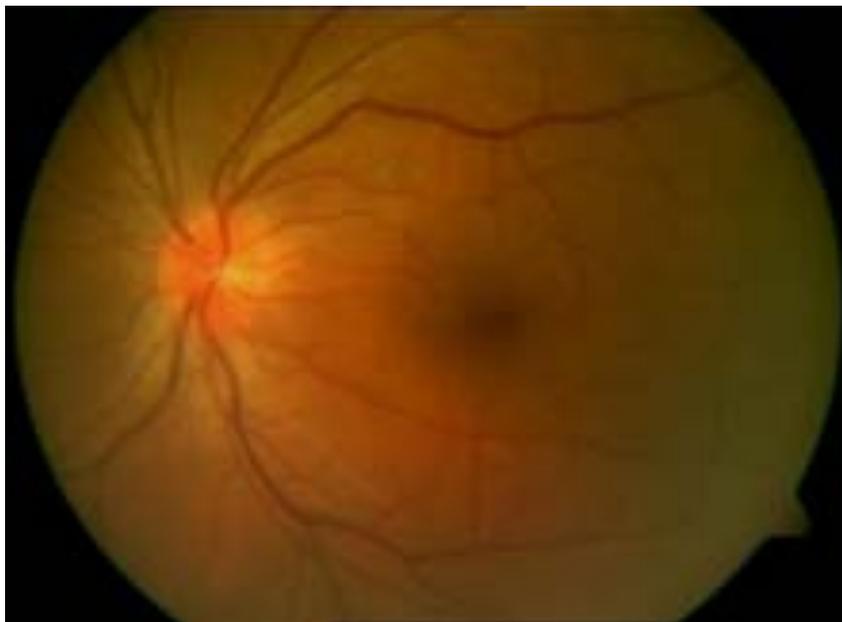


Fig. 4: Fotografía de polo posterior de ojo izquierdo, en la cual se observa hiperemia del nervio óptico, una ligera tortuosidad vascular, así como la presencia de pliegues en área macular.

Al realizar la angiografía con fluoresceína se observó en ambos ojos un moteado irregular de la fluorescencia coroidea, con una hiperfluorescencia de la papila en ambos ojos en etapas tardías (FIGURAS 5 y 6).

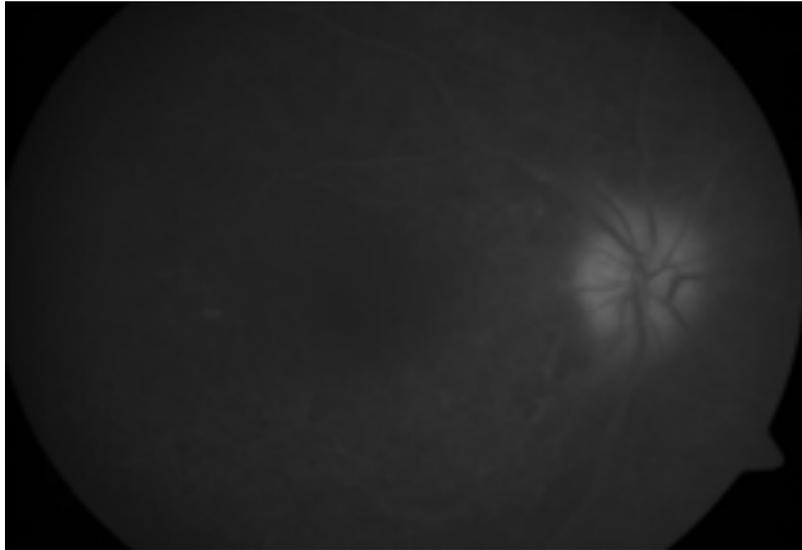


Figura 5. Ojo derecho.

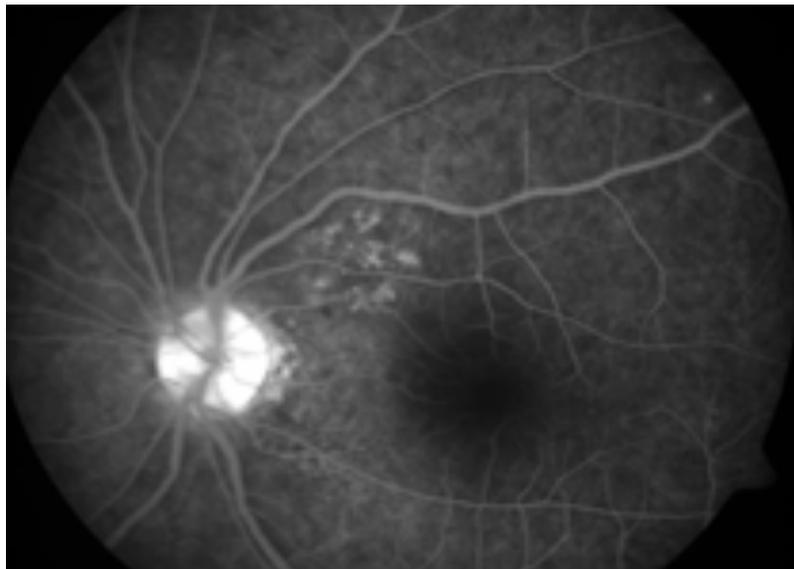


Figura 6. Ojo izquierdo.

Se realizo una ecografía de ambos ojos (FIGURA 7) y (FIGURA 8).

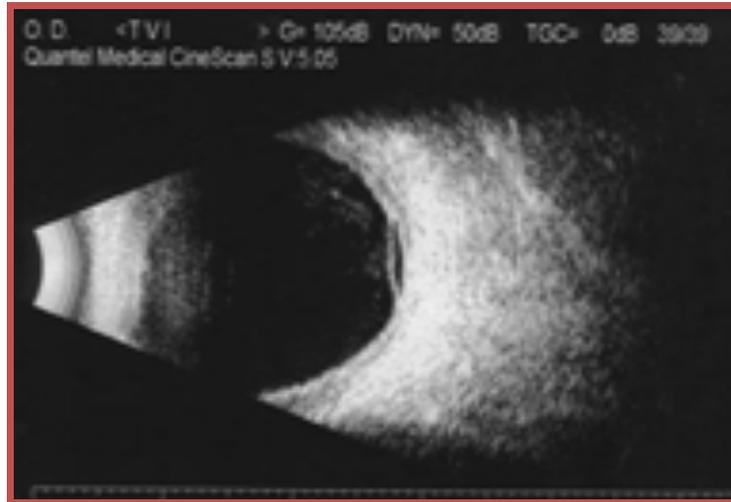


Figura 7. Ojo derecho. Globo ocular fáquico con eje antero-posterior de 21.40mm, con una imagen de membrana separada de pared que corresponde a un desprendimiento de retina seroso en meridiano de las VI, así como un engrosamiento corio-retiniano.

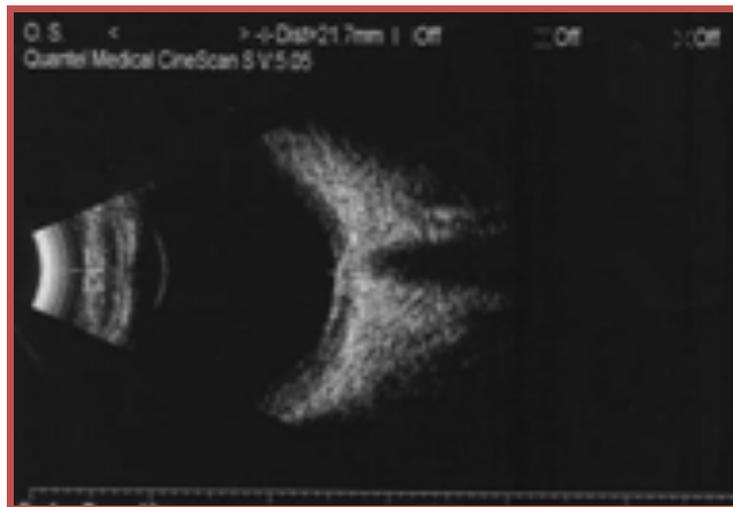


Figura 8. Ojo izquierdo. Globo ocular fáquico con eje antero-posterior de 21.70mm, condensaciones vítreas móviles, así como un engrosamiento corio-retiniano.

Por último vale la pena mencionar que se tomaron estudios de laboratorios de rutina como una biometría hemática, examen general de orina y química sanguínea los cuales se encontraron dentro de parámetros normales, así como otras pruebas más específicas (PPD, VDRL, FACTOR REUMATOIDE, C-ANCAS, P-ANCAS) para descartar alguna causa autoinmune o infecciosa como causante del cuadro clínico, resultando negativos.

El tratamiento de este paciente consistió en medicamentos tópicos como prednisolona, midriáticos, ciclopéjicos, hipotensores oculares, antiinflamatorios no esteroideos, así como tratamiento sistémico a base de prednisona, hipoglucemiantes orales e inmunosupresores como ciclofosfamida por la falta de respuesta al tratamiento convencional.

Discusión

La escleritis posterior es una enfermedad poco común, con una gran variedad de signos y síntomas, los cuales pueden hacer difícil el diagnóstico inicial y por lo tanto ser subdiagnosticada. Los síntomas más comunes son la presencia de dolor, disminución de la agudeza visual, enrojecimiento del globo ocular y en casos severos proptosis, diplopía o ambos.

Dentro de las causas de disminución de la agudeza visual se encuentran el desprendimiento de retina seroso, distorsión de la mácula por una masa escleral y edema macular quístico (18). El involucro del segmento anterior se encuentra frecuentemente en estos pacientes. Los pacientes pueden referir dolor con los movimientos oculares o diplopia, lo cual es probablemente causado por miositis (19).

Los hallazgos en el segmento posterior pueden ser varios e incluir: una masa en polo posterior, pliegues coroideos, estrías retinianas, edema de papila, desprendimiento anular coroideo, desprendimiento seroso macular, edema macular quístico y desprendimiento de retina periférico (20). Otros signos oculares incluyen uveítis, vasculitis y aumento de la presión intraocular. El diagnóstico de esta patología es clínico, apoyado en ciertos estudios entre los que se encuentran la angiografía con fluoresceína y la ecografía ocular.

Angiografía con fluoresceína. Se encuentra un moteado irregular de la fluorescencia coroidea, la cual es seguida por múltiples áreas de hiperfluorescencia conforme avanza el estudio.

En fases medias y tardías podemos observar como estas áreas fugan fluoresceína hacia dentro del líquido subretiniano. Este patrón no es específico de la escleritis posterior, también puede observarse en otras enfermedades como el síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada, la coroidopatía punctata interna, melanoma coroideo, hemangioma cavernoso, carcinoma metastásico y leucemia o linfoma del tracto uveal (21). Por otra parte nos permite diferenciar la escleritis posterior de la coroidopatía serosa central, la cual muestra un solo foco de fuga.

Ecografía. Esta es la prueba más útil en el diagnóstico de la escleritis posterior en la cual podemos observar un engrosamiento difuso de la esclera y coroides, presencia de líquido subtenoniano y edema retrobulbar, lo cual produce el clásico signo de la “ T “ (22).

Otra prueba útil, pero menos utilizada es la tomografía computarizada, en la que podemos observar un engrosamiento escleral que es más evidenciado con la inyección de medio de contraste (23).

Dentro de la histología de esta enfermedad, se observa que esta reacción inflamatoria se extiende hacia dentro de la coroides, causando un engrosamiento coroideo, así como hacia la episclera en donde se pueden apreciar la presencia de nódulos. En algunos casos se puede presentar una perivasculitis del canal de Schlemm y malla trabecular, así como necrosis fibrinoide y trombosis de vasos sanguíneos con isquemia (24).

Para el diagnóstico diferencial de esta enfermedad, debemos tomar en cuenta varias otras patologías que pueden presentar signos y síntomas muy similares, los cuales pueden prestarse a confusión en el diagnóstico. Algunas de las más frecuentes son el síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada (VKH), la coroidopatía serosa central (CSC) y la coroidopatía punctata interna (CPI). Las principales diferencias se muestran en la siguiente tabla.

	Escleritis posterior	VKH	CSC	CPI
Sexo	Femenino	Femenino	Masculino	Femenino
Edad	20-50 años	20-50 años	30-50 años	30-40 años
Raza	No	Orientales, negros, latinos	Raza blanca	Raza blanca
Lateralidad	Unilateral	Bilateral	Unilateral	Uni-bilateral
Dolor	50% (periorbitario)	Leve-moderado	No	No
Apariencia ext.	50% vasos dilatados	Reacción ciliar +	Normal	Normal
Cel. en CA	+/-	+	No	No
Cel. en vítreo	+/-	+	No	No
Edema de NO	Presente	presente	No	No
Ultrasonido	Esclera y coroides engrosada, edema retrobulbar	Coroides engrosada	Retina elevada	Retina elevada

Para el tratamiento de la escleritis posterior contamos con medicamentos, entre los cuales se encuentran los esteroides, tanto sistémicos como retrobulbares, los anti-inflamatorios no esteroideos como la indometacina y para casos severos refractarios a estos medicamentos o relacionados con enfermedades vasculares o de la colágena se encuentran los inmunosupresores como la ciclofosfamida, clorambucil y ciclosporina A, los cuales tienen que ser usados con precaución por los numerosos efectos secundarios que pueden causar (1,25).

Conclusiones

La escleritis posterior es una enfermedad poco común y generalmente subdiagnosticada, debido a la gran variedad de signos y síntomas que puede presentar y a su similitud en la forma de presentación con otras patologías mencionadas anteriormente. Debido a esto, el oftalmólogo general debe estar familiarizado con todas estas formas de presentación para poder llegar a un diagnóstico oportuno y certero, lo cual repercutirá en el pronóstico final del paciente.

El diagnóstico de esta enfermedad es esencialmente clínico, pero podemos apoyarnos en diversos estudios clínicos y paraclínicos como son los exámenes de laboratorio para descartar enfermedades infecciosas o autoinmunes, así como la angiografía con fluoresceína, la tomografía computarizada y la ecografía como la principal herramienta diagnóstica.

El tratamiento de estos pacientes como ya se mencionó anteriormente es con medicamentos, entre los que se encuentran los corticoesteroides, anti-inflamatorios no esteroideos y para casos refractarios los inmunosupresores. Del diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado dependerá la evolución de estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-James T. Rosenbaum, Joseph E. Robertson: Recognition of posterior scleritis and its treatment with indomethacin. *Retina*. 1993: 17-21.
- 2.-Peter J. McCluskey, Peter G. Watson, Susan Lightman, John Haybittle: Posterior Scleritis. *Ophthalmology*. Vol. 106, 12, December 1999:2380-2386.
- 3.-Mc Gavin DDR, Watson PG, Lyne AR: Relapsing polychondritis and eye disease. *Br J Ophthalmol* 60: 192-226, 1976.
- 4.-Watson PG, Hayreh SS: Scleritis and episcleritis. *Br J Ophthalmol* 60: 163-191, 1976.
- 5.-Watson PG: The diagnosis and management of scleritis. *Ophthalmology* 87:716-720, 1980.
- 6.-Lachmann SM, Hazlemann BL, Watson PG: Scleritis and associated disease. *Br Med J* 1:88-90, 1978.

7.-Barr CC, Davis H, Culbertson WW: Rheumatoid scleritis. *Ophthalmology* 88:1269-1273, 1981.

8.-Benson WE, Shields JA, Tasman W, et al: Posterior scleritis. A cause of diagnostic confusion. *Arch Ophthalmol* 97:1482-1486, 1979.

9.-Berger B, Reeser F: Retinal pigment epithelial detachments in posterior scleritis. *Am J Ophthalmol* 90:604-607, 1980.

10.-Cordere F, Brownstein S, Jackson WB: *Pseudomonas aeruginosa* scleritis. *Am J Ophthalmol* 91:706-710, 1981.

11.-Breslin CW, Katz JI, Kaufman HE: Surgical management of necrotizing scleritis. *Arch Ophthalmol* 95:2038-2040, 1977.

12.-Foster CS: Immunosuppressive therapy for external ocular inflammatory disease. *Ophthalmology* 87:140-150, 1980.

13.-Jayson MIV, Jones DEP: Scleritis and rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 30:343-347, 1971.

14.-Anderson B Sr: Ocular lesions in relapsing polychondritis and other rheumatoid syndromes. *Trans Am Acad Ophthalmol Otolaryngol* 65:35-50, 1967.

15.-Magargl LE, Donoso LA, Goldberg RE, et al: Ocular manifestations of relapsing polychondritis. *Retina* 1:96-99, 1981.

16.-De Ligny BH, Sirbat D, Bene MC, et al: Scleritis associated with glomerulonephritis. *Nephron* 35:207, 1983.

17.-Ostler HB, Thygeson P: The ocular manifestations of herpes zoster, varicella, infectious mononucleosis and cytomegalovirus disease. *Surv Ophthalmol* 21:148-159, 1976.

18.-Sears ML: Choroidal and retinal detachments associated with scleritis. *Am J Ophthalmol* 58:764-766, 1964.

19.-Bertelsen TI: acute sclerotenonitis and ocular myositis complicated by papillitis, retinal detachment and glaucoma. *Acta Ophthalmol* 38:136-152, 1960.

20.-Cleary PE, Watson PG, McGill JI, et al: Visual loss due to posterior segment disease in scleritis. *Trans Ophthalmol Soc UK* 95:297-300, 1975.

21.-Gass JDM: Differential diagnosis of Intraocular Tumors. St Louis, CV Mosby, 1974, pp 180, 200-207.

22.-Rochels R, Reis G: Echography in posterior scleritis. Klin Monatsbl Augenheilkd 177:611-613, 1980.

23.-Trokkel SL, Hilal SK: Submillimeter resolution CT scanning of orbital diseases. Ophthalmology 87:412-417, 1980.

24.-Verhoeff FH: Brawny scleritis. Ophthalmoscope 11:2-10, 1963.

25.-William E. Benson: Posterior scleritis. Major Review. Surv Ophthalmol 32(5) March-April 1988.

ESCLERITIS POSTERIOR.
REPORTE DE CASO Y
ACTUALIDADES

Por

Dr. Victor Alba Orozco

Tesis propuesta para la especialidad en

Oftalmología

Universidad Nacional Autónoma de
México

2010

Aprobado por

Dra. Matilde Rubio Lezama
Presidente del Jurado

Medico Adscrito al servicio de Estrabismo

Autorizado por la jefatura de Enseñanza:

_____ Dr. Daniel Ochoa Contreras

Jefe de Enseñanza

Universidad Nacional

Autónoma de México

Descripción breve

ESCLERITIS POSTERIOR.
REPORTE DE CASO Y
ACTUALIDADES

Por Víctor Alba Orozco

Presidente del comité supervisor: Dra. Matilde Rubio Lezama
Servicio de Estrabismo

En 1982 Peter Watson, una de las máximas autoridades en escleritis postuló que la escleritis posterior era una de las patologías más frecuentemente subdiagnosticadas en oftalmología. El término escleritis posterior se refiere a la inflamación confinada a la esclera posterior a la ora serrata, la cual es tan severa que puede llegar a ocasionar alteraciones en la anatomía normal del segmento posterior del ojo afectado.

A continuación se expone un caso clínico con sus correlaciones por medio de estudios paraclínicos, junto con los conceptos actuales de la escleritis posterior, su diagnóstico y auxiliares en el diagnóstico, así como manejo de los pacientes.

TABLA DE CONTENIDO

Página 1:	Introducción
Página 4:	Reporte de caso
Página 10:	Discusión
Página 14:	Conclusiones
Página 15:	Bibliografía

LISTA DE ILUSTRACIONES

Número

- | | |
|--|----------|
| 1. Segmento anterior ojo derecho. | Página 5 |
| 2. Segmento anterior ojo izquierdo. | Página 5 |
| 3. Polo posterior ojo derecho. | Página 6 |
| 4. Polo posterior ojo izquierdo. | Página 6 |
| 5. Angiografía con fluoresceína ojo derecho. | Página 7 |
| 6. Angiografía con fluoresceína ojo izquierdo. | Página 7 |
| 7. Ecografía modo B ojo derecho. | Página 8 |
| 8. Ecografía modo B ojo izquierdo. | Página 8 |

Introducción

La escleritis posterior es una forma rara y subdiagnosticada de inflamación escleral. Dentro de las manifestaciones clínicas se encuentran el dolor, disminución en la agudeza visual, infiltración celular del humor acuoso y vítreo, desprendimiento de retina seroso, edema macular o del nervio óptico (1). El reconocimiento de esta patología es en muchas ocasiones difícil debido a su poca presentación y gran variedad de síntomas, los cuales pueden ser confundidos con aquellos producidos por inflamación intraocular, tumores o inflamación orbitaria (2).

La escleritis es dividida usualmente en cinco categorías. La escleritis difusa anterior es la forma de presentación más frecuente 40-83% (3). Le sigue en frecuencia la escleritis nodular anterior con un 16-44% de los casos. La escleritis necrotizante con inflamación y sin inflamación o también conocida como escleromalacia son poco frecuentes 6-15%. Y por último la escleritis posterior ha sido reportada en un 2-12% de los casos, pero estos números probablemente no reflejen su verdadera incidencia ya que la afectación del segmento posterior puede pasar fácilmente desapercibida principalmente si el involucro del segmento anterior es severo (4,5).

La escleritis es considerablemente más frecuente en mujeres que en hombres. En series reportadas anteriormente 66-83% de los casos fueron mujeres (6). La presentación es bilateral en 40-80%, pero este porcentaje se incrementa en pacientes con artritis reumatoide y otras enfermedades vasculares y de la colágena (7).

Muchos de estos pacientes presentan afectación unilateral, pero meses o años después el ojo contralateral se vuelve sintomático. La incidencia de bilateralidad al momento de la presentación ha sido reportada en aproximadamente 10-33% (8). Esta patología se presenta más frecuentemente en individuos de edad media, con un rango de 12-77 años (9).

La escleritis posterior ha sido asociada con un gran número de enfermedades, incluyendo acné rosácea, enfermedad de Behcet, enfermedad de Crohn, dermatomiositis, gota, herpes zoster, nefropatía por IgA, infecciones bacterianas, periarteritis nodosa, porfiria, pioderma gangrenoso, enfermedad de Reiter, policondritis, artritis reumatoide, sarcoidosis, sífilis, lupus eritematoso sistémico, enfermedad de Takayasu, arteritis temporal, tuberculosis, colitis ulcerativa y granulomatosis de Wegener (10,11) . Para fines de este trabajo se mencionarán las más frecuentemente relacionadas:

Artritis reumatoide (AR). Esta enfermedad, es con mucho la causa más frecuente de escleritis, contribuyendo con un 20-33% de todos los casos. Por otra parte 0.6-6.3% de los pacientes con esta patología desarrollan escleritis en algún momento durante el curso de la enfermedad. Por otra parte la artritis reumatoide es una de las causas más frecuentes de escleritis anterior con queratitis ulcerativa periférica, así como de escleromalacia (12). La duración promedio de la enfermedad antes del primer episodio de escleritis es de 14.5 años, pero ocasionalmente puede ser el primer signo de una artritis reumatoide severa. En estos pacientes, aproximadamente el 75% de los casos son bilaterales y los casos con afectación predominantemente posterior tienen algún grado de involucro anterior (13). Mc Gavin encontró afectación del segmento posterior en 8 de 36 pacientes (22%) con escleritis anterior secundaria a AR. Lachmann y colaboradores

encontraron en todos sus pacientes con escleritis posterior un test positivo para factor reumatoide.

Enfermedades vasculares y de la colágena. La periarteritis nodosa al igual que la AR, puede causar una escleritis necrotizante con queratitis ulcerativa periférica. Así como escleritis posterior con desprendimiento de retina seroso (14). El lupus eritematoso sistémico puede ocasionar una escleritis nodular anterior y pliegues coroideos. Signos y síntomas oculares pueden ser la primera manifestación de la granulomatosis de Wegener. Finalmente la policondritis puede también ocasionar una escleritis anterior o posterior con desprendimiento de retina seroso (15).

Otras enfermedades autoinmunes. La nefropatía por IgA es una condición recientemente relacionada con escleritis. Aproximadamente el 15% de estos pacientes desarrollan escleritis o epiescleritis y muchos tienen complejos inmunes circulantes (16). El herpes zoster es una causa rara de escleritis y cuando se presenta lo hace generalmente hasta dos o tres meses después de la infección inicial (17).

Reporte de Caso

Presentamos el caso de un paciente masculino de 43 años de edad, originario del estado de Oaxaca, campesino, el cual ingresa a nuestra institución refiriendo disminución progresiva de la agudeza visual en ambos ojos (AO) de 3 meses de evolución, acompañada de dolor ocular de predominio nocturno, así como ojo rojo y lagrimeo. La revisión inicial reveló una capacidad visual en ojo derecho (OD) de cuenta dedos a 1.5m y de 20/200 en ojo izquierdo (OI), una presión intraocular (PIO) de 16mm Hg en OD y 11mm Hg en OI. La exploración del segmento anterior en OD: conjuntiva con hiperemia y reacción ciliar ++, esclera con vasos episclerales y esclerales tortuosos y dilatados, córnea transparente, cámara anterior con células y flare ++, iris con sinequias posteriores 360°, cristalino con esclerosis nuclear + (FIGURA 1). En OI conjuntiva con hiperemia y reacción ciliar ++, esclera con vasos episclerales y esclerales tortuosos y dilatados, córnea transparente, cámara anterior con células y flare ++, iris regular y reactivo, cristalino transparente (FIGURA 2). La exploración del segmento posterior en OD reveló vitritis +++, papila con ligera hiperemia, mácula y retina difíciles de valorar por la inflamación y opacidad de medios (FIGURA 3). En OI papila con hiperemia, mácula con presencia de pliegues y retina aplicada con cambios pigmentarios en periferia inespecíficos (FIGURA 4).



Fig. 1: Fotografía de Segmento anterior de ojo derecho, en la cual se observa la hiperemia conjuntival y dilatación de vasos, así como las sinequias anteriores 360° en iris.



Fig. 2: Fotografía de segmento anterior de ojo izquierdo, en la cual podemos observar la hiperemia conjuntival y dilatación de vasos, así como la ausencia de sinequias anteriores.

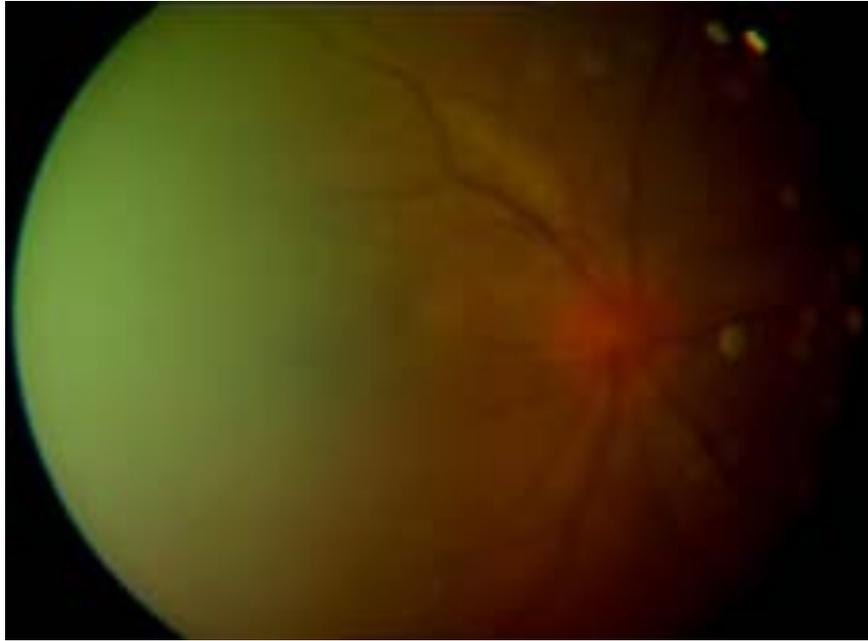


Fig. 3: Fotografía de polo posterior de ojo derecho, en la cual se observa hiperemia del nervio óptico y una ligera tortuosidad vascular. Resto no valorable por la opacidad de medios (catarata y vitritis).

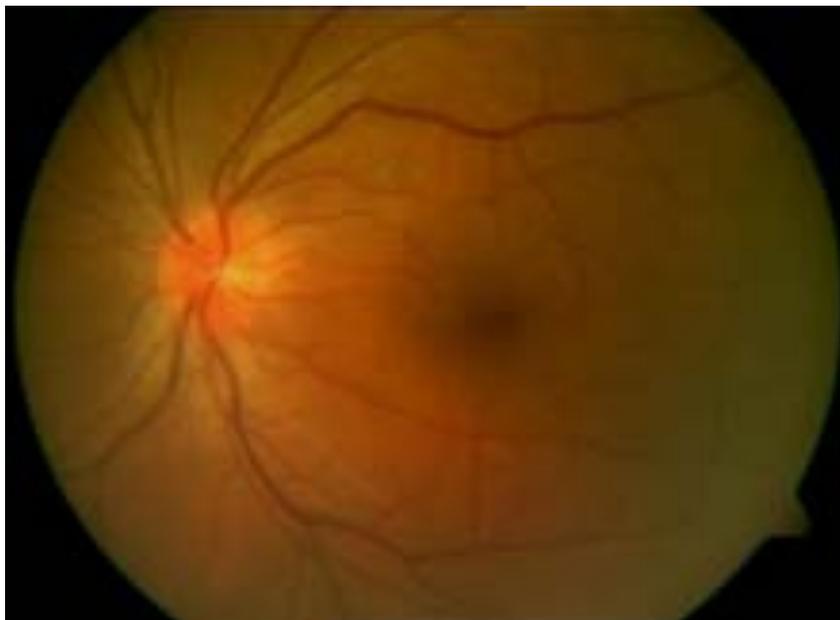


Fig. 4: Fotografía de polo posterior de ojo izquierdo, en la cual se observa hiperemia del nervio óptico, una ligera tortuosidad vascular, así como la presencia de pliegues en área macular.

Al realizar la angiografía con fluoresceína se observó en ambos ojos un moteado irregular de la fluorescencia coroidea, con una hiperfluorescencia de la papila en ambos ojos en etapas tardías (FIGURAS 5 y 6).

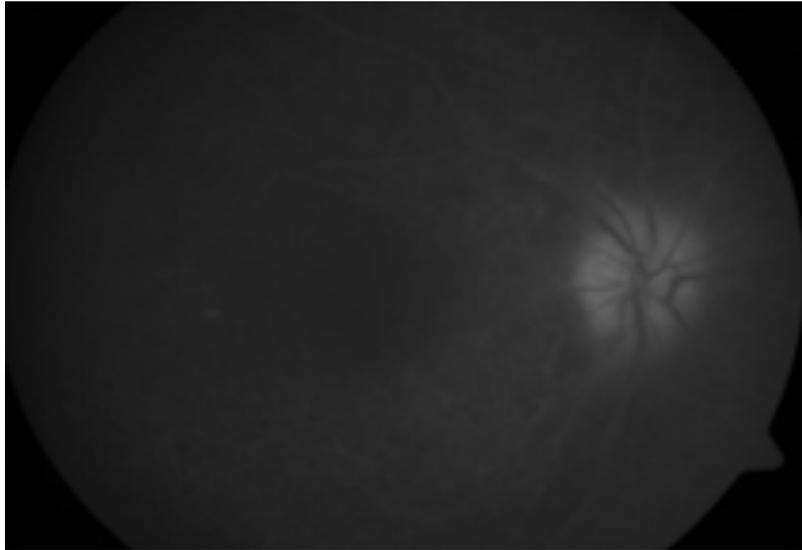


Figura 5. Ojo derecho.

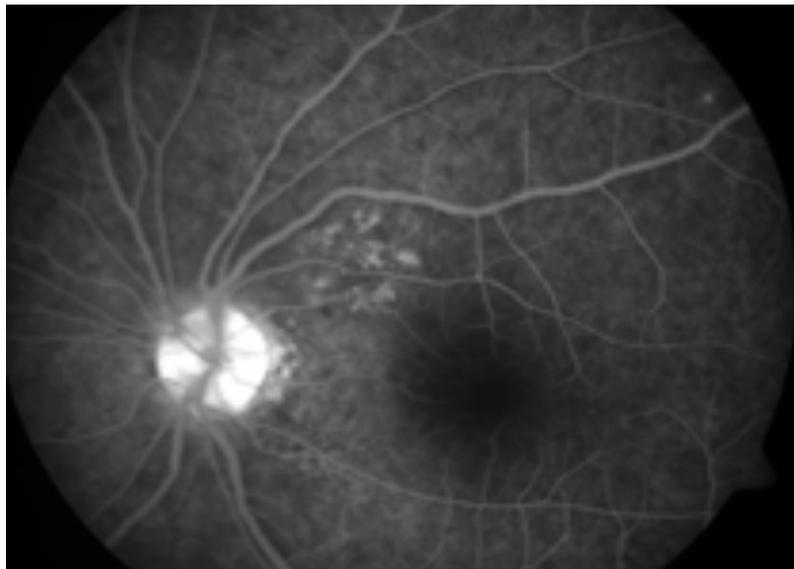


Figura 6. Ojo izquierdo.

Se realizo una ecografía de ambos ojos (FIGURA 7) y (FIGURA 8).

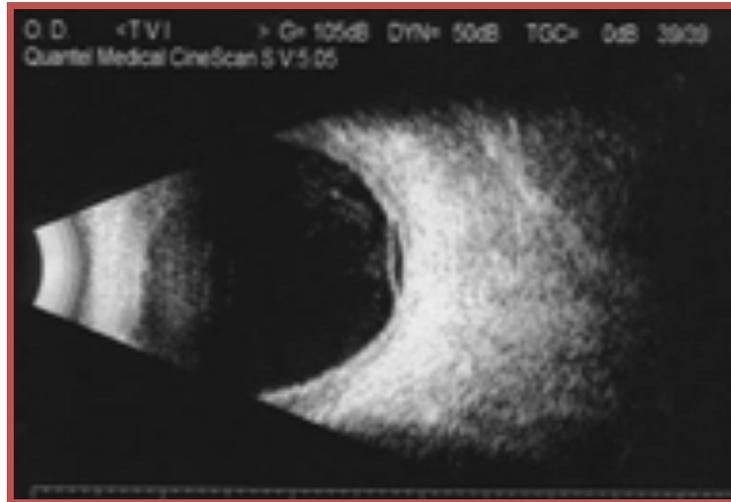


Figura 7. Ojo derecho. Globo ocular fuico con eje antero-posterior de 21.40mm, con una imagen de membrana separada de pared que corresponde a un desprendimiento de retina seroso en meridiano de las VI, así como un engrosamiento corio-retiniano.

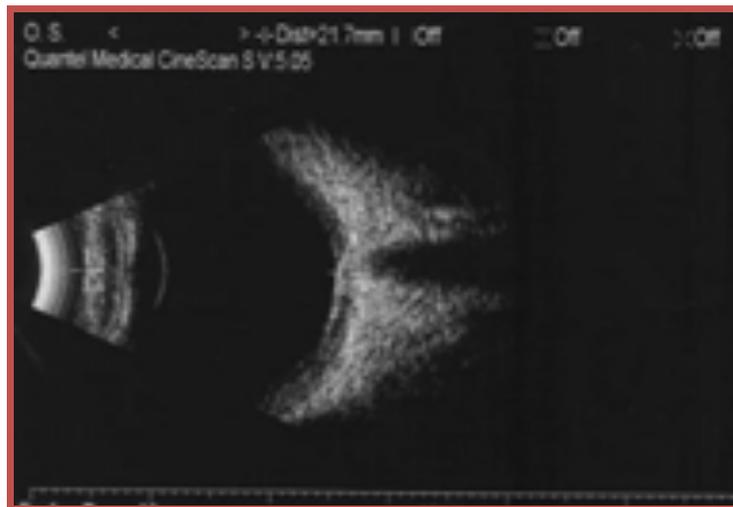


Figura 8. Ojo izquierdo. Globo ocular fuico con eje antero-posterior de 21.70mm, condensaciones vítreas móviles, así como un engrosamiento corio-retiniano.

Por último vale la pena mencionar que se tomaron estudios de laboratorios de rutina como una biometría hemática, examen general de orina y química sanguínea los cuales se encontraron dentro de parámetros normales, así como otras pruebas más específicas (PPD, VDRL, FACTOR REUMATOIDE, C-ANCAS, P-ANCAS) para descartar alguna causa autoinmune o infecciosa como causante del cuadro clínico, resultando negativos.

El tratamiento de este paciente consistió en medicamentos tópicos como prednisolona, midriáticos, ciclopéjicos, hipotensores oculares, antiinflamatorios no esteroideos, así como tratamiento sistémico a base de prednisona, hipoglucemiantes orales e inmunosupresores como ciclofosfamida por la falta de respuesta al tratamiento convencional.

Discusión

La escleritis posterior es una enfermedad poco común, con una gran variedad de signos y síntomas, los cuales pueden hacer difícil el diagnóstico inicial y por lo tanto ser subdiagnosticada. Los síntomas más comunes son la presencia de dolor, disminución de la agudeza visual, enrojecimiento del globo ocular y en casos severos proptosis, diplopía o ambos.

Dentro de las causas de disminución de la agudeza visual se encuentran el desprendimiento de retina seroso, distorsión de la mácula por una masa escleral y edema macular quístico (18). El involucro del segmento anterior se encuentra frecuentemente en estos pacientes. Los pacientes pueden referir dolor con los movimientos oculares o diplopia, lo cual es probablemente causado por miositis (19).

Los hallazgos en el segmento posterior pueden ser varios e incluir: una masa en polo posterior, pliegues coroideos, estrías retinianas, edema de papila, desprendimiento anular coroideo, desprendimiento seroso macular, edema macular quístico y desprendimiento de retina periférico (20). Otros signos oculares incluyen uveítis, vasculitis y aumento de la presión intraocular. El diagnóstico de esta patología es clínico, apoyado en ciertos estudios entre los que se encuentran la angiografía con fluoresceína y la ecografía ocular.

Angiografía con fluoresceína. Se encuentra un moteado irregular de la fluorescencia coroidea, la cual es seguida por múltiples áreas de hiperfluorescencia conforme avanza el estudio.

En fases medias y tardías podemos observar como estas áreas fugan fluoresceína hacia dentro del líquido subretiniano. Este patrón no es específico de la escleritis posterior, también puede observarse en otras enfermedades como el síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada, la coroidopatía punctata interna, melanoma coroideo, hemangioma cavernoso, carcinoma metastásico y leucemia o linfoma del tracto uveal (21). Por otra parte nos permite diferenciar la escleritis posterior de la coroidopatía serosa central, la cual muestra un solo foco de fuga.

Ecografía. Esta es la prueba más útil en el diagnóstico de la escleritis posterior en la cual podemos observar un engrosamiento difuso de la esclera y coroides, presencia de líquido subtenoniano y edema retrobulbar, lo cual produce el clásico signo de la “ T “ (22).

Otra prueba útil, pero menos utilizada es la tomografía computarizada, en la que podemos observar un engrosamiento escleral que es más evidenciado con la inyección de medio de contraste (23).

Dentro de la histología de esta enfermedad, se observa que esta reacción inflamatoria se extiende hacia dentro de la coroides, causando un engrosamiento coroideo, así como hacia la episclera en donde se pueden apreciar la presencia de nódulos. En algunos casos se puede presentar una perivasculitis del canal de Schlemm y malla trabecular, así como necrosis fibrinoide y trombosis de vasos sanguíneos con isquemia (24).

Para el diagnóstico diferencial de esta enfermedad, debemos tomar en cuenta varias otras patologías que pueden presentar signos y síntomas muy similares, los cuales pueden prestarse a confusión en el diagnóstico. Algunas de las más frecuentes son el síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada (VKH), la coroidopatía serosa central (CSC) y la coroidopatía punctata interna (CPI). Las principales diferencias se muestran en la siguiente tabla.

	Escleritis posterior	VKH	CSC	CPI
Sexo	Femenino	Femenino	Masculino	Femenino
Edad	20-50 años	20-50 años	30-50 años	30-40 años
Raza	No	Orientales, negros, latinos	Raza blanca	Raza blanca
Lateralidad	Unilateral	Bilateral	Unilateral	Uni-bilateral
Dolor	50% (periorbitario)	Leve-moderado	No	No
Apariencia ext.	50% vasos dilatados	Reacción ciliar +	Normal	Normal
Cel. en CA	+/-	+	No	No
Cel. en vítreo	+/-	+	No	No
Edema de NO	Presente	presente	No	No
Ultrasonido	Esclera y coroides engrosada, edema retrobulbar	Coroides engrosada	Retina elevada	Retina elevada

Para el tratamiento de la escleritis posterior contamos con medicamentos, entre los cuales se encuentran los esteroides, tanto sistémicos como retrobulbares, los anti-inflamatorios no esteroideos como la indometacina y para casos severos refractarios a estos medicamentos o relacionados con enfermedades vasculares o de la colágena se encuentran los inmunosupresores como la ciclofosfamida, clorambucil y ciclosporina A, los cuales tienen que ser usados con precaución por los numerosos efectos secundarios que pueden causar (1,25).

Conclusiones

La escleritis posterior es una enfermedad poco común y generalmente subdiagnosticada, debido a la gran variedad de signos y síntomas que puede presentar y a su similitud en la forma de presentación con otras patologías mencionadas anteriormente. Debido a esto, el oftalmólogo general debe estar familiarizado con todas estas formas de presentación para poder llegar a un diagnóstico oportuno y certero, lo cual repercutirá en el pronóstico final del paciente.

El diagnóstico de esta enfermedad es esencialmente clínico, pero podemos apoyarnos en diversos estudios clínicos y paraclínicos como son los exámenes de laboratorio para descartar enfermedades infecciosas o autoinmunes, así como la angiografía con fluoresceína, la tomografía computarizada y la ecografía como la principal herramienta diagnóstica.

El tratamiento de estos pacientes como ya se mencionó anteriormente es con medicamentos, entre los que se encuentran los corticosteroides, anti-inflamatorios no esteroideos y para casos refractarios los inmunosupresores. Del diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado dependerá la evolución de estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-James T. Rosenbaum, Joseph E. Robertson: Recognition of posterior scleritis and its treatment with indomethacin. *Retina*. 1993: 17-21.
- 2.-Peter J. McCluskey, Peter G. Watson, Susan Lightman, John Haybittle: Posterior Scleritis. *Ophthalmology*. Vol. 106, 12, December 1999:2380-2386.
- 3.-Mc Gavin DDR, Watson PG, Lyne AR: Relapsing polychondritis and eye disease. *Br J Ophthalmol* 60: 192-226, 1976.
- 4.-Watson PG, Hayreh SS: Scleritis and episcleritis. *Br J Ophthalmol* 60: 163-191, 1976.
- 5.-Watson PG: The diagnosis and management of scleritis. *Ophthalmology* 87:716-720, 1980.
- 6.-Lachmann SM, Hazlemann BL, Watson PG: Scleritis and associated disease. *Br Med J* 1:88-90, 1978.

7.-Barr CC, Davis H, Culbertson WW: Rheumatoid scleritis. *Ophthalmology* 88:1269-1273, 1981.

8.-Benson WE, Shields JA, Tasman W, et al: Posterior scleritis. A cause of diagnostic confusion. *Arch Ophthalmol* 97:1482-1486, 1979.

9.-Berger B, Reeser F: Retinal pigment epithelial detachments in posterior scleritis. *Am J Ophthalmol* 90:604-607, 1980.

10.-Cordere F, Brownstein S, Jackson WB: *Pseudomonas aeruginosa* scleritis. *Am J Ophthalmol* 91:706-710, 1981.

11.-Breslin CW, Katz JI, Kaufman HE: Surgical management of necrotizing scleritis. *Arch Ophthalmol* 95:2038-2040, 1977.

12.-Foster CS: Immunosuppressive therapy for external ocular inflammatory disease. *Ophthalmology* 87:140-150, 1980.

13.-Jayson MIV, Jones DEP: Scleritis and rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 30:343-347, 1971.

14.-Anderson B Sr: Ocular lesions in relapsing polychondritis and other rheumatoid syndromes. *Trans Am Acad Ophthalmol Otolaryngol* 65:35-50, 1967.

15.-Magargl LE, Donoso LA, Goldberg RE, et al: Ocular manifestations of relapsing polychondritis. *Retina* 1:96-99, 1981.

16.-De Ligny BH, Sirbat D, Bene MC, et al: Scleritis associated with glomerulonephritis. *Nephron* 35:207, 1983.

17.-Ostler HB, Thygeson P: The ocular manifestations of herpes zoster, varicella, infectious mononucleosis and cytomegalovirus disease. *Surv Ophthalmol* 21:148-159, 1976.

18.-Sears ML: Choroidal and retinal detachments associated with scleritis. *Am J Ophthalmol* 58:764-766, 1964.

19.-Bertelsen TI: acute sclerotenonitis and ocular myositis complicated by papillitis, retinal detachment and glaucoma. *Acta Ophthalmol* 38:136-152, 1960.

20.-Cleary PE, Watson PG, McGill JI, et al: Visual loss due to posterior segment disease in scleritis. *Trans Ophthalmol Soc UK* 95:297-300, 1975.

21.-Gass JDM: Differential diagnosis of Intraocular Tumors. St Louis, CV Mosby, 1974, pp 180, 200-207.

22.-Rochels R, Reis G: Echography in posterior scleritis. Klin Monatsbl Augenheilkd 177:611-613, 1980.

23.-Trokkel SL, Hilal SK: Submillimeter resolution CT scanning of orbital diseases. Ophthalmology 87:412-417, 1980.

24.-Verhoeff FH: Brawny scleritis. Ophthalmoscope 11:2-10, 1963.

25.-William E. Benson: Posterior scleritis. Major Review. Surv Ophthalmol 32(5) March-April 1988.

