



MESA REDONDA Uveítis y nuevos tratamientos

Actualización en el manejo de las complicaciones de la uveítis

Julio José González López

Hospital Ramón y Cajal, IRYCIS, Madrid

INTRODUCCIÓN

La uveítis, una inflamación intraocular de etiología diversa, presenta complicaciones quirúrgicas significativas que afectan la calidad de vida de los pacientes. Entre las complicaciones más comunes de la uveítis se incluyen el desarrollo de cataratas, el glaucoma y problemas vítreo-retinianos. Este artículo revisa las estrategias actuales en el manejo quirúrgico de estas complicaciones, enfocándose en los avances en técnicas y materiales que optimizan los resultados visuales y reducen el riesgo de recurrencias inflamatorias.

1. MANEJO QUIRÚRGICO DE LA CATARATA EN PACIENTES CON UVEÍTIS

Epidemiología y factores de riesgo

Las cataratas son una complicación frecuente en pacientes con uveítis, con una incidencia anual de 0,054 por ojo y una prevalencia variable de entre 9 y 80%. El riesgo aumenta en función de factores como la severidad de la inflamación, uso prolongado de corticoides y tratamientos quirúrgicos previos (1). En pacientes con artritis idiopática juvenil, el riesgo de ambliopía es considerable (2).

Prevención y manejo preoperatorio

Para reducir el riesgo de cataratas inducidas por esteroides, se recomienda el uso de agentes inmunomoduladores como el metotrexato, el micofenolato o la azatioprina, o biológicos antiTNF como el adalimumab. Antes de la cirugía, es esencial que la uveítis esté quiescente al menos tres meses, sin suspender los inmunosupresores (3). Aunque en el pasado era común intensificar el tratamiento antes de la cirugía, actualmente esta práctica está en debate (4).

Técnica quirúrgica y elección del lente intraocular (LIO)

Las técnicas quirúrgicas deben adaptarse a la presencia de sinequias y la predisposición a la inflamación. La sinéquiolisis y el uso de retractores de iris son esenciales para un adecuado acceso quirúrgico. Se aconseja la implantación de lente intraocular en el mismo acto quirúrgico (5). Para minimizar la inflamación posoperatoria, se prefiere el uso de LIOs de material acrílico hidrófobo sobre los de silicona (5,6). En cuanto al cálculo de la potencia de la LIO; se han obtenido buenos resultados con las fórmulas Barrett universal II, SRK/T y Holladay 1 (7). En pacientes pediátricos, se recomienda realizar una capsulorhexis posterior con vitrectomía anterior para evitar la opacificación secundaria del eje visual.



Manejo postoperatorio

El tratamiento postoperatorio debe incluir la reducción gradual de corticosteroides y una monitorización rigurosa para detectar complicaciones como el edema macular y la opacificación del eje visual, que pueden requerir respectivamente tratamiento médico o vitrectomía.

2. MANEJO DEL GLAUCOMA EN PACIENTES CON UVEÍTIS

Epidemiología y patogenia

El glaucoma secundario a uveítis (GU) afecta aproximadamente al 14,4% de los pacientes con hipertensión ocular y al 5,1% con presiones intraoculares superiores a 30 mmHg. La patogénesis depende de la etiología de la uveítis, con mayor prevalencia en cuadros de artritis idiopática juvenil y uveítis herpética (8,9).

Tratamiento láser y quirúrgico

Las técnicas de iridotomía periférica (10,11) y trabeculoplastia láser selectiva (12) pueden ser efectivas, aunque conllevan riesgos de inflamación en la cámara anterior. En cuanto a la cirugía filtrante, se recomienda la trabeculectomía combinada con mitomicina C, la cual ha mostrado eficacia con un menor riesgo de inflamación postquirúrgica, siempre previo control periquirúrgico de la inflamación intraocular (13).

Los dispositivos de drenaje, como los implantes Ahmed o Baerveldt, son opciones preferidas en casos de glaucoma refractario, especialmente cuando la uveítis es crónica y requiere un manejo más agresivo (14). Alternativamente, la esclerectomía profunda no penetrante (EPNP) ofrece ventajas, como un menor riesgo de hipotonía, aunque requiere ajustes postoperatorios frecuentes para mantener la presión intraocular en rango (15).

3. CIRUGÍA VÍTREO-RETINIANA EN UVEÍTIS

Indicaciones y resultados

La vitrectomía es necesaria en algunos pacientes con uveítis, especialmente en aquellos con retinitis infecciosa (16) o con opacidades vítreas densas. Estudios retrospectivos muestran que alrededor del 2% de los pacientes con uveítis requieren vitrectomía (17). Además, con un buen control inflamatorio perioperatorio, no se ha observado un aumento en las recidivas inflamatorias tras la vitrectomía (17).

CONCLUSIONES

El manejo quirúrgico de las complicaciones de la uveítis ha avanzado considerablemente, con protocolos que buscan optimizar los resultados visuales y reducir la inflamación. La selección adecuada de pacientes y la personalización de las técnicas quirúrgicas son claves para el éxito del tratamiento. Las



intervenciones quirúrgicas en pacientes con uveítis deben realizarse en momentos de mínima actividad inflamatoria y con un seguimiento estricto en el posoperatorio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Papaliadis GN., Rosner BA., Dreger KA., Fitzgerald TD., Artornsombudh P., Kothari S., et al. Incidence of and Risk Factors for Cataract in Anterior Uveitis. *Am J Ophthalmol.* 2023; 254: 221-32, doi: 10.1016/j.ajo.2023.06.021.
2. Thorne JE., Woreta FA., Dunn JP., Jabs DA. Risk of cataract development among children with juvenile idiopathic arthritis-related uveitis treated with topical corticosteroids. *Ophthalmology.* 2010;117(7):1436-41, doi: 10.1016/j.optha.2009.12.003.
3. Zariyova LN., Midgley A., Christmas SE., Beresford MW., Baildam EM., Oldershaw RA. Juvenile idiopathic arthritis: from aetiopathogenesis to therapeutic approaches. *Pediatr Rheumatol Online J.* 2021; 19(1): 135, doi: 10.1186/s12969-021-00629-8.
4. Molimard J., Pajot C., Olle P., Belot A., Quartier P., Uettwiller F., et al. Immunomodulatory treatment and surgical management of idiopathic uveitis and juvenile idiopathic arthritis-associated uveitis in children: a French survey practice. *Pediatr Rheumatol Online J.* 2021; 19(1): 139, doi: 10.1186/s12969-021-00626-x.
5. Schmidt DC., Al-Bakri M., Rasul A., Bangsgaard R., Subhi Y., Bach-Holm D., et al. Cataract Surgery with or without Intraocular Lens Implantation in Pediatric Uveitis: A Systematic Review with Meta-Analyses. *J Ophthalmol.* 2021; 2021:5481609, doi: 10.1155/2021/5481609.
6. Carpentier SJ., Jung JL., Patnaik JL., Pecan PE., Palestine AG. A Cross-Sectional Online Survey Identifies Subspecialty Differences in the Management of Pediatric Cataracts Associated with Uveitis. *Ophthalmol Ther.* 2020; 9(2): 293-303, doi: 10.1007/s40123-020-00245-x.
7. Hong Y., Sun Y., Xiao B., Ainiwaer M., Ji Y. A Bayesian network meta-analysis on comparisons of intraocular lens power calculation methods for paediatric cataract eyes. *Eye.* 2023; 37(16): 3313-21, doi: 10.1038/s41433-023-02510-2.
8. Baneke AJ., Lim KS., Stanford M. The Pathogenesis of Raised Intraocular Pressure in Uveitis. *Current Eye Research.* 2016; 41(2): 137-49, doi: 10.3109/02713683.2015.1017650.
9. Daniel E., Pistilli M., Kothari S., Khachatryan N., Kaçmaz RO., Gangaputra SS., et al. Risk of Ocular Hypertension in Adults with Noninfectious Uveitis. *Ophthalmology.* 2017; 124(8): 1196-208, doi: 10.1016/j.optha.2017.03.041.
10. Agrawal U., Qi N., Stewart P., Luo X., Williams G., Rotchford A., et al. Optimum size of iridotomy in uveitis. *Clinical Exper Ophthalmology.* 2015; 43(7): 692-6, doi: 10.1111/ceo.12528.
11. Spencer NA., Hall AJ., Stawell RJ. Nd:YAG laser iridotomy in uveitic glaucoma. *Clinical Exper Ophthalmology.* 2001; 29(4): 217-9, doi: 10.1046/j.1442-9071.2001.00427.x.
12. Zhou Y., Pruet CM., Fang C., Khanna CL. Selective laser trabeculoplasty in steroid-induced and uveitic glaucoma. *Canadian Journal of Ophthalmology.* 2022;57(4):277-83, doi: 10.1016/j.cjco.2021.05.006.
13. Shimizu A., Maruyama K., Yokoyama Y., Tsuda S., Ryu M., Nakazawa T. Characteristics of uveitic glaucoma and evaluation of its surgical treatment. *Clin Ophthalmol.* 2014;8:2383-9, doi: 10.2147/OPHTH.S72383.
14. Ramdas WD., Pals J., Rothova A., Wolfs RCW. Efficacy of glaucoma drainage devices in uveitic glaucoma and a meta-analysis of the literature. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol.* 2019;257(1):143-51, doi: 10.1007/s00417-018-4156-9.
15. Mercieca K., Steeples L., Anand N. Deep sclerectomy for uveitic glaucoma: long-term outcomes. *Eye.* 2017;31(7):1008-19, doi: 10.1038/eye.2017.80.
16. Bavinger JC., Anthony CL., Lindeke-Myers AT., Lynch S., Xu LT., Barnett J., et al. Risk Factors for Retinal Detachment in Acute Retinal Necrosis. *Ophthalmol Retina.* 2022;6(6):478-83, doi: 10.1016/j.oret.2022.01.016.
17. Gonzalez-Lopez JJ., Echeverría N., Martín Ares Á., Ciancas E. The role of small-gauge vitrectomy in uveitis: surgical indications and results. *Online;* 2021.