Documento descargado de http://www.elsevier.es el 19/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

ARCH SOC ESP OFTALMOL. 2011;**86(12)**:393–394

ARCHIVOS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OFTALMOLOGÍA

www.elsevier.es/oftalmologia

Uveítis: un abordaje multidisciplinar

Uveitis: a multidisciplinary approach

Alex Fonollosa[a,b] y *Alfredo Adán*[c,*]

[a] *Servicio de Oftalmologia, Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo, Vizcaya, España*
[b] *Grupo de Oftalmobiología Experimental (GOBE), España*
[c] *Institut Clínic d'Oftalmologia, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España*

Las uveítis son enfermedades caracterizadas por rasgos, algunos de tan marcada singularidad, que les confieren una naturaleza muy especial. En primer lugar, su patogenia reside principalmente en alteraciones localizadas en órganos extraoculares, fundamentalmente relacionados con el sistema inmunitario[1] —de hecho las uveítis son consideradas el paradigma de enfermedad ocular con patogenia extraocular. En segundo lugar, y siguiendo en el ámbito sistémico, se ha comprobado su asociación con enfermedades generales autoinmunitarias/autoinflamatorias, como la sarcoidosis o la enfermedad de Behçet e infecciosas como la toxoplasmosis o la sífilis. En la mayoría de los estudios etiológicos, algunos con cohortes muy amplias, los resultados revelan que en cerca del 60% de los pacientes se reconoce una causa sistémica como sustrato de la uveítis[2,3]. Por último, en su tratamiento es poco frecuente la indicación quirúrgica y ésta, en general, se circunscribe a los problemas derivados de las complicaciones. Además, los tratamientos que indicamos para las uveítis se administran, en la mayoría de los casos, por vía sistémica y, aunque son raros, pueden ocasionar efectos secundarios graves. Fármacos como la ciclosporina, los más modernos antagonistas del factor de necrosis tumoral alfa y el valganciclovir, en la esfera de las uveítis infecciosas, son claros ejemplos.

Todo ello, pues, justifica la aseveración que sirve de título a este editorial: las uveítis necesitan un abordaje multidisciplinar. El concepto, no obstante, no es nuevo. En países como Estados Unidos o Alemania desde hace mucho tiempo ya no se conciben el diagnóstico y el tratamiento de las uveítis sin la implicación directa de un internista o de un reumatólogo. En España, en general, y a pesar de que es evidente que la multidisciplinariedad es la clave para un diagnóstico y tratamiento adecuados, lo cierto es que no son pocos los centros sanitarios en los que el abordaje multidisciplinar se limita a solicitar una interconsulta a los servicios médicos del hospital. Por otro lado, también se deben analizar las razones por las que las uveítis han despertado escaso interés entre los internistas y reumatólogos. Puede tener una explicación: en muchas ocasiones, el papel que desempeñan se limita a la monitorización de la toxicidad farmacológica secundaria a la terapia administrada. Cabe plantearse la situación inversa y preguntarse: ¿a quién le apasiona la monitorización de la toxicidad retiniana de los antipalúdicos? Los argumentos de la multidisciplinariedad han de tener, llegados a este punto, un matiz pedagógico de carácter recíproco que no se debe soslayar. Y como muestra estos ejemplos: la tuberculosis ocular sin infección sistémica activa también existe[4] o la uveítis anterior por citomegalovirus se presenta en pacientes inmunocompetentes y el valganciclovir mejora sustancialmente este cuadro[5].

Asimismo, la comunicación y el uso de un mismo lenguaje terminológico han de constituir el entramado fundamental de las relaciones entre los integrantes del grupo. Por tanto, no es difícil justificar que la clasificación de las uveítis en patrones clínicos es un método sencillo y de enorme utilidad para unificar criterios[6]. Como también parece no despreciable aprovechar la oportunidad de informar al internista o reumatólogo, por ejemplo, de los efectos del tratamiento sobre la resolución del edema macular visibles en la tomografía de coherencia óptica *(optical coherence tomography)*.

La organización logística de la asistencia a los enfermos con uveítis debe tener como núcleo básico la estrecha rela-

* Autor correspondencia.
Correo electrónico: amadan@clinic.ub.es (A. Adán).

0365-6691/$ – see front matter © 2011 Sociedad Española de Oftalmología. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
doi:10.1016/j.oftal.2011.11.001

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 19/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

ción entre el oftalmólogo y el internista/reumatólogo. La atención médica de forma conjunta puede alcanzar notables cotas de eficiencia: se da la deseable complementariedad en el procedimiento del diagnóstico —y a veces terapéutico—, el enriquecimiento científico mutuo es de gran valor y la gestión de los recursos económicos parece muy adecuada. El equipo multidisciplinar, en el que el oftalmólogo y el internista/reumatólogo figuran como piezas centrales del organigrama, debe completarse con el concurso de otros especialistas, tanto de carácter clínico como de investigación básica. La aportación de infectólogos, oncohematólogos, microbiólogos, patólogos e inmunólogos, a ser posible del mismo centro, puede ser relevante en muchos casos. Del equipo multidisciplinar se van a desprender actividades no sólo asistenciales y de investigación, sino también académicas y docentes, en las que participarán todos los componentes del grupo.

Las uveítis, como enfermedades oculares que son, han de tener en el oftalmólogo el primer receptor del paciente y el que establezca las guías participativas del resto de integrantes del equipo multidisciplinar, cuya contribución será más decisiva en los casos donde se sospeche una afección sistémica. A modo de ejemplo, y cuando se sospeche una asociación sistémica, la pauta a seguir debe consistir en: exploración oftalmológica y elaboración de un diagnóstico diferencial de enfermedades concretas, comunicación al internista/reumatólogo de la sospecha diagnóstica y comprobación por parte del internista/reumatólogo de la presencia o ausencia de semiología sistémica o de alteraciones en las exploraciones complementarias que confirmen o descarten la sospecha del oftalmólogo. En el tratamiento, la decisión del oftalmólogo es clave y debe estar en consonancia con las conclusiones que el internista/reumatólogo u otro especialista, que forme parte del equipo, hayan establecido después de valorar al enfermo en toda su complejidad.

Está claro que, comparándolas con otras áreas de la oftalmología, las uveítis son enfermedades con rasgos particulares. El oftalmólogo que se dedique a esta enfermedad ocular debe estar formado específicamente para ello. En países como Estados Unidos existen desde hace tiempo programas de superespecialización en uveítis. Lamentablemente, en España no existe la posibilidad a día de hoy de formarse de manera oficial en esta especialidad.

En conclusión, las características especiales de las uveítis hacen que en su abordaje diagnóstico y terapéutico sea necesaria la participación multidisciplinar. Este enfoque de las uveítis permite realizar, en la mayoría de las ocasiones, un diagnóstico y tratamiento correctos, al poder valorar adecuadamente todas las manifestaciones clínicas y analíticas que pueden acompañar a esta peculiar enfermedad ocular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Luger D, Caspi RR. New perspectives on effector mechanisms in uveitis. Semin Immunopathol. 2008;30:135–43.
2. Jakob E, Reuland MS, Mackensen F, Harsch N, Fleckenstein M, Lorenz HM, et al. Uveitis subtypes in a german interdisciplinary uveitis center–analysis of 1916 patients. J Rheumatol. 2009;36:127–36.
3. Llorenç Bellés V, Adán Civera A, Espinosa Garriga G, Cervera Segura R, González Martínez J, Pelegrín Colás L *et al*. Uveitis diagnosis characterization at a referral centre in the area of Barcelona. Med Clin (Barc). 2011 Oct 11.
4. Wroblewski KJ, Hidayat AA, Neafie RC, Rao NA, Zapor M. Ocular tuberculosis: a clinicopathological and molecular study. Ophthalmology. 2011;118:772–7.
5. Van Boxtel LA, Van der Lelij A, Van der Meer J, Los LI. Cytomegalovirus as a cause of anterior uveítis in immunocompetent patients. Ophthalmology. 2007;114:1358–62.
6. Bañares A, Jover JA, Fernández-Gutierrez B, Benítez del Castillo JM, Garcia J, Vargas E, et al. Patterns of uveítis as a guide in making rheumatologic and immunologic diagnoses. Arthr Rheum. 1997;40:358–70.