



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

242/303 - UVEÍTIS

M. de la Torre Trillo, M. de la Torre Trillo, E. Ras Vidal, A. Guerrero Montalbán y V. Cusati Velazco

Médico de Familia. Centro de Salud Sant Pere. Reus. Tarragona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 47 años sin antecedentes de interés ni hábitos tóxicos. Consulta por presentar ojo rojo izquierdo de horas de evolución con mucho dolor en la zona, disminución agudeza visual, lagrimeo y fotofobia. No refiere traumatismo previo, recuerda episodio parecido hace años cuando estaba en el pueblo que remitió con tratamiento.

Exploración y pruebas complementarias: Al la exploración física observamos inyección ciliar, miosis, no secreciones, no incremento de presión ocular con la palpación digital. Tinción fluoresceína negativa.

Juicio clínico: Uveítis anterior.

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial; hiposfagma, conjuntivitis, queratitis, glaucoma y fístula carótido-cavernosa. Tras explorar se sospecha de uveítis anterior y se remite a oftalmólogo. Lámpara de hendidura y fondo ojo confirma el diagnóstico. Se le pauta tratamiento con corticoides locales cinco veces al día y tropicamida diaria por las noches Desde primaria solicitamos pruebas para filiar la etiología y descartar patología reumática o infecciosa. Se solicita; autoanticuerpos, HLA-B27, Mantoux y radiografías de tórax y sacroilíacas. La uveítis anterior es la inflamación del segmento anterior de la úvea, la etiología en la mayoría de las ocasiones es desconocida. Las que recidivan el 50% ocurren en portadores de antígeno de histocompatibilidad HLA-B27, con la posibilidad de desarrollar una espondilitis anquilopoyética en el futuro y con menos frecuencia, enfermedad de Reiter, enfermedad de Crohn o artropatía psoriásica. Cerca del 15% de uveítis anterior está asociada a espondilitis anquilopoyética y un 40% de los pacientes con artritis reumáticas sufren ataques recurrentes de uveítis aguda.

Comentario final: En nuestra paciente todas las pruebas fueron negativas excepto la presencia del HLA-B27 positivo. La paciente continua actualmente controles en nuestro centro y por reumatología sin haber presentado signos ni síntomas de espondilitis.

Bibliografía

1. Rilo Beltrán A. Patología Oftálmica. En: Martín Zurro A Atención Primaria, Conceptos, organización y práctica clínica. Madrid: Harcourt; 1999. p. 1490-1.
2. Kanski JJ. Oftalmología Clínica. Madrid. Harcourt, 2000. p. 2-28.
3. Liñán López M. diagnóstico diferencial desde Atención Primaria. Medicina de familia.

2003;3:191-4.

Palabras clave: Uveítis. Dolor ocular. Espondilitis.