



## ***ENFERMEDADES DE LA ESCLERÓTICA***

Las afecciones esclerales no son muy frecuentes de observar en nuestro medio. Al poseer esta estructura ocular las características de un tejido avascular, densamente fibroso y carente de vasos linfáticos, y al estar constituida por fibras elásticas y colágenas, estrechamente unidas por una sustancia mucopolisacárida, la hacen poco reactiva a las diversas agresiones, lo que favorece que sus afecciones se hagan crónicas y recurrentes.

En este capítulo se analizarán las enfermedades principales de la esclerótica y se hará énfasis en las inflamatorias, con la finalidad de que el médico general básico pueda enfrentarlas para su mejor tratamiento, orientación o remisión.

### **Episcleritis**

Afección inflamatoria circunscrita de la episclerótica, que puede extenderse a la lámina escleral superficial o al tejido conectivo subconjuntival profundo; es de carácter transitorio y relativamente benigno. Con frecuencia recidiva y evoluciona hacia la curación espontáneamente, entre 1 a 3 semanas. Se manifiesta por lo general en un solo ojo (en el 65 % de los casos), y es bilateral en el resto.

#### ***Síntomas***

- Enrojecimiento ocular en uno o ambos ojos, lo que se comprueba en las primeras 24 a 72 h; este es el principal motivo de consulta.
- Sensación de ardor ocular quemante.
- Ligeras molestias en el globo ocular afectado.
- Dolor ocular espontáneo, que se incrementa al ejercer presión sobre los párpados, especialmente en horarios nocturnos.
- Ligera fotofobia.
- Lagrimeo.

## **Signos**

- Infiltrado inflamatorio no purulento, difuso o nodular, redondeado u oval, plano o ligeramente elevado sobre la superficie escleral, de coloración rojoazulada; puede alcanzar el tamaño de un frijol, situado a 2 o 3 mm del limbo esclerocorneal, hacia el sector temporal.
- Vasos episclerales congestivos, de coloración rojo salmón brillante, visualizados a la luz solar, que se pueden desplazar sin dificultad sobre la superficie escleral, con el uso de un aplicador de algodón. Instilando tópicamente varias gotas de fenilefrina al 10 %, podemos borrarlos y distinguirlos de los que existen en las escleritis.
- Edema episcleral visible cuando se emplea el biomicroscopio corneal (lámpara de hendidura), con un fino haz de luz, sin existir edema escleral subyacente.

En las episcleritis nodulares, la conjuntiva bulbar hiperémica se puede desplazar libremente sobre el nódulo, destacándolo aún más.

## **Clasificación**

- *Simple:*
  - Sectoriales: enrojecimiento ocular, limitado a un sector.
  - Difusas: enrojecimiento ocular difuso, con menor frecuencia.
- *Nodulares:* se distinguen por el nódulo inflamatorio circunscrito, de coloración rojoazulada, de consistencia dura y muy sensible al tacto. El resto de las estructuras oculares están normales (Fig.7.1).

## **Patología**

Inflamación no granulomatosa, caracterizada por vasodilatación con infiltración perivascular de linfocitos y células plasmáticas.

## **Demografía**

Afecta, sobre todo, a los grupos de edad comprendidos entre los 20 y 50 años, especialmente a los adultos jóvenes, con mayor predilección en las mujeres que padecen reumatismo y enfermedades reumatoideas.

## **Etiología**

- Idiopática (la más frecuente).
- Enfermedades vasculares del colágeno, por ejemplo, artritis reumatoides, poliarteritis nodosa, lupus eritematoso sistémico, granulomatosis de Wagener.

- Gota.
- Tuberculosis.
- Lepra.
- Sífilis.
- Herpes zoster oftálmico.
- Enfermedad de Crohn.
- Hepatitis B.
- Síndrome de Sjögren.
- Estados alérgicos.
- Infecciones focales.

Generalmente, las episcleritis no se encuentran asociadas a enfermedades inmunológicas sistémicas. En más de la tercera parte de los pacientes se ha reportado que tienen enfermedades bilaterales.

### ***Tratamiento***

Cuando los síntomas son ligeros: compresas húmedas frías, varias veces al día, durante 15 a 20 min. Colirios de lágrimas artificiales, edetato de sodio, cloruro de benzalconio, o, en su defecto, solución salina fisiológica fría.

Cuando los síntomas son moderados o severos: uso de colirios o ungüentos antiinflamatorios no corticosteroideos, por ejemplo, ibuprofeno, fenoprofeno, diclofenaco de sodio, indometacina, bencidamina, 6 veces al día.

Se emplearán colirios antiinflamatorios corticosteroideos, solos o asociados a los anteriores, por ejemplo, prednisolona, dexametasona, fluorometolona, 6 veces al día. La utilización de colirios vasoconstrictores con antihistamínicos, provoca el alivio de los síntomas al disminuir la hiperemia ocular y producir midriasis con igual dosificación de los anteriores, por ejemplo, fenilefrina al 10 %, epinefrina al 2 %, nafazolina-feniramina, etc.

Cuando los síntomas sean muy severos, se añadirá por vía oral: ibuprofeno, de 200 a 600 mg, o flurbiprofen, 100 mg, 1 tableta, 3 veces al día; otros como la bencidamina, indometacina, butacifona, ácido flufenámico, etc., 1 tableta, 3 veces al día.

Estos medicamentos se administrarán con alimentos y/o antiácidos.

## **Escleritis**

Afección granulomatosa crónica, grave, de rara observación, con frecuencia recidivante, que involucra todo el espesor de la esclerótica. Es capaz de causar alteraciones estructurales en su parénquima, por lo que llega a comprometer seriamente la visión de los pacientes. Aparece por lo general en ambos ojos, con gran incidencia en adultos jóvenes.

## ***Etiología***

Se considera que las enfermedades generales y/o sistémicas o por trastornos inmunológicos (autoinmunes), asociadas a las infecciosas, constituyen más del 50 % de la causa probable de esta afección: se destacan las enfermedades del colágeno entre las más frecuentes. En los enfermos con SIDA, la enfermedad escleral es más grave y común que en la población general.

Enfermedades del colágeno:

- Artritis reumatoide.
- Lupus eritematoso sistémico.
- Espondilitis anquilosante.
- Poliarteritis nodosa.
- Policondritis recurrente.
- Granulomatosis de Wegener.
- Dermatomiositis.
- Enfermedades metabólicas.
- Tirotoxicosis.
- Cardiopatía reumática activa.
- Gota.
- Arteritis soriásica.
- Otras causas:
  - Tuberculosis.
  - Sífilis.
  - Lepra.
  - Sarcoidosis.
  - Infecciones virales (herpes simple y herpes zoster oftálmico).
  - Infecciones parasitarias (oncocercosis).
  - Traumatismos (heridas perforantes, quemaduras por agentes físicos y químicos, cuerpos extraños).
- Causas desconocidas.

## ***Demografía***

Se presenta durante la 2da. y la 6ta. décadas de la vida; es significativamente más frecuente en mujeres afectadas por enfermedades del colágeno, asociadas con enfermedades infecciosas e inmunológicas subyacentes, entre otras. Se observa en ambos ojos (en más del 50 % de los casos).

## **Patología**

Histopatológicamente, las escleritis se dividen en difusas, nodulares y necrotizantes.

En las escleritis necrotizantes se producen inflamaciones granulomatosas que debilitan y destruyen las estructuras colágenas de la pared escleral, lo que provoca que se hernie el tejido uveal subyacente y ocasione la escleromalacia perforante (Fig. 7.2).

Las ectacias esclerales, denominadas estafilomas, se originan por la delgadez de la esclerótica vecina a estas alteraciones.

En las escleritis se ha comprobado la presencia y acumulación de inmuno-complejos.

## **Clasificación**

Las escleritis, de acuerdo con su localización, se dividen en anteriores y posteriores.

Las escleritis anteriores afectan los alrededores de la córnea y la región anterior del tracto uveal (iris y cuerpo ciliar).

Las escleritis posteriores afectan el tracto uveal posterior (coroides) y la retina, por detrás del ecuador del globo ocular.

## **Síntomas**

Lagrimeo y fotofobia con sensibilidad de la región ciliar.

## **Signos**

Aparecen placas de color rojo oscuro o violáceo, adyacentes a la córnea, que rodean el limbo y forman una escleritis anular. Otras veces se desarrollan pequeños nódulos duros y blancos debajo de la conjuntiva, que no pueden desplazarse por encontrarse adheridos a los nódulos.

## **Formas clínicas de la escleritis anterior**

*Escleritis anterior difusa aguda.* Se comprueba una extensa reacción inflamatoria del segmento anterior. La prevalencia es del 40 % (Fig. 7.3).

*Escleritis nodular anterior aguda.* Presenta un nódulo inflamatorio. La prevalencia es del 44 % (Fig.7.4).

*Escleritis necrotizante anterior aguda.* El dolor ocular es intenso. Comienza a transparentar la esclera, lo que permite que el pigmento uveal se haga visible (Fig. 7.5).

El 60 % de los pacientes hacen complicaciones oculares y sistémicas; de estos, el 40 % pierde la visión.

Es la variedad más destructiva de escleritis.

El 29 % de los pacientes fallece en los primeros 5 años después de iniciado el proceso, debido a complicaciones inflamatorias vasculares.

El 60 % de los pacientes desarrolla enfermedades bilaterales.

### *Síntomas y signos de la escleritis posterior*

- Dolor ocular intenso de aparición súbita.
- Trastornos visuales graves por afectaciones coroideas y retinianas.
- Exoftalmos ocasional.
- Desprendimiento de la retina.
- Glaucoma secundario por cierre angular.
- Restricción de los movimientos oculares.
- Papiledema.
- Retracción del párpado inferior.
- Engrosamiento de la esclera posterior.
- Pliegues de las coroides.
- Opacidades del cuerpo vítreo.

### *Complicaciones*

Se observan durante el período inflamatorio, o al finalizar este; la esclerótica queda afectada, toma un color violeta pálido, se adelgaza y se debilita. Pueden aparecer las complicaciones siguientes: queratitis profundas, escleroqueratitis, queratólisis marginales, ulceraciones corneales, estafilomas y ectasias esclerales, uveítis (anteriores y posteriores), glaucomas secundarios, cataratas, escleromalacia perforante (etapa final de la forma necrotizante), edema retinal y neuropatía óptica.

### *Tratamiento*

#### *Escleritis sintomáticas*

Se deben administrar antiinflamatorios no corticosteroideos por vía tópica: emplear la misma dosis que en las episcleritis, aunque los resultados son mucho mejor en las inflamaciones de la esclera.

Resultan efectivas las tabletas de indometacina de 25 mg; ibuprofeno, de 400 a 600 mg; flurbiprofeno de 100 mg; meloxicam de 7,5 mg; diclofenaco de sodio o sus similares, 1 tableta, 3 veces al día, durante una o varias semanas, con alimento y/o antiácidos.

El empleo de antiinflamatorios corticosteroides por vía tópica se considera poco efectivo, aunque puede disminuir la reacción inflamatoria en las escleritis difusas y nodulares con síntomas ligeros.

La administración de medicamentos por vía subconjuntival está contraindicada, porque puede ocasionar necrosis y perforación en el sitio de inyección, por debilitamiento de la pared escleral.

Las vías oral e intravenosa resultan útiles y efectivas cuando existe intolerancia o contraindicación a los antiinflamatorios no corticosteroides, o cuando no se produzca una respuesta favorable con el uso de los mismos.

Los esteroides por vía oral se emplean con dosis diarias entre 60 a 100 mg, durante una semana, que se irán disminuyendo progresivamente.

El uso de colirios o ungüentos midriáticos -ciclopléjicos es necesario, por ejemplo, atropina al 1 %, escopolamina al 0,25 %, homatropina al 2 % y ciclopentolato al 1 %.

### *Escleritis no sintomáticas*

La escleromalacia perforante debe ser valorada por el internista o reumatólogo, ya que su asociación con enfermedades sistémicas es, a menudo, grave. El tratamiento ocular no es útil.

## **OTRAS AFECCIONES ESCLERALES**

### **Escleróticas azules**

Se observan en diversos padecimientos que conducen a trastornos del tejido conjuntivo, específicamente de las fibras colágenas, dándole una coloración azulada a la esclerótica. Forma parte del cuadro clínico en:

- Osteogénesis imperfecta.
- Síndrome de Marfan.
- Seudohipoparatiroidismo.
- Síndrome de Ehlers-Danlos.

A veces se observan escleróticas azules en el queratocono y queratoglobos, y en algunos recién nacidos.