Revista Electrónica de PortalesMedicos.com
ISSN 1886-8924 – Publicación de artículos, casos clínicos, etc. de Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud

Pars planitis y terapéuticas

26 junio, 2025

Pars planitis y terapéuticas

Autora principal: Melania Maroto Martínez

Vol. XX; nº 12; 745

Pars planitis and treatments

Fecha de recepción: 20 de mayo de 2025

Fecha de aceptación: 21 de junio de 2025

Incluido en Revista Electrónica de PortalesMedicos.com, Volumen XX. Número 12 – Segunda quincena de Junio de 2025 – Página inicial: Vol. XX; nº 12; 745

Autores:

Melania Maroto Martínez, Caja Costarricense del Seguro Social, Cartago, Costa Rica

Resumen

Objetivos: describir los tratamientos de la pars planitis, incluyendo corticoides, inmunosupresores, terapias biológicas y cirugías.

Materiales y métodos: revisión narrativa sistemática. Utilizando motores de búsqueda NIH, Pubmed, revistas como ELSEVIER, Revista Estadounidense de Oftalmología, Scielo. Criterios de inclusión: niños y personas adultas con uveítis intermedia, pars planitis. Criterios de exclusión: personas adultas mayores y uveítis intermedias neoplásicas. Se analizaron 30 artículos, incluyendo

metaanálisis, estudios de ensayos clínicos controlados, revisión sistemática de estudios de cohorte, casos y controles un 53,33%; series de casos y estudios de cohorte un 33,33% y opiniones de expertos un 13,33%.

Resultados y conclusiones: la pars planitis es una enfermedad crónica, progresiva, con múltiples complicaciones y requiere intervención temprana y vigorosa. Afecta a niños y adultos. Respecto a los corticoides, sigue siendo el tratamiento medular, vía sistémica, periocular, intravítrea como implantes de dexametasona, acetónido de fluocinolona, con eficacia similar en niños y adultos, y escasas complicaciones. Los inmunomoduladores se asocian con un menor riesgo de desarrollar edema macular e hipertensión ocular. El adalimumab, tocilizumab, infliximab son eficaces en la pars planitis refractaria a tratamiento convencional, bien tolerados y eventos adversos similares en todos los estudios. La facoemulsificación mejoró la agudeza visual; la vitrectomía es una opción para el control de la inflamación e impedir los efectos adversos por inmunosupresores sistémicos. La pars planitis se asocia con enfermedades sistémicas y necesitan, intervención multidisciplinaria; se necesitan más estudios con adecuados niveles de evidencia científica en América Latina, que brinden más sugerencias terapéuticas.

Palabras clave

uveítis intermedia y terapias, pars planitis, pars planitis y tratamientos.

Abstract

Objectives: To describe treatments for pars planitis, including corticosteroids, immunosuppressants, biologic therapies, and surgery.

Materials and methods: To describe a systematic narrative review. Search engines included NIH, PubMed, and journals such as ELSEVIER, the American Journal of Ophthalmology, and Scielo. Inclusion criteria: children and adults with intermediate uveitis and pars planitis. Exclusion criteria: older adults and neoplastic intermediate uveitis. Thirty articles were analyzed, including meta-analyses, controlled clinical trials, systematic reviews of cohort studies, case-control studies (53.33%), case series and cohort studies (33.33%), and expert opinions (13.33%).

Results and conclusions: Pars planitis is a chronic, progressive disease with multiple complications and requires early and vigorous intervention. It affects children and adults. Regarding corticosteroids, the most commonly used treatment is spinal cord, systemic, periocular, and intravitreal, such as dexamethasone and fluocinolone acetonide implants, with similar efficacy in children and adults and few complications. Immunomodulators are associated with a lower risk of developing macular edema and ocular hypertension. Adalimumab, tocilizumab, and infliximab are effective in pars planitis refractory to conventional treatment, are well tolerated, and have similar adverse events in all studies. Phacoemulsification improved visual acuity; vitrectomy is an option to control inflammation and prevent adverse effects from systemic immunosuppressants. Pars planitis is associated with systemic diseases and requires multidisciplinary intervention; more studies with adequate levels of scientific evidence are needed in Latin America to provide more therapeutic suggestions.

Keywords

intermediate uveitis and therapies, pars planitis, pars planitis and treatments.

Introducción

«Las uveítis son la primera causa de enfermedades inflamatorias oculares y corresponden a la inflamación de la capa media del ojo; son una de las principales causas de baja visual dentro de la población económicamente activa, con hasta 35% de los pacientes presentando baja visual severa o ceguera legal» (1).

Martínez et al. (2) describen, que la pars planitis fue descrita por Charles Louis Schepens en 1950 con la llegada de la oftalmoscopia indirecta.

«La pars planitis es un proceso crónico inflamatorio que involucra el cuerpo ciliar, la coroides, la retina periférica y el cuerpo vítreo. Gartner, sitúa el proceso en la base del vítreo y en la porción cortical de este, en ora serrata y pars plana; siendo a este nivel, donde existe la mayor proporción de material inmunógeno, habiéndosele considerado, por ello, reservorio de patología inmunogénica» (2).

Engerlhard et al. (3) afirman, que el diagnóstico más habitual recibido por los pacientes con uveítis intermedia fue en el 73,08% pars planitis, y dicha investigación corresponde con otros artículos reportados desde 74% en St. Louis hasta 98% en Duke.

Según Smith et al. (4) la pars planitis es un subtipo de uveítis intermedia idiopática en el que existen acumulaciones epirretinianas periféricas de restos exudativos e inflamatorios conocidos como bolas y bancos de nieve en la pars plana y presentes en ausencia de una infección o enfermedad sistémica asociada. Catalogada como la forma más frecuente de uveítis intermedia en el 85-90% de estos casos.

Asimismo, explica que la población más afectada se encuentra entre los 5 años de edad hasta los 40 años, con distribución bimodal; con dos picos entre los 5-15 años y entre los 20-40 años, sin inclinación por género.

Smith et al. (4) alegan, que el 80% de los casos son bilaterales, con una presentación que puede ser asimétrica con predilección por un ojo. Respecto a la sintomatología:

-En niños se ve fotofobia, enrojecimiento ocular, inflamación notable en cámara anterior y células vítreas.

-En adolescentes y adultos jóvenes, comienza lentamente y los pocos síntomas pueden ser solo miodesopsias. Posterior a la inflamación, opacidad de cámara anterior, células vítreas, flebitis retiniana periférica con vaina venosa retiniana. Si se prolonga y cronifica la inflamación, hay edema macular y suele ser refractaria en un 10%, siendo la principal causa de pérdida visual.

Otros signos descritos por Smith et al. (4), son neovascularización secundaria a isquemia por flebitis retiniana combinada con estímulos angiogénicos de la inflamación y que están presentes a lo largo del banco de nieve inferior hasta en un 10%, subsiguientemente se presentan hemorragias vítreas, primordialmente en niños. Los complejos de neovascularización se contraen, producen esquisis retiniana traccional periférica dando lugar al desprendimiento de retina regmatógenos. Asimismo, hay desprendimientos periféricos localizados o serosos en el 4-10% de los casos y rara vez se desarrolla retinopatía exudativa.

La inflamación crónica es importante porque conlleva cambios que generan pérdida de la visión como cataratas, membraba epirretiniana, opacificación del vítreo y otros cambios como sinequias posteriores y queratopatía en banda.

Ver figura n° 1: Clínica de la pars planitis (al final del artículo).

Según Chauhan y Koushik (5) describen, que la incidencia de la pars planitis es 1,4 por 100.000 en Francia y una prevalencia de 5,9 por 100.000.

Dajee et al. (6) determinan que la prevalencia de uveítis en la ciudad de Dallas-Texas (Estados Unidos) es entre 4,3% al 6,9% de cada, 100000, niños.

Donaldson et al. (7) en su estudio Pars Planitis: un estudio de 20 años sobre incidencia, características clínicas y resultados, determina que la incidencia de pars planitis fue de 2,077 por 100.000 personas en el estado de Minnesota, Estados Unidos.

Como afirman Hurtado et al. (1), la prevalencia de pars planitis en el Hospital Central de San Luis Potosí, México fue de un 2.08%, para un n = 96 pacientes.

Asimismo, Fuseau et al. (8) describe la prevalencia en el Hospital de clínicas Dr. Manuel Quintela de Montevideo, en Uruguay, en su estudio llamado: «Uveítis y tratamiento inmunosupresor: experiencia en una unidad de uveítis multidisciplinaria» de 1% de pars planitis con un n = 103 pacientes.

En Costa Rica, se desconoce la incidencia de la pars planitis, se documenta un estudio realizado por Ivancovich et al. (9), con población pediátrica de una clínica de uveítis, donde se hace mención de que el tipo más frecuente de uveítis es la panuveitis en un 39%.

Metodología

Se incluyen 30 artículos, entre los cuales se encontraron metaanálisis, estudios de ensayos clínicos controlados, revisión sistemática de estudios de cohorte, estudio individual de cohorte y revisión sistemática de casos y controles para un 53,33%; series de casos y estudios de cohorte para un 33,33% y opiniones de expertos basados en revisión no sistemática de resultados o esquemas fisiopatológicos para un 13,33%.

Estudio descriptivo tipo revisión narrativa. Se utilizaron fuentes de información primaria y secundaria, por medio de bases de datos, artículos científicos, documentos oficiales de páginas como la NIH. Además, se incluyeron algunas revisiones de tesis doctorales y libros referentes a la temática expuesta.

Se utilizaron los motores de búsqueda Pubmed, revistas como Scielo, ELSEVIER, Dialnet, Revista Estadounidense de Oftalmología, revista The Lancet, Revista Science Direct, Revista Internacional de Oftalmología.

Criterios de inclusión: niños y personas adultas con uveítis intermedia – pars planitis.

Criterios de exclusión: personas adultas mayores y uveítis intermedias neoplásicas.

Descriptores en la búsqueda: Intermediate uveítis and therapies, pars planitis, pars planitis and treatments.

Análisis de los datos: se encontraron un total de 109 artículos, y según criterios de inclusión se seleccionaron 30 artículos, los cuales contaron con un adecuado nivel de evidencia científica (según la clasificación de David L. Sackett).

Para su desarrollo, se revisaron los artículos por títulos, se descartaron duplicados, luego se seleccionaron a través de la revisión de los resúmenes y, por último, se realizó la revisión de cada uno de los artículos en su totalidad para usarlos en los resultados.

En esto se respeta la opinión de los autores, citando debidamente de acuerdo con las Normas de Vancouver.

Resultados y discusión

Las terapéuticas empleadas en el manejo de la pars planitis son de tipo médico y quirúrgicas.

Beltrán et al. (10) alegan, los fármacos utilizados en el tratamiento de la pars planitis, se administran por diversas vías: uso oral o intravenoso, uso intravítreo (sea como una inyección o un implante de liberación sostenida). Son un grupo amplio de fármacos de variadas familias, como los corticoides intraoculares, los agentes inmunosupresores ahorradores de esteroides, los fármacos antimetabolitos, los antibióticos y los biológicos.

Las terapéuticas quirúrgicas van dirigidas a las complicaciones de la pars planitis.

Según Chauhan y Koushik. (5), las disposiciones del tratamiento se justifican en la extensión de la inflamación de la pars planitis, la extensión de la vasculitis y el edema macular que se desarrolle.

«El enfoque original de la escalera de cuatro pasos de Kaplan para la pars planitis consistía en:

Inyecciones regionales de corticosteroides seguidas de prednisolona oral si el esteroide regional/periocular no es eficaz.

Crioterapia o fotocoagulación láser de la retina periférica.

Vitrectomía pars plana (VPP)

Si las tres opciones anteriores fallan, se consideran agentes inmunosupresores ahorradores de esteroides» (5).

Respecto al uso de corticoides

«El pilar básico del tratamiento de las uveítis intermedias y posteriores es la corticoterapia. Si la afectación ocular es unilateral, se puede optar por el uso de inyecciones perioculares o intraoculares de corticosteroides. En nuestro hospital se utiliza generalmente triamcinolona para las inyecciones perioculares y el implante de dexametasona para las inyecciones intraoculares» (11).

Beltrán et al. (10) afirman que la corticoterapia se utiliza en uveítis no anteriores, vía sistémica, para moderar el proceso de inflamación aguda, en especial si es bilateral y cuando hay riesgo de pérdida visual. Se recomienda iniciar con la dosis eficaz más baja posible para controlar la inflamación y posteriormente ir titulando el medicamento según su respuesta clínica.

Como explica Valls y Martínez (11), en uveítis refractaria se pactan esteroides sistémicos iniciando con dosis 0,5mg a 1mg de prednisona/kg/día dependiendo de la gravedad, si la inflamación aumenta con riesgo de ceguera, se usan bolos de metilprednisolona

de 250mg-1000mg/día por 3 días y luego continuar con dosis oral. Al mismo tiempo, Beltrán et al. (10), describen que, si la uveítis es severa, se debe usar la vía endovenosa a dosis altas de corticoides. En crisis agudas de uveítis primordialmente monoculares, se favorecen de la aplicación de inyecciones perioculares y si hay refractariedad con las inyecciones, se aconseja el uso implantes de liberación sostenida como de dexametasona, acetónido de fluocinolona; en especial en adultos mayores en los que tienen contraindicaciones para emplear inmunomoduladores.

Según Tomkis et al. (12), los implantes intravítreos de dexametasona (Ozurdex) han confirmado su eficacia en el manejo de las uveítis en niños y adultos, con efectos duraderos de hasta seis meses, posterior a un único implante. En su estudio basado en el efecto de la repetición del tratamiento con implantes de dexametasona en pediatría, se determinó que su efecto es acumulativo, mejorando parámetros como inflamación ocular, agudeza visual corregida, cambios corregidos para la miopía, resolución del edema macular y su efecto se extendió por más de seis meses. Además, con los implantes repetidos se logró interrumpir la inmunosupresión sistémica.

Wangyu et al. (13) describen, que el uso del implante intravítreo de fluocinolona 0,18mg en niños como en adultos tiene una eficacia similar, en particular en la pars planitis, con adecuadas tasas de supervivencia sin recurrencia correspondientes a 82% a los 6 meses, 60% al año y 60% a los 2 años.

Como afirman Reiff et al. (14), en su estudio con una cohorte de 75 niños, de los cuales 50 tenían pars planitis idiopáticas; se trató la pars planitis con esteroides tópicos por 15,5 meses, requirieron esteroides inyectados peri o intraoculares en un 20%, esteroides sistémicos en pulsos intravenosos de 30mg/kg (máximo 1g por 3 días), corticoides orales en el 10% de los pacientes; sin embargo todos los pacientes a excepción de uno necesitaron tratamiento con inmunomodulares como metotrexato (en el 92% de los casos a una dosis de 40mg/semana), micofenolato (1500mg 2 veces al día) y ciclosporina (200mg/día). A pesar del uso de esteroides e inmunomoduladores, el 72% de los pacientes requirieron terapia biológica a los 24 meses; con esto se logró una tasa de remisión del 50%. Sin embargo, se observaron daños a largo plazo.

«Las secuelas a largo plazo incluyeron diversos grados de pérdida de visión asociada con sinequias anteriores o posteriores, cataratas, glaucoma que requirió derivaciones intraoculares en algunos pacientes, dolor ocular crónico, membranas vítreas, estrías vítreas, desprendimiento de retina, queratopatía en banda, fibrosis retiniana, neovascularización retiniana y edema macular cosmético (EMC) persistente» (14).

Según Esen et al. (15) el estudio sobre 102 pacientes y 173 ojos afectados; con un porcentaje de 19,6% de pars planitis; utilizaron corticoesteroides en el 97,1%, agentes inmunomoduladores sistémicos en el 49% y cirugía ocular en el 17,3%, siendo la extracción de cataratas la más frecuente; logrando así una mejora de la agudeza visual corregida de 0,13 Log MAR.

Abu Thair et al. (16) alegan, el implante de acetónido de fluocinolona (Retisert) para la uveítis crónica no infecciosa (como coroiditis, pars planitis, ciclitis posterior y hialitis) en la cámara anterior a través una incisión limbar y una capsulotomía posterior demostraron mejoras en la agudeza visual en 4 de 5 ojos, estabilidad del implante, y menor riesgo de complicaciones intraoperatorias y postoperatorias, como por ejemplo, disminuye el peligro de tracción retiniana.

Tomkis et al. (12) describe, si bien la piedra angular en el control de la inflamación y prevenir cambios anatómicos oculares en las uveítis anteriores son los esteroides sistémicos, su uso continuado ha sido limitado por los considerables efectos adversos presentes, como retardo de crecimiento, cambios comportamentales, aumento de peso, hipertensión, hiperglicemia y osteoporosis.

Según Tomkis et al. (12) la inyección de corticoesteroides peri orbitales e intravítreo como acetónido de triamcinolona y aún mejor la aplicación de parches de dexametasona reduce la necesidad de terapia sistémica y el desarrollo de efectos secundarios, efectos locales como bajo riesgo de hipertensión ocular, menor desarrollo de cataratas, que no requirieron cirugía y optimiza la agudeza visual corregida, (comparado con las inyecciones de triamcinolona intraoculares donde casi el 100% requiere cirugía de cataratas o el 80% de los implantes con fluocinolona). Asimismo, el uso continuo de implantes de dexametasona tuvo escasas complicaciones.

Según Wangyu et al. (13), el uso del implante intravítreo de fluocinolona 0,18mg en niños como en adultos tiene una eficacia similar en particular en la pars planitis, pero con mayor tasa de hipertensión ocular que requiere de cirugía.

Respecto a agentes inmunosupresores ahorradores de esteroide

Según Beltrán et al. (10), los ahorradores de corticoides sintéticos se destinan para las uveítis no anteriores moderadas o graves de duración crónica como monoterapia y son el metotrexato, el micofenolato la ciclosporina, la azatioprina, el tacrolimus y la

ciclofosfamida; sin embargo, si no se logra controlar adecuadamente la uveítis se puede considerar agregar un inmunomodulador biológico.

Como dice AlBloushi et al. (17), aunque la evolución de la uveítis intermedia idiopática en la infancia es buena, la frecuencia de las complicaciones que llevan a pérdida visual elevada. Por cuánto el inicio de la terapia con ahorradores de corticoides se relaciona con mejores resultados como se detalla en el estudio:

n = 125 niños y 221 ojos, con una mediana de seguimiento de 57 meses.

Inmunomoduladores utilizados en un 33% y el más empleado, el metotrexato, 21,6%.

Indicadores de eficacia:

– Mejora la agudeza visual: un 4,4% tenían agudeza visual mejor corregida peor que 20/160, al término el 92,8% tenían 20/40 de agudeza visual.

– Reducción de la inflamación y opacidad vítrea.

– Aparición de complicaciones: las presentadas fueron hipertensión ocular 29,4%, cataratas 18,5%, edema macular cistoide 13,1%, este último significativamente más frecuente en los pacientes que no recibieron inmunomoduladores.

Ver tabla n° 1. Dosis de uso de los principales fármacos inmunomoduladores (al final del artículo).

Según Berker et al. (18), en su estudio destacan:

n = 27 con pars planitis bilateral, periodo de seguimiento de 61,3 meses.

Los fármacos usados fueron:

-66,7% corticoesteroide tópico en gotas.

-100% ciclopléjicos.

-16,6% inyecciones de corticoides subtenonianos posteriores con acetónido de triamcinolona 40mg/dl adultos y niños, la mitad de la dosis.

-3,7% inyección intravítrea de implante de dexametasona (Ozurdex, Allergan, Irvine), con menor tendencia de glaucoma o catarata que el anterior.

-63% corticoesteroides orales, no se necesitaron intravenosos.

-22% metotrexato, 22% ciclosporina, 11% azatioprina (sobre todo para los casos con episodios recurrentes de inflamación a largo plazo y en combinación con corticosteroides por su lento tiempo de acción que oscila entre 4 a 8 semanas).

-18,5% necesitó fotocoagulación láser periférica, para delimitar y limitar la elevación de la retina, la retinosquisis secundaria a tracción glial, ocasionada por bancos de nieve sobre la ora serrata, en ausencia de tracción vítrea periférica. De tal forma, ningún caso desarrolló desprendimiento de retina progresivo y las elevaciones limitadas a la retina inferior.

-3,7% vitrectomía de la pars plana por hemorragia vítrea persistente, condensación vítrea, desprendimiento de retina, membranas epirretinianas y edema macular refractario a fármacos, sus beneficios son la anulación de factores inflamatorios, residuos, liberación de las fuerzas de tracción sobre la retina periférica y la macula.

-7,4% necesitó facoemulsificación e implante de lente intraocular por cataratas.

-5,6% requirió tratamiento antiglaucomatoso tópico, pero esto fue secundario al uso de esteroides inyectados.

Berker et al. (18) puntualiza, medidas de eficacia:

– Mejora la agudeza visual: al término del estudio, el 85% tuvo una agudeza visual corregida final de ≥ 0,5 de 0,1 a 0,5 en el 14,8%, y menos de 0,1 en el 11,1%.

– Aparición de complicaciones: las presentadas fueron el 51,9% condensación vítrea, en el 22,2% edema macular cistoide, 18,5% cataratas, 11,1% tracción y desprendimiento fibrovascular de la retina periférica, 5,6% glaucoma y 3,7% hemorragia vítrea.

Espinosa et al. (19) afirman que no todos los casos de pars planitis requieren inmunomoduladores sistémicos. En los eventos graves y bilaterales se inicia con corticoesteroides sistémicos asociados a metotrexato, azatioprina o micofenolato (nivel de evidencia 2ª, grado de recomendación B y grado de acuerdo 89%).

«Los glucocorticoides sistémicos pueden pautarse de 2 formas. Como bolos intravenosos de metilprednisolona (125 a 500 mg/día durante 3 días), seguidos de prednisona 0,5 mg/kg/día (o equivalente) en pauta descendente. O como corticoides orales a dosis de prednisona 0,5-1 mg/kg/día (o equivalente) en pauta descendente. El objetivo en ambos casos es la suspensión de los mismos o su mantenimiento con dosis mínimas (≤ 5 mg/día)» (19).

Espinosa et al. (19) describe, en la pars planitis de afectación unilateral o asimétrica, afectación de cámara anterior y con edema macular agregado se recomienda el uso de corticoide tópico, intravítreos o locos regionales, también de ciclopléjicos o midriáticos (nivel de evidencia 4, grado de recomendación C y grado de acuerdo 92,8%).

Asimismo, cuando en la pars planitis no se logre controlar la inflamación después de 4 a 6 meses o por intolerancia a la terapéutica indicada, se recomienda cambiar a otro inmunomodulador clásico y añadir un biológico.

Respecto al uso sirolimus

Lorenzo et al. (20) afirman que este fármaco conocido como rapamicina, recientemente estudiado, suprime la proliferación de las células T inhibiendo la expresión de la IL-2, 4 y 5. De los 4 ensayos clínicos aleatorizados se eligieron, SAVE 2013, SAVE, SAVE 2 2016, SAKURA 2016; se evidencia mejoría de control de inflamación (mejora de la opacidad vítrea) de un 38% en un seguimiento de 6 meses y 49,97% en un seguimiento de 6-12 meses, de igual manera la recuperación de la agudeza visual corregida del 62,2% en un seguimiento de 6 meses y 56,86% en un seguimiento de 6-12 meses, además se mantuvo el aumento de la presión intraocular en el 7,11%.

«El efecto conservador de CS del sirolimus también quedó bien demostrado. Se observó una reducción del CMT y solo se notificaron eventos adversos menores relacionados con el fármaco en todos los estudios revisados» (20).

Respecto a los biológicos

Como alegan Beltrán et al. (10), estos fármacos están indicados en uveítis no anteriores graves o refractarias, son los anticuerpos monoclonales inhibidores del TNFα, como primera línea el adalimumab, pero también se emplean alternativamente el tocilizumab, el rituximab, el infliximab, el certolizumab y no se aconseja usar secukinumab ni etanercept.

Como asegura Nguyen et al. (21) respecto al uso de adalimumab, en su estudio sobre 226 pacientes, por un periodo de 6 años, se demostró que a dosis de 40mg cada 2 semanas, optimizó el tiempo hasta el fracaso del tratamiento, redujo significativamente el riesgo de exantema uveítico o pérdida de la agudeza visual tras la suspensión de corticoides en personas con uveítis intermedia, los eventos adversos como artralgias sucedieron en 27 pacientes y 1 con cáncer escamocelular; por tanto, se considera que es bien tolerado y eficaz.

En el ensayo clínico para valorar eficacia y seguridad de adalimumab:

«Se observó que adalimumab se asociaba con un menor riesgo de exacerbación uveítica o deterioro visual, así como con más eventos adversos graves que el placebo» (22).

Como demuestra Ozdemir et al. (23), el adalimumab es un fármaco eficaz en pacientes con pars planitis refractaria y con distintas complicaciones (edema macular cistoide, cataratas, membrana epirretiniana y retinosquisis periférica inferior). El estudio sobre 59 ojos, evidenció en un 38.9% de los pacientes tratados con adalimumab, mejoró la inflamación ocular, disminuyó el uso de los esteroides e inmunosupresores y mejoró de la agudeza visual corregida al ingreso de 0,20 (0,00-2,00) log MAR y al final de 0,00 (0,00-2,00) logMAR. De las otras complicaciones recibieron fotocoagulación láser profiláctica para la retinosquisis periférica como la más frecuente, luego la cirugía de cataratas y vitrectomía de la pars plana.

Según Ozer y Batur (24), tras el uso de adalimumab mínimo 6 meses y el seguimiento total medio de 15,5 ± 5,8 meses, se demostró en todos los casos remisión sin esteroides en el último control, con un aumento de la agudeza visual corregida y reducción de grosor de macula central con $p < 0.001$ y $p < 0.001$, respectivamente.

Según Sepah et al. (25), en proporción el uso de tocilizumab intravenoso (dosis de 4 mg/kg y 8 mg/kg) fue eficaz para tratar la uveítis no infecciosa, con base en la mejora de la agudeza visual, la opacidad vítrea con reducciones entre un 40% y 46%, además de la disminución del grosor macular central; lo que podría ayudar a prevenir la recurrencia o conseguir la inactividad. En cuanto a la seguridad, fue similar a otros estudios y se demostró que con la dosis más alta se presentaron 2 casos (n = 37) de neutropenia que resolvieron ulteriormente, en general las administraciones repetidas son bien toleradas en uveítis intermedia no infecciosa, uveítis posterior y panuveitis.

Vegas et al. (26) describen, su estudio sobre un n = 25, con 4 pacientes con uveítis intermedia, la respuesta de tocilizumab en el edema macular cistoide. Se documentó reducción del grosor macular de 415,7 ± 177,2 frente a 259,1 ± 499,5µm; p = 0.00009. Además, agudeza visual corregida (AVMC) (0,39 ± 0,31 frente a 0,54 ± 0,33; p = 0,0002), con esto se redujo la dosis diaria de prednisona (15,9 ± 13,6 mg/día frente a 3,1 ± 2,3 mg/día; p = 0,002) después de 1 año de tratamiento. Posterior a un seguimiento de aproximadamente 12 meses, se observaron efectos secundarios sutiles.

Según Kongrat et al. (27) se trataron de n = 14 ojos con tocilizumab, ya sea en monoterapia o combinado con inmunomodulador convencional, promovió y mantuvo la remisión, con puntuación media de la angiografía con fluoresceína que se disminuyó de 11,15 ± 3,52 a 6,50 ± 2,12 con $p < 0.05$ y ninguno de los pacientes experimentó efectos adversos con tocilizumab intravenoso.

Ver Figura 2. Abordaje terapéutico de las uveitis intermedias y posteriores (al final del artículo).

Respecto a la terapéutica quirúrgica

Según Albavera et al. (28), en su estudio de n = 22 con pars planitis, con edad mediana de 9,5 años y de seguimiento de 32 meses, se realizó cirugía de cataratas – facoemulsificación con implantación de lente intraocular y postcirugía el uso de metotrexato en un 40,9%. Se demostró que la agudeza visual mejoró de una mediana de 20/400 a 20/100 posterior a 6 meses (p = 0.0005); el 63,6% mejoró en 2 líneas de visión. La complicación más recurrente fue la opacificación de la cápsula posterior en 50%.

Como describe Figueroa et al. (29), respecto a la vitrectomía como terapia antinflamatoria de la uveítis intermedia en niños si haber recibido previo tratamiento preventivo con inmunosupresores sistémicos para el control de la inflamación; y tras seleccionar 7 ojos de 5 con uveítis intermedia que recibieron vitrectomía y tras un rastreo de 34 meses, se evidenció mejora en la agudeza visual en todos los ojos comparados a su condición prequirúrgica. De estos 4 desarrollaron cataratas subcapsulares posteriores leves, las intermitencias posquirúrgicas fueron uveítis anterior resueltas con tratamiento tópico, excepto una crisis de uveítis intermedia que resolvió con triamcinolona periocular; un niño con tratamiento inmunosupresor sistémico por brote en su ojo no operado (porque sus padres no aceptaron la cirugía).

Según Christopher et al. (30), en su estudio sobre el uso de la vitrectomía en pars plana con un n = 519 ojos, mejoró la visión en el 69%, se conservó sin cambios un 18%, se agravó en un 13%. Además, antes de la cirugía, un 52% tenía edema macular cistoide comparado a un 37% después de la cirugía.

El uso de los corticoides mejoró de un 48% prequirúrgico a un 12% postquirúrgico; asimismo el uso de otros fármacos inmunosupresores pasó de ser un 56% antes de la operación a 36% posvitrectomía.

Conclusión

En general, la pars planitis es una enfermedad crónica, progresiva e insidiosa con diversas complicaciones oculares y requiere un tratamiento precoz e intensivo. Afecta a niños y adultos, estos últimos económicamente activos y en edad reproductiva, lo que demanda que este grupo de enfermedades sean de un alto gasto para la salud pública, por la cantidad de estudios diagnósticos que deben realizarse y los prolongados tratamientos, sino también por la cantidad de días productivos perdidos.

Con respecto al uso de corticoesteroides sigue siendo el tratamiento medular en la pars planitis, vía sistémica, vía periocular, vía intravítrea como implante de dexametasona, acetónido de fluocinolona, con eficacia similar en niños y adultos, reduciendo la inflamación ocular y mejorando el grosor de la retina, asimismo reduce la inmunosupresión sistémica, con escasas complicaciones oculares.

Con respecto al uso de fármacos inmunomoduladores: en la pars planitis la reincidencia de secuelas de la inflamación que llevan a pérdida visual a lo largo de la vida es alta y estos fármacos se asocian con un menor riesgo de desarrollar edema macular e hipertensión ocular.

Con respecto al uso de fármacos biológicos: como el adalimumab, tocilizumab, infliximab, sirolimus son un tratamiento eficaz en el tratamiento de uveítis intermedia como pars planitis refractaria a tratamiento convencional (con un menor riesgo de brote uveítico o deterioro visual), suelen ser bien tolerados, se reportaron eventos adversos similares en todos los estudios y se siguen desarrollándose estudios para proporcionar datos de seguridad a largo plazo con el uso de estos medicamentos.

Con respecto a las terapias quirúrgicas: las cirugías más frecuentes como la facoemulsificación mejoraron la agudeza visual en pacientes con pars planitis. La vitrectomía con crioterapia inferior es considerada una opción para el control de la inflamación en la uveítis intermedia en niños a mediano plazo para impedir los efectos adversos relacionados con inmunosupresores sistémicos.

Y aunque casi todos los estudios continúan informando resultados favorables de la VPP en el tratamiento de la uveítis, la calidad de los datos sigue siendo limitada por la falta de aplicación de informes de resultados estandarizados, limitaciones en el diseño de los estudios y una escasez de datos prospectivos.

En general, el pronóstico visual de la pars planitis es relativamente bueno, la mayoría de pacientes mantiene una agudeza visual de 20/40 o mejor después de 10 años.

La pars planitis se asocia con enfermedades y tratamientos sistémicos que necesitan intervención multidisciplinaria; por lo que se necesitan más estudios con adecuados niveles de evidencia científica con alto grado de recomendación en Costa Rica y América Latina.

Agradecimientos

Al Dr. Mario Alpízar Roldan mi mentor en este proceso; por su guía, su disposición y apoyo para que este culminara exitosamente, a la Dra. Cristina Castro Carranza por ser parte de mi motivación.

Referencias

1. Gómez H, Lorenzo U. Prevalencia, características sociodemográficas, etiología y clasificación anatómica de las uveítis en los pacientes del servicio de oftalmologia del Hospital Central «Dr. Ignacio Morones Prieto». Repositorio insitucional de la UASLP. Enero 2022. [Citado 27 de marzo del 2025]. Disponible en: https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/handle/i/7512.
2. Martínez F, Manjarrez S, Quiroz MA. Pars Planitis (Análisis en el manejo de 50 pacientes vigilados a largo plazo). Sociedad Mexicana de Oftalmología. 1986 Setiembre. [Citado 27 de marzo del 2025]; 60(3): 93-97. Disponible en: https://biblat.unam.mx/hevila/AnalesSociedadMexicanadeOftalmologia/1986/vol60/no3/2.pdf).
3. Engelhard S, Patel V, Reddy A. Uveítis intermedia, uveítis posterior y panuveítis en los Estados unidos del Atlántico Medio. Oftalmología Clinica. 2015 Agosto. [Citado 27 de marzo del 2025]; 25(9): 1549-55. Disponible en: https://www.dovepress.com/intermediate-uveitis-posterior-uveitis-and-panuveitis-in-the-mid-atlan-peer-reviewed-fulltext-article-OPTH doi: 10.2147/OPTH.S89428. PMID: 26345421; PMCID: PMC4556262.).
4. Smith W, Armbrust K, Dahr S, Dodds E, Gangaputra S, Knickelbein J, et al. Curso de Ciencias Básicas y Clínicas – Uveítis e Inflamación Ocular. 20232024th ed. Fernández A, editor. San Francisco, California: Academia Americana de Oftalmología; 2023. pp 158-160.
5. Chauhan K, Koushik T. Pars Planitis. 436019202020332033202020202nd ed. NCBI , editor. Isla del Tesoro: Internet de StatPearls; 2023.
6. Dajee K, Landau J, Bratton M, Whitson J, He YG. Una revisión de 10 años de uveítis pediátrica en una clínica oftalmológica pediátrica terciaria con predominio hispano. Oftalmología Clínica. 2016 Agosto. [Citado 31 de marzo del 2025]; 22(10): 1607-12. Disponible en: https://www.dovepress.com/a-10-year-review-of-pediatric-uveitis-at-a-hispanic-dominated-tertiary-peer-reviewed-fulltext-article-OPTH doi: 10.2147/OPTH.S96323.).
7. Mark D, José P, David H, Nancy DDH. Pars planitis: un estudio de 20 años sobre incidencia, características clínicas y resultados. Revista Estadounidense de Oftalmología. 2007 Diciembre. [Citado 31 de marzo del 2025]; 144(6): 812-817. Disponible en: https://www.ajo.com/article/S0002-9394(07)00768-4/abstract. Requiere suscripción.
8. Fuseau M, Cairoli E, Vergara ME, Crocco C, Robaina R, Brossard N, et al. Uveítis y tratamiento inmunosupresor: experiencia en una unidad de uveítis multidisciplinaria. ELSEVIER. 2023 Julio-septiembre. [Citado 31 de marzo del 2025]; 30(3): 230-

237. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-reumatologia-374-articulo-uveitis-tratamiento-inmunosupresor-experiencia-una-S012181232100181X.
9. Ivancovich G, Martínez J, Matus D, Arguedas O. Recomendaciones pediátricas de la uveítis no infecciosa. Acta Médica Costarricense. 2020 Julio. [Citado 3 de abril del 2025]; 62(3). Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022020000300130.
10. Beltrán E, Brito N, Pato E, Muñoz S, Gómez A, Díaz D, et al. Recomendaciones SER sobre el tratamiento de uveítis. ScienceDirect. 2023 Noviembre. [Citado 3 de abril del 2025]; 19(9): 465-477. Disponible en: file:///C:/Users/XTPC/Desktop/ARTICULOS/ART17Recomendaciones%20SER%20sobre%20el%20tratamiento%20de%20la%20uve%C3%ADtis%20-%20ScienceDirect.html.
11. Valla Pascuale E, Martínez-Costa Pérez L. Uveitis intermedia y posterior: diagnóstico y tratamiento. Revista de la Sociedad Valenciana de Reumatología. 2018 Setiembre. [Citado 4 de abril del 2025]; 7(4): 20-22. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6648037.
12. Netzer OT, Lazha T, Sophie SG, Asaf Bd. Resultados del tratamiento de la uveitis pediátrica con implantes de dexametasona. Revista Estadounidense de Oftalmología. 2016 Enero. [Citado 4 de abril del 2025]; 161(2): 110-115.e2. Dsiponible en: https://www.ajo.com/article/S0002-9394(15)00606-6/abstract. Requiere suscripción.
13. Wangyu S, Jung J, PecenPaula , Palestine A, Amit R. Implante intravítreo de acetonido de fluocinolona de 0,18mg para uveitis pediátrica. Sociedad de Comunicaciones Oftálmicas. 2024 Octubre. [Citado 4 de abril del 2025]; 44(10): 1823-1827. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39287546/ doi: 10.1097/IAE.0000000000004179.
14. Reiff A. Presentación clínica, tratamiento y pronóstico a largo plazo de la pars planitis, la panuveítis y la enfermedad de Vogt-Koyanagi-Harada en niños y adolescentes. Centro de atención para la artritis (Hoboken). 2020 Noviembre. [Citado 4 de abril del 2025]; 72(11): 1589-1596. Disponible en: doi: 10.1002/acr.24056.
15. Esen E, Sizmaz S, Balci S, Ekinci R, Dermican N. Características clínicas de la uveítis infantil en un centro de refrencia terciario en el sur de Turquía. Oftalmología internacional. 2021 Junio. [Citado 4 de abril del 2025]; 41(6): 2073-2081. Disponible en: doi: 10.1007/s10792-021-01764-7).
16. Thair Taha A, Wu J, Schallhorn J, Stewart J. Implantación de Retisert sin esclerotomía incisional en pacientes con uveítis y fibrosis extensa de la pars plana. Revista Estadounidense de Oftalmología. 2024 Julio. [Citado 5 de abril del 2025]; 36. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2451993624001452?via%3Dihub.
17. AlBloushi A, Solebo AL, Gokhale E, Hayouti H, Ajamil S, Petrushkin H. Resultados a largo lazo de la uveítis intermedia idiopática pediátrica. Revista Estadounidense de Oftalmología. 2022 Mayo. [Citado 5 de abril del 2025]; 237: 41-48. Disponible en: https://www.ajo.com/article/S0002-9394(21)00584-5/abstract doi: 10.1016/j.ajo.2021.11.003). Requiere suscripción.
18. Espinosa G, Herreras JM,MS, García JM, Cordero M. Documento de recomendaciones sobre el tratamiento con inmunosupresores de la uveítis no anterior, no infecciosa, no neoplásica. ELSEVIER. 2020 Setiembre. [Citado 5 de abril del 2025]; 155(5): 220.el-220.e12. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025775320301299.
19. Nilufer B, Emine S, Ufuk E, Cemile UA, Erdem D, Pelin Y. Análisis de las características clinicas y los resultados visuales de la pars planitis. Oftalmología internacional. 2017 Abril. [Citado 5 de abril del 2025]; 38(2): 727-736. Disponible en: doi: 10.1007/s10792-017-0526-2).
20. Cabahug V, Uy H, Yu-keh E, Sapno K. Resultados del tratamiento con sirolimus para la uveítis no infecciosa: un metanálisis y una revisión sistemática. Oftalmología clínica. 2019 Abril. [Citado 5 de abril del 2025]; 18(13): 649-669. Disponible en: doi: 10.2147/OPTH.S198401).
21. Nguyen Q, Merril P, Jaffe G, Dick A, Kumar S, Sheppard J, et al. Adalimumab para la prevención del brote uveítico en pacientes con uveítis no infecciosa inactiva controlada con esteroides (VISUAL II): un ensayo de fase 3 multicéntrico, doble ciego, aleatorizado y controlado con placebo. Lancet. 2016 Septiembre. [Citado 11 de abril del 2025]; 388(10050): 1160. Disponible en: doi: 10.1016/S0140-6736(16)31538-0).
22. Jaffe G, Brézin A, Dick A, Nguyen Q, Thorne J, Kestelyn P, et al. Adalimumab en pacientes con uveitis activa no infecciosa. The New England Journal of Medicine. 2016 Septiembre. [Citado 11 de abril del 2025]; 375(10): 932-943. Disponible en: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1509852.
23. Ozdemir H, Ozdal P. Características clínicas y tratamiento de la pars planitis: una experiencia con adalimumab. Graefes Archivo Clínico Expedientes de Oftalmología. 2021 Septiembre. [Citado 11 de abril del 2025]; 260(2): 561-569. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34568953/.
24. Ozer M, Batur M. Tratamiento con anti-factor de necrosis tumoral alfa en pacientes pediátricos con pars planitis: una experiencia de un solo centro en Turquía. Oftalmología internacional. 2023 Enero. [Citado 11 de abril del 2025]; 43(1): 155-166. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35780435/.
25. Sepah Y, Ali Sadiq M, Chu D, Sohail Halim M, Haz D, Nguyen QD, et al. Resultados primarios (mes 6) del estudio STOP-Uveitis: evalua la seguridad, la tolerabilidad y la eficacia de tocilizumab en paciente con uveítis no infecciosa. Revista Estadounidense de Oftalmología. 2017 Noviembre. [Citado 11 de abril del 2025]; 183: 71-80. Disponible en: https://www.ajo.com/article/S0002-9394(17)30373-2/abstract. Requiere suscripción.

26. Vegas N, Calvo V, Mesquida M, Adán A, Hernández MV, Beltrán E, et al. Tocilizumab anti-receptor de IL6 en el edema macular cistoide uveítico refractario y no infeccioso: estudio multicéntrico de 25 pacientes. Revista Estadounidense de Oftalmología. 2019 Abril. [Citado 12 de abril del 2025]; 200: 85-94. Disponible en: doi: 10.1016/j.ajo.2018.12.019), PMID: 30660771.
27. Kongrat L, Maleki A, Rujkorakarn P, Margolis M, Valerio T, Massoudi Y, et al. Resultados del tratamiento intravenoso con tocilizumab para la pars planitis refractaria. Inmunoinflamación ocular. 2024 May. [Citado 12 de abril del 2025]; 23: 1-6. Disponible en: doi: 10.1080/09273948.2024.2354751), PMID: 38781578.
28. Albavera T, Serna JC, Jimenez A, Pedroza M. Resultados de la cirugía de cataratas con/sin vitrectomía en pacientes con pars planitis y tratamiento inmunosupresor. Revista Alemana de Oftalmología. 2017 Junio. [Citado 12 de abril del 2025]; 255(6): 1213-1219. Disponible en: https://link.springer.com/article/10.1007/s00417-017-3658-1. Requiere suscripción.
29. Figueroa MS, Noval S, Contreras I,AC, García JL, Sales M, Cazorla R. La vitrectomía como terapia antinflamatoria de la uveítis intermedia en niños. Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología. 2010 Diciembre. [Citado 12 de abril del 2025]; 85(12): 390-394. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-66912010001200002&lng=es.).
30. Henry C, Beckerd M, Yanga Y, Davis J. Vitrectomía pars plana para el tratamiento de la uveítis. Revista Estadounidense de Oftalmología. 2018 Junio. [Citado 12 de abril del 2025]; 190: 142-149. Disponible en: doi: 10.1016/j.ajo.2018.03.031) PMID: 29601822.

Anexo

Declaración de buenas prácticas: Los autores de este manuscrito declaran que:
Todos ellos han participado en su elaboración y no tienen conflictos de intereses.
La investigación se ha realizado siguiendo las Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos elaboradas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS).
El manuscrito es original y no contiene plagio.
El manuscrito no ha sido publicado en ningún medio y no está en proceso de revisión en otra revista.
Han obtenido los permisos necesarios para las imágenes y gráficos utilizados.
Han preservado las identidades de los pacientes.

Oftalmología
‹ Prevalencia de gingivitis en pacientes adultos bajo quimioterapia en población ecuatoriana
› Actualización de Salud Reproductiva en Costa Rica para Médicos Generales: VPH

©2025 PortalesMedicos.com - Revista Electrónica de PortalesMedicos.com