

Epiescleritis

Fecha de la última revisión: **23/06/2014**

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cuál es la clínica?](#)
3. [¿Cómo se diagnostica?](#)
4. [¿Cómo se trata?](#)
5. [¿Cuáles son sus complicaciones?](#)
6. [Bibliografía](#)
7. [Más en la red](#)
8. [Autores](#)

¿De qué hablamos?

Se define epiescleritis como un cuadro inflamatorio en la epiesclera. La epiesclera es un tejido conectivo fino y vascularizado que asienta bajo la conjuntiva y es superficial a la esclera, en la pared del globo ocular.

Es más frecuente en mujeres. Aunque puede afectar a cualquier grupo de edad, su frecuencia es mayor en adultos jóvenes y de mediana edad (McGavin DD, 1976).

Según su aspecto macroscópico se puede clasificar la epiescleritis como simple o nodular. La presentación simple, también llamada difusa, es la más frecuente.

La mayor parte de los pacientes con epiescleritis presentan una afectación leve que, o bien no precisa tratamiento, o bien responde de forma rápida al tratamiento tópico y habitualmente no supone una amenaza para la visión.

La gran mayoría de las epiescleritis son idiopáticas y no se asocian con desórdenes inmunomediados subyacentes (a diferencia de la escleritis donde la asociación es mayor). De todas formas, una pequeña proporción de epiescleritis podría estar asociada a numerosas enfermedades sistémicas (Jabs DA, 2000):

- La epiescleritis simple puede asociarse con espondiloartropatías seronegativas, enfermedad inflamatoria intestinal y algunas formas de vasculitis, particularmente las asociadas con anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA).
- La epiescleritis nodular es habitualmente idiopática, pero podría asociarse con artritis reumatoide.

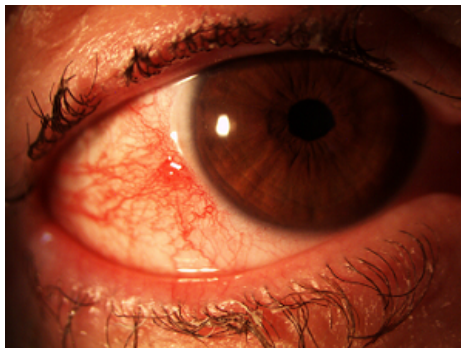
Aunque algunos trabajos sugieren la posible asociación entre el uso de bifosfonatos, particularmente risedronato (Aurich-Barrera B, 2006) y pamidronato (Fraunfelder FW, 2003) con epiescleritis, todavía no se ha establecido una clara relación causal.

El análisis de una serie de más de 80 casos de epiescleritis (Sainz de la Maza M, 2012) mostró que la edad media era de 47,4 años, con un rango entre los 10 y los 80 años. Un 63.5% de los casos eran mujeres. Existía afectación bilateral en el 40% de los pacientes. La forma simple o difusa supuso un 84% de los casos. Un 19% de los pacientes presentaron alguna complicación ocular como; uveítis anterior leve, queratitis, elevación de la presión intraocular o disminución de la agudeza visual (esta última en solo un 2.3% de todos los casos). En contraste, un 45% de las escleritis se asociaron con complicaciones oculares y un 16% de los casos de escleritis presentaron disminución de la agudeza visual.

¿Cuál es la clínica?

Suele caracterizarse por un ojo rojo de inicio abrupto, generalmente sin afectación de la visión. La epiescleritis simple se caracteriza por un rápido comienzo de los síntomas, ojo rojo generalmente no doloroso, con molestias de intensidad leve y resolución antes de 3 semanas (White GE, 1991). El dolor ocular no es frecuente pero puede observarse en formas de afectación prolongada o epiescleritis nodulares (Patel SJ, 2002). En aproximadamente la mitad de los casos existe una afectación bilateral. Este hecho podría asociarse con un mayor riesgo de padecer una enfermedad inflamatoria subyacente, pero no todos los estudios lo confirman (Jabs DA, 2000). La forma nodular frecuentemente recurre.

El examen clínico demuestra un ojo rojo con afectación limitada del eritema, por vasodilatación de los vasos epiesclerales superficiales, que le confieren un aspecto rojo brillante, junto con edema de la epiesclera. La forma nodular se presenta como una zona de inflamación elevada, móvil, próxima al limbo esclerocorneal. Los nódulos pueden ser únicos o múltiples. Los pacientes pueden presentar molestias o dolor con la presión de la zona inflamada. Las pupilas se muestran iguales y conservan la reactividad a la luz. La agudeza visual suele estar conservada (Cronau H, 2010).



Epiescleritis

¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico de la epiescleritis es clínico. Dos cuestiones son importantes en este apartado:

- El diagnóstico diferencial con otros procesos oculares que cursan como ojo rojo.
- La indicación de realizar un estudio diagnóstico para descartar procesos sistémicos subyacentes.

La anamnesis y la exploración clínica son fundamentales a la hora de diferenciar la epiescleritis de otros procesos oculares, que también cursan con ojo rojo:

- La epiescleritis debe distinguirse de la escleritis, una causa de ojo rojo potencialmente grave. Mientras que la epiescleritis se asocia generalmente con una coloración rojo brillante de la epiesclera y ausencia de dolor, el cuadro clásico de escleritis presenta intenso dolor ocular, fotofobia, y coloración escleral roja intensa o morada. Además en la epiescleritis no existe edema ni adelgazamiento escleral, cambios demostrables con el examen al microscopio de la lámpara de hendidura. En ocasiones, la diferenciación entre ambas entidades puede ser difícil sólo con la exploración clínica. En esos casos, la aplicación tópica de una o dos gotas de fenilefrina produce un aclaramiento transitorio si el eritema es epiescleral, permitiendo una mejor evaluación de la esclera subyacente. Si el proceso inflamatorio asienta en la esclera, permanecerá el eritema. Se debe advertir al paciente que la aplicación de fenilefrina puede causar visión borrosa o dilatación pupilar durante 2-3 horas. Debe evitarse su uso en pacientes con historia de glaucoma. La remisión urgente al oftalmólogo es muy recomendable si existe sospecha clínica de escleritis o dudas en el diagnóstico (importante diferenciar la epiescleritis de una escleritis incipiente) (NICE, 2012; Cronau H, 2010).
- La epiescleritis debe también distinguirse de la conjuntivitis, causa mucho más frecuente de ojo rojo. Un cuadro de conjuntivitis suele presentar formación de costras en los párpados por la mañana, así como secreciones a lo largo del día. El eritema o inyección ocular es difuso en la conjuntivitis, incluyendo tanto la conjuntiva bulbar como la palpebral. Si el eritema es predominantemente localizado nos orienta hacia epiescleritis.
- Otra entidad a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial es la queratitis herpética. El fallo o retraso en el diagnóstico de la queratitis herpética puede provocar un daño ocular grave (sobre todo si se realiza un inapropiado tratamiento con glucocorticoides tópicos). En contraste con ésta, la epiescleritis no suele asociarse con dolor. El examen corneal con fluoresceína no mostrará lesiones significativas en la epiescleritis, mientras que la queratitis herpética se asocia con características lesiones dendríticas (Teng CC, 2008).
- Otros procesos a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial del ojo rojo son: blefaritis, cuerpos extraños, hemorragia subconjuntival, queratitis (de otras causas, además de la herpética), uveítis anterior o glaucoma agudo de ángulo cerrado.

La mayoría de los pacientes con epiescleritis no padecen un proceso infeccioso subyacente ni una enfermedad inflamatoria sistémica. Aunque existen notables diferencias entre distintas series (Katz MS, 2012), una cohorte de pacientes con epiescleritis revisada en dos hospitales de tercer nivel demostró que la asociación con otras enfermedades se observa en el 27.1% de los casos (Sainz de la Maza M, 2012). Un 15.3% de los pacientes presentaban enfermedad del tejido conectivo o vasculitis, incluyendo artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, enfermedad inflamatoria intestinal, artritis psoriásica, granulomatosis de Wegener, artritis juvenil idiopática, sarcoidosis o enfermedad de Behçet. Un 5.9% sufrían enfermedades infecciosas tanto víricas (herpes) como bacterianas (enfermedad por arañazo de gato, enfermedad de Lyme). También se encontró asociación con otros procesos como rosácea o dermatitis atópica. Posiblemente la proporción de pacientes con epiescleritis que padecen un proceso inflamatorio sistémico o un proceso infeccioso sea substancialmente más baja a nivel comunitario (Jabs DA, 2000).

En un paciente con un primer episodio de epiescleritis, se requiere un completo examen ocular junto con una minuciosa historia y examen físico. El objetivo es descartar síntomas y signos clínicos que relacionen la epiescleritis con algún desorden infeccioso o inflamatorio sistémico de los señalados. Si la anamnesis y el examen físico no demuestran datos de sospecha, debemos informar al paciente sobre el carácter probablemente benigno del proceso y de que exploraciones adicionales serían sólo necesarias si la epiescleritis recurre o se desarrollan nuevos síntomas.

Es necesario realizar estudios complementarios para descartar la existencia de una enfermedad sistémica como causa de la epiescleritis, en pacientes con episodios recurrentes de epiescleritis, hallazgos de anormalidad en la historia (incluyendo los antecedentes personales y familiares) o alteraciones en el examen físico que sugieran la existencia de patología reumática o infecciosa subyacente. Entre los exámenes complementarios recomendados se encuentran (Jabs DA, 2000; Sainz de la Maza M, 1994):

- Hemograma: los pacientes con procesos sistémicos frecuentemente presentan anomalías en la serie blanca, plaquetas o hematocrito.
- Estudio bioquímico del suero: creatinina, urea, electrolitos, albúmina, proteínas totales y transaminasas.
- Examen básico y sedimento de orina: para excluir glomerulonefritis y otras alteraciones renales.
- Reactantes de fase aguda: los pacientes con epiescleritis asociada a enfermedad sistémica frecuentemente presentan niveles extremadamente elevados de reactantes de fase aguda. Tanto la velocidad de sedimentación globular (VSG) como la proteína C reactiva (PCR) deben ser medidas.
- Pruebas serológicas específicas (Stone J, 2014):
 - Factor reumatoide (FR): pese a no ser una prueba con gran especificidad, títulos extremadamente altos frecuentemente se presentan en vasculitis reumatoideas.
 - Anticuerpos anti-péptidos cíclicos citrulinados (anti-CCP): poseen una alta especificidad para artritis reumatoide.
 - Anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA): mediante inmunofluorescencia pueden detectarse dos patrones: citoplásmico (c-ANCA) o perinuclear (p-ANCA). En las vasculitis sistémicas, los autoanticuerpos contra la proteinasa 3 (c-ANCA) y la mieloperoxidasa (un tipo de p-ANCA), tienen asociación específica con Wegener, poliangeítis microscópica y Churg Strauss. Pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal pueden presentar también p-ANCA.
 - Anticuerpos antinucleares (ANA): son de ayuda en la exclusión de enfermedades del tejido conectivo relacionadas con el lupus eritematoso sistémico. Un resultado de ANA fuertemente positivo debe seguirse de una evaluación reumatológica así como de pruebas serológicas adicionales para determinar la enfermedad específica responsable del resultado positivo de ANA. Estas pruebas adicionales deberían incluir niveles séricos de complemento (C3, C4), anticuerpos anti ADN doble cadena y anticuerpos anti antígenos Ro, La, SM o RNP.
- Radiografía de tórax: se debería realizar en aquellos pacientes con sospecha de padecer un proceso sistémico.
- La existencia de síntomas no oculares o alteraciones en el examen físico que sugieran procesos particulares indicará la realización de pruebas específicas adicionales (por ejemplo: técnicas endoscópicas para descartar enfermedad inflamatoria intestinal, pruebas microbiológicas, etc.).

¿Cómo se trata?

Su curso suele ser autolimitado, no prolongándose la clínica más allá de tres semanas. El alivio de los síntomas es el objetivo terapéutico. Para conseguir este propósito se plantean los siguientes niveles de tratamiento (Stone J, 2014; Cronau H, 2012):

- **Lubricantes tópicos:** son el primer escalón terapéutico. La aplicación entre 4 a 6 veces al día de preparados de lágrimas artificiales puede ser suficiente. Si se precisa una frecuencia de aplicación mayor, se aconseja utilizar preparados sin conservantes. Estos pueden ser utilizados tantas veces como se precise, hasta el alivio de los síntomas.
- **Antiinflamatorios no esteroideos tópicos (AINET):** los pacientes con molestias moderadas, en los que los lubricantes tópicos no funcionan, deben recibir tratamiento con AINET durante varias semanas. Se aconseja excluir la presencia de un ojo seco u otro problema de la superficie epitelial antes de recomendar este tratamiento, debido a su potencial toxicidad en estos casos. Se puede utilizar **diclofenaco** colirio cuatro veces al día. No se aconsejan los AINET como primer escalón del tratamiento (Willians CP, 2005).
- **Glucocorticoides tópicos:** suponen el siguiente nivel terapéutico. Sólo deben ser empleados si el paciente permanece con síntomas intensos pese a una cumplimentación óptima de las medidas previamente descritas. Este tratamiento debería ser dirigido por el oftalmólogo y requiere una estrecha monitorización, debido a sus potenciales efectos secundarios oculares, sobre todo con su uso crónico. Pueden usarse: **prednisolona** 1%, **betametasona** 0,1%, o **dexametasona** 0,1%.
- **Antiinflamatorios no esteroideos orales (AINEo):** estarían indicados en aquellos pacientes que no presentan respuesta a la terapia tópica o los que presentan enfermedad recurrente. Pueden utilizarse **indometacina** o **naproxeno**. Es aconsejable iniciar a dosis bajas (como 25 mg de indometacina, 3 veces al día).
- En raras ocasiones, sobre todo en pacientes con epiescleritis nodular, todas las estrategias anteriores pueden fracasar. En estos casos, una breve pauta de **prednisona** oral a dosis iniciales de 0,5-0,75 mg/kg/día, con descenso de la dosis de forma gradual y progresiva en 1-2 semanas, puede ayudar a la mejoría de la clínica.

¿Cuáles son sus complicaciones?

Como se ha expuesto previamente, las complicaciones no suelen ser frecuentes. Cuando ocurren, éstas suelen ser leves. Se describen principalmente el desarrollo de infiltrados corneales y raramente la uveítis anterior de bajo grado.

- Pequeños infiltrados corneales periféricos, visibles solamente mediante el biomicroscopio de la lámpara de hendidura. Los cambios suelen ser pequeños, localizados y no progresivos, no afectando a la visión. Aquellos pacientes con un grado importante de inflamación a nivel de limbo o cornea merecen un seguimiento estrecho para descartar la progresión hacia escleritis franca.
- Algunos pacientes desarrollan una uveítis anterior transitoria y de bajo grado. Aunque precisa del examen con lámpara de hendidura para su valoración, la presencia de fotofobia, dolor, y disminución de la agudeza visual deben alertar al clínico sobre la presencia de esta complicación.

Bibliografía

- Aurich-Barrera B, Wilton L, Harris S, Shakir SA. Ophthalmological events in patients receiving risidronate: summary of information gained through follow-up in a prescription-event monitoring study in England. *Drug Saf.* 2006;29(2):151-60. PubMed [PMID: 16454542](#)
- Cronau H, Kankanala RR, Mauger T. Diagnosis and management of red eye in primary care. *Am Fam Physician.* 2010;81(2):137-44. PubMed [PMID: 20082509](#). [Texto completo](#)
- Fraunfelder FW, Fraunfelder FT, Jensvold B. Scleritis and other ocular side effects associated with pamidronate disodium. *Am J Ophthalmol.* 2003;135(2):219-22. PubMed [PMID: 12566027](#)
- Jabs DA, Mudun A, Dunn JP, Marsh MJ. Episcleritis and scleritis: clinical features and treatment results. *Am J Ophthalmol.* 2000;130(4):469-76. PubMed [PMID: 11024419](#)
- Katz MS, Chuck RS, Gritz DC. Scleritis and episcleritis. *Ophthalmology.* 2012;119(8):1715-1715.e1. PubMed [PMID: 22858029](#)
- McGavin DD, Williamson J, Forrester JV, Foulds WS, Buchanan WW, Dick WC, et al. Episcleritis and scleritis. A study of their clinical manifestations and association with rheumatoid arthritis. *Br J Ophthalmol.* 1976;60(3):192-226. PubMed [PMID: 1268180](#). [Texto completo](#)
- NICE. Red eye [Internet]. National Institute for Health and Clinical Excellence; 2012 [Acceso: 28/02/2014]. Disponible en: www.nice.org.uk
- Patel SJ, Lundy DC. Ocular manifestations of autoimmune disease. *Am Fam Physician.* 2002;66(6):991-8. PubMed [PMID: 12358224](#). [Texto completo](#)
- Sainz de la Maza M, Jabbur NS, Foster CS. Severity of scleritis and episcleritis. *Ophthalmology.* 1994;101(2):389-96. PubMed [PMID: 8115160](#)
- Sainz de la Maza M, Molina N, Gonzalez-Gonzalez LA, Doctor PP, Tauber J, Foster CS. Clinical characteristics of a large cohort of patients with scleritis and episcleritis. *Ophthalmology.* 2012;119(1):43-50. PubMed [PMID: 21963265](#)
- Stone JH, Dana R. Episcleritis. En: Walthman MA: UpToDate; 2014, version 22.4. [acceso 16/6/2014]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
- Teng CC. Images in clinical medicine. Corneal dendritic ulcer from herpes simplex virus infection. *N Engl J Med.* 2008;359(17):e22. PubMed [PMID: 18946058](#). [Texto completo](#)
- White GE. Episcleritis and scleritis. *Optom Clin.* 1991;1(4):79-87. PubMed [PMID: 1799838](#)
- Williams CP, Browning AC, Sleep TJ, Webber SK, McGill JL. A randomised, double-blind trial of topical ketorolac vs artificial tears for the treatment of episcleritis. *Eye (Lond).* 2005;19(7):739-42. PubMed [PMID: 15359265](#). [Texto completo](#)

Más en la red

- Cronau H, Kankanala RR, Mauger T. Diagnosis and management of red eye in primary care. Am Fam Physician. 2010;81(2):137-44. PubMed [PMID: 20082509](#). [Texto completo](#)
- Patel SJ, Lundy DC. Ocular manifestations of autoimmune disease. Am Fam Physician. 2002;66(6):991-8. PubMed [PMID: 12358224](#). [Texto completo](#)
- Sainz de la Maza M, Molina N, Gonzalez-Gonzalez LA, Doctor PP, Tauber J, Foster CS. Clinical characteristics of a large cohort of patients with scleritis and episcleritis. Ophthalmology. 2012;119(1):43-50. PubMed [PMID: 21963265](#)

Autores

- | | |
|-----------------------------|---|
| Francisco Martínez González | Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (1) |
| María Mantiñán Vázquez | Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (2) |

(1) Servicio de Atención Primaria de Curtis. Servicio Galego de Saúde. A Coruña.

(2) Servicio de Atención Primaria de Caranza. Servicio Galego de Saúde. Ferrol.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

