

Pars Planitis: Reporte de un caso

Autoras:

Dra. María Celeste Decundo, Dra. Erika San Martín, Dra. Sandra Rodríguez Marchán

Servicio de Oftalmología, Hospital Oftalmológico Santa Lucía, Buenos Aires, Argentina

Contacto: celeste.decundo@gmail.com

Recibido: 5/11/2024

Aceptado: 27/2/2025

Disponible en www.sao.org.ar

Arch. Argent. Oftalmol. 2025; 28: 18-24



Resumen

La uveítis intermedia es una inflamación ocular que afecta principalmente al vítreo, la retina periférica y la pars plana. Representa el 15% de todos los casos de uveítis, siendo la pars planitis su forma más común, a menudo diagnosticada en personas jóvenes. Aunque está asociada con factores genéticos y autoinmunes, aún se desconoce su causa exacta. En este artículo presentamos el caso de un paciente masculino de 19 años que consultó por moscas volantes en ambos ojos. Tenía antecedentes de uveítis intermedia en 2017. Durante el examen inicial se observaron “bolas de nieve” en la retina sin “banco de nieve”. Se inició tratamiento con difluprednato (Tolf) y después de un mes su visión mejoró y la inflamación disminuyó. Sin embargo, se detectó periflebitis en la retina periférica. Se ajustó el tratamiento y la paciente continuó con seguimientos periódicos para monitorizar la evolución y posibles complicaciones. Se realizó una búsqueda exhaustiva en bases de datos científicas, incluida PubMed, entre otras, para recopilar información relevante. A partir de los datos obtenidos elaboramos un resumen que sirvió de base para la redacción de esta publicación.

Abstract

Intermediate uveitis is an ocular inflammation primarily affecting the vitreous, peripheral retina, and pars plana. It accounts for 15% of all uveitis cases, with Pars Planitis being its most common form, often diagnosed in young individuals. Although it is associated with genetic and autoimmune factors, its exact cause remains unknown. In this article, we present the case of a 19-year-old male patient who sought consultation for floaters in both eyes. He had a history of intermediate uveitis in 2017. During the initial examination, “snowballs” were observed in the retina without “snowbank.” Treatment was initiated with difluprednate (Tolf), and after one month, his vision improved, and inflammation decreased. However, periphlebitis in the peripheral retina was detected. The treatment was adjusted, and the patient continued with periodic follow-ups to monitor progression and possible complications. An extensive search was conducted using scientific databases, including PubMed, among others, to gather relevant information. Based on the data obtained, we prepared a summary that served as the foundation for drafting this publication.

Palabras clave:

Uveítis - Pars planitis - Inflamación ocular - Retina periférica - Bolas de nieve - Periflebitis - Moscas - Paciente joven - Factores autoinmunes - predisposición

Keywords:

Uveitis - Pars planitis - Ocular inflammation - Peripheral retina - Snowballs - Periphlebitis - Floaters - Young patient - Autoimmune factors - predisposition

Introducción

Las Uveítis Intermedias (UI) constituyen un proceso caracterizado por la inflamación primaria del

vítreo, retina periférica y pars plana, abarcando el 15% de todas las uveítis (24). La Pars Planitis se considera la causa más común de uveítis intermedia, siendo a su vez la uveítis más común en niños y adultos jóvenes. Aunque se considere un proceso autoinmune con un origen genético (asociaciones entre pars planitis y Haplotipos HLA-DR2, -DR15, -B51 y -DRB1*0802 [2-18-19]), su etiología sigue siendo desconocida. Su patogenia incierta ha hecho que a lo largo de la historia haya recibido diferentes denominaciones: pars planitis, vitreítis o ciclitis. En 1987, el "International Uveitis Study Group" (IUSG) asignó a esta entidad su nombre actual, el de uveítis intermedia, basándose en la principal localización anatómica de asiento de la inflamación intraocular. Sin embargo, el uso de términos como uveítis intermedia y pars planitis continúa confundiendo, por lo que muchos autores prefieren utilizar este último únicamente cuando sobre la pars plana existen exudados y bandas de colágeno ("snowbank") (1-9-10-17).

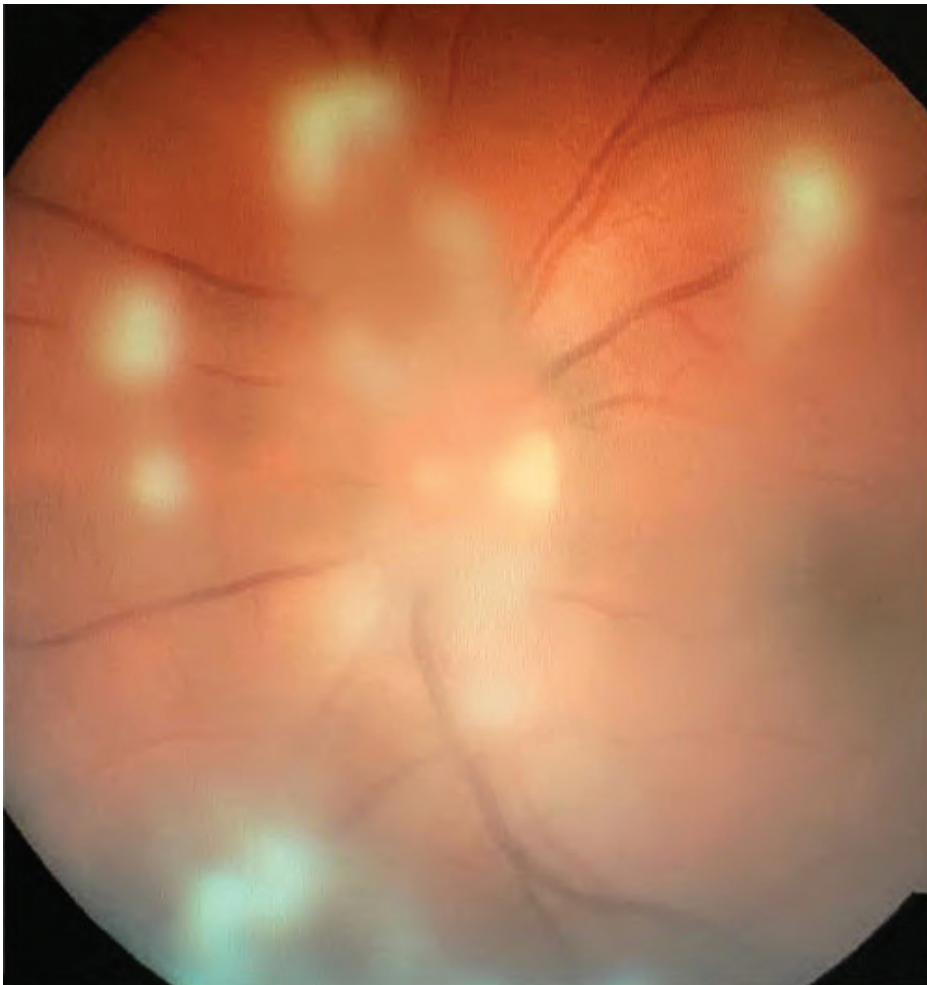


Figura 1: RG OI. Presencia de snowballs centrales.

Caso clínico

Paciente de 19 años, sexo masculino, consulta al servicio de uveítis por presencia de miodesopsias de 2 días de evolución en ambos ojos (abril 2022). El paciente refirió único antecedente oftalmológico de episodio de uveítis intermedia en ambos ojos (AO) en 2017.

Al examen oftalmológico presentó agudeza visual mejor corregida (AVMC) de 8/10 en ojo derecho (OD) y 9/10 en ojo izquierdo (OI). La biomicroscopía AO presentaba córnea transparente, sin evidencia de precipitados retroqueráticos, cámara anterior formada, tyndall 0.5 trazas, iris trófico, pupila reactiva. La PIO fue de 15mmHg AO. En el fondo de ojos AO se observó papila de bordes netos y definidos, mácula con brillo conservado, presencia de *snowballs centrales*, sin evidencia de snowballs o snowbank en la retina periférica, retina aplicada en los cuatro cuadrantes al momento del examen. Se indicó inicialmente como tratamiento Tolf (difluprednato 0.05%) 3 veces por día AO.

Se realizó una Retinografía (RG) (figura 1), en donde se documentó la presencia de snowballs centrales. La tomografía de coherencia óptica (OCT) macular (figura 2) no presentó hallazgos patológicos ni edema macular cistoideo.

En el control al mes (mayo 2022), la AVMC fue de 9/10 OD y 10/10 OI. La biomicroscopía AO se encontraba *sin signos de actividad inflamatoria*, resto sin cambios con respecto al control previo. La PIO fue de 15mmHg AO. En el fondo de ojos AO se

observó una *disminución de snowballs centrales*, sin evidencia de snowballs o snowbank en la retina periférica, retina aplicada en los cuatro cuadrantes. Se indicó continuar el tratamiento con Tolf 2 veces al día AO.

Al mes siguiente (junio 2022), la AVMC era de 10/10 OD y 10/10 OI. La biomicroscopía AO no presentó cambios con respecto al control previo. La PIO fue de 19mmHg AO. En el fondo de ojos AO se dejaron de observar *snowballs centrales* (figura 3), resto sin cambios. Se indicó continuar el tratamiento con Tolf 1 vez por día AO. Se realizó Retinofluoresceinografía en donde se evidencian áreas de periflebitis en retina periférica AO. Se explicaron pautas de alarma y continuó con sus controles periódicos por el servicio de uveítis.

Discusión (toca unir todo lo siguiente de manera resumida)

Epidemiología

La incidencia de UI es de aproximadamente el 15% del total de uveítis. La Pars Planitis es la forma más común de UI, abarcando el 85-90% de todas las UI. No existe diferencia entre sexo, más frecuente en jóvenes. Presenta dos picos de incidencia, uno entre 5-15 años y el otro entre la 2da y 4ta década de vida, siendo el primero el más común. Es una uveítis bilateral asimétrica en el 80 % de los casos (1-3-6-9-10-17-18-24).

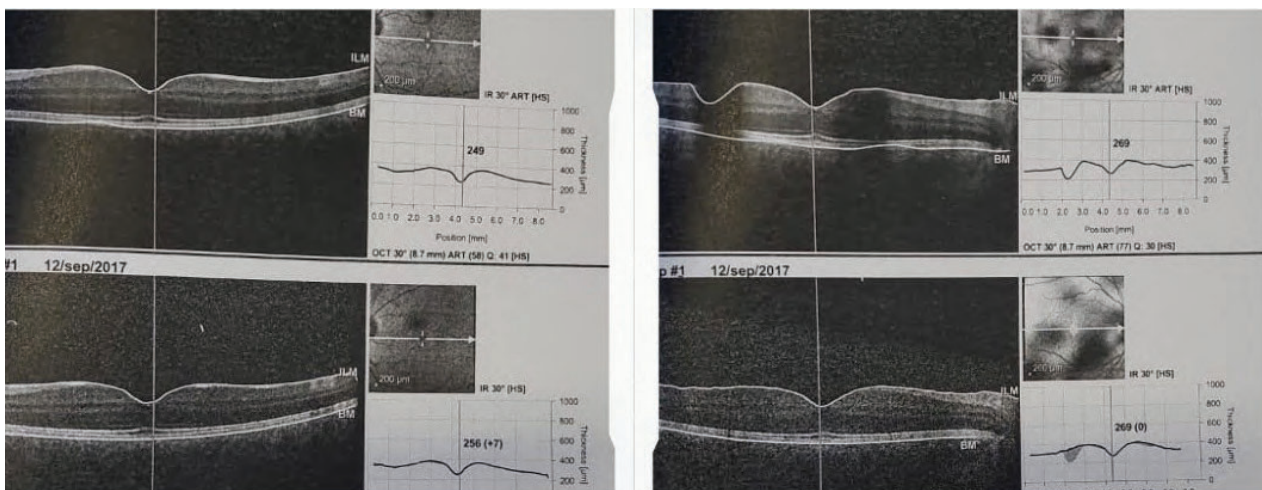


Figura 2: OCT macular OD y OI. Sin hallazgos patológicos.

Clínica

Los pacientes pueden ser asintomáticos, pero lo más frecuente es que presenten visión borrosa (74%) y/o “moscas volantes” (61%). Con respecto a los signos, característicamente el ojo está “blanco y tranquilo”, uveítis fría (otras uveítis frías: ARJ, FUCHS, BECHET, Crisis Glauamt, Síndrome de enmascaramiento) y raras veces se asocia una iridociclitis con escasos precipitados queráticos redondos y pequeños, que pueden estar presentes como consecuencia del reflujo a cámara anterior o “spill-over” (1-2-3-10-17-20).

Los hallazgos más constantes son la inflamación ocular que se origina en la retina y *vítreo periférico*.

- *Vitreítis* (80%), asimétrica, de *predominio inferior*
- *Haze vítreo*: infiltrados proteicos en humor vítreo (25)
- *Células inflamatorias* en vítreo anterior (25)
- *Vasculitis venosa* - patrón en helecho: en casos severos vasculitis de pequeños vasos, se da por difusión de colorante a través de los capilares. Dx dif: pars planitis/EM/ bechet/vasculitis idiopática) 16-36% (10-11-12)
- *Papilitis* 3-38,6 % (10-14-15)
- *EMC* (pcial causa de disminución de AV) 12- 51 % (10-11-13)

En pacientes con diagnóstico de *pars planitis* se añaden los siguientes hallazgos: (24)

- “*Snow balls*” (*bolas de nieve*): aglomerado de células inflamatorias flotando en vítreo inferior, periféricas. Los “snowballs” no son exclusivos de la pars planitis, ya que pueden aparecer en cualquier tipo de inflamación de la periferia del fondo o en uveítis extensas y difusas.

- “*Snowbanks*” (*bancos de nieve*): material exudativo blanquecino inflamatorio sobre la ora serrata inferior y pars plana

Clasificación de pars planitis (24)

Complicaciones (1-2-3-5-7-9-10-13-14-17-21-24)

La uveítis intermedia es más frecuente en una forma benigna. Sus complicaciones se deben a su cronicidad, y si no se trata puede conducir a la ceguera.

La principal causa de disminución de la AV en paciente con pars planitis es el EMC (60%), siendo un factor pronóstico muy importante.

Otras complicaciones asociadas son: catarata SCP (20%), DR periférico el cual puede ser exudativo, traccional o incluso regmatógeno (15%), Isquemia (asociado a la flebitis periférica) que conduce a la presencia de neovasos retinales y hemorragias vítreas.

Ante la cronicidad del cuadro, se pueden evidenciar: glaucoma secundario (inflamatorio o inducido por corticoides), MER, membrana retrolental/ciclítica, sinequias posteriores y queratopatía en banda, principalmente como un sello distintivo de la pars planitis en la infancia (45%).

La UI muestra un curso evolutivo muy variable: desde configurar tan solo un proceso autolimitado y benigno, hasta la cronicación con múltiples períodos de exacerbación

Los diagnósticos diferenciales más frecuentes son:

- Idiopático (70%)
- Toxocariasis (en niños)
- Esclerosis múltiple (EM) 13%: sospecharlo en mujeres > 45 años
- Sarcoidosis, sífilis, linfoma 1º

Type of Inflammation	Possible Associated Factors	Suspected Disease*	Laboratory Tests, Imaging
Intermediate Uveitis			
Mild to moderate	Shortness of breath, skin findings, granulomatous inflammation	Sarcoidosis	ACE, lysozyme; CXR/chest CT or gallium scan; biopsy
	Tick exposure, erythema chronicum migrans rash, endemic area	Lyme disease (can also be anterior, posterior/panuveitis)	ELISA, Western blot for confirmation
	Neurologic symptoms	Multiple sclerosis	MRI of brain and c-spine; LP for oligoclonal bands; neurology referral
	Over age 50 years	Intraocular lymphoma	Vitrectomy; chorioretinal biopsy; cytology; IL-10/IL-6 ratio ^b ; genotyping studies; brain MRI, LP
	None	Pars planitis	

- Enfermedad de Lyme
- Otras Uveítis frías: ARJ, FUCHS, BECHET, Crisis Glaucomatosa, Síndromes de enmascaramiento.

Diagnóstico (1-2-9-10-17-24)

El diagnóstico de UI se basa principalmente en los hallazgos clínicos del paciente. Según los diferentes hallazgos y la sospecha clínica se solicitarán las pruebas de laboratorio e imagen correspondientes para realizar un adecuado diagnóstico (Rx tórax, PPD, ECA, VDRL FTA-AB, Anticuerpos de Enfermedad de Lyme, etc.). Ante la sospecha de esclerosis múltiple es importante realizar una RNM con gadolinio.

Entre los estudios oftalmológicos complementarios se encuentran principalmente la RFG y OCT para documentar el EMC y la vasculitis retiniana (7).

Tratamiento (1-2-8-9-10-16-17-22-23-24)

El curso natural de la pars planitis es variado. Se informa que el 10% de los pacientes tiene un curso autolimitado, el 59% presentan un curso prolongado con exacerbaciones y el 31% presentan un curso latente crónico con pocos episodios de exacerbaciones.

La exclusión de causas infecciosas y no infecciosas que pueden presentarse con uveítis intermedia es de suma importancia antes de iniciar el tratamiento. La decisión de tratar a un paciente con pars planitis sigue siendo un tema controversial. No hay un consenso establecido para casos con mínima inflamación y relativamente buena agudeza visual.

El tratamiento se dirige a la causa, si se detecta.

La indicación normalmente aplicada para el tratamiento es la disminución de la agudeza visual <20/40 debido a edema macular, vitreítis o vasculitis retiniana. Por lo que se opta por la opción de Observación ante AV 10/10 sin EMC.

La primera línea de tratamiento son los *corticoides*:

- *Periocular*: triamcinolona 40mg subtenoniana.
- Tópicos: Acetato de prednisolona 1% o difluprednato al 0.05%.
- Oral: meprednisona 1 mg/kg/día (40 mg durante 4-6 semanas).
- Implante Intravítreo: Dexametasona 0.7mg. Utilizado ante EMC recurrente.

La vía de administración recomendada inicialmente es la *periocular*. Repetir las inyecciones cada 6-8 semanas hasta que la visión o EMC mejore. Si luego de 3 inyecciones no se observa mejoría o ante casos bilaterales se considera la administración de corticoides sistémicos, considerando que el tratamiento con corticoides orales no debe durar más de 3 meses, incluyendo la fase de reducción.

En los casos de uveítis autoinmune se requerirá el uso de inmunomoduladores como el MTX (15 mg x semana seguimiento 1 año), mofetil de micofenolato (1-3 mg por día en dosis divididas por vía oral), ciclosporina, azatioprina, adalimumab.

Otra opción de tratamiento es el uso de Crioterapia en la zona de la pars plana donde se encuentran los copos de nieve: destruye retina y disminuye inflamación.

Los anti VEGF están indicados ante la presencia de neovascularización retinal o coroidea. La fotocoagulación láser también es útil ante casos de isquemia retiniana.

La vitrectomía es una opción terapéutica para el manejo de las complicaciones asociadas como desprendimiento de retina, hemorragia vítrea persistente, MER, tracción vitreomacular, etcétera.

Si el paciente tiene catarata se recomienda mantener un periodo de 3 meses sin inflamación para obtener mejores resultados quirúrgicos. Puede utilizarse prednisona oral 60 mg/día por 5 días antes de la cirugía, disminuyendo la dosis progresivamente durante 1 mes. Si hay catarata asociado a afectación vítrea, se recomienda realizar una facovitrectomía.

Conclusiones

La uveítis Intermedia abarca el 15% de todas las uveítis.

La pars planitis es la variante más frecuente de uveítis intermedia, de causa *idiopática* que afecta principalmente a niños y adolescentes. El diagnóstico es clínico mediante la presencia de snowballs y/o snowbanks.

El EMC es la principal causa de disminución de AV.

El inicio del tratamiento es debatible basado en la AV, grado de inflamación y presencia o no de EMC,

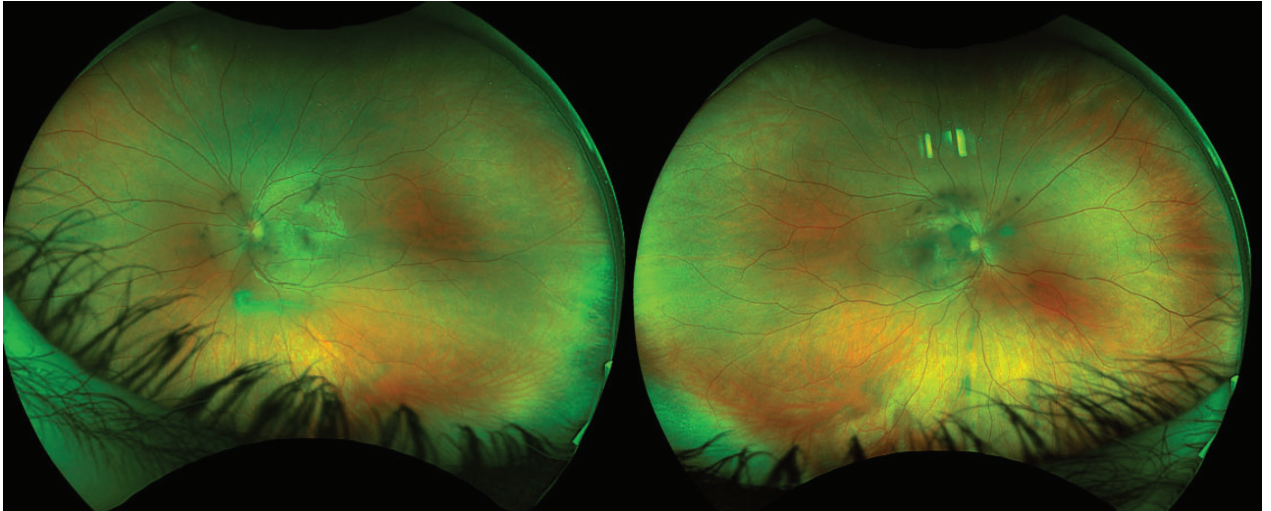


Figura 3: RG OD y OI. No se evidencian Snowballs centrales.



Figura 4: RFG OD y OI. Áreas de periflebitis en retina periférica AO.

siendo los corticoides el tratamiento de primera línea (una vez descartadas causas infecciosas).

En comparación con los adultos, los niños tienen un curso más severo y peor pronóstico visual.

El diagnóstico y el tratamiento tardío pueden dar lugar a alteraciones visuales graves y ambliopía especialmente en niños. El diagnóstico temprano y el tratamiento agresivo es efectivo en términos de preservación de la función visual.

Las autoras no tienen intereses comerciales en ningún material de los presentados en este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Capítulo 8 Manuel Díaz Llopis Ricardo Campos Fernández. Introducción epidemiología características clínicas curso y pronóstico complicaciones diagnóstico diferencial tests diagnósticos tratamiento uveítis intermedias y pars planitis.
- 2- Manual de oftalmología del Wills Eye Institute -diagnóstico y tratamiento de la enfermedad ocular en la consulta y en urgencia- 6 edición Adam T. Gerstenblieth - Michael P. Rabinowitz.
- 3- Brydak-Godowska J, Drobecka-Brydak E, Ciszewska J, Skorska I, Paczek L. The intermediate uveitis with systemic symptoms: a case report. Klin Oczna 1999; 101(2):131-134.
- 4- Chatzistefanou K, Markomichelakis NN, Christen W, Soheilian M, Foster CS. Characteristics of uveitis presenting for the first time in the elderly. Ophthalmology 1998;105(2): 347-352.

- 5- Deane JS, Rosenthal AR. Course and complications of intermediate uveitis. *Acta Ophthalmol Scand* 1997; 75(1): 82-84.
- 6- Guex-Crosier Y. Epidemiology of uveitis. *Rev Prat* 1999;49(18): 1989-1994.
- 7- Hassenstein A, Bialasiewicz AA, Richard G. Optical coherence tomography in uveitis patients. *Am J Ophthalmol* 2000; 130(5): 669-670.
- 8- Young S, Larkin G, Branley M, Lightman S. Safety and efficacy of intravitreal triamcinolone for cystoid macular edema in uveitis. *Clin Experiment Ophthalmol* 2001;29(1): 2-6.
- 9- Capítulo 12 Uveitis intermedia, Ricardo Cuiña Sardiña.
- 10- Intermediate uveitis Manohar Babu B, Rathinam S R1 *Indian J Ophthalmol*: 2010;58:21-27.
- 11- Malinowski SM, Pulido JS, Folk JC. Long term visual outcome and complication associated with pars planitis. *Ophthalmology* 1993; 100:818-24.
- 12- Prieto JF, Dios E, Gutierrez JM, Mayo A, Calonge M, Herreras JM. Pars planitis: epidemiology, treatment, and association with multiplesclerosis *Ocul Immunol Infl amm* 2001;9:93-102.
- 13- Donaldson MJ, Pulido JS, Herman DC, Diehl N, Hodge D. ParsPlanitis: A 20-Year Study of Incidence, Clinical Features, and Outcomes. *Am J Ophthalmol* 2007; 144:812-7.
- 14- Pruett RC, Brockhurst J, Letts NF. Fluorescein angiography of peripheral uveitis. *Am J Ophthalmol* 1974; 77:448-53.
- 15- Deane JS, Rosenthal AR. Course and complications of intermediate uveitis. *Acta Ophthalmol Scand* 1997; 75:82-4.
- 16- Davis JL, Bloch- Michel E. Intermediate uveitis. In: Pepose JS, Holland GN, Wilhelmus KR, editors. *Ocular Infection and Immunity*. St Louis: Mosby; 1996. p. 676-93.
- 17- Pars Planitis: Epidemiology, Clinical Characteristics, Management and Visual Prognosis Pinar Cakar Ozdal1, MD; Nilufer Berker1, MD; Ilknur Tugal-Tutkun2, MD Service of Uveitis and Retinal Diseases, Ankara Ulucanlar Eye Research Hospital, Ankara, Turkey 2 Department of Ophthalmology, Istanbul University Faculty of Medicine, Istanbul, Turkey.
- 18- Romero R, Peralta J, Sendagorta E, Abelairas J. Pars planitis in children: Epidemiologic, clinical, and therapeutic characteristics. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus* 2007; 44:288-293.
- 19- Raja SC, Jabs DA, Dunn JP, Fekrat S, Machan CH, Marsh MJ, *et al*. Pars planitis: Clinical features and class II HLA associations. *Ophthalmology* 1999; 106:594-599.
- 20- Donaldson MJ, Pulido JS, Herman DC, Diehl N, Hodge D. Parsplanitis: A 20-year study of incidence, clinical features, and outcomes. *Am J Ophthalmol* 2007; 144:812-817.
- 21- Holland GN, Stiehm ER. Special considerations in the evaluation and management of uveitis in children. *Am J Ophthalmol* 2003; 135:867-878.
- 22- Forrester JV, Okada AA, Ben Ezra D, Ohno S, editors. Pars planitis. In: *Posterior Segment Intraocular Inflammation: Guidelines*. The Hague, Netherlands: Kugler Publications; 1998. p. 93-97.
- 23- Smith RE, Godfrey WA, Kimura SJ. Chronic cyclitis. I. Course and visual prognosis. *Trans Am Acad Ophthalmol Otolaryngol* 1973; 77: OP760-OP768.
- 24- Classification criteria for pars planitis. The standardization of uveitis nomenclature (sun) working. *American journal of ophthalmology*. [mNS; September 5, 2021;1:18]. <https://doi.org/10.1016/j.ajo.2021.03.045>.
- 25- American Academy of Ophthalmology 2019-2020. Section 9: Uveitis and Ocular Inflammation. Basic and Clinical Science Course. San Francisco, CA: 94120-7424.