Rev Clin Esp. 2021;222(Espec Congr 2):236

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

1226 - SERIE DE CASOS DE UVEÍTIS NO INFECCIOSA: MANEJO MULTIDISCIPLINAR

S. Castañeda Pérez, A. Gurjian Arena, S. Moragón Ledesma, Á. Mata Madrid, B. Pinilla Llorente, M.V. Villalba García, L. Ibares Frías y C. Lavilla Olleros

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Resumen

Objetivos: Estudio descriptivo observacional retrospectivo de pacientes con uveítis tratados con tratamiento sistémico en seguimiento desde una consulta multidisciplinar de nueva creación; M. Interna-Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas y Oftalmología en un hospital de tercer nivel.

Métodos: Revisión de 27 historias clínicas desde la fecha de inicio de la consulta (22 de abril de 2021) hasta la actualidad.

Resultados: 6/27 pacientes con uveítis precisaron tratamiento sistémico adyuvante. De ellos, 4 son mujeres y 2 varones, entre 28 y 91 años (media 58,66 años). En cuanto a la etiología, 3 son idiopáticos (escleritis grave de ojo derecho, vasculitis retiniana en ojo derecho y episcleritis bilateral) y 3 asociados a un proceso inflamatorio-autoinmune específico (escleritis grave de ojo derecho secundaria a vasculitis MPO, uveítis bilateral asociada a alopecia de origen inflamatorio y perforación ocular en ojo derecho secundaria a síndrome de Sjögren). 5/6 han sido tratados con pulsos de metilprednisolona de 250 mg durante 3 días consecutivos con posterior pauta descendente de prednisona oral (dosis máxima inicial 30 mg, media a los 6 meses de 5,83 mg). En un caso se inició tratamiento con prednisona 10 mg por ser leve. Como inmunosupresión asociada, 1 recibió metotrexato y 5 micofenolato mofetilo (2 de ellos precisaron añadir rituximab y posteriormente adalimumab (1) e infliximab (1) por refractariedad a la primera línea). 2/6 pacientes reciben ciclosporina tópica de mantenimiento. 6/6 el tiempo de inicio desde el diagnóstico al tratamiento fue de 2 a 4 semanas. 1 paciente realizó profilaxis de tuberculosis con isoniazida, 3 de virus herpes con valaciclovir (2) y aciclovir (1), 1 de VHB con entecavir y 5 de *Pneumocystis jirovecii* con trimetoprim-sulfametoxazol. 4 recibieron colecalciferol para evitar la osteopenia por corticoides. Durante el seguimiento no ha habido complicaciones infecciosas asociadas a la inmunosupresión ni de otra índole que hayan llevado a consultar con otro especialista. En 5/6 de pacientes se obtuvo recuperación medida mediante agudeza visual, exploración en lámpara de hendidura y fondo de ojo mediante oftalmoscopio indirecto y tomografía de coherencia óptica. En el paciente restante se consiguió estabilidad clínica sin inflamación, pero las complicaciones derivadas del cuadro de perforación ocular no permitieron la recuperación funcional. El tiempo medio de remisión desde el inicio de tratamiento fue de dos meses como máximo en todos los pacientes.

N	Sexo	Edad (años)	Antecedentes personales	Pruebas complementarias	Pruebas complementarias	Diagnóstico

				Autoinmunidad*	Serologías*	
1	Varón	43	FRCV: No	Negativas	IgG VEB+, IgG VHS +, IgG VVZ +	Uveítis OD idiopática
2	Mujer	39	FRCV: HTA Alopecia inflamatoria	Negativas	Negativas	Uveítis bilateral idiopática
3	Mujer	92	FRCV: HTA y DL	Negativas	Negativas	Queratitis ulcerativa periférica OD idiopática
4	Mujer	86	FRCV: HTA y DM tipo 2	Negativas	IgG VVZ +, IgG CMV+, Quantiferon +	Escleritis OD idiopática
5	Mujer	65	FRCV: HTA Vasculitis MPO	Ac. anti-mieloperoxidasa + Factor reumatoide +	IgG VVZ +	Panuveítis bilateral por vasculitis MPO
6	Varón	28	FRCV: no Cisticercosis cerebral	Negativas	Negativas	Uveítis bilateral idiopática

N	Pruebas oftalmológicas pretratamiento	Tratamiento de inducción	Tratamiento de mantenimiento	Complicaciones*	Pruebas oftalmológicas postratamiento	Tiempo de remisión	Diagnóstico
1	AV: 1 ambos ojos	Tópico:	Tópico:	Ninguna	AV: 1 ambos ojos	Total: 2 semanas	Uveítis OD idiopática

0014-2565 / © 2021, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.

	Angiografía: Fuga en epitelio pigmentario macular en tiempos medios	Colirio dexametasona: 1/4h	No tratamiento Tópico	OCT: Normal, mínimo DNS nasal a fóvea			
	OCT: Normal, mínim DNS nasal a fovea	Ciclopléjico: 1/8h	Sistémico:	Células: -			
	Células: ++	Sistémico:	Prednisona 5 mg v.o				
		indometacina 25 mg: 1/8h					
		Prednisona v.o (dosis de inicio: 10 mg)					
	AV	Tópico:	Tópico:		AV		
	OD: 0,6 CAE 0,9	No tratamiento Tópico	No tratamiento de mantenimiento Tópico		OD: 0,9	Total: 1 semana.	
2	OI: cd a 1m CAE 0,2	Sistémico:	Sistémico:	Ninguna	OI: 0,15		Uveítis bilateral idiopática
	OCT: Desprendimiento neurosensorial, mala visualización por la vitritis	Pulsos metilprednisolona 250 mg	Prednisona 5 mg v.o		OCT : Normal ambos ojos		

0014-2565 / © 2021, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.

Células: CA: Flare ++ Vítreo:++++	Prednisona oral (dosis de inicio: 20 mg) Micofenolato 500 mg/día		Células: CA: Flare + Vítreo: -				
	AV: NPL	Tópico:	Tópico:		AV: NPL	Parcial: 48 h	
	Biomicroscopia: Hifema, atalamia, 2 áreas de perforación corneal	Brimvera: 1 gota/12 h	Bimatoprost: 1v/día		BMC: No perforación, no atalamia y menos nivel de sangre	Total:4 semanas	
3		Vancomicina reforzada: 1 gota/2h Ceftacidima reforzada: 1 gota/2h	Tartrato de brimonidina 2v/día	Crisis hipertensivas.			Queratitis ulcerativa periférica OD idiopática
		Trasplante de membrana amniótico multicapa	Colirio de insulina: 4v/día				
		Sistémico:	Sistémico:				
		Pulsos metilprednisolona 250 mg	Prednisona 5 mg v.o				
		Prednisona oral (dosis de inicio: 20 mg)					

0014-2565 / © 2021, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.

	Micofenolato 500 mg/48 h					
	AV	Tópico:	Tópico:		AV	-Parcial: 1 semanas
	OD 0,1- 0,2	Ciclosporina al 1% -3 V día	Ciclosporina al 1% -3 V día		OD 0,5	Total:5 semanas
	OI 0,7	FML -3 V día	Sistémico:		OI 1	
	Biomicroscopia: Hiperemia sectorial temporal ++++ con transiluminación esclera	Sistémico:	Prednisona 5 mg v.o		Células: -	
4	Celulas: -	Pulsos metilprednisolona 250 mg, dos tandas.		Crisis hipertensivas.	BMC: No hiperemia	Escleritis OD idiopática
	FO: Papilitis OD y turbidez vitrea	Prednisona oral (dosis de inicio: 30 mg)			OCT: Alteración EPR, no edema	
		Micofenolato 500 mg/día			Fo: No turbidez ni actividad	
		Isoniacida 6 meses				
		Entecavir				

0014-2565 / © 2021, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.

	AV	Tópico:	Tópico:		AV		
	OD 0,2 CAE NM	Dexametasona: 4v/día	Dexametasona: 1v/día		OD 0,2		
	OI 0,7 cae nm	betabloqueante: 2v/día	betabloqueante: 2v/día		OI 0,7		
	OCT : Edema macular quístico	nepafenaco 0,3: 1/día	nepafenaco 0,3: 1/día		OCT : Menor edema central		
5	Células	SISTÉMICO:	Sistémico:	Desprendimiento de retina de OD.	Células	Total:4 semanas	Panuveítis bilateral por vasculitis MPO
	CA OD: ++	Pulsos metilprednisolona 250 mg	Prednisona 5 mg v.o		CA OD: -		
	Vitreo OD: +	Prednisona oral (dosis de inicio: 20 mg)			Vitreo OD: + central		
		Metotrexato dosis?/semanal					
	AV	Inicialmente Rituximab.	Tópico:		AV:		
	OD: movimiento manos	Tópico:	Latanoprost: 1v/día		OD: mm		
6	OI: movimiento manos	Maxidex: 4v/día	Brimonidina: 2v/día	Ninguna	OI: 0,6	Parcial: 6 semanas	Uveítis bilateral idiopática
	OCT: Edema macular ambos ojos	Timolol: 2v/día	Timolol: 2v/día		FO:		

0014-2565 / © 2021, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.

FO: Vasculitis ambos ojos con hemorragias y exudados en 4 cuadrantes	Ciclopléjico: 3v/día	Prednisolona: 1v/día	OD: No se accede
Cámara:	Sistémico:	Sistémico:	OI: No turbidez
CA: ++++	Pulsos metilprednisolona 250 mg		Células: -
Vitreo: ++++	Prednisona oral (dosis de inicio: 20 mg)	Prednisona 5 mg v.o	Vitreo: -, menor exudación y hemorragias
	Micofenolato 500 mg/d		
	Albendazol		

Conclusiones: Los glucocorticoides en adyuvancia con el tratamiento inmunomodulador son el tratamiento de elección de la uveítis no infecciosa. A la luz de la serie presentada, resulta esencial iniciar el tratamiento precozmente. Nuestra experiencia es que el abordaje multidisciplinar parece reducir las complicaciones a corto plazo (polifarmacia, infecciones u otras) y a largo plazo (osteoporosis, control de factores de riesgo cardiovascular...). Resulta recomendable el uso de pulsos de corticoides que consiguen un efecto antiinflamatorio potente y rápido gracias a la acción de la vía no genómica. Se necesitan más estudios, pero parece que esta estrategia y manejo multidisciplinar pueda tener un impacto real en las uveítis no infecciosas.

0014-2565 / © 2021, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.