



<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
---	------	-------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------

Autoinmunitaria. Sintomatologías*

1	Varón	43	FRCV: No	Negativas	IgG VEB+, IgG VHS +, IgG VVZ +	Uveítis OD idiopática
FRCV: HTA						
2	Mujer	39	Alopecia inflamatoria	Negativas	Negativas	Uveítis bilateral idiopática
FRCV: HTA y DL						
3	Mujer	92		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
FRCV: HTA						
5	Mujer	65	Vasculitis MPO	Ac. anti-mieloperoxidasa + Factor reumatoide +	IgG VVZ +	Panuveítis bilateral por vasculitis MPO
FRCV: no						
6	Varón	28	Cisticercosis cerebral	Negativas	Negativas	Uveítis bilateral idiopática
Pruebas N oftalmológicas pretratamiento						
Tratamiento de inducción		Tratamiento de mantenimiento		Complicaciones*	Pruebas oftalmológicas de posttratamiento	Tiempo Diagnóstico remisión
1 AV: 1 ambos ojos	Tópico:	Tópico:	Ninguna	AV: 1 ambos ojos	Total: 2	Uveítis OD semanas idiopática

Angiografía:
Fuga
en
epitelio
pigmentado:
malo
en
tiempos
medios

No tratamiento
Tópico

OCT: Normal,
mínimo DNS
nasal a fóvea

OCT:
Normal,
mínimo
DNS
nasal
a
fovea

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

Prednisona oral
(dosis de inicio:
20 mg)

CA:
Flare 500 mg/día
++

Vítreo:++++

AV: NPL

Tópico:

Células:

CA: Flare +

Vítreo: -

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

Vancomicina
reforzada: 1
gota/2h
Ceftacidima
reforzada: 1
gota/2h

Tartrato de
brimonidina
2v/día

Queratitis
ulcerativa
periférica
OD
idiopática

3

Trasplante de
membrana
amniótico
multicapa

Crisis
hipertensivas.

Sistémico:

Pulsos
metilprednisolona
250 mg

Sistémico:

Prednisona 5
mg v.o

Prednisona oral
(dosis de inicio:
20 mg)

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			

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	Panuveítis bilateral por vasculitis MPO
5 Células	SISTÉMICO:	Sistémico:	Desprendimiento de retina de OD. Células	Total:4 semanas
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	Parcial: Uveítis 6 bilaterales semanas idiopática
OCT: Edema macular ambos ojos	Timolol: 2v/día	Timolol: 2v/día	FO:	

FO:
Vasculitis
ambos
ojos

con
Ciclopléjico:
hemorragias
3v/día
y
exudados
en
4
cuadrantes

Prednisolona:
1v/día

OD: No se
accede

CéSistémico: Sistémico: OI: No turbidez

Pulsos
CA:
metilprednisolona
+++
250 mg

Células: -

Prednisona oral
Vitreo:
(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.