



# 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 oftalmoscopia indirecta 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
---	------	-------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------

## Autoinmunitad\* Enfermedades\*

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
Pruebas N 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

Angiografía:

Fuga

en

epifluorescencia

prednisona:

mal/4h

en

tiempos

medios

No tratamiento

Tópico

OCT: Normal,

mínimo DNS

nasal a fovea

OCT:

Normal,

mínimo

Ciclopléjico:

DNS

nasal

a

fovea

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

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

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	Pulsos metilprednisolona 250 mg, dos tandas.	Crisis hipertensivas.	BMC: No hiperemia	Escleritis OD idiopática
Celulas: -				

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		
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	OI: 0,6	Parcial: 6 semanas	Uveítis bilateral idiopática
OCT: Edema macular ambos ojos	Timolol: 2v/día	Timolol: 2v/día	FO:		

FO:

Vasculitis

ambos

ojos

con

Ciclopléjico:  
hemorragias  
3v/día

Prednisolona:  
1v/día

OD: No se  
accede

y

exudados

en

4

cuadrantes

Celulas:

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.