



IF-45. - EL PAPEL DEL INTERNISTA EN LA PATOLOGÍA OFTALMOLÓGICA

M. Bellón Munera¹, A. Gato Díez¹, G. García García², C. Arranz Solana¹, R. Cordero Bernabé¹, J. de Ayala Fernández¹, A. Ferreras González¹, I. García del Valle¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Oftalmología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

Resumen

Objetivos: Describir qué patologías se remiten al servicio de Medicina Interna por parte de Oftalmología, conocer cuál es el motivo principal por el que se nos consulta y qué abordaje diagnóstico y terapéutico realizamos.

Métodos: Se analizaron de forma retrospectiva las historias clínicas de los pacientes remitidos a la consulta de Medicina Interna por parte del servicio de Oftalmología de nuestro centro, un hospital terciario de Castilla-La Mancha, durante los últimos 5 años. Se realizó un análisis estadístico descriptivo de las variables: edad, sexo, patología remitida, motivo de consulta, diagnóstico etiológico y tratamiento.

Resultados: Fueron estudiados 65 pacientes de los cuales 36 (56,9%) eran mujeres. La media de edad fue de 49 años (DE 19,85). El motivo de consulta en 57 casos (87,7%) fue el de estudio etiológico y en 33 casos (50,8%) se solicitó valoración de inicio y control de tratamiento sistémico. Se remitieron 5 casos de neuritis óptica isquémica (NOIA) de etiología arterítica para seguimiento, 5 casos de NOIA no arterítica para uso compasivo de corticoides sistémicos (atribuyéndose la etiología en una de ellas a amiodarona) y 2 para control de factores de riesgo cardiovascular. En cuanto a la patología inflamatoria o uveítis se diagnosticaron 5 de etiología infecciosa (7,7%) (3 lúes, una afectación por virus de hepatitis B y una uveítis por toxoplasma), hubo 11 casos (16,9%) asociados a enfermedad autoinmune o sistémica (5 casos de uveítis anterior HLAB27 positiva acompañada o no de sacroileítis, 2 casos de enfermedad de Behçet, 1 lupus eritematoso sistémico, 2 casos de síndrome de Sjögren primario, una sarcoidosis y 2 casos de esclerosis múltiple), también se remitieron 2 penfigoides oftálmicos para tratamiento y en 31 casos (47,7%) la etiología fue desconocida. De los 65 pacientes, 30 recibieron tratamiento sistémico (46,2%) y el resto únicamente tratamiento tópico. 15 pacientes (23,1%) recibieron tratamiento con corticoides sistémicos, 7 (10,8%) con inmunosupresores y 4 (6,2%) con terapias biológicas.

Discusión: En nuestra serie de casos se distinguen 2 grupos principales de pacientes remitidos por Oftalmología a Medicina Interna, pacientes con uveítis y pacientes con patología vascular. El principal motivo de consulta es el estudio etiológico seguido del inicio y control de tratamiento sistémico. En la mayor parte de las uveítis no se llega a un diagnóstico etiológico. El grupo de patologías más frecuentemente asociadas a uveítis es el de enfermedades sistémicas autoinmunes y entre ellas, la más frecuente la uveítis HLA-B27. Aunque la mayoría de estas patologías ya estaban

previamente diagnosticadas. Únicamente hubo un caso de enfermedad de Behçet que debutó como uveítis. Existe el sesgo de que las uveítis asociadas a artritis reumatoide y la mayoría de las asociadas a HLA-B27 son remitidas a Reumatología y no están recogidas en nuestro estudio.

Conclusiones: Determinadas patologías oculares como la vascular o la inflamación intraocular en la que no se ha podido establecer una causa puramente oftalmológica pueden beneficiarse de un abordaje multidisciplinar para el estudio de la causa subyacente, el seguimiento o el manejo del tratamiento sistémico y sus posibles complicaciones. Una estrecha colaboración entre Medicina Interna y Oftalmología parece importante para el seguimiento a largo plazo de estos pacientes.