Rev Clin Esp. 2015;215 (Espec Congr):1446

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

V-255 - SERIE DE DOS CASOS DE SÍNDROME DE VOGT-KOYANAGI-HARADA EN UN HOSPITAL DE segundo NIVEL

V. Manzano Román[1], G. Ruiz Villena[1], J. Aparicio Oliver[1], A. Delgado Romero[2], R. Tinoco Gardón[2], M. Fernández Ávila[1], F. Gómez Rodríguez[1]

[1]Servicio de Medicina Interna. [2]Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario de Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).

Resumen

Objetivos: Describir las manifestaciones clínicas y el tratamiento de dos pacientes con enfermedad de Vogt-Koyanagi-Harada (VKH). Es un síndrome uveomeníngeo de base autoinmune con coroiditis bilateral muy característico oftalmológicamente con manifestaciones en tegumentos (poliosis, vitíligo y alopecia) y manifestaciones neurológicas (meningismo, pleocitosis linfocitaria, tinnitus). Etapas: prodrómica, uveítis, de convalecencia y recurrente/crónica.

Métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados con síndrome de VKH desde noviembre 2013 a enero 2014 en un hospital de tercer nivel.

Resultados: Dos mujeres con edad media de 35 años: Pérdida de agudeza visual unilateral y cefalea holocraneal. Caso A: parestesias de MMII, Hiperestesia en cuero cabelludo. Caso B: alteraciones auditivas. Exploración oftalmológica: inflamación de la cámara anterior, lesiones blanco-amarillentas parcheadas en polo posterior (coroiditis), pliegues maculares y líquido subretiniano peripapilar. Diagnóstico: síndrome de VKH en fase de uveítis. Tratamiento: bolo inicial de 1.000 mg/d 6-metilprednisolona iv. (tres días consecutivos). Posteriormente, pauta descendente larga con prednisona oral (1 mg/kg/d), con descenso gradual en 6 meses). Posteriormente se intensificó asociándose ciclosporina (3-5 mg/kg/d, repartidos en dos tomas). En ambos casos la enfermedad se controló adecuadamente y la agudeza visual mejoró tras tratamiento.

Discusión: Estos casos nos ayudan a entender que debemos realizar una administración temprana y agresiva de corticoides sistémicos con disminución progresiva lenta (6 meses o más) y en casos refractarios asociar inmunosupresores.

Conclusiones: El tratamiento inadecuado es el principal factor asociado a un peor pronóstico. Otros factores de mal pronóstico son el inicio grave de la enfermedad (baja agudeza visual medida un mes después del inicio de la enfermedad, presentación inicial con complicaciones oculares o inflamación recurrente).

0014-2565 / © 2015, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.