Rev Clin Esp. 2014;214 (Espec Congr):720

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

IF-84. - UVEÍTIS INTERMEDIA: ANÁLISIS DE PREVALENCIA, CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES Y ETIOLOGÍA EN UNA SERIE DE 200 PACIENTES CON UVEÍTIS

L. Strobosch Conesa, A. Sánchez Guirao, M. Herranz Marín, J. Lozano Herrero, E. Mompeán Conesa, M. Losada Morell, A. Climent Albadalejo, J. Arribas Ros

Servicio de Medicina Interna. Hospital J.M. Morales Meseguer. Murcia.

Resumen

Objetivos: Analizar la prevalencia y las características clínicas diferenciales de las uveítis intermedias (UI) en una serie global de 200 pacientes consecutivos con uveítis.

Métodos: Estudio de cohortes de 200 pacientes con uveítis en seguimiento por la Unidad Multidisciplinar de nuestro hospital desde enero de 2008 hasta junio de 2014. La Unidad está formada por un oftalmólogo, un médico internista y un médico reumatólogo, con una consulta conjunta semanal en el área de consultas del Servicio de Oftalmología. En todos los casos se realizó una exploración oftalmológica y un protocolo clínico consistente en anamnesis detallada, analítica básica, Rx de tórax, Mantoux y serología de lúes. El resto de pruebas complementarias fueron individualizadas de acuerdo con la sospecha clínica. El análisis de las variables se realizó con el programa SPSS 20.0 para Windows.

Resultados: Entre los 200 pacientes con uveítis se encontraron 33 casos de UI (16,5%). De ellos, 16 eran hombres (48,5%) y 17 mujeres (51,5%), con una edad media de 40,62 ± 16,78 años. El 54% tenían un curso crónico vs 13,3% en el conjunto de otras localizaciones (p = 0,000). El 57,6% eran unilaterales, el 12,1% granulomatosas y un 48,5% tenían actividad grave con agudeza visual < 0,3, frente a solo un 29,4% en el resto de uveítis no intermedia (UNI) (p = 0,08, NS). No se encontraron diferencias significativas en las variables ANA, mantoux, HLA B5 o Rx de tórax patológica. La enzima convertidora de angiotensina (ECA) resultó positiva en 2 de 14 casos de UI (6,2%) y en 4 de 39 de UNI (2,4%, p = 0,059, NS). La complicación local más frecuente fue el edema macular quístico en 8/20 casos (40%), frente a solo un 7,7% en UNI (p = 0,028). Tras análisis de historia clínica y exploraciones complementarias, se llegó al diagnóstico de pars planitis en 7 casos y de UI secundaria en 22 casos (66,7%), entre ellas 4 EA, 1 EII, 6 Behçet, 2 sarcoidosis, 2 EM, 1 TBC, 1 lues, y 1 AIJ. En el 72% de los casos la uveítis fue previa al diagnóstico. En 15 ocasiones se usaron inmunosupresores (6 MTX, 5 CyA, 3 AZA y 1 MFM), y en 7 tratamiento biológico (3 infliximab, 3 adalimumab y 1 rituximab).

Discusión: La inflamación de la capa intermedia del ojo constituye un grupo de uveítis con potencial daño irreversible de la agudeza visual, curso crónico y alta probabilidad de asociarse a enfermedad sistémica. El lugar primario de inflamación es el vítreo y las formas de presentación más frecuentes son miodesopsias y visión borrosa. Se denomina pars planitis a las UI idiopáticas con snowbanks o

snowballs. La causa más frecuente de UI es la pars planitis, seguido por la sarcoidosis y la esclerosis múltiple, aunque en nuestra serie predominaron los casos de Behçet y EA. Entre otras causas de UI se incluyen la tuberculosis, sífilis, EII, enfermedad de Lyme, enfermedad de Whipple y los síndromes de enmascaramiento neoplásicos. Dado que en ocasiones la sintomatología neurológica puede aparecer con posterioridad a la uveítis, se aconseja descartar la EM en todos los casos de UI, y muy especialmente en las UA granulomatosas sin diagnóstico alternativo y cuando se vaya a emplear terapia anti-TNF.

Conclusiones: 1. La UI puede ser la primera manifestación de una enfermedad sistémica no diagnosticada, principalmente sarcoidosis, esclerosis múltiple y TBC. 2. Se recomienda la realización de RMN cerebral en UI de causa desconocida, especialmente cuando coexiste con UA granulomatosa o se va a iniciar tratamiento biológico. 3. El abordaje integral y multidisciplinar de las UI puede mejorar la eficacia diagnóstica y el pronóstico de los pacientes.

0014-2565 / © 2014, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.