



IF-024 - UVEÍTIS: LOCALIZACIÓN ANATÓMICA E IMPLICACIONES TERAPÉUTICO- ASISTENCIALES

J. Binetti¹, E. Nart Puente¹, E. Yeregui Echeverría¹, R. Rojas Sánchez¹, M. Sirisi Escoda¹, D. Pinilla Fuentes², E. Solé Forteza² y M. López- Dupla¹

¹Medicina Interna, ²Oftalmología. Hospital Joan XXIII. Tarragona.

Resumen

Objetivos: Analizar las diferencias entre las uveítis anteriores y no anteriores en cuanto al tratamiento y la repercusión asistencial medida en el tiempo de seguimiento hasta lograr la remisión.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de las uveítis no infecciosas en una consulta multidisciplinar de Oftalmología y Medicina Interna. Se recogen datos epidemiológicos, etiología, tiempo de seguimiento en consulta, tratamiento y respuesta a partir de las historias clínicas de una serie de pacientes diagnosticados de uveítis no infecciosa desde 2012 hasta marzo de 2018.

Resultados: Se revisaron 33 casos de uveítis no infecciosa (18 varones y 15 mujeres) con una edad media de 45,2 años (DE 15,7) y rango de 17-85 años. La localización fue: anterior en 19 casos, panuveítis 7 casos, posterior 5 casos e intermedia 2 casos. La mediana de edad fue significativamente mayor en los pacientes con uveítis anterior (48, IQ: 25-75: 35-63 vs 37,5 años, IQ 25-75: 33,3-42,8; $p = 0,004$). En la uveítis anterior predominaron los varones y en la no anterior las mujeres (63,2 vs 42,9%; $p = 0,2$). El 78,8% de los casos la uveítis fue idiopática. Se asoció en 1 caso a aortitis idiopática localizada, 1 caso a esclerosis múltiple, 2 casos a sarcoidosis, 2 casos a espondilitis anquilopoyética (EA) y 1 caso a artritis psoriásica. Dos casos fueron coroiditis serpiginosa. Los 19 casos de uveítis anterior fueron tratados de inicio únicamente con corticoides tópicos a excepción de uno que recibió además corticoides orales (CO). Dos de ellos precisaron añadir CO y un caso, asociado a EA precisó CO, metotrexato y adalimumab (Ada). De los 14 casos de uveítis no anteriores 4 pacientes curaron en el primer episodio con prednisona oral; 1 caso asociado a artritis psoriásica requirió CO + golimumab + leflunamida; 3 casos respondieron a CO + ciclosporina (CyA) tras recidiva con CO; 1 paciente requirió bolus de metilprednisolona y posteriormente CO + CyA; 2 pacientes recidivaron con la pauta de CO y CO + CyA, respondiendo a la combinación de Cs + CyA + azatioprina (Aza); 1 paciente precisó las pautas CO + CyA + Aza, CO + ácido micofenólico (Myc), CO + Myc + Ada por recidivas hasta responder a esta última, sin embargo, otro paciente que ha recibido las mismas pautas sigue sin remisión completa; 1 paciente con uveítis intermedia se diagnosticó de esclerosis múltiple cuando fue tratado con Ada, cambiándose por Aza. La mediana del tiempo de seguimiento en consulta para los pacientes con uveítis anterior fue significativamente menor respecto a la uveítis no anterior (7 semanas (IQ 25-75: 1-24,5) vs 51, 5 (IQ 25-75: 21,3-109,5); $p = 0,004$).

Discusión: La uveítis es la inflamación de la túnica vascular. Suele afectar a pacientes entre 20-50 años. La UA es la forma más común como en nuestra serie. Más de la mitad de las uveítis son idiopáticas. El pronóstico de la uveítis anterior es mejor que en las otras localizaciones y habitualmente el tratamiento tópico

es eficaz como en nuestra serie. La uveítis con afectación posterior y la forma intermedia precisan generalmente corticoterapia sistémica desde el principio, son más frecuentemente recidivantes o crónicas y suelen requerir asociar tratamiento inmunosupresor y/o tratamiento biológico como en el 71% de nuestra serie.

Conclusiones: La uveítis no anterior con respecto a la uveítis anterior en el adulto es de peor pronóstico, requiere tratamiento más complejo con inmunosupresores y/o biológicos en más de la mitad de los casos y el tiempo de seguimiento que precisa es más prolongado.