Rev Clin Esp. 2016;216(Espec Congr):517

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

IF-017 - EXPERIENCIA DE UN INTERNISTA EN EL MUNDO OFTALMOLÓGICO

C. Esteve Martí[1], M. Murillo Alvencillas[1], K. Moussavi[2], M. Rodríguez Carballeira[1]

[1]Medicina Interna, [2]Oftalmología. Hospital Universitari Mútua de Terrassa. Terrassa (Barcelona).

Resumen

*Objetivos:*La uveítis es una inflamación de la úvea que puede ser de etiología infecciosa, asociada a enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS), neoplasias o idiopáticas, y su tratamiento puede incluir inmunosupresores y/o biológicos. Tanto para el cribado diagnóstico como para el control del tratamiento el internista tiene un papel muy importante en el manejo de esta patología. En los últimos años se han creado unidades de visita conjunta del oftalmólogo y el internista. Aquí mostramos nuestra experiencia en los primeros 12 meses del funcionamiento de nuestra unidad consistente en una visita mensual con 12 pacientes de media.

*Resultados:*De los pacientes remitidos se consideraron tributarios de seguimiento por la unidad 19 por uveítis idiopática tributaria de tratamiento sistémico y 46 por enfermedad sistémica asociada. Analizamos estos 46 pacientes, de los cuales 24 son mujeres (52,2%) y el 78% caucásicos. La edad de debut media es de 46 años (DE 16). El principal diagnostico oftalmológico fue: 16 pacientes uveítis posterior (34,7%), 20 uveítis anterior recurrente (43,5%), 3 vasculitis retiniana (6,5%), 2 panuveitis (4,4%) y 15 otras afectaciones oftalmológicas (3 coriorretinitis serpinginosa, 4 coroiditis, 4 esclerisis, 3 edema macular y 1 retinitis paraneoplásica). En cuanto a la etiología, se diagnosticó un 47,8% de etiología autoinmune, un 21,7% de etiología infecciosa, un 4,3% de etiología neoclásica. Dentro de la etiología autoinmune, la causa principal es el Behçet con 7 pacientes (15,2%), seguida de sarcoidosis y vasculitis con 5 pacientes cada una (10,9%). Otros diagnósticos fueron: Sjögren con 3 pacientes (6,5%), espondilitis anquilopoyética 2 pacientes (4,3%) y lupus eritematoso sistémico con 2 pacientes (4,3%). Dentro de la etiología infecciosa cabe destacar que en 4 pacientes se asoció a tuberculosis. La exploración oftalmológica evidenció disminución de la agudeza visual por debajo del 0,5 en el ojo derecho en 13 pacientes (28,3%) y en 11 (22%) en el ojo izquierdo. En cuanto al tratamiento: un 45,7% de los pacientes recibieron corticoides tópicos y un 37% también orales, subconjuntivales 7 (15,2%) e intraoculares 9 (19,6%). Llevaron inmunosupresores desde el inicio 10 pacientes (20%): 6 ciclosporina, 3 azatioprina, 2 metrotexate y 1 micofenolato de mofetilo. Además, los 4 pacientes afectados con tuberculosis oftálmica precisaron antituberculostáticos, siendo además preciso el uso de corticoides sistémicos en 3 pacientes y tópicos en 2 debido a la gran inflamación que se había provocado. Como mantenimiento 37% de los pacientes fueron tratados con corticoides orales (17 pacientes) y 52,1% con inmunosupresores (10 pacientes con ciclosporina, 4 con azatioprina y 6 con metrotexate). Además, 6 también recibieron terapia biológica: 2 con adalimumab y 6 con infliximab. En nuestra muestra se registró una mediana de retraso en el diagnostico inferior a 1 mes desde el inicio de la sintomatología oftálmica (DE de 10 meses). De los 46 pacientes estudiados, 16 realizaron algún brote.

*Conclusiones:*La consulta conjunta del oftalmólogo y el internista permita una atención más ágil y cuidadosa a los pacientes con patología oftálmica asociada a enfermedades sistémicas o tributarias de

inmunosupresores.

0014-2565 / © 2016, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.