



<https://www.revclinesp.es>

IF-038 - UVEÍTIS Y AUTOINMUNIDAD EN PACIENTES DE MEDICINA INTERNA

E. Pardo Magro, R. Pérez Palacio, S. González García, G. García García, C. Muñoz Reyes, J. Izquierdo Hidalgo, C. García Carrasco, D. Magro Ledesma

Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Badajoz.

Resumen

Objetivos: Describir las características clínicas y terapéuticas de pacientes diagnosticados de uveítis, así como la relación de las mismas con patología autoinmune.

Material y métodos: Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo de 24 pacientes diagnosticados de uveítis por parte de oftalmología y derivados a consultas de Medicina Interna (Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas) para estudio etiológico de las mismas. Para ello se recogen historias clínicas de dichos pacientes, en un periodo de seguimiento desde 1997 hasta 2016 y se analizan mediante el programa estadístico SPSS 15.0.

Resultados: Se analizaron 24 pacientes. El 75% fueron mujeres. La edad media al diagnóstico del primer episodio de uveítis fue de 36 años (± 17 años). En cuanto a la localización: el 56,5% de los pacientes presentaron uveítis anterior; el 8,7% uveítis intermedia; el 30,4% uveítis posterior y un 4,3% panuveítis. En 23 pacientes la uveítis se presentó de forma aguda recidivante y sólo un paciente presentó un episodio aislado de uveítis sin recidiva posterior. Un 25% de las uveítis fueron unilaterales y un 62,5% bilaterales, no estando especificado en los informes en el 12,5% de los pacientes. En cuanto a la etiología, el 54,2% estaban relacionadas con enfermedades autoinmunes, mientras que el 45,8% no tenía atribuida ninguna enfermedad autoinmune definida. De los que presentaban una enfermedad autoinmune sistémica (EAS) definida: 7 presentaron enfermedad de Behcet, 3 sarcoidosis, 1 espondilitis anquilosante, 1 enfermedad de Wegener y un paciente polimiositis. 10 pacientes presentaron anticuerpos antinucleares positivos, 5 HLA B-51 positivos y 2 HLA B-27 positivos. En cuanto al tratamiento: un 20,8% recibió tratamiento tópico; un 16,7% recibió además esteroides sistémicos; al 29,2% se asociaron también inmunosupresores y el 33,3% precisó asociar terapia biológica. De los tratados con inmunosupresores, el 42,9% recibió azatioprina, el 35,7% ciclosporina y el 14,3% metotrexate, siendo preciso el cambio a otro inmunosupresor en el 50% de los casos por recidivas. Los 8 pacientes que recibieron terapia biológica fueron tratados con adalimumab. De los pacientes que precisaron IS o biológico un 69,2% de los casos tenían una EAS definida. En cuanto al uso de tratamiento inmunosupresor, el 60% de los pacientes que precisó cambio de IS estaba catalogado de Behcet.

Discusión: Denominamos uveítis a entidades clínicas que causan inflamación intraocular. Pueden aparecer a cualquier edad, siendo más frecuente de los 20-40 años, correspondiéndose a lo descrito en nuestro estudio. La etiología de las mismas es muy variada: infecciosas, no infecciosas puramente oftalmológicas, asociadas a enfermedades autoinmunes y síndromes de enmascaramiento. Dentro de las relacionadas con enfermedades autoinmunes. Las más frecuentes son las formas recidivadas, con afectación anterior, y peor respuesta al tratamiento convencional, seguidas por las de afectación posterior. Las menos frecuentes son las intermedias,

reflejado también en nuestros pacientes. En función de la localización de la uveítis, el paciente presentará clínica diferente; desde ojo rojo doloroso en uveítis anterior, hasta disminución de la agudeza visual en uveítis posteriores. En cuanto al tratamiento, está indicado el tratamiento tópico inicialmente con ciclopléjicos y corticoides, pudiéndose añadir esteroides orales en brotes graves o no controlados. Los inmunosupresores están indicados cuando existen recurrencias siendo los más usados el metotrexate, ciclosporina y azatioprina. Se añadirá terapia biológica cuando la enfermedad subyacente lo precise así como con uveítis recidivantes no controladas con el tratamiento previo.

Conclusiones: Las uveítis son una entidad que precisa un diagnóstico y tratamiento precoces para prevenir complicaciones. Es importante buscar la etiología de la misma para así poder pautar el tratamiento óptimo y facilitar un seguimiento más adecuado. Es fundamental la comunicación y el trabajo en equipo del oftalmólogo y el internista.