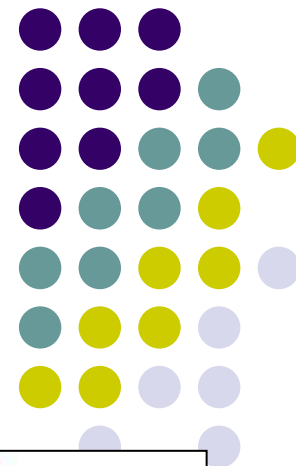
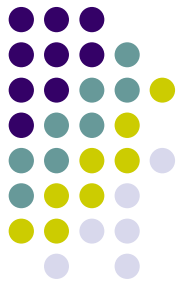


UVEITIS: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

DRA ESTHER CORREDERA SALINERO
DR NICOLAS TOLEDANO FERNÁNDEZ
DR JUSTO RUIZ RUIZ

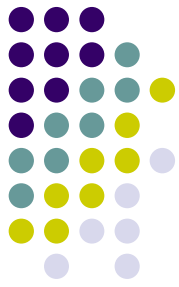


Diagnóstico



- Las pruebas de laboratorio no constituyen el elemento más importante del dg etiológico
- La **anamnesis y exploración** constituyen la piedra angular del dg etiológico
- La uveítis puede ser la **manifestación inicial** de una enfermedad sistémica

Diagnostico



- Dx etiologico importante:
 - Descartar enf sistémica, potencialmente severa
 - Pronostico
 - Tratamiento adecuado
- Papel del oftalmologo: orientar el diagnostico:
 - -No peticiones de laboratorio indiscriminadas
 - -No remitir al internista a ciegas, “en busca de algo”

Uveítis



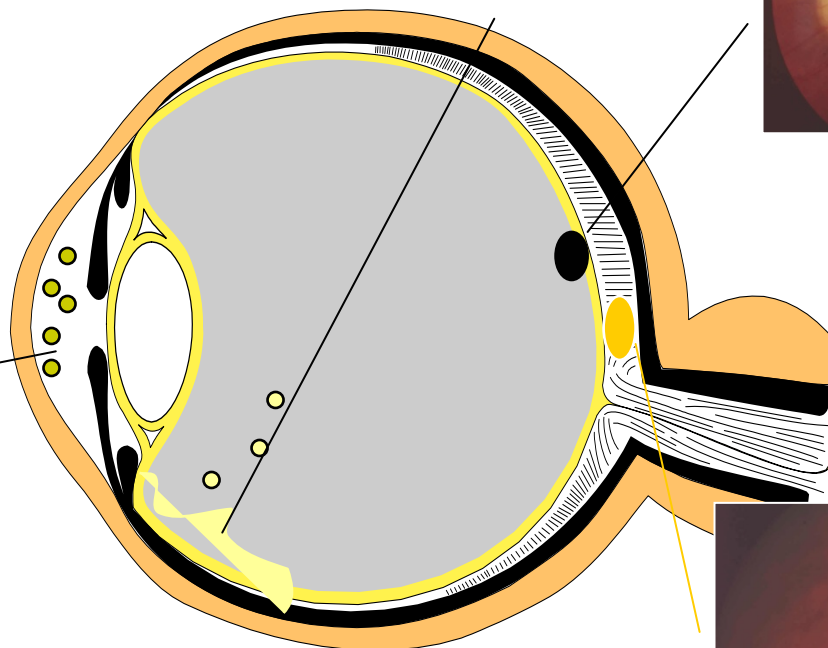
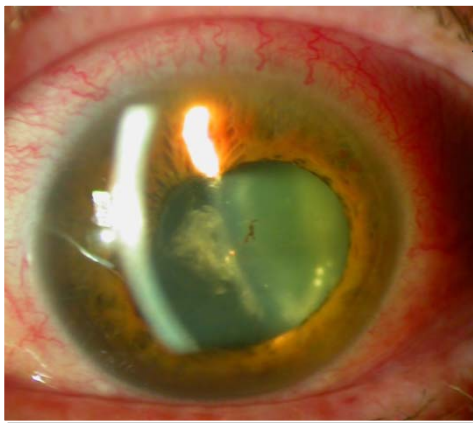
Retinitis



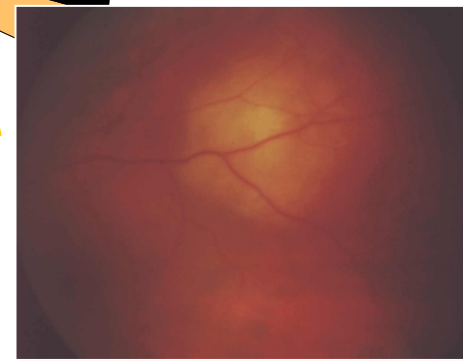
Uveitis intermedia

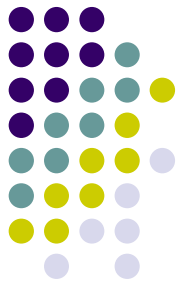


Uveitis anterior



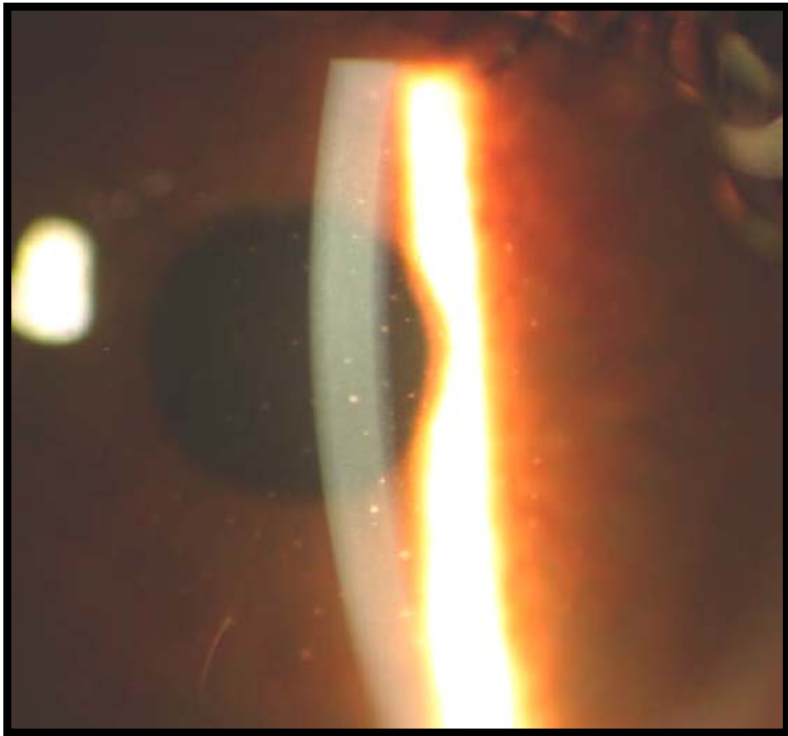
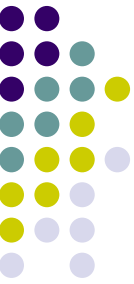
Coroiditis





Diagnostico

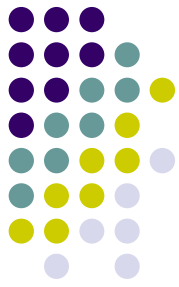
- Examen oftalmológico detallado (lámpara de hendidura) + Anamnesis por sistemas.
- Según patrón de uveitis:
- 1-Diagnostico SI:
 - -Síndromes oftalmológicos: Fuchs, Possner
 - -Causa local de uveitis: cristalino, traumática, herpes, lente intraocular, etc,
 - -Enfermedad conocida que justifique la uveitis



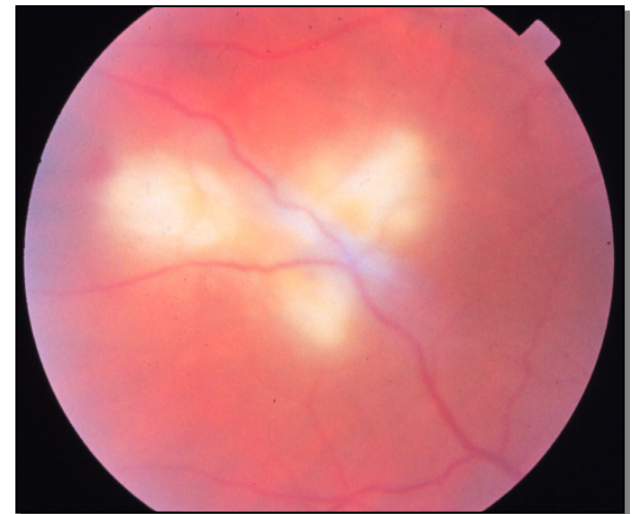
Heterocromía de iris

**Típico de la Ciclitis
Heterocrómica de Fuchs**

Diagnostico



- 2-Diagnostico NO:
 - -Analítica básica con hemograma con fórmula y básico de orina.
 - -Radiografía de tórax
 - -Serología luética y HIV
 - -Otras pruebas si así lo sugiere el patrón de uveitis



ANAMNESIS Y EXPLORACION

PATRON DE UVEITIS

Diagnostico NO

Diagnostico SI:

- Síndromes oftalmológicos
- Causa local de uveitis
- Enfermedad conocida que justifique la uveitis

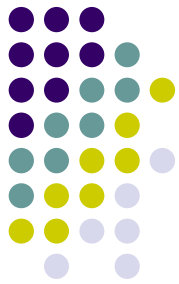
Analítica básica y VSG
Radiografía de torax
Serología luética
Otras pruebas si así lo sugiere el patrón

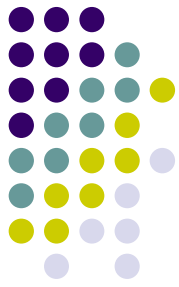
Diagnostico SI

Diagnostico NO

Diagnostico NO:
Revisar periódicamente

- Reexplorar al paciente
- Valorar pedir nuevas pruebas en función de resultados

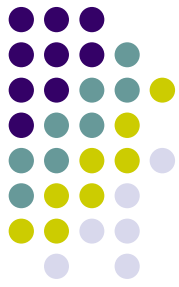




Diagnostico

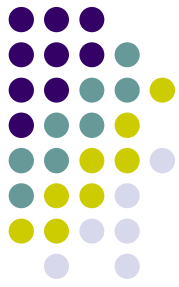
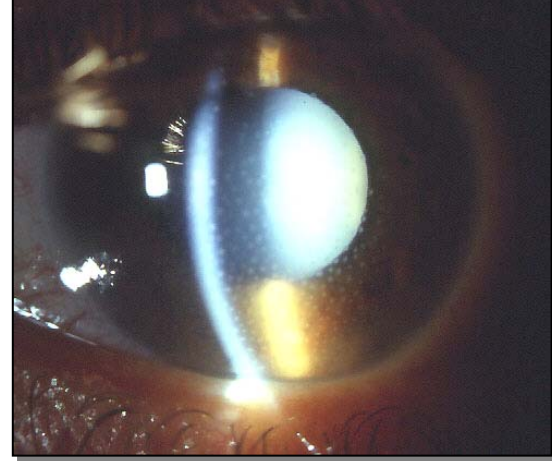
- ¿Enfermedad autinmune?
- Descartar infección:
 - Toxoplasmosis, Sifilis, Herpes, Tuberculosis y endoftalmitis (endógena, postraumática, postquirurgica), etc
- Descartar neoplasias:
 - linfoma de SNC, leucemia, metástasis, melanoma, etc
- Descartar efectos 2º drogas:
 - cidofovir, ac alendrónico, rifabutina, dietilcarbamacepina, sulfonamidas, anticonceptivos orales, estreptoquinasa, etc
- Descartar otros sindromes de mascarada:
 - cuerpo extraño intraocular , desprendimiento de retina, etc

Tecnicas diagnosticas intraoculares: casos sin Dx

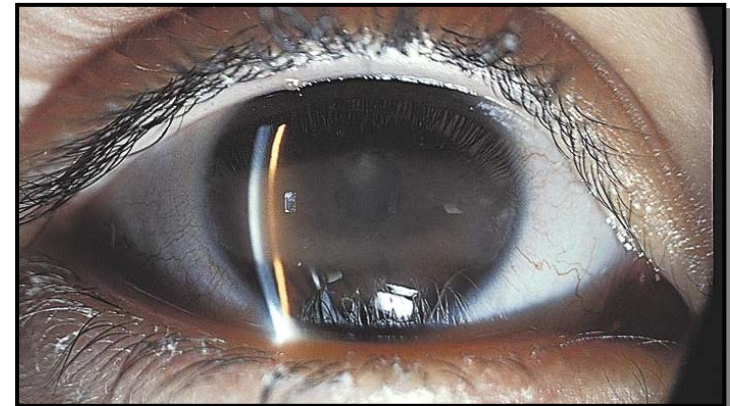


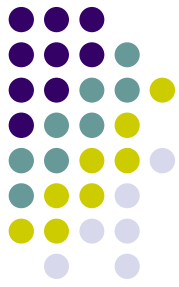
- Vitrectomía diagnóstica:
 - PCR acuoso o vítreo:
 - tuberculosis, herpes y CMV, Toxoplasma, Bartonella, Tropheryma whippelii, hongos, linfomas.
 - Producción local de anticuerpos en h. acuoso:
 - Coeficiente de Goldman-Witmer
 - Citología :
 - citometría de flujo, técnicas moleculares, citología
 - Linfoma intraocular, metástasis, macrófagos PAS +
- Biopsia coroidoretiniana:
 - Aspiración con aguja fina de liquido subretiniano, muestra de retina

Diagnóstico



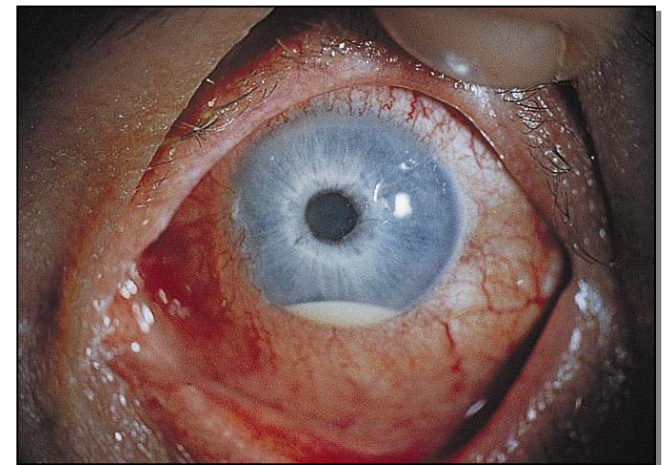
- 30-40% sin diagnóstico
- Tratamiento si idiopática → Base inmune
- Tratamiento para evitar complicaciones:
 - -Ceguera por afectación directa del nervio óptico o macula.
 - -Inflamación mantenida o el tto:
 - Glaucoma, catarata, hipotonía queratopatía en banda, tracciones vitreorretinianas, Isquemia vitreorretiniana.



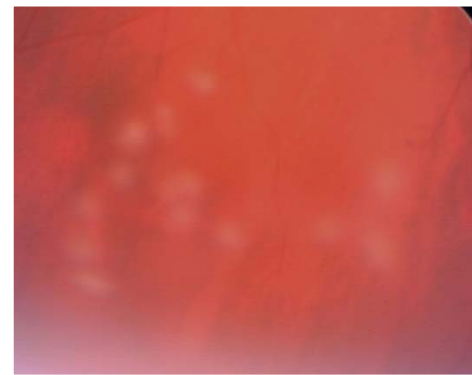
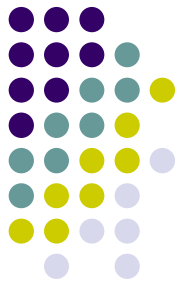


Tratamiento

- No permitir ningún grado de inflamación
- Con qué tratar:
 - corticoides: fase aguda:
 - tópica
 - periocular
 - intraocular
 - sistémica
 - inmunosupresores : fase crónica
 - Reducir dosis de CTC < 10mg/dia
 - manejo multidisciplinar
 - iatrogenia potencial

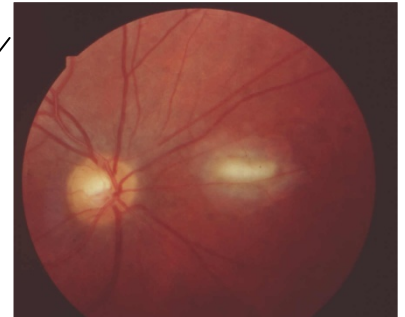


Uveítis: TTO

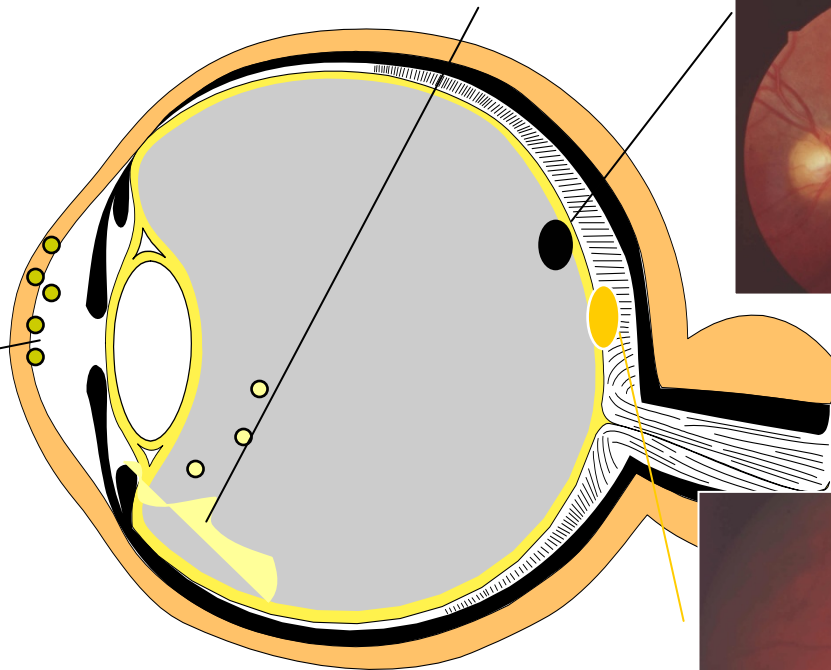
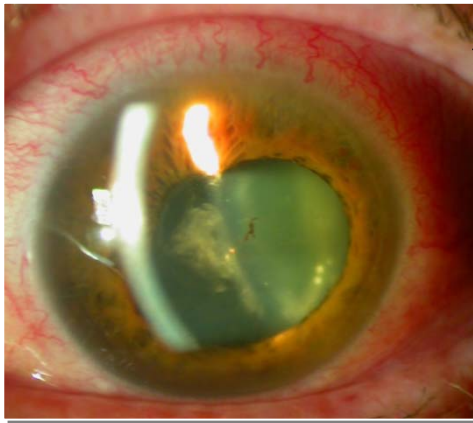


Uveitis intermedia:
Periocular, sistémico.

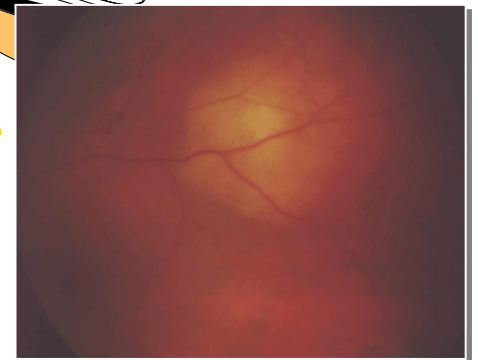
Retinitis:
Sistémico,
intraocular

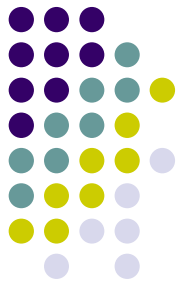


Uveítis anterior:
Tópico,
Periocular,
Sistémico



Coroiditis:
sistémico





Unidad multidisciplinar

- Oftalmólogo: Exploración y anamnesis



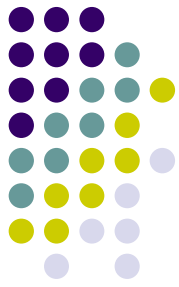
Sospecha diagnostica



M. Interna/Reumatología/Pediatra: exploración
y anamnesis

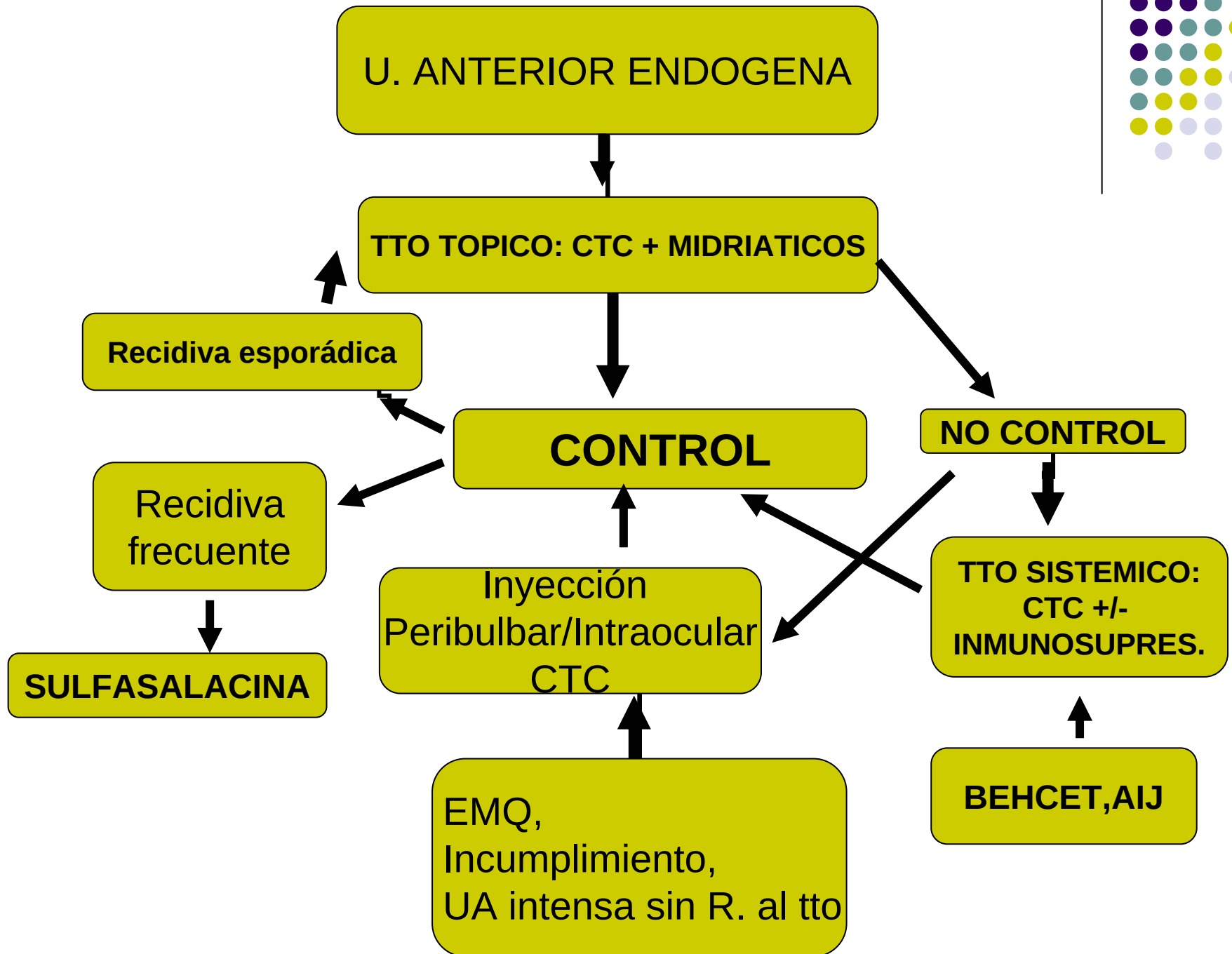
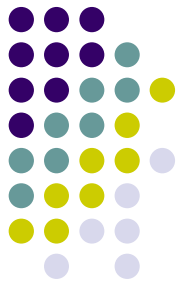


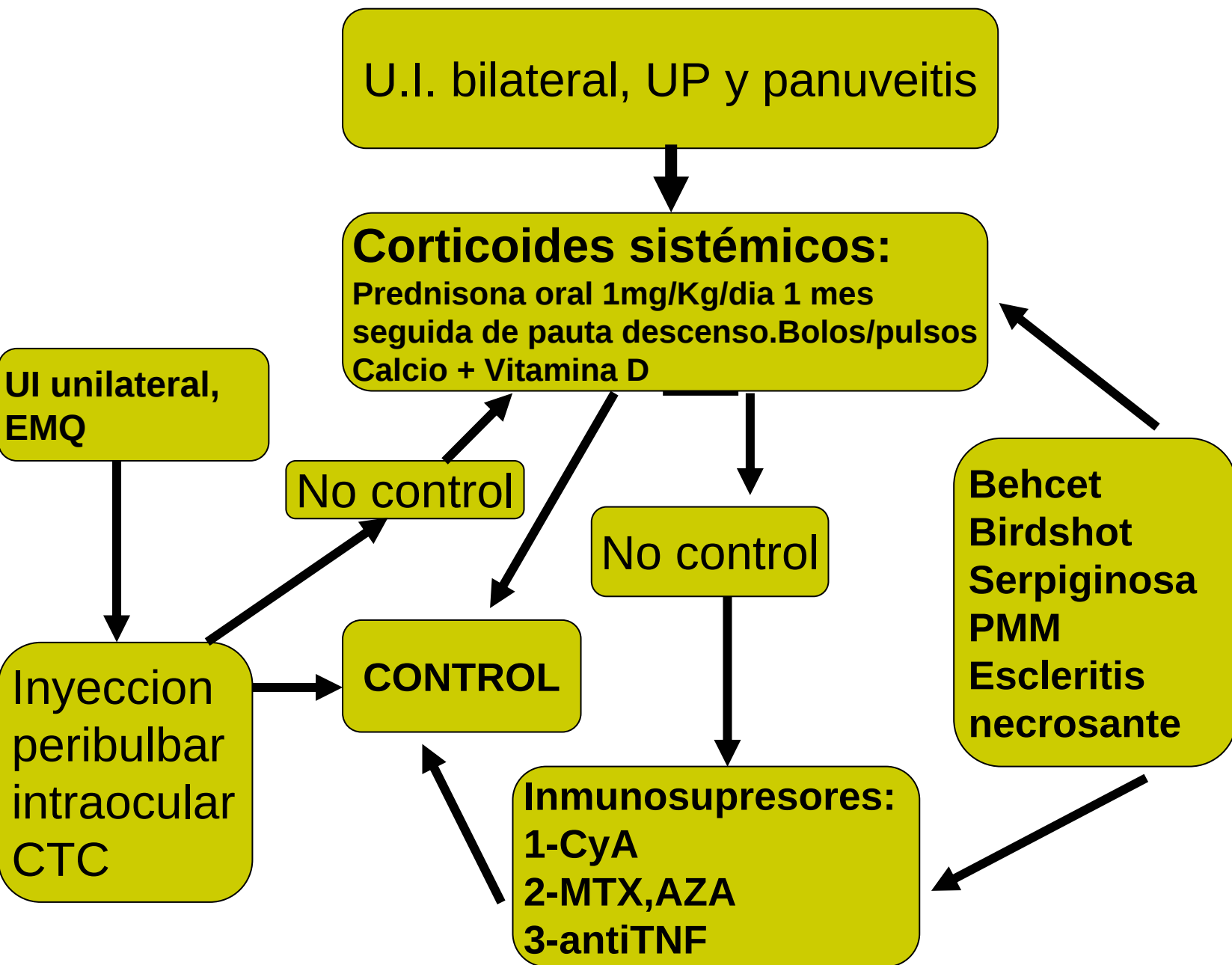
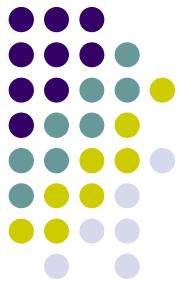
Diagnostico y tratamiento



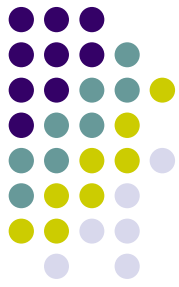
Unidad multidisciplinar

- Oftalmologo: Valorar respuesta al tto
- M.Interna/ Reumatologo:
 - -selección de inmunosupresor
 - -establecer dosis
 - -controlar efectos secundarios sistémicos
 - -vigilar respuesta terapéutica a otros niveles en caso de enfermedad sistémica



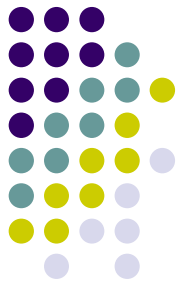


TRATAMIENTOS INTRAOCULARES(Intravitreo)

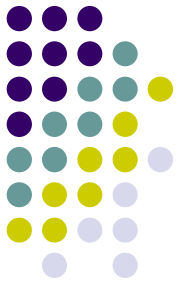


- ANTIBIOTICOS
 - Toxoplasmosis: Clindamicina + Corticoide
 - Endoftalmitis bacterianas: Vancomicina, Amikacina
 - Endoftalmitis fungicas: Voriconazol
- ANTIVIRALES:
 - Ganciclovir, Foscarnet: Necrosis retinianas en HIV
- CORTICOIDES
 - Triamcinolona, Dexametasona : Uveitis crónicas con afectación macular (edema macular quístico, serpiginosa, oftalmía simpática)
- ANTIPROLIFERATIVOS
 - Metrotexate, Rituximab, Melfalan

TRATAMIENTOS INTRAOCULARES(Intraviteo)

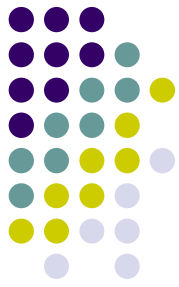


- INYECCION INTRAOCULAR DE FARMACOS ANTIVEGF
 - Avastin (Bevacizumab),Lucentis (Ranibizumab), en tratamientos de complicaciones neovasculares retinianas e inflamatorias (edema macular)
- IMPLANTES INTRAVITREOS DE LIBERACION LENTA
 - Dispositivos intraviteos que liberan fármacos durante 1,5 año: Corticoides, valganciclovir

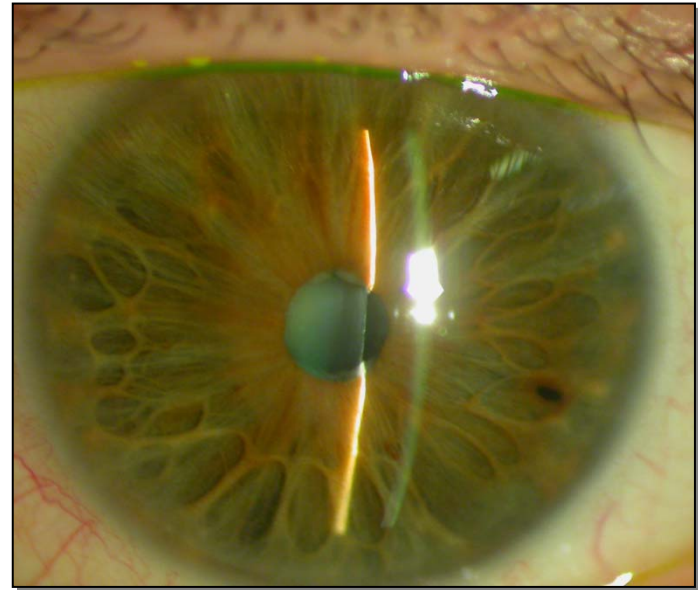


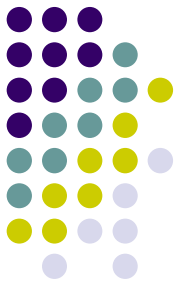
- PREGUNTAS
- CASOS CLINICOS

Uveitis anterior aguda recidivante



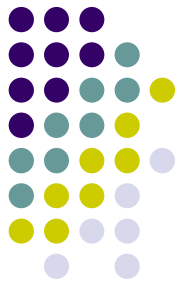
- Edad: 20 años
- 3 episodios (2 en ojo derecho y 1 en ojo izquierdo) con respuesta a tto tópico en un período de 1,5 años
- -Clinica ciliar:
Dolor, miosis
Fotofobia, hiperemia,
Tyndall y fibrina
- Clinica sistémica:
Asintomático
- No hábitos riesgo





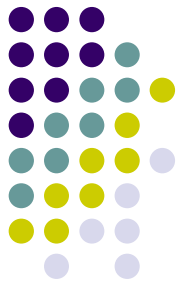
Anamnesis

- No artralgias, no lumbalgias
- Estudiante
- No tiene animales
- Hemograma y analítica básica y orina: normal
- Lues: negativo
- RX torax: Normal
- ¿otras pruebas?



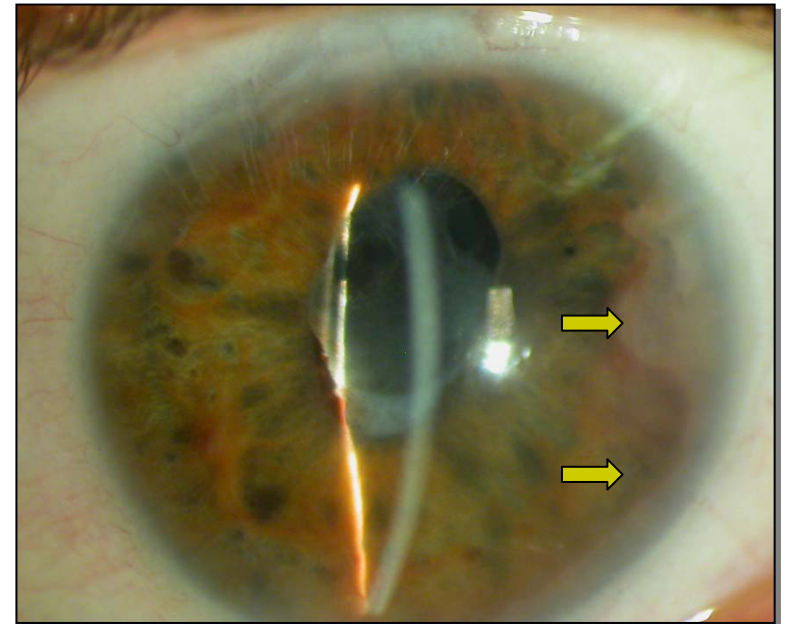
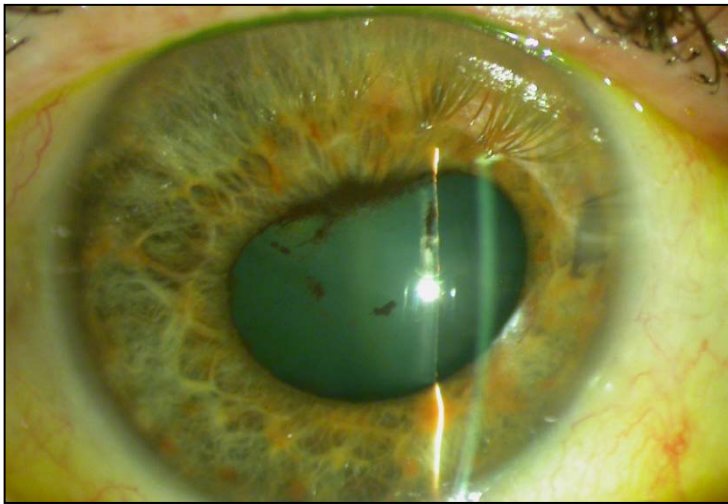
HLA B 27 : +

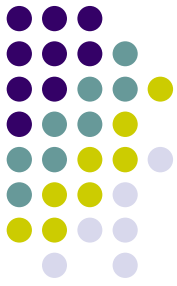
- UAAR B27+: idiopática o forma abortiva de espondiloartropatía:
 - Espondiloartropatía: causa + frec de UAAR unilateral en < 40 años
- No clínica de raquialgia o sinovitis.
- No artritis reactiva, no psoriasis, no Enf. inflamatoria.
- Vigilar aparición de clínica lumbar
- Seguimiento por Reumatología:
 - Rx sacroiliacas: 12% evolucionó a Espondilitis Anquilosante en 9 años



TRATAMIENTO:

- Corticoide Tópico + Midriático:
gotas cada hora o cada minuto los cinco primeros minutos de cada hora, (pauta de las 90gotas)
- Si no hay respuesta: CTC Periocular
- Según recidivas y clínica sistémica: SSZ,MTX, Infliximab, Adalimumab

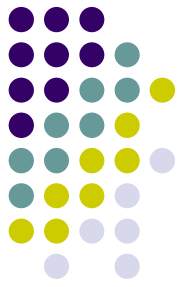




Foco de coriorretinitis

- Varón 32 años
- AV 0,1
- No ojo rojo
- No dolor
- Tiene un huerto
- No hábitos tóxicos
- Sano





Tratamiento toxoplasmosis

- Sulfadiacina + Pirimetamina
- A.folico
- CTC
- Septrim-forte



Panuveitis

1-Uveitis anterior explosiva con hipopion en ojo derecho y tyndall moderado en ojo izquierdo

2-Vasculitis retiniana bilateral asimétrica:

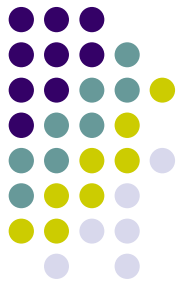
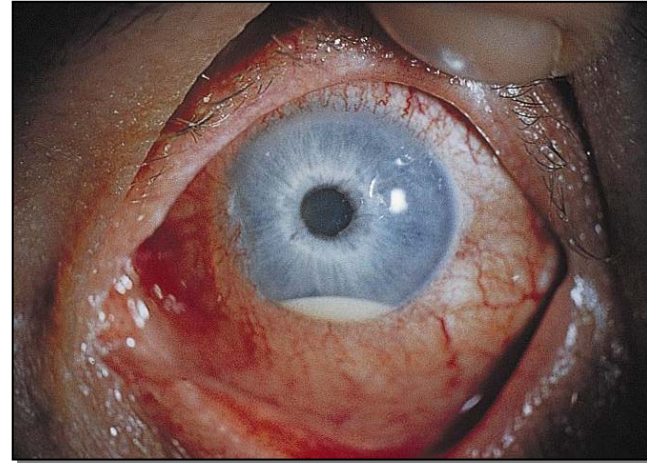
- Papiloflebitis
- Exudados y hemorragias en retina
- Vasculitis con exudación en cera de vela

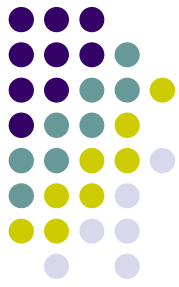
-ANAMNESIS

- Ulceras orales esporádicas
- lesiones acneiformes, pustuloides
- Hábitos sexuales de riesgo

-ANALITICA

- - RPR POSITIVO





- Diagnostico de inicio: **Panuveitis sifilítica.**
- TTO: Penicilina G i-v
- Punción lumbar: VDRL negativo.



- Replanteamiento Dx : Sospecha **Enf Behcet**



- TTO: CTC + MTX + AZA



- Buena respuesta pero recaídas frec. tras 3 años

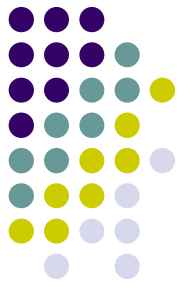


- INFLIXIMAB/ ADALIMUMAB



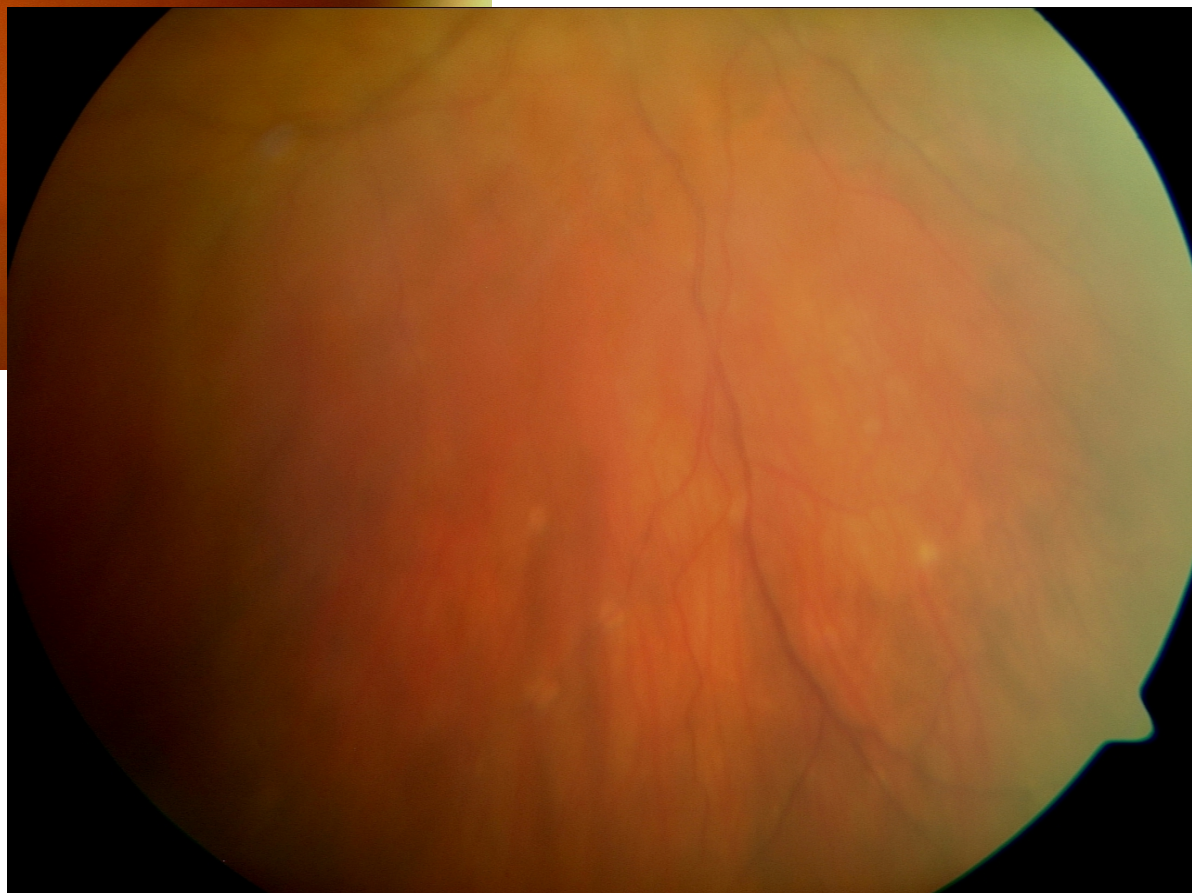
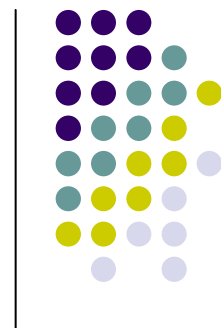
Visión de moscas (miodesopsias)

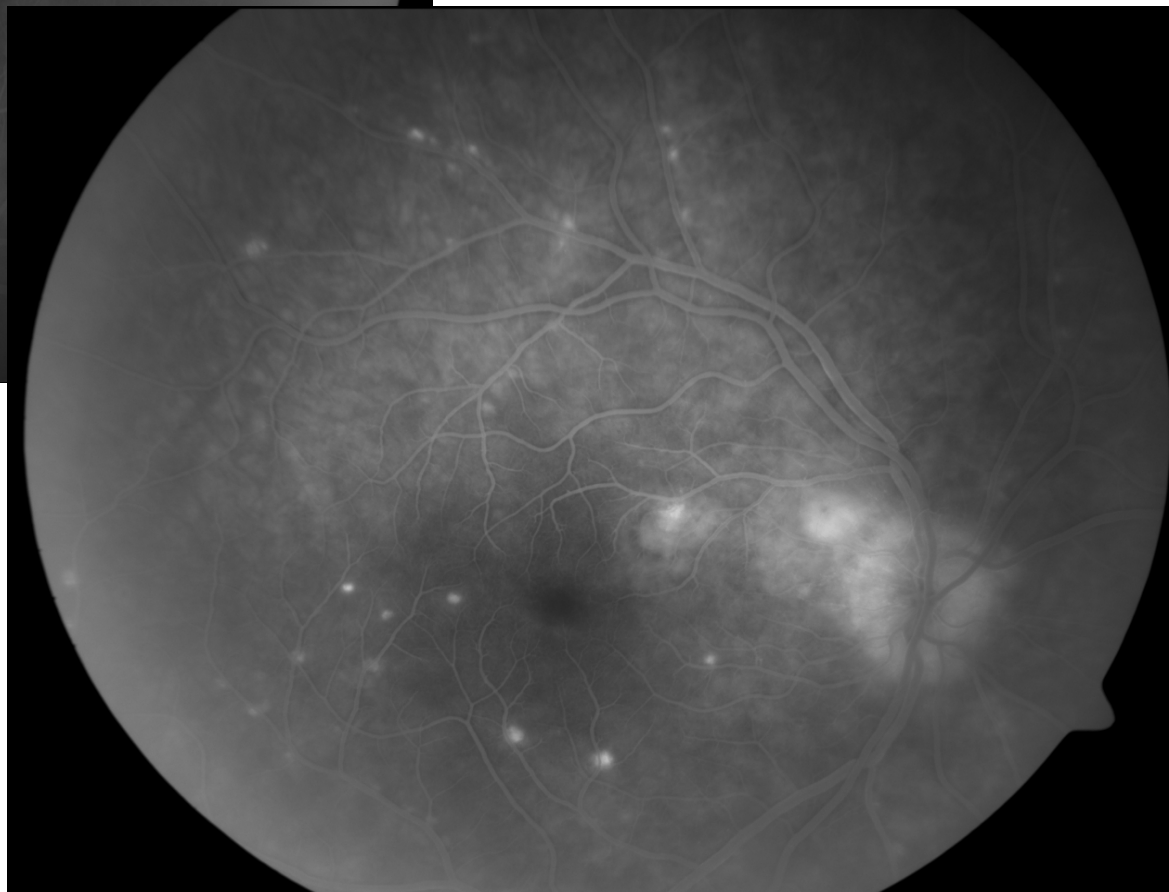
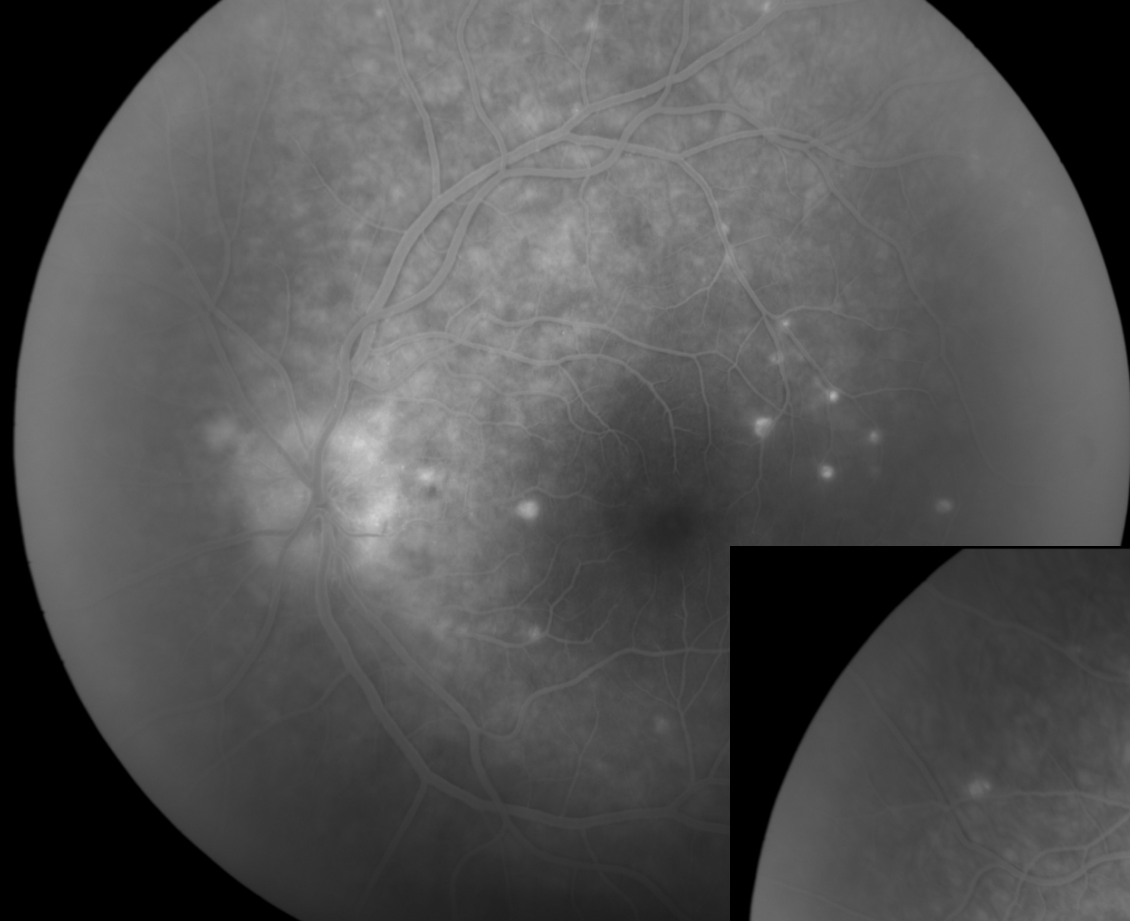
- Varón 42 a. 1ª visita de urgencia
- Antecedentes personales sin interés
- Anamnesis sistémica negativa
- Miodesopsias AO (1 mes)
- Exploración oftalmológica
 - Hemorragia retiniana en mancha aislada en polo posterior OD



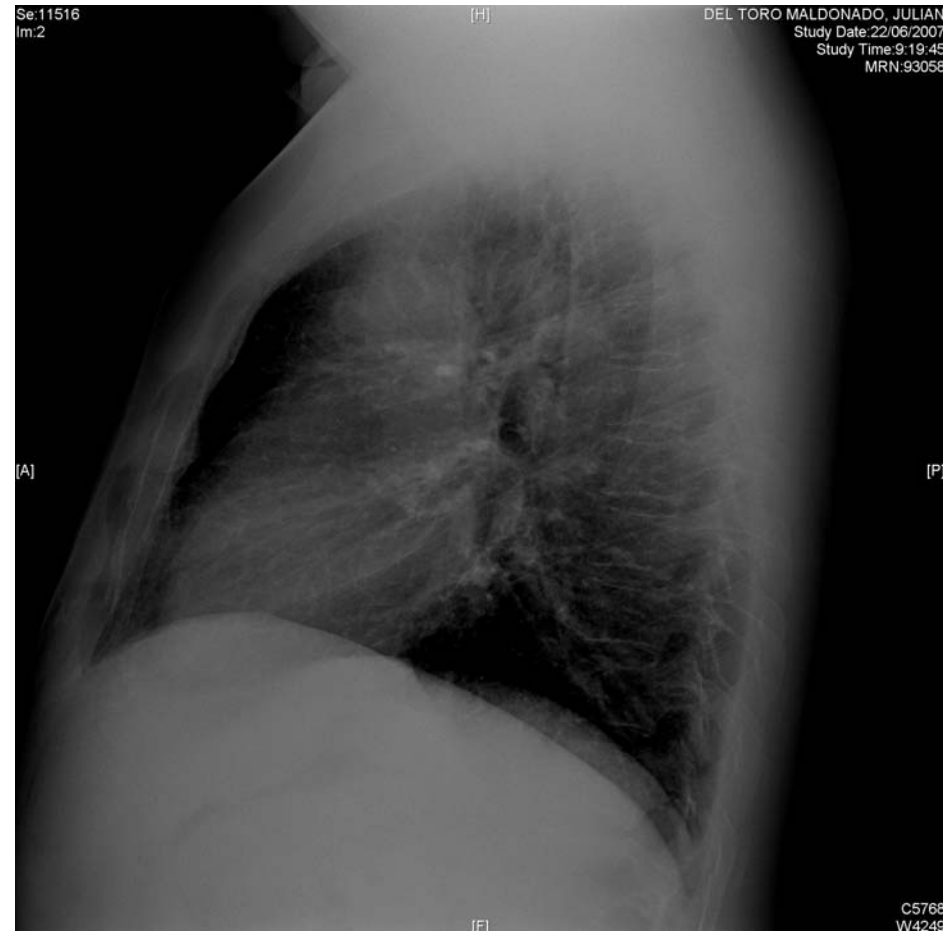
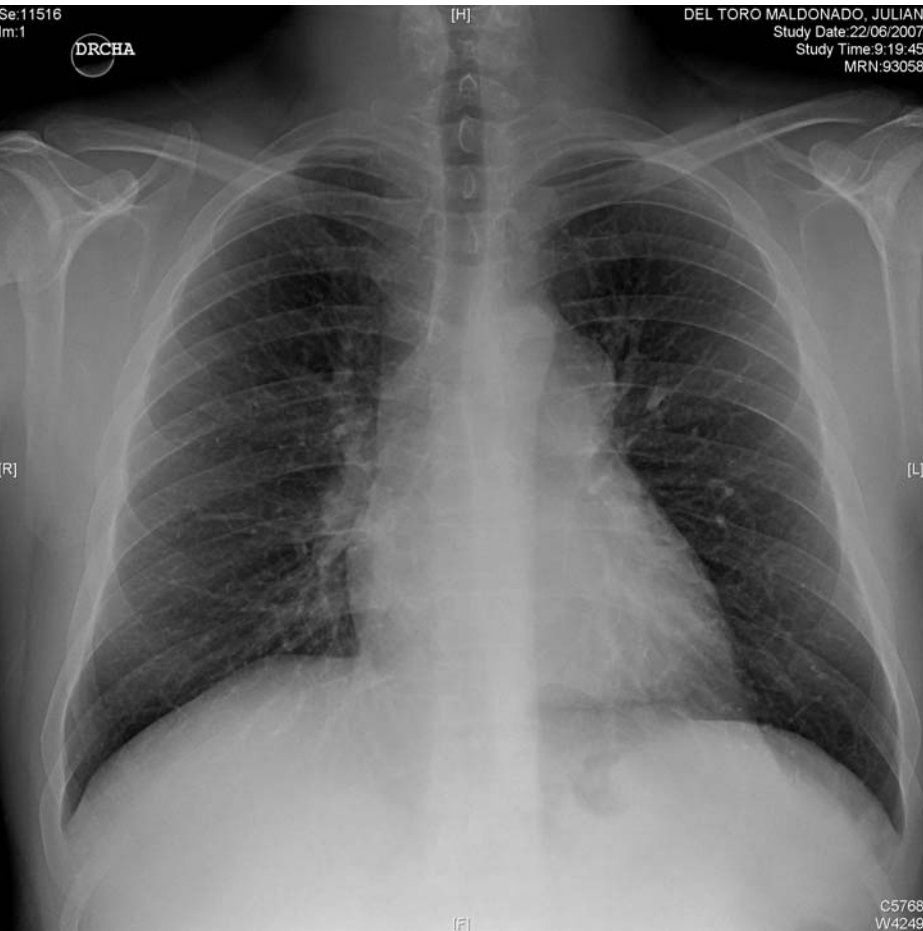
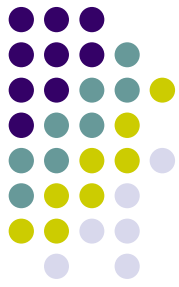
- Evolución al mes: Disminución de visión y aumento de miodesopsias AO.
- Exploración
 - Múltiples focos de coriorretinitis, vitritis media y papilitis AO



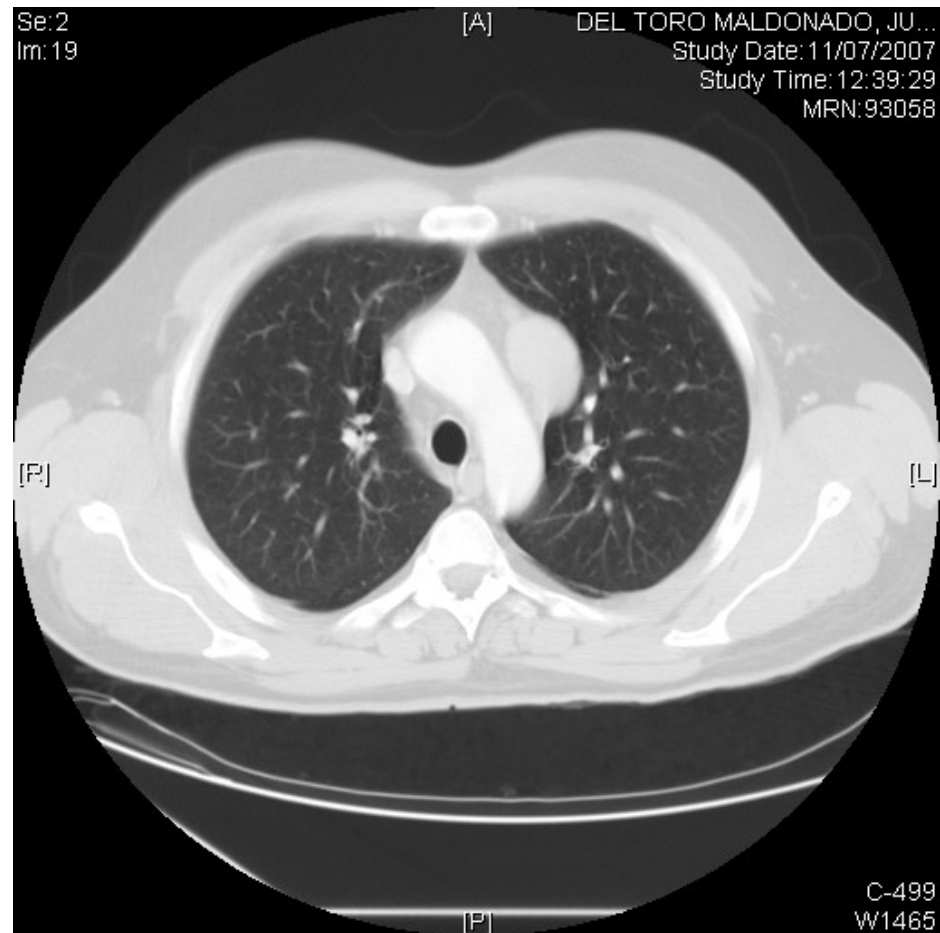
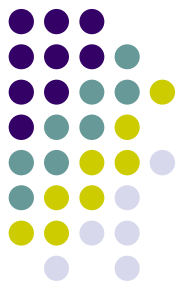




Ocupación de ventana aorto-pulmonar

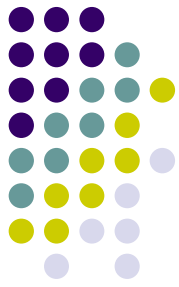


TAC TORÁCICO



Linfoma Hodgkin clásico

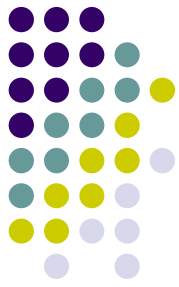
(CD 30+, CD 15+)



- Baja frecuencia de afectación ocular
 - Formas avanzadas de la enfermedad

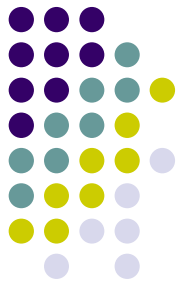
Hemorragia retiniana como 1er signo de enfermedad de Hodgkin

- Diagnóstico diferencial
- Importancia de seguimiento



**Seis meses
postquimiot.**





Resumen

- UNIDADES MULTIDISCIPLINARES
- Diagnostico de sospecha basado en exploración ocular y anamnesis
- Interconsultas con dx. dirigido de sospecha
- Tratamiento agresivo y precoz
- No confundir falta de respuesta al tto ó cronicidad con tto insuficiente o recidivas
- Ahorrar CTC sistémico con IS
- Tratamiento intraocular, dosis unicas repetidas o dispositivos intraoculares de liberación lenta
- Terapias biológicas: EA, AIJ, Behcet

● MUCHAS GRACIAS
POR SU ATENCIÓN

