



Universidad de Valladolid

Facultad de Medicina



HOSPITAL UNIVERSITARIO
RÍO HORTEGA

**CONSULTA
MULTIDISCIPLINAR
DE UVEITIS**

ESTUDIO DESCRIPTIVO
2019-2021

CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS CON UVEÍTIS DURANTE EL PERIODO 2019-2021. ESTUDIO DESCRIPTIVO

**TRABAJO DE FIN DE GRADO
DE MEDICINA**

Autora: María Aparicio Blanco.

Tutor: Luis Corral Gudino.

Curso académico: 2021-2022

Departamento de Medicina, Dermatología y Toxicología, Facultad de Medicina, Universidad de Valladolid. Medicina Interna, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España.

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	3
2. INTRODUCCIÓN.....	4
3. MATERIALES Y MÉTODOS	5
3.1 Población a estudio.....	5
3.2 Variables estudiadas.....	5
4. RESULTADOS.....	6
4.1 Características clínicas y epidemiológicas de los pacientes	6
4.2 Características clínicas y curso de la uveítis	6
4.3 Diagnóstico.....	7
4.4 Etiología	7
4.5 Tratamiento	7
4.6 Papel de la especialidad de Medicina Interna	7
5. DISCUSIÓN.....	15
6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	18
7. CONCLUSIONES.....	18
8. BIBLIOGRAFÍA.....	19

1. RESUMEN

Introducción: La uveítis es la inflamación la úvea y se clasifica en anterior, intermedia, posterior o panuveítis. Su etiología es variada y, aproximadamente en la mitad de los casos no se encuentra una causa clara, dificultando el tratamiento. Por ello, es fundamental establecer un diagnóstico correcto, siendo esto posible gracias la consulta multidisciplinar de Oftalmología y Medicina Interna.

Objetivos: descripción de las características clínicas, etiológicas y terapéuticas de los pacientes atendidos en la unidad multidisciplinar de uveítis del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid (HURH), así como el papel del Servicio de Medicina Interna en el diagnóstico, tratamiento y control de la toxicidad farmacológica.

Material y métodos: estudio descriptivo, con revisión de una serie de casos diagnosticados de uveítis atendidos en la consulta multidisciplinar de Oftalmología y Medicina Interna entre 2019-2021. Se han buscado datos de los historiales clínicos, pruebas de laboratorio y prescripciones de tratamiento.

Resultados: de los 64 pacientes atendidos, 50 fueron diagnosticados con uveítis e incluidos en la muestra. La edad media de aparición fue de 40 ± 19 años, siendo el 66% mujeres. Del total, el 28% fue de etiología inmunomediada, el 16% infecciosa y el 34% no clasificada. Además, el 8% de los pacientes recibieron un diagnóstico inicial distinto al final. En las formas infecciosas prevalece la uveítis posterior, mientras que en las inmunomediadas es más frecuente la presentación anterior y recurrente.

De los 50 incluidos, el Servicio de Medicina Interna contribuyó en el 84% a establecer el diagnóstico etiológico y en más del 50% participó en el control de la toxicidad del tratamiento.

Conclusión: las consultas multidisciplinarias de uveítis permiten la homogeneización del manejo de los pacientes con esta patología, así como un diagnóstico precoz y manejo terapéutico más completo y seguro.

Palabras clave: uveítis, Medicina Interna, abordaje multidisciplinar, diagnóstico, oftalmología.

2. INTRODUCCIÓN

La uveítis es un proceso que consiste en la inflamación de la úvea (capa intermedia del globo ocular), la cual está formada por el iris, el cuerpo ciliar y la coroides. Existen cuatro tipos de uveítis y se clasifican en función del área de la úvea que esté comprometida [1]. Uveítis anterior, es la forma más común [2] e implica la inflamación de la parte frontal de la úvea, el iris, a menudo recibe el nombre de iritis; uveítis intermedia, en este caso es el cuerpo ciliar el que se ve afectado; uveítis posterior, en la que la coroides es la parte más afectada y en ocasiones recibe el nombre de coroiditis y panuveítis, es aquella en la que se ven comprometidas las tres partes de la úvea. Son los procesos más graves [3,4].

La etiología de la uveítis es variada y, aproximadamente en la mitad de los casos no se encuentra una causa clara. Sin embargo, en aquellos casos en los que sí se logra establecer el origen puede deberse a un trastorno autoinmunitario o inflamatorio, a una infección, ser el efecto secundario de un medicamento, estar causada por una lesión o cirugía ocular y, de forma excepcional, puede enmascarar un cáncer que afecte al ojo, como el linfoma [4,5].

Tanto la localización de la uveítis como el establecimiento de una etiología correcta son de vital importancia, ya que ayudará a la elección de un tratamiento adecuado. Como primera línea de tratamiento en los episodios agudos están los corticoides. Los casos de uveítis anterior se tratan de manera habitual con corticoides tópicos y dilatadores de la pupila (midriáticos). En los casos agudos en los que existe afectación del segmento posterior o riesgo de pérdida visual, los corticoides se administran a dosis altas por vía sistémica. Los corticoides también pueden ser utilizados en inyección periocular o intravítrea, sin embargo, el uso intraocular de los corticoides puede estar asociado a la aparición de complicaciones, como el aumento de la presión intraocular o la aparición de catarata [3]. En los casos de uveítis crónicas o recurrentes se recomienda utilizar inmunosupresores sistémicos. Los inmunosupresores clásicos más utilizados para el tratamiento de mantenimiento de las uveítis no infecciosas son la ciclosporina A (el único inmunosupresor que tiene indicación aprobada España para este uso), azatioprina, metotrexate y micofenolato mofetilo/sódico. En el caso en el que los pacientes no respondan al tratamiento con inmunosupresores clásicos se optará por un fármaco biológico [4].

En los países desarrollados, la prevalencia de la enfermedad es de 38-714 casos por 100.000 habitantes y la incidencia estimada de 17-52 casos por 100.000

habitantes/año. A pesar de la baja prevalencia, es considerada una enfermedad grave, puesto que es causante del 5-20% de ceguera legal y del 10% de todos los casos de trastornos visuales [10]. Además, su elevada morbilidad conlleva un elevado coste económico y social. Por tanto, es fundamental establecer un diagnóstico y tratamiento precoces para evitar el déficit visual permanente [11]. Es aquí donde entra en juego el papel de la Medicina Interna. En este estudio intentaremos demostrar la importancia de realizar consultas multidisciplinarias de Oftalmología y Medicina Interna para establecer el diagnóstico etiológico de la uveítis y ver cómo evolucionan los pacientes según las distintas variables.[12,13]

3. MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizará un estudio descriptivo de una serie de casos en el periodo de 2019-2021 mediante la recogida de información de las historias clínicas de 50 pacientes con uveítis atendidos en la consulta multidisciplinar de Oftalmología y Medicina Interna del HURH.

El proyecto comenzó a realizarse en noviembre de 2021 con la búsqueda de las historias clínicas de los pacientes. En los meses de diciembre, enero, febrero y marzo se recogieron los datos necesarios para el estudio y se realizó una tabla Excel con las variables de interés. En abril y mayo se desarrollaron los resultados y finalizó el proyecto.

3.1 Población a estudio

Para este estudio se recogieron datos de un total de 64 pacientes atendidos en la consulta multidisciplinar de Oftalmología y Medicina Interna del HURH, no obstante, solo fue válida la información recogida de 50 de ellos, puesto que eran los que presentaban uveítis como diagnóstico principal.

3.2 Variables estudiadas

Para realizar el proyecto se establecieron una serie de variables que fueron ordenadas en una tabla Excel para establecer las diferencias y similitudes entre los distintos tipos de uveítis y observar como varía el diagnóstico y tratamiento en función de las mismas, así como la importancia de las consultas multidisciplinarias de Oftalmología y Medicina Interna.

Se recogieron un total de 81 variables por cada uno de los 50 pacientes. Sin embargo, no todas ellas serán mencionadas, puesto que no tienen una clara relevancia para el estudio.

Las variables de interés para el proyecto pueden agruparse en:

- Epidemiológicas.
- Hábitos tóxicos.
- Comorbilidad.
- Antecedentes familiares.
- Características generales de las uveítis.
- Curso de la uveítis.
- Diagnóstico de la uveítis.
- Tiempo hasta el diagnóstico.
- Tratamiento recibido.
- Respuesta del tratamiento.
- Participación del especialista de Medicina Interna en el caso.

Para la descripción de la muestra se utilizó la mediana y el rango intercuartílico en las variables continuas y los porcentajes sobre el total de pacientes en las variables cualitativas.

4. RESULTADOS

Se analizaron a un total de 64 pacientes del servicio de Oftalmología del HURH que fueron derivados a la especialidad de Medicina Interna del mismo hospital. Del total de los pacientes estudiados, 50 fueron diagnosticados de uveítis e incluidos finalmente en el estudio, mientras que los 14 restantes no lo hicieron, puesto que presentaban patologías oftalmológicas distintas a la uveítis (22%).

4.1 Características clínicas y epidemiológicas de los pacientes

Las características generales de los pacientes están descritas en la tabla 1.

4.2 Características clínicas y curso de la uveítis

Las características clínicas de los 50 pacientes con uveítis se describen en las tablas 2 y 3. Las formas más frecuentes de presentación fueron las anteriores (60%), las de comienzo brusco (72%) y las unilaterales (64%). Además, la mayoría de los pacientes

tuvieron cuadros clínicos de más de tres meses de duración (78%) y el 64% presentaron formas recidivantes. Dentro de este grupo, más del 90% de los pacientes recidivaron en la misma localización.

4.3 Diagnóstico

El diagnóstico y la etiología de los pacientes con uveítis se detallan en la tabla 4 y en la figura 1. En 4 de los 50 pacientes (8%), el diagnóstico etiológico final no coincidió con la sospecha diagnóstica inicial. En la tabla 4 también se detallan los parámetros analíticos utilizados para el diagnóstico.

Ningún paciente presentó elevación de la proteína C reactiva (PCR) ni títulos positivos de Anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA).

4.4 Etiología

En 4 de los 50 pacientes (8%), el diagnóstico etiológico final no coincidió con la sospecha diagnóstica inicial. En la gráfica 1 se compara la etiología de presunción inicial con el diagnóstico final de la uveítis.

4.5 Tratamiento

En el estudio también se analiza el tratamiento administrado a cada paciente (tanto a nivel local como sistémico), así como su respuesta y la necesidad o no de intervención quirúrgica.

4.6 Papel de la especialidad de Medicina Interna

La implicación en el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de la posible toxicidad farmacológica se describe en la tabla 6.

Tabla 1. Características generales de los pacientes con diagnóstico de uveítis.

	Total (n=50)	Inmunome- diada (n=18)	Infecciosa (n=10)	No clasificada (n=22)	p
Edad al diagnóstico de la uveítis en años, mediana (RIQ)	40 (19)	36 (10)	53 (41)	41 (21)	0.053
Índice de Charlson, mediana (RIQ)	0 (2)	0 (1)	2 (3)	0 (1)	0.389
Sexo (mujer)	33 (66%)	13 (72%)	5 (50%)	15 (68%)	0.473
Fumador, n (%)	19 (38%)	6 (33%)	5 (50%)	8 (36%)	0.464
Alcohol, n (%)	8 (16%)	3 (17%)	2 (20%)	3 (14%)	0.897
Otras sustancias tóxicas, n (%)	3 (6%)	2 (11%)	1 (10%)	0 (0%)	0.283
Antecedentes familiares de uveítis, n (%)	1 (2%)	1 (6%)	0	0	0.404
Antecedente de enfermedad del tejido conectivo, n (%)	5 (10%)	1 (6%)	0	4 (18%)	0.208

RIQ (rango intercuartílico)

Tabla 2. Características clínicas de la uveítis y sintomatología en el paciente.

	Total (n=50)	Inmunome- diada (n=18)	Infecciosa (n=10)	No clasificada (n=22)	p
Bilateral, n (%)	18 (36%)	11 (61%)	2 (20%)	5 (23%)	0.021
Granulomatosa, n (%)	6 (12%)	4 (22%)	0	2 (9%)	0.390
Localización, n (%)					
<i>Anterior</i>	30 (60%)	10 (56%)	3 (30%)	17 (77%)	0.002
<i>Intermedia</i>	5 (10%)	0	0	5 (23%)	
<i>Posterior</i>	7 (14%)	4 (22%)	4 (40%)	0	
<i>Panuveítis</i>	8 (16%)	4 (22%)	3 (30%)	0	
Dolor, n (%)	24 (48%)	8 (44%)	4 (40%)	12 (55%)	0.696
Ojo rojo, n (%)	19 (38%)	7 (39%)	3 (30%)	9 (41%)	0.837
Fotofobia, n (%)	12 (24%)	3 (17%)	1 (10%)	8 (36%)	0.178
Visión borrosa, n (%)	25 (50%)	11 (61%)	6 (60%)	8 (36%)	0.300
Miodesopsias, n (%)	18 (36%)	6 (33%)	3 (30%)	9 (41%)	0.802
Disminución agudeza visual, n (%)	16 (32%)	6 (33%)	4 (40%)	6 (27%)	0.765
Inicio, n (%)					
<i>Brusco</i>	36 (72%)	13 (72%)	6 (60%)	17 (77%)	0.601
<i>Insidioso</i>	14 (28%)	5 (28%)	4 (40%)	5 (23%)	
Duración, n (%)					
<3 meses	11 (22%)	1 (6%)	5 (50%)	5 (23%)	0.025
≥ 3 meses	39 (78%)	17 (94%)	5 (50%)	17 (77%)	

Tabla 3. Curso de la uveítis.

	Total (n=50)	Inmunome- diada (n=18)	Infecciosa (n=10)	No clasificada (n=22)	p
Curso de la uveítis					
<i>Agudo n, (%)</i>	11 (22%)	2 (11%)	5 (50%)	4 (18%)	0.005
<i>Crónico n, (%)</i>	7 (14%)	4 (22%)	2 (20%)	1 (5%)	
<i>Recurrente n (%)</i>	32 (64%)	12 (67%)	3 (30%)	17 (77%)	
Hubo recidiva	32 (64%)	12 (67%)	3 (30%)	17 (77%)	0.034
HLA B27 en recidivas n de recidivas/n HLA B27 positivos	6/7	2/2	0/0	4/5	ND
HLA A29 en recidivas n de recidivas/n HLA B27 positivos	3/5	0/2	0/0	3/3	ND
HLA B51 en recidivas n de recidivas/n HLA B27 positivos	2/3	0/1	0/0	2/2	ND
	(n=32)	(n=12)	(n=3)	(n=17)	
La recidiva fue en el mismo ojo	25 (78%)	11 (92%)	2 (67%)	12 (71%)	0.353
La recidiva fue unilateral	20 (62.5%)	5 (42%)	3 (100%)	12 (71%)	0.186

La recidiva fue en la misma localización	30 (94%)	12 (100%)	2 (67%)	16 (94%)	0.102
Localización de la recidiva:					
<i>Anterior</i>	23 (72%)	10 (83.4%)	0	13 (76.5%)	< .001
<i>Intermedia</i>	4 (13%)	0	0	4 (23.5%)	
<i>Posterior</i>	2 (6%)	1 (8.3%)	1 (33%)	0	
<i>Panuveítis</i>	3 (9%)	1 (8.3%)	2 (68%)	0	
Número de recidivas, mediana (RIQ)	3 (4)	3 (4)	1 (0)	3 (3)	0,285

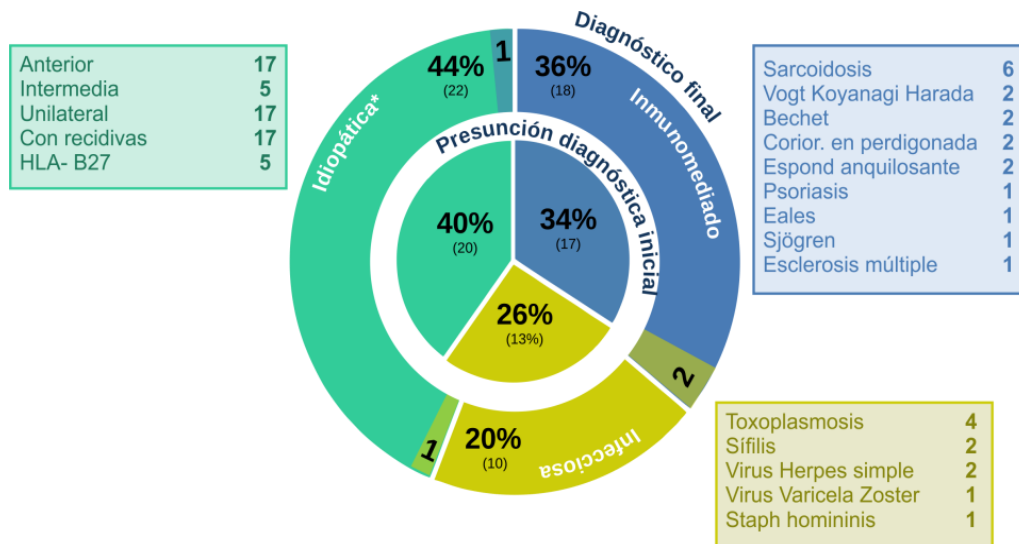
RIQ (rango intercuartílico). ND: no disponible.

Tabla 4. Diagnóstico de la uveítis.

	Total (n=50)	Inmuno- mediada (n=18)	Infecciosa (n=10)	No clasificada (n=22)	p
Grupo etiológico inicial, n (%)					
<i>Sistémica no infecciosa</i>	17 (34%)	16 (89%)	0	1 (4.5%)	<.001
<i>Infecciosa</i>	13 (26%)	2 (11%)	10 (100%)	1(4.5%)	
<i>No clasificable</i>	20 (40%)	0	0	20 (91%)	
Tiempo desde el inicio de síntomas al diagnóstico final, mediana (RIQ)	5 (19)	5 (11)	17 (34)	0,5 (2)	0,001

Serología Lues, n solicitados/n total	3/50	1/18	2/10	0/22	0.069
Mantoux/IGRA, n solicitados/n total	3/50	3/18	0/10	0/22	0.059
Herpes, n solicitados/n total	1/50	0/18	1/10	0/22	0.113
Citomegalovirus, n solicitados/n total	0/50	0/18	0/10	0/22	0.166
Borrelia, n solicitados/n total	1/50	1/18	0/10	0/22	0.406
Bartonella, n solicitados/n total	0/50	0/18	0/10	0/22	ND
Toxoplasma, n solicitados/n total	0/50	0/18	1/10	0/22	<.001
Determinación (HLA), n (%)					
HLA B27	7 (15%)	2 (12%)	0	5 (23%)	0.245
HLA A29	5 (10%)	2 (12%)	0	3 (14%)	0.516
HLA B51	3 (6%)	1 (6%)	0	2 (9%)	0.635
HLA DR4	0	0	0	0	0
ECA elevada, n (%)	3 (6%)	2 (11%)	0	1 (2%)	0.313
ANA, n (%)	7 (14%)	2 (11%)	1 (10%)	4 (18%)	0.539
ANCA, n	0	0	0	0	ND
Proteína C reactiva elevada, n	0	0	0	0	ND

RIQ (rango intercuartílico), HLA (complejo mayor de histocompatibilidad), ECA (enzima convertidora de angiotensina), ANA (anticuerpos antinucleares), ANCA (anticuerpos anticito plasma de neutrófilos), ND: no disponible.



Gráfica 1. Diagnóstico etiológico inicial y final.

Tabla 5. Tratamiento de la uveítis.

	Total (n=50)	Inmunome- diada (n=18)	Infecciosa (n=10)	No clasificada (n=22)	p
Respuesta al tratamiento, n (%)					
Completa	39 (78%)	16 (89%)	(80%)	15 (68%)	0.448
Parcial	9 (18%)	1 (5.5%)	2 (20%)	6 (27%)	
Sin respuesta	2 (4%)	1 (5.5%)	0	1 (5%)	
Tiempo hasta el inicio del tratamiento, mediana (RIQ)	1 (6)	3 (8)	1 (1)	1 (16)	0,186
Número de segundos tratamientos (tras fracaso del primero), mediana (RIQ)	0 (1)	0 (2)	0 (0)	0 (3)	0,089

Corticoides tópicos, n (%)	48 (96%)	18 (100%)	9 (90%)	21 (95.5%)	0.426
Midriáticos tópicos, n (%)	29 (58%)	7 (39%)	7 (70%)	15 (68%)	0.121
Inyección subconjuntival o subtentoniana, n (%)	5 (10%)	2 (11%)	1 (10%)	2 (9%)	0.978
Antivirales sistémicos, n (%)	5 (10%)	0	4 (40%)	1 (4.5%)	0.018
Antibióticos sistémicos, n (%)	11 (22%)	3 (16.7%)	6 (60%)	2 (9%)	<0.001
Bolos metilprednisolona, n (%)	3 (6%)	2 (11%)	0	1 (4.5%)	0.460
Tratamiento con corticoides orales, n (%)	23 (46%)	11 (61%)	4 (40%)	8 (36.4%)	0.266
Inmunosupresor (IS), n (%)	18 (36%)	10 (55.6%)	0	8 (36.4%)	0.080
Tratamiento con más de un IS, n (%)	10 (20%)	6 (33.3%)	0	4 (18.2%)	0.103
Tratamiento con biológicos, n (%)	5 (10%)	3 (16.7%)	0	2 (9.1%)	0.364
Precisó cirugía, n (%)	1 (2.0%)	0	0	1 (4.5%)	0.522

RIQ (rango intercuartílico)

Tabla 6. Participación de Medicina Interna en los pacientes con diagnóstico de uveítis.

	Total (n=50)	Inmunome- diada (n=18)	Infecciosa (n=10)	No clasificada (n=22)	p
Participó en el diagnóstico, n (%)	42 (84%)	16 (89%)	6 (60%)	20 (91%)	0.068
Participó en la decisión del tratamiento, n (%)	24 (48%)	11 (61%)	5 (50%)	8 (36.4%)	0.294
Participó en el seguimiento de los posibles efectos tóxicos del tratamiento, n (%)	26 (52%)	12 (67%)	4 (40%)	10 (45.5%)	0.286

5. DISCUSIÓN

La serie que se describe en este estudio representa la primera de pacientes con uveítis en el Servicio de Medicina Interna del HURH de Valladolid, en la consulta multidisciplinar con Oftalmología. El estudio se focaliza en el diagnóstico etiológico y terapéutico de los pacientes con uveítis, así como en la implicación del Servicio de Medicina Interna en esta patología.

En relación a los resultados obtenidos en nuestra serie, la edad media de diagnóstico de la uveítis era de 40 ± 19 años, cifras muy similares a las expuestas en otras revisiones [14].

En cuanto a las características de las uveítis estudiadas (tabla 2), cabe destacar que la localización más frecuente fue la anterior (60%). Este dato prevalece tanto en las uveítis inmunomediadas como en las no clasificadas, sin embargo, en las de etiología infecciosa es más frecuente la localización posterior (40%); siendo estos datos estadísticamente significativos.

Es de especial interés mencionar que en relación al curso de la uveítis (tabla 3), seis de los siete pacientes HLA B27 positivos presentaron recidiva. Estos datos concuerdan con estudios publicados [15]. Además, tiene significado estadístico que el 83.4% de las recidivas de las uveítis inmunomediadas fue de localización anterior, mientras que el 68% de las de etiología infecciosa fue posterior.

Si comparamos nuestro estudio con otras series similares de pacientes con uveítis de Castilla y León, Barcelona y Navarra (tabla 7) podemos observar cómo, a pesar de tener una muestra considerablemente menor, los resultados relacionados con la edad de los pacientes se encuentran en el mismo rango [12,16]. Además, en todas ellas, el sexo femenino es mayor o igual al 50%, excepto en la serie de Castilla y León que fue del 48%.

Asimismo, y en relación con las características de las uveítis, la localización anterior predomina en las cuatro series, siendo en todas ellas mayor o igual al 50%. Igualmente, la unilateralidad prevalece en todas las series, así como el patrón temporal de todas ellas tiende a la recurrencia.

A pesar de no haber datos disponibles sobre la etiología de la serie de Castilla y León, ésta es muy variable en el resto de estudios comparados, siendo nuestros datos y los de Navarra los que más se asemejan (tabla 7) [12].

Haciendo referencia a la gráfica 1, tres personas de las diagnosticadas inicialmente como infecciosas resultaron tener un diagnóstico final distinto: dos de ellas fueron de etiología inmunomediada y una se incluyó dentro del grupo de las no clasificadas. Por otro lado, fue una persona a la que en un principio se clasificó como idiopática y acabó teniendo una etiología inmunomediada. Esto corrobora la dificultad diagnóstica que presenta esta patología [14] y la importancia de la consulta multidisciplinar.

En cuanto al papel de la Medicina Interna (tabla 6), cabe destacar que su participación fue clave en el diagnóstico, puesto que en el 84% de las uveítis contribuyó a establecer su etiología final. Además, en más del 50% de los pacientes participó en el seguimiento de los posibles efectos tóxicos del tratamiento. A pesar de no disponer de series en las que estudien estas variables, hay artículos [13,14] dedicados a la importancia del abordaje multidisciplinar en esta patología, mencionando que la implicación de otros servicios, entre ellos el de Medicina Interna, es clave, no solo en casos en los que no se alcance el diagnóstico o en aquellos en los que se sospeche una afectación sistémica, sino también para monitorizar la toxicidad farmacológica secundaria a la terapia administrada.

Tabla 7. Estudio comparativo general entre las series de pacientes con uveítis de Navarra, Castilla y León, Barcelona y HURH de Valladolid.

	Castilla y León 1997	Barcelona 2015	Navarra 2016	HURH 2022
Características de los pacientes				
<i>Número de pacientes</i>	297	1022	500	64
<i>Periodo de inclusión (años)</i>	1993-1996	2009-2012	2010-2015	2019-2021
<i>Edad al diagnóstico</i>	40 ± 14	45 ± 18	48 ± 16	40 ± 19
<i>Sexo (% mujeres)</i>	48	54	50	66
Características de las uveítis				
<u>Localización</u>				
<i>Anterior</i>	50	52	65	60
<i>Posterior</i>	30	23	18	14
<i>Panuveítis</i>	10	15	15	16
<i>Intermedia</i>	10	9	2	10
<u>Lateralidad (%)</u>				
<i>Bilateral</i>	39	41	31	36
<i>Unilateral</i>	61	59	69	64
<u>Patrón temporal (%)</u>				
<i>Aguda</i>	17	ND	27	22
<i>Recurrente</i>	64	ND	57	64
<i>Crónica</i>	19	ND	16	14
Etiología (%)				
<i>Inmunomediada</i>	ND	25	29	28
<i>Infeciosa</i>	ND	29	20	16
<i>No clasificable</i>	27	26	31	34
<i>Oculares específicas</i>	ND	20	15	14
<i>Otras causas</i>	ND	ND	5	8

ND: no disponible.

6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Las principales limitaciones de la muestra son:

- Su carácter retrospectivo. Por ello, al realizar la recogida de datos en las historias clínicas de los pacientes, en algunos de ellos fue imposible encontrarlos. En estos casos se realizó una búsqueda prospectiva de aquellos que pudieron ser recogidos.
- Tamaño escaso de la muestra, lo cual limita la posibilidad de extrapolar los resultados a la población general.
- En un principio el estudio contaba con 64 pacientes seguidos en la consulta multidisciplinar de Medicina Interna y Oftalmología, sin embargo, al revisar los datos en las historias clínicas, tan solo 50 de ellos presentaban el diagnóstico final de uveítis. Finalmente fueron estudiados estos 50 pacientes.

7. CONCLUSIONES

La uveítis es una patología con una etiología muy variada, desde infecciosa hasta inmunomediada. Sin embargo, en un amplio porcentaje de pacientes no consigue establecerse un diagnóstico final. Por ello, las unidades multidisciplinarias de uveítis son una herramienta fundamental dentro de los Servicios de Medicina Interna y Oftalmología. Estas consultas tienen la finalidad de realizar una evaluación sistémica precoz de esta patología así como establecer un tratamiento individualizado y control de la toxicidad farmacológica secundaria al mismo.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Pan J, Kapur M, McCallum R. Noninfectious immune-mediated uveitis and ocular inflammation. *Curr. Allergy Asthma Rep.* 2014;14:409.
2. Rathinam SR, Namperumalsamy P. Global variation and pattern changes in epidemiology of uveitis. *Indian J. Ophthalmol.* 2007;55:173.
3. ¿Qué es la uveítis? - American Academy of Ophthalmology [Internet]. [citado 2022 may 8]; Available from: <https://www.aaopt.org/salud-ocular/enfermedades/que-es-la-uveitis>
4. Uvea [Internet]. UF Health Univ. Fla. Health2012 [citado 2022 may 8]; Available from: <https://ufhealth.org/uvea>
5. Smith JR, Jabs DA, Briceland DJ, Holland GN. Education in the ophthalmic discipline of uveitis. *Am. J. Ophthalmol.* 2008;146:799-801.
6. Chan CC, Li Q. Immunopathology of uveitis. *Br. J. Ophthalmol.* 1998;82:91-6.
7. Foxman EF, Zhang M, Hurst SD, Muchamuel T, Shen D, Wawrousek EF, et al. Inflammatory mediators in uveitis: differential induction of cytokines and chemokines in Th1- versus Th2-mediated ocular inflammation. *J. Immunol. Baltim. Md 1950* 2002;168:2483-92.
8. Tratamiento de la Uveítis [Internet]. Clínic Barc. [citado 2022 may 8]; Available from: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/uveitis/tratamiento>
9. Causas de la uveítis | Optometristas.org [Internet]. [citado 2022 may 8]; Available from: <https://optometristas.org/causas-de-la-uveitis>
10. Fernández G, A J. Diagnosis and treatment of uveitis. *Arch. Soc. Esp. Oftalmol.* 2002;77:695-6.
11. Fanlo P, Heras H, Pérez D, Tiberio G, Espinosa G, Adan A. Caracterización de los pacientes con uveítis remitidos a una unidad multidisciplinar de referencia en el norte de España. *Arch. Soc. Esp. Oftalmol.* 2017;92:202-9.
12. Estudio descriptivo de las uveítis remitidas a la consulta multidisciplinar de uveítis en el Complejo Hospitalario de Navarra [Internet]. *Soc. Med. Interna* [citado 2022 may 9]; Available from: <https://somivran.es/revista-internistas/estudio-descriptivo-de-las-uveitis/>
13. Fanlo P, Espinosa G, Adan A, Fonollosa A, Segura A. Unidades y asistencia multidisciplinar de uveítis en los servicios de medicina interna en España: encuesta del Grupo de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. *Rev. Clínica Esp.* 2021;221:221-5.
14. Fonollosa A, Adán A. Uveítis: un abordaje multidisciplinar. *Arch. Soc. Esp. Oftalmol.* 2011;86:393-4.
15. Jakob E, Reuland MS, Mackensen F, Harsch N, Fleckenstein M, Lorenz HM, et al. Uveitis subtypes in a german interdisciplinary uveitis center--analysis of 1916 patients. *J. Rheumatol.* 2009;36:127-36.

16. Llorenç Bellés V, Adán Civera A, Espinosa Garriga G, Cervera Segura R, González Martínez J, Pelegrín Colás L, et al. Caracterización de las uveítis diagnosticadas en un centro de referencia del área de Barcelona. Med. Clínica 2012;138:277-82.



AUTORA: María Aparicio Blanco
TUTOR: : Luis Corral Gudino

OBJETIVOS

- Descripción de las características clínicas, etiológicas y terapéuticas de los pacientes atendidos en la unidad multidisciplinar de uveítis del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid (HURH).
- Papel del Servicio de Medicina Interna en el diagnóstico, tratamiento y control de la toxicidad farmacológica.

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo de una serie de casos.

MUESTRA

Recogida de información de las historias clínicas de 50 pacientes con uveítis atendidos en la consulta multidisciplinar de oftalmología y medicina interna (MI) del HURH durante 2019-2021.

VARIABLES Y MEDIDAS

Recogida de 81 variables por cada uno de los 50 pacientes, agrupándose en epidemiológicas, características generales, curso y diagnóstico de las uveítis, respuesta del tratamiento y participación del especialista de Medicina Interna en el caso, entre otros.

- Mediana y rango intercuartílico → Variables continuas.
- Porcentajes sobre el total de pacientes → Variables cualitativas.

RESULTADOS

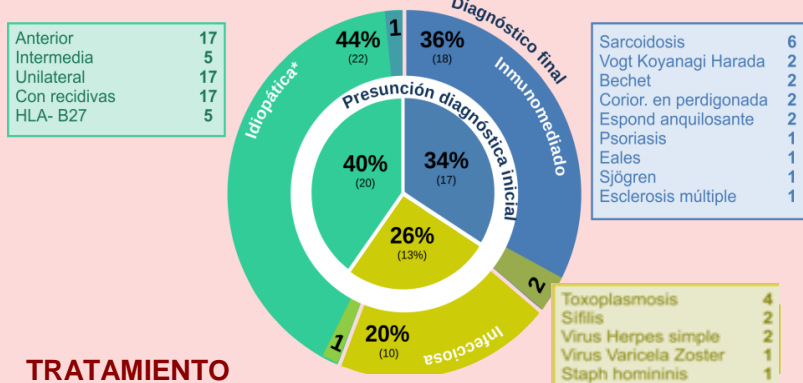
- La edad media de aparición fue de 40 ± 19 años; siendo el 66% mujeres.
- Del total, el 28% fue de etiología inmunomediada, el 16% infecciosa, y el 34% no clasificada.

DIAGNOSTICO

Tabla 1. Presentación clínica de las uveítis.

	Aguda	Anterior	Bilateral
Inmunome-diadas	72%	56%	61%
Infecciosas	60%	30%	20%
No clasificadas	77%	77%	23%

Fig. 1. Diagnóstico inicial vs. diagnóstico final de las uveítis.



TRATAMIENTO

Tabla 2. Tratamiento administrado para resolver la uveítis.

	Corticoides tópicos	Corticoides orales	Antivirales/antibióticos	Inmunosupresores
Inmunome-diadas	100%	61%	17%	55.5%
Infecciosas	90%	40%	100%	0
No clasificadas	95.5%	36.5%	13.5%	36.5%

Tabla 3. Respuesta al tratamiento.

	Completa	Parcial	Sin respuesta
Inmunome-diadas	89%	5.5%	5.5%
Infecciosas	80%	20%	0
No clasificadas	68%	27%	5%

PAPEL DE MEDICINA INTERNA

Tras la valoración por el Servicio de Oftalmología, el paciente es remitido a consulta de MI si precisa:

- Valoración sistémica para completar el diagnóstico.
- Valoración conjunta para el inicio del tratamiento.
- Soporte para controlar la toxicidad del tratamiento.

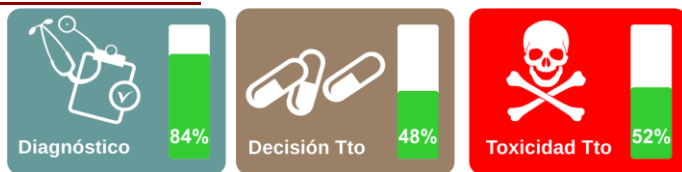


Fig. 2 Papel del Servicio de Medicina Interna.

CONCLUSIÓN

Las consultas multidisciplinarias de uveítis permiten la homogeneización del manejo de los pacientes con esta patología, así como un diagnóstico precoz y manejo terapéutico más completo y seguro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pan J, Kapur M, McCallum R. Noninfectious immune-mediated uveitis and ocular inflammation. Curr. Allergy Asthma Rep. 2014;14:409.
2. Fernández G, A J. Diagnosis and treatment of uveitis. Arch. Soc. Esp. Oftalmol. 2002;77:695-6.