

DOCUMENTO SOBRE  
EL ABORDAJE DE  
LAS UVEÍTIS NO  
INFECCIOSAS EN LAS  
CONSULTAS DE  
UVEÍTIS DE  
CANARIAS (2017)

Con la participación de médicos

Oftalmólogos y Reumatólogos de los

Hospitales de Canarias con Consulta

Multidisciplinaria de Uveítis

(CHUIMI, HUC, HUGCDN, HUNSC)



Mayo 2017 **DOCUMENTO UVEÍTIS**

## Objetivo

Elaborar un documento resumen e informativo de la forma de tratamiento de las uveítis no infecciosas en las Consultas de Uveítis de Canarias que pudiera servir, de forma general, para ayudar en el conocimiento y manera de abordaje de estas patologías.

Creemos que es interesante disponer de un documento que recoja la forma en la que actuamos en las Consultas de Uveítis y expuesto a modo de resumen que pueda servir para ayuda en el manejo global de esta patología.

## Actuación en las Unidades Multidisciplinares de Uveítis de Canarias

1. Se está totalmente de acuerdo en que la anamnesis, exploración física y el examen oftalmológico exhaustivo constituyen el **primer paso** en el diagnóstico y tratamiento de las uveítis.
2. Se está totalmente de acuerdo en que en el tratamiento de las uveítis es primordial **descartar** la etiología infecciosa utilizando los métodos diagnósticos a nuestro alcance (serología, Mantoux, Quantiferón, cultivo y PCR de humor acuoso y humor vítreo).
3. Se está totalmente de acuerdo que al **valorar** el tratamiento de las uveítis se tendrán en cuenta la localización, bilateralidad, grado de inflamación, presencia de edema macular quístico, daño estructural previo y comorbilidades oculares (glaucoma, cataratas) y sistémicas (diabetes, insuficiencia cardíaca, HTA, IAM, enfermedades autoinmunes, esclerosis múltiple, infección crónica, inmunosupresión).
4. Se está totalmente de acuerdo en que el tratamiento de los pacientes con uveítis debe tener como objetivo la mejor atención y debe basarse en una decisión compartida entre el paciente y el médico. **Informar** al paciente de los riesgos de la uveítis, los beneficios del control de la actividad de la enfermedad, así como los pros y los contras de las respectivas terapias.
5. Se está de acuerdo o totalmente de acuerdo de que siempre que sea posible es preferible iniciar el tratamiento corticoideo **local** (tópico, periocular, intravítreo) al sistémico.

6. En la **UVEÍTIS ANTERIOR AGUDA** se está totalmente de acuerdo que el tratamiento de elección son los corticoides tópicos, ciclopléjicos y midriáticos.
7. En los casos de **UVEÍTIS ANTERIOR AGUDA REFRACTARIA** a tratamiento corticoideo tópico, se considera que las siguientes opciones terapéuticas son los corticoides sistémicos (dos Centros) o perioculares (dos Centros).
  - Si no se consigue controlar la inflamación se seguiría la secuencia de tratamiento con corticoides sistémicos ( $\pm$  perioculares), inmunosupresores sintéticos (FAMEs) y fármacos biológicos (FAMEb) asociados o no a FAMEs.
8. El tratamiento de la **UVEÍTIS ANTERIOR AGUDA RECIDIVANTE** se realiza con corticoides tópicos, ciclopléjicos y midriáticos.
  - Cuando se producen tres o más recidivas se considerará el tratamiento con corticoides tópicos y sistémicos y FAMEs (metotrexato o sulfasalacina).
  - Si continúa recidivando con frecuencia se consideran los FAMEb (anti-TNF $\alpha$ ) en monoterapia o asociados a FAMEs.
9. En pacientes con **UVEÍTIS ANTERIOR CRÓNICA** sin enfermedad sistémica se considera de elección el tratamiento con corticoides tópicos y sistémicos y FAMEs (con o sin corticoides perioculares).
  - En los casos refractarios se considera añadir FAMEb en monoterapia o asociados a FAMEs.
10. En los pacientes con **UVEÍTIS INTERMEDIA** se comienza el tratamiento cuando la agudeza visual disminuye a 0,5-0,8, en presencia de edema macular quístico, vasculitis periférica o vitritis +1 o mayor o en presencia de papilitis.
  - Se utilizan corticoides perioculares (con o sin corticoides tópicos) y corticoides sistémicos.
  - Si no se controla la inflamación se utilizan corticoides perioculares (con o sin corticoides tópicos), corticoides sistémicos y FAMEs. Y en los casos refractarios se añaden FAMEb.
  - No existe unanimidad en cuanto a quienes solicitar RM cerebral. Se considera en pacientes jóvenes. Hay quien considera realizarla siempre y quien ante sospecha de enfermedad desmielinizante con manifestaciones clínicas o antes de iniciar un tratamiento con anti-TNF $\alpha$ .

11. Los pacientes con **UVEÍTIS POSTERIOR o PANUVEÍTIS** se tratan con corticoides sistémicos con o sin corticoides perioculares (con o sin corticoides tópicos en panuveítis).
- En los casos refractarios se utilizan corticoides sistémicos con o sin corticoides perioculares (con o sin corticoides tópicos en panuveítis) y FAMEs. Y en los casos refractarios se añade FAMEb (o en monoterapia).
  - Se está de acuerdo o totalmente de acuerdo en que los pacientes con uveítis posterior o panuveítis que cursan con gran componente inflamatorio y/o signos de mal pronóstico en el contexto de enfermedad de Behçet, coroidopatía de birdshot, oftalmia simpática, coroiditis serpiginosa y síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada inicien tratamiento con corticoides a dosis altas (con o sin pulsos de metilprednisolona) y FAMEs.
  - La asociación de FAMEs más utilizada es ciclosporina A y azatioprina, aunque también se utiliza metotrexato y micofenolato mofetilo y metotrexato y ciclosporina A.
  - Se debe considerar la posibilidad de iniciar FAMEb en los pacientes con uveítis posterior o panuveítis con importante componente inflamatorio en pacientes con enfermedad de Behçet.
  - Los FAMEb más utilizados son los anti-TNF $\alpha$  (adalimumab e infliximab).
12. En el caso del tratamiento de una uveítis con **CORTICOIDES A DOSIS ALTAS** o CON EFECTOS ADVERSOS a éstos, se está totalmente de acuerdo en iniciar FAMEs desde que no se observe respuesta o aparezcan efectos adversos. Aunque hay quien inicia los FAMEs desde el comienzo como ahorrador de corticoides o después de 3 meses de tratamiento.
13. En el caso del tratamiento de una **UVEÍTIS REFRACTARIA a CORTICOIDES** y FAMEs o CON EFECTOS ADVERSOS a éstos, se está de acuerdo o totalmente de acuerdo en comenzar con FAMEb desde que no se observe respuesta o aparezcan efectos adversos y después de realizar el protocolo recomendado para iniciar FAMEb (con o sin vacunación).

14. En cuanto al TRATAMIENTO CORTICOIDEO a largo plazo:

- Se considera que la dosis máxima tolerable de corticoides tópicos es 1-2 gotas al día (en algunos casos 3 gotas diarias).
- Se considera que la dosis máxima tolerable de prednisona o equivalente oral es de 5-7,5 mg diarios.
- Se considera segura la administración repetida de acetónido de triamcinolona periocular cada 3-4 meses.

15. En cuanto al TRATAMIENTO con FAMEs, la dosis máxima tolerable a largo plazo:

- En el caso del **metotrexato oral o subcutáneo** se considera que oscila entre 25-30 mg semanales.
- En el caso de la **sulfasalacina** oral se considera que oscila entre 2,5-3,0 gr diarios.
- En el caso de la **azatioprina** oral se considera que oscila entre 2-3 mg/kg/d, pero habría que tener en cuenta la función de la actividad enzimática de la tiopurina metiltransferasa.
- En el caso del **ciclosporina** oral se considera que oscila entre 2-5 mg/kg/d sin necesidad de realizar controles de la ciclosporinemia.

16. En cuanto a la dosis máxima tolerable a largo plazo con el TRATAMIENTO con FAMEb:

- ⇒ En el caso del **infliximab** endovenoso es 5 mg/kg/8 semanas.
- ⇒ En el caso de **adalimumab** subcutáneo es 40 mg quincenal, **certolizumab** subcutáneo 200 mg quincenal, **golimumab** subcutáneo 50 mg mensual, **tocilizumab** 162 mg subcutáneo semanal o 8 mg/kg intravenoso mensual, **abatacept** 125 mg subcutáneo semanal o 750 mg intravenoso mensual y **rituximab** intravenoso 1 gr (0 y 15 días) cada 6 meses.

17. En el tratamiento de la UVEÍTIS **ocasionalmente** se emplea el tacrolimus y la leflunomida y **nunca** se utiliza el etanercept.

18. El fármaco anti-TNF $\alpha$  utilizado con más frecuencia en casos de UVEÍTIS REFRACTARIA (uveítis anterior crónica, uveítis intermedia, uveítis posterior y panuveítis) es el **adalimumab**. El **infliximab** se emplea en el tratamiento de la uveítis anterior crónica, uveítis posterior y panuveítis refractaria.

19. En el tratamiento con anti-TNF $\alpha$  se utiliza dosis de carga o de **inducción** con infliximab y certolizumab.

20. En el caso de un paciente con uveítis con **INEFICACIA PARCIAL** a un FAMEb se está de acuerdo o totalmente de acuerdo en cambio de FAMEb, aunque hay quien aumenta la dosis o acorta el periodo de administración del FAMEb o aumenta corticoides y/o FAMEs.
21. En el caso de un paciente con uveítis con **RESPUESTA INADECUADA** o **EFFECTOS ADVERSOS** a **UN** anti-TNF $\alpha$  se está de acuerdo o totalmente de acuerdo en administrar un segundo anti-TNF, aunque también se está de acuerdo en cambiar de diana terapéutica.
22. En el caso de un paciente con uveítis con **RESPUESTA INADECUADA** o **EFFECTOS ADVERSOS** a **DOS** anti-TNF $\alpha$ , se está de acuerdo o totalmente de acuerdo en cambiar de diana terapéutica, aunque hay quien considera administrar un tercer anti-TNF.
23. Cuando se cambia de diana terapéutica el FAMEb de primera elección es el **tocilizumab**.
24. En el caso de **ESCALADA** de tratamiento con **CORTICOIDES** y **FAMEs** se espera unos 2-3 meses antes de aumentar la dosis y/o cambiar a FAMEb, aunque hay quien espera hasta 6 meses.
25. En cuanto a la **ASOCIACIÓN de FÁRMACOS** se está de acuerdo en la tendencia a utilizar, en general, los FAMEs en monoterapia. No existe unanimidad en cuanto a la utilización general de FAMEs o FAMEb asociados a corticoides, FAMEb en monoterapia o asociación de FAMEs y FAMEb, cuya asociación dependerá del contexto clínico.
26. En cuanto a las **INYECCIONES INTRAVÍTREAS** de **DEXAMETASONA** se está de acuerdo o totalmente de acuerdo en utilizarlas para el tratamiento del edema macular quístico o cuando fracasa el tratamiento sistémico. Sin embargo, no existe unanimidad en su utilización como ahorrador del tratamiento corticoideo sistémico ni en la limitación de su uso en los casos de glaucoma o de afectación bilateral.

## 27. En el tratamiento del EDEMA MACULAR UVEÍTICO:

- No existe unanimidad en cuanto al tratamiento inicial con AINE tópico con o sin Acetazolamida.
- Hay una tendencia a tratar desde el inicio con corticoides perioculares, aunque hay quien los utiliza después de fracasar el tratamiento con AINE tópico con o sin acetazolamida.
- Se está de acuerdo o totalmente de acuerdo en tratar con dexametasona intravítrea desde el inicio o si fracasa el tratamiento con AINE tópico con o sin acetazolamida y los corticoides perioculares.
- En general, se está en desacuerdo en tratar con corticoides sistémicos desde el inicio, estando de acuerdo en utilizarlos si han fracasado las medidas anteriores (AINE tópico con o sin acetazolamida, corticoides perioculares o dexametasona intravítrea).
- Se está de acuerdo o totalmente de acuerdo en tratar con FAMEs si han fracasado las medidas anteriores (AINE tópico con o sin acetazolamida, corticoides perioculares, dexametasona intravítrea y corticoides sistémicos), así como utilizar los FAMEb si fracasan los FAMEs.



Sociedad Canaria de Oftalmología



Sociedad Canaria de Reumatología