



Reumatología Clínica



<https://www.reumatologiainclinica.org>

P251 - PATOLOGÍA DE SUPERFICIE OCULAR Y ENFERMEDADES SISTÉMICAS. ESTUDIO DE 153 PACIENTES EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TERCER NIVEL

L. Sánchez Bilbao¹, Í. González-Mazón¹, C. Álvarez-Reguera¹, A. Herrero-Morant¹, J.L. Martín-Varillas², D. Martínez-López¹, R. Demetrio-Pablo³, V. Calvo-Río¹, M.Á. González-Gay¹ y R. Blanco¹

¹Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Reumatología. Hospital Sierrallana. Torrelavega. ³Oftalmología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Resumen

Introducción: La patología de superficie ocular (PSO) incluye epiescleritis y escleritis. Las epiescleritis son generalmente de curso limitado y benigno, mientras que las escleritis son procesos inflamatorios más graves. Ambas entidades están asociadas a enfermedades sistémicas inmunomediadas (ESI).

Objetivos: En una amplia serie de pacientes con PSO se han evaluado: a) las características epidemiológicas y clínicas b) y su relación con ESI.

Métodos: Estudio consecutivo de todos los pacientes registrados en un único Hospital Universitario en los últimos 10 años con a) epiescleritis y b) escleritis diagnosticadas por características clínicas y lámpara de hendidura (criterios de Watson and Hayreh)

Resultados: Se han estudiado 153 pacientes (93 mujeres/60 hombres)/306 ojos afectados por PSO (epiescleritis = 118; escleritis = 35); edad media $48,9 \pm 14,67$ años. La afectación ocular ha sido unilateral en 126 (82,4%), recurrente en 62 (40,5%) y crónica en 20 pacientes (13,1%). La mayoría de los casos han resultado de naturaleza idiopática ($n = 81$, 52,9%) mientras un 38,6% han asociado ESI (tabla 1). Todos los pacientes han recibido tratamiento tópico. Además de los antiinflamatorios no esteroideos y de los corticoides sistémicos, 46 (30,1%) y 17 pacientes (11,1%) han precisado inmunosupresores convencionales y terapia biológica respectivamente. (tabla 2). La principal indicación de la terapia biológica fue la presencia de ESI subyacente.

Tabla 1. Características generales y etiología, n (%)

Epiescleritis (n = 118): Simple/Nodular	106 (69,3%)/12 (7,8%)
Escleritis (n = 35): Difusa anterior/Nodular anterior	20 (13,1%)/15 (9,8%)

Complicaciones	26 (16,7)
Uveítis	9 (5,9)
Queratitis	7 (4,6)
Glaucoma	6 (3,9)
Catarata	4 (2,6)
Etiología	
Idiopática	81 (52,9)
Infecciosa	10 (6,5)
Herpes simplex virus,/Varicela zóster virus	8 (5,2)/2 (1,3)
ESI*	59 (38,6)
Espondiloartritis	17 (11,1)
Artritis reumatoide	11 (7,2)
Enfermedad de Crohn	10 (6,5)
Granulomatosis con poliangieítis	6 (3,9)
Policondritis recidivante	5 (3,3)
Lupus eritematoso sistémico	3 (1,9)
Colitis ulcerosa	2 (1,3)

*Se ha observado 1 caso de enfermedad de Behçet, sarcoidosis, vasculitis leucocitoclástica, tiroiditis y enfermedad celíaca.

Tabla 2. Tratamiento n (%)

Sistémico

AINEs, n (%) 113 (73,9)

Prednisona, n (%) 56 (36,6)

Bolos MTP, n (%) 6 (3,9)

Inmunosupresores convencionales

Metotrexato, n (%) 39 (25,5)

Azatioprina, n (%) 11 (7,2)

Salazopyrina, n (%) 6 (3,9)

Hidroxicloroquina, n (%) 4 (2,6)

Ciclofosfamida, n (%) 3 (1,9)

Micofenolato mofetilo, n (%) 1 (0,6)

Terapia biológica

Infliximab, n (%) 10 (6,5)

Adalimumab, n (%) 10 (6,5)

Etanercept, n (%) 3 (1,9)

Golimumab, n (%) 5 (3,3)

Secukinumab, n (%) 5 (3,3)

Abatacept, n (%)

2 (1,3)

Conclusiones: La patología de la esclera es una entidad frecuente y es necesario excluir la presencia de enfermedad sistémica subyacente.