

- Winthrop KL, Yamashita S, Beekmann SE, Polgreen PM. Infectious Diseases Society of America Emerging Infections Network Mycobacterial and other serious infections in patients receiving anti-tumor necrosis factor and other newly approved biologic therapies: Case finding through the Emerging Infections Network. *Clin Infect Dis*. 2008;46:1738–40.
- Uslan D, Kowalski T, Wengenack N, Virk A, Wilson J. Skin and soft tissue infections due to rapidly growing *Mycobacteria*. *Arch Dermatol*. 2006;142:1287–92.
- Alcaide F, Esteban J. Infecciones cutáneas y de partes blandas por micobacterias no tuberculosas. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2010;28 Supl 1:46–50.
- Piersimoni C, Scarparo C. Extrapulmonary infections associated with nontuberculous *Mycobacteria* in immunocompetent persons. *Emerg Infect Dis*. 2009;15:1351–8.
- Bartralot R, García-Patos V, Sitjas D, Rodríguez-Cano L, Mollet J, Martín-Casabona N, et al. Clinical patterns of cutaneous nontuberculous mycobacterial infections. *Br J Dermatol*. 2005;152:727–34.
- Wang HY, Kim H, Kim S, Kim DK, Cho SN, Lee H. Performance of a real-time PCR assay for the rapid identification of *Mycobacterium* species. *J Microbiol*. 2015;53:38–46.

Jean Sebastian Hurtado Hurtado\*

Internista, Salucoop, Cali, Colombia

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jeanhtrtd@gmail.com](mailto:jeanhtrtd@gmail.com)

<http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2015.04.007>

## Uveítis por bisfosfonatos: ¿un raro efecto secundario?



### Uveitis due to bisphosphonates: A rare side effect?

Sr. Editor:

En los últimos años se ha incrementado el uso de bisfosfonatos, especialmente para tratar la osteoporosis, lo cual, junto con el hecho de ser tratamientos prolongados en el tiempo, ha favorecido la aparición de efectos adversos: osteonecrosis maxilar, dolor osteomuscular, fibrilación auricular, fracturas atípicas o trastornos inflamatorios oculares. Respecto a estos últimos, nos encontraríamos con conjuntivitis, uveítis (siendo la más frecuente la uveítis anterior)<sup>1</sup> y epiescleritis<sup>2</sup>.

Describimos el caso de una mujer de 51 años de edad con antecedentes de hipotiroidismo, cefalea tensional, polimialgia reumática y, a posteriori, sospecha clínica de arteritis de la temporal con biopsia negativa, aumento de poliartralgias y dolores de la espalda. Fue tratada con una pauta de prednisona intermitente que osciló entre 1 y 2,5 mg/kg/día; se realizó una radiografía lateral de columna dorsal centrada en dorsal 8 (D-8) y lumbar 2 (L2), y ante la sospecha clínica razonable de fractura vertebral (dolor de espalda de reciente inicio, pérdida de 2 cm de estatura, en una mujer posmenopáusica y varias pautas de más de 7,5 mg/kg/día de glucocorticoides) se inició tratamiento con ácido ibandronico. Aproximadamente a los 4 meses de su inicio comenzó con clínica ocular consistente en dolor y eritema conjuntival, siendo remitida a oftalmología, donde fue diagnosticada de uveítis anterior; se suspendieron los glucocorticoides orales, se indicaron colirios de dexametasona y se remitió a la consulta de reumatología. En esta última se descartó origen autoinmune, se suspendió el tratamiento con bisfosfonatos y se mantuvo tratamiento oftalmológico. En sucesivos controles se observó una progresiva mejoría de la uveítis anterior, por lo que se dio de alta.

Tras la notificación de varios casos de eventos inflamatorios oculares con el uso de bisfosfonatos orales, se puede considerar que estos efectos oculares están infradiagnosticados<sup>3</sup>. Solo un estudio epidemiológico ha examinado el riesgo de escleritis y uveítis con el uso de bisfosfonatos orales: cohorte de veteranos americanos durante un año de seguimiento. El riesgo relativo de escleritis y uveítis fue 1,23 superior entre los usuarios de bisfosfonato, pero no fue estadísticamente significativo. Solo se recogieron 9 casos entre los pacientes que tomaron bisfosfonatos por primera vez<sup>1</sup>.

La mayoría de las epiescleritis y uveítis se desarrollaron tras el inicio del uso del bisfosfonato y se resolvieron tras la retirada del mismo<sup>3</sup>, aunque informes de uveítis recurrentes después de volver a tratar con pamidronato corroboran la relación causal, lo cual indica que el uso de los bisfosfonatos como clase puede aumentar el riesgo de uveítis<sup>4</sup>.

Concretamente la uveítis anterior suele ser bilateral, puede asociarse a fiebre y cuadro pseudogripal, puede ser leve o grave, y recurrente al descender los glucocorticoides tópicos. La escleritis puede resolverse con medicación ocular tópica sin necesidad de suspender los bisfosfonatos<sup>5</sup>.

En cuanto a la fisiopatología, se cree que existe un papel primordial entre mediadores inflamatorios que provocan un mecanismo inflamatorio de inducción<sup>3</sup>, aunque en realidad, el mecanismo aún no está claro.

El riesgo de presentar trastornos oculares asociados al uso de bisfosfonatos es muy bajo; se recomienda realizar un examen oftalmológico de los pacientes con este tratamiento y que presenten una disminución persistente de la visión o dolor ocular<sup>3</sup>, ya que tanto las uveítis como las escleritis requieren tratamiento inmediato para evitar mayores complicaciones como cataratas, glaucoma, edema macular y perforación escleral<sup>3</sup>. Es necesario que los clínicos informen a sus pacientes sobre los signos y síntomas de la escleritis y uveítis, de cara a detectarlas y tratarlas rápidamente. Los pacientes que toman bisfosfonatos orales deben estar familiarizados con estos signos y síntomas para ser evaluados de forma inmediata por un oftalmólogo.

## Bibliografía

- French D, Margo C. Postmarketing surveillance rates of uveitis and scleritis with bisphosphonates among a national veteran cohort. *Retina*. 2008;28:889–93.
- Vidal MA, Medina C, Torres LM. Seguridad de los bisfosfonatos. *Rev Soc Esp Dolor*. 2011;18:43–55.
- Etmnan M, Forooghian F, Maberley D. Inflammatory ocular adverse events with the use of oral bisphosphonates: A retrospective cohort study. *CMAJ*. 2012;184:E431–4.
- Ghose K, Waterworth R, Trollove P, Highton J. Uveitis associated with pamidronate. *Aust NZ J Med*. 1994;24:320.
- Cano Parra J, Díaz Llopis M. Drug induced uveitis. *Arch Soc Esp Oftalmol*. 2005;80:137–49.

Sonia Martín Guillén<sup>a,\*</sup>, Robert Hurtado García<sup>b</sup>  
y Antonio Álvarez Cienfuegos<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Vega Baja, Orihuela, Alicante, España

<sup>b</sup> Servicio de Medicina Interna del Hospital Vega Baja, Orihuela, España

<sup>c</sup> Servicio de Medicina Interna, Sección de Reumatología, Hospital Vega Baja, Orihuela, Alicante, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [kias24@hotmail.com](mailto:kias24@hotmail.com) (S. Martín Guillén).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2015.04.006>