



Clínica
Médica
B

Hospital de Clínicas
Facultad de Medicina
UDELAR



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



HOSPITAL DE CLINICAS
Dr. Manuel Quintela

ATENEO CLÍNICO

UNIDAD ACADÉMICA CLÍNICA MÉDICA B

PROF. DRA. LAURA LLAMBÍ

EQUIPO DE PISO

EXPOSITORES: DRS. BARBEITO, SIDEL.

CASO CLÍNICO

- SM, 60 años. Procedente de Montevideo. Trabajador de la construcción.
- **ANTECEDENTES PERSONALES:**
 - Tabaquista. IPA 36. No BC, no disnea de esfuerzo.
 - Alcoholista en abstinencia, abandono hace 2 años.
 - HTA en tratamiento con enalapril y amlodipina.
 - DM tipo 2 en tratamiento con metformina.
 - Sin noción de repercusiones.

■ ENFERMEDAD ACTUAL

- Ojo rojo bilateral doloroso de 1 semana de evolución.
- Disminución de agudeza visual, fotofobia y lagrimeo.
- Sin exudados. No sensación de cuerpo extraño. No trauma.
- Sin sd. toxi-infeccioso, focos o sd. de repercusión general.
- No síntomas sugestivos de EALS.
- Asintomático en lo cardiovascular y respiratorio.
- Tránsitos sin particularidades.

■ ANTECEDENTE DE EA

- Diagnóstico de escleritis bilateral hace 2 años.
- Tratamientos recibidos:
 - Tópico corticoideo
 - Sistémico:
 - AINEs
 - Corticoides: Prednisona (hasta 60mg/día). Pulsos de Metilprednisolona
 - Metotrexate (hasta 22,5mg/semanal)
 - Actual: Micofenolato 1g/día + Prednisona 10mg/día (en descenso)

■ EXAMEN FÍSICO

- Lucido, eupneico, normotenso, sin taquicardia. Bien hidratado y perfundido.
- PyM: Normocoloreadas. Sin lesiones.
- LG: Normal
- OFT: intensa hiperemia conjuntival bilateral. Edema bipalpebral leve.
Agudeza visual (cuenta dedos) conservada. MOI y MOE sin alteraciones.
- Resto del EF sin alteraciones a destacar.

EN SUMA

- ❑ SM, 60 años. ExOH, Tbq, HTA, DM2
- ❑ Diagnóstico OFT de Escleritis bilateral
- ❑ Empuje bajo tto

PLANTEO

- Escleritis bilateral recidivante / refractaria?
 - Etiología: primaria idiopática vs. secundaria?
 - Al momento sin clínica o evidencia de enfermedad sistémica

VALORACIÓN PARACLÍNICA

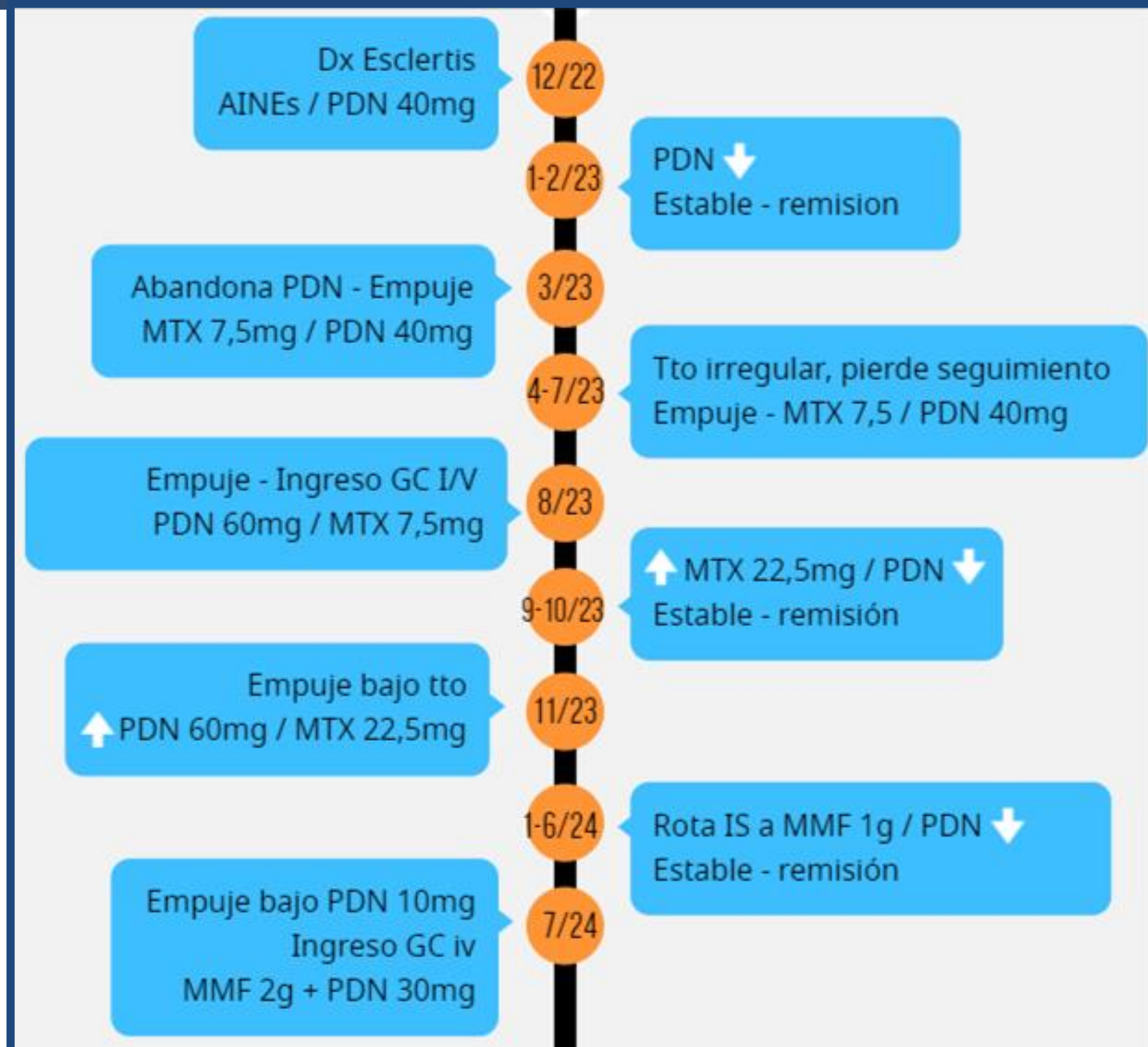
- Hb 13 g/dL Pqt. 350.000/uL
- Leucocitos 13.800/uL Neu. 8.100/uL
- Urea 20 mg/dL Crea 0,50 mg/dL
- Na 138 mEq/L K 4 mEq/L
- Ex orina normal
- Glicemia 95 mg/dL
- Perfil hepático sin alteraciones

- Serologías
 - Infecciosas:
 - VIH, VDRL, VHB y VHC: negativas
 - Autoinmunes:
 - ANA, ANCA, FR y APCC: negativos

- Rx de Tx normal. Ecografía de abdomen y ap. urinario sin hallazgos.
- PPD negativo.

CONDUCTA

- Valoración por Oftalmología:
 - Actividad inflamatoria persistente
 - Complicación asociada - desprendimiento de retina
- Pulsos de metilprednisolona 250mg/día por 3 días.
- Continua al alta: Micofenolato 2g/día + Prednisona 30mg/día



■ EN SUMA

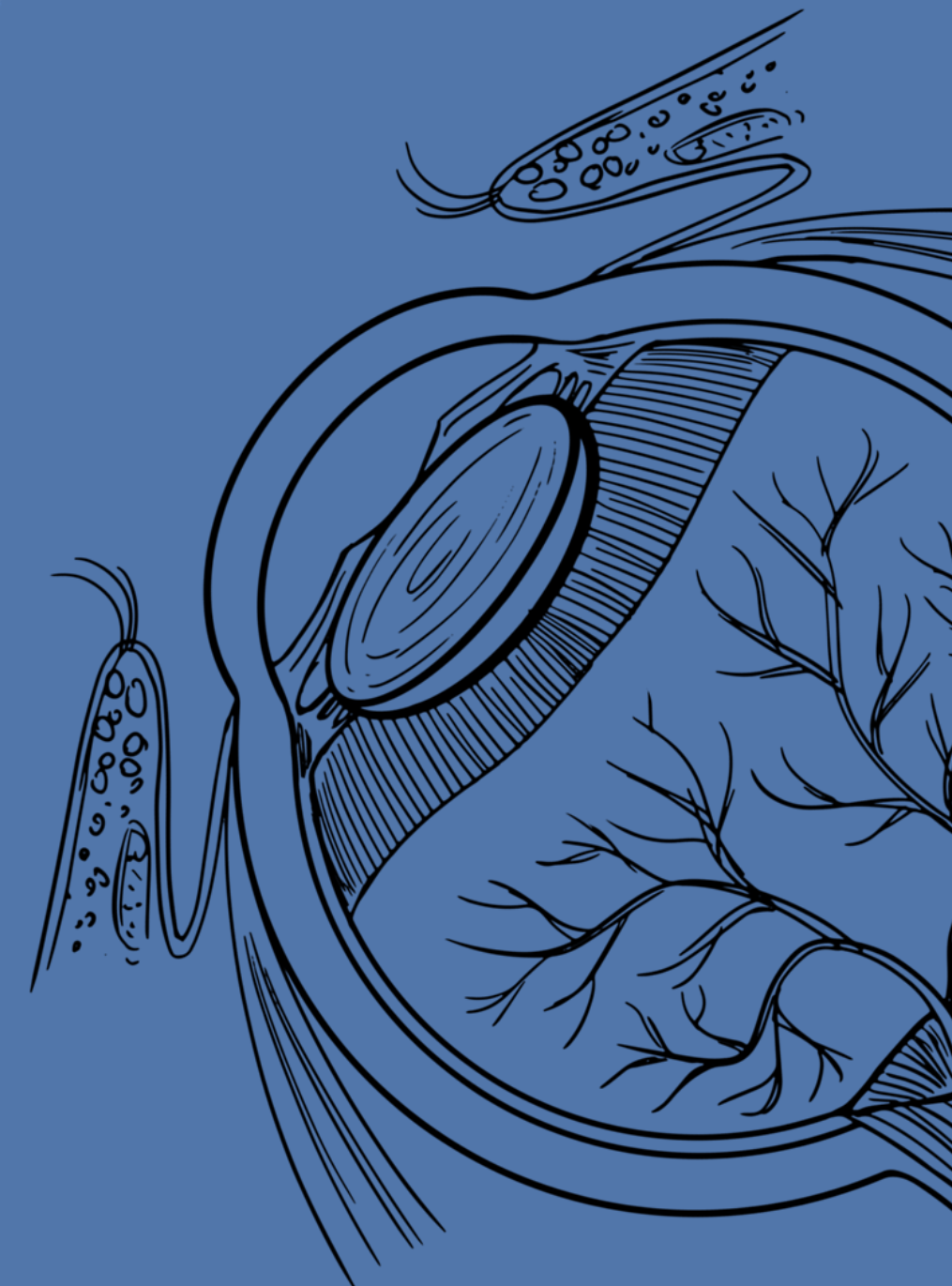
- SM, 60 años. ExOH, Tbq, HTA, DM2.
- Escleritis bilateral
 - Recidivante / refractaria
 - Probable etiología primaria idiopática

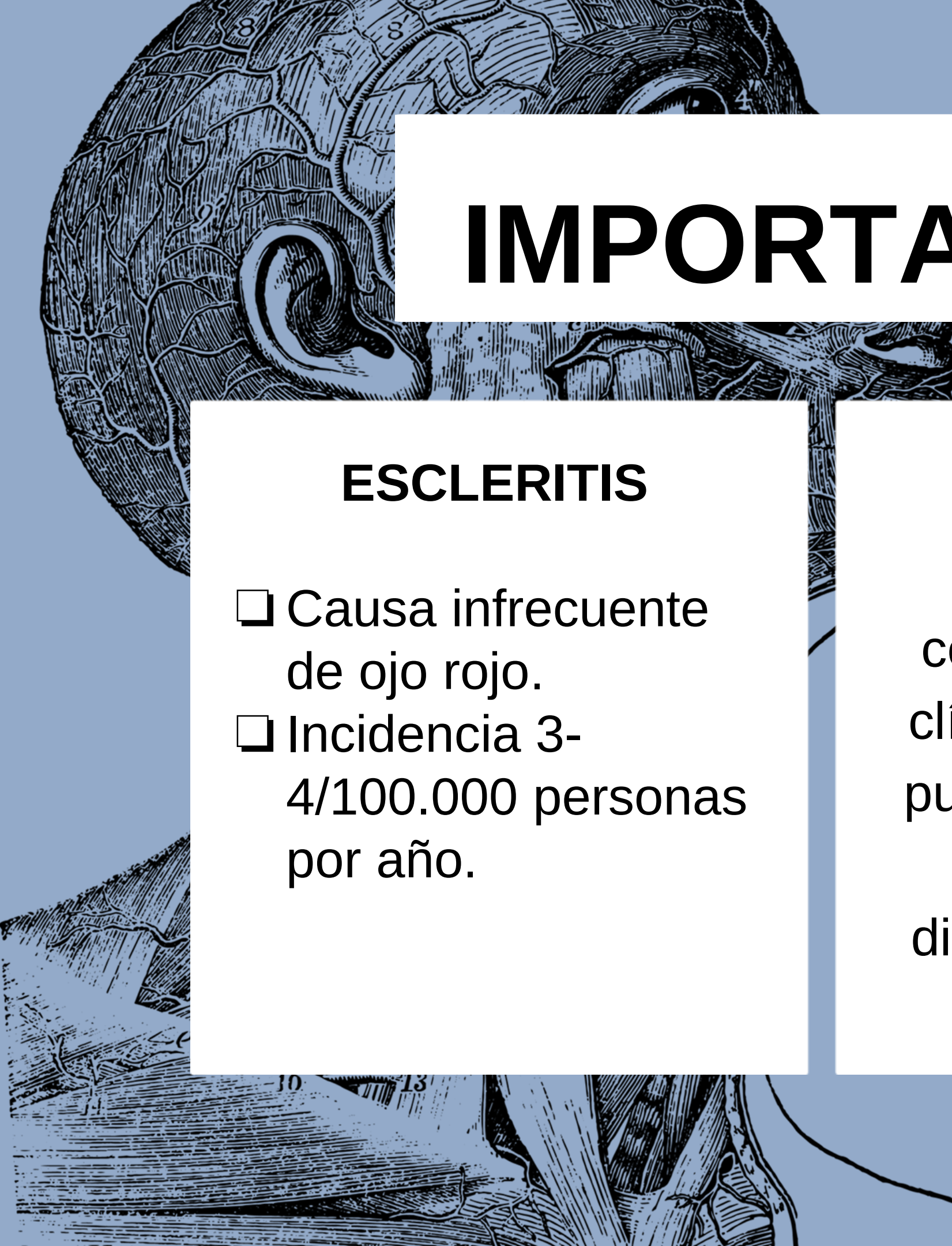
PUNTOS A DISCUTIR

- **Escleritis:** entidad clínica particular, poco frecuente, potencialmente grave.
- **¿Causas frecuentes?** Etiología primaria vs secundaria.
- **¿ROL DEL INTERNISTA?**
 - Valoración de enfermedades sistémicas asociadas
 - Estrategia diagnóstica: abordaje sistemático y razonable
 - Directivas terapéuticas

REVISIÓN DEL TEMA

- Importancia del tema.
- Anatomía.
- Definición.
- Clasificación.
- Etiología.
- Manifestaciones clínicas.
- Asociaciones sistémicas.
- Diagnóstico.
- Tratamiento.





IMPORTANCIA DEL TEMA

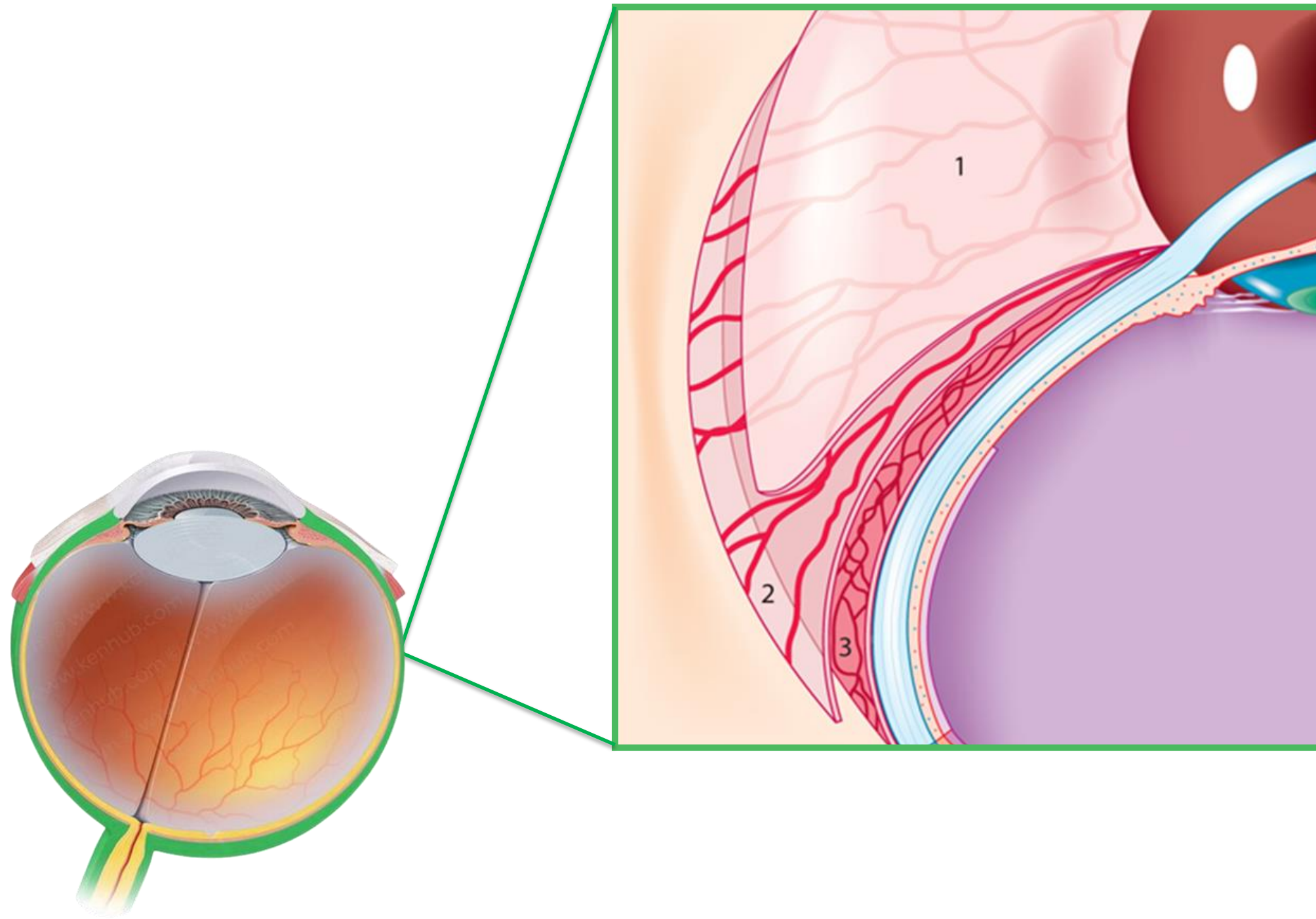
ESCLERITIS

- ❑ Causa infrecuente de ojo rojo.
- ❑ Incidencia 3-4/100.000 personas por año.

Patología
potencialmente
cegadora, de curso
clínico impredecible,
puede tener un buen
resultado si se
diagnostica y trata a
tiempo.

Esencial
comunicación
interdisciplinaria para
correcto abordaje
diagnóstico y
terapéutico.

ANATOMÍA



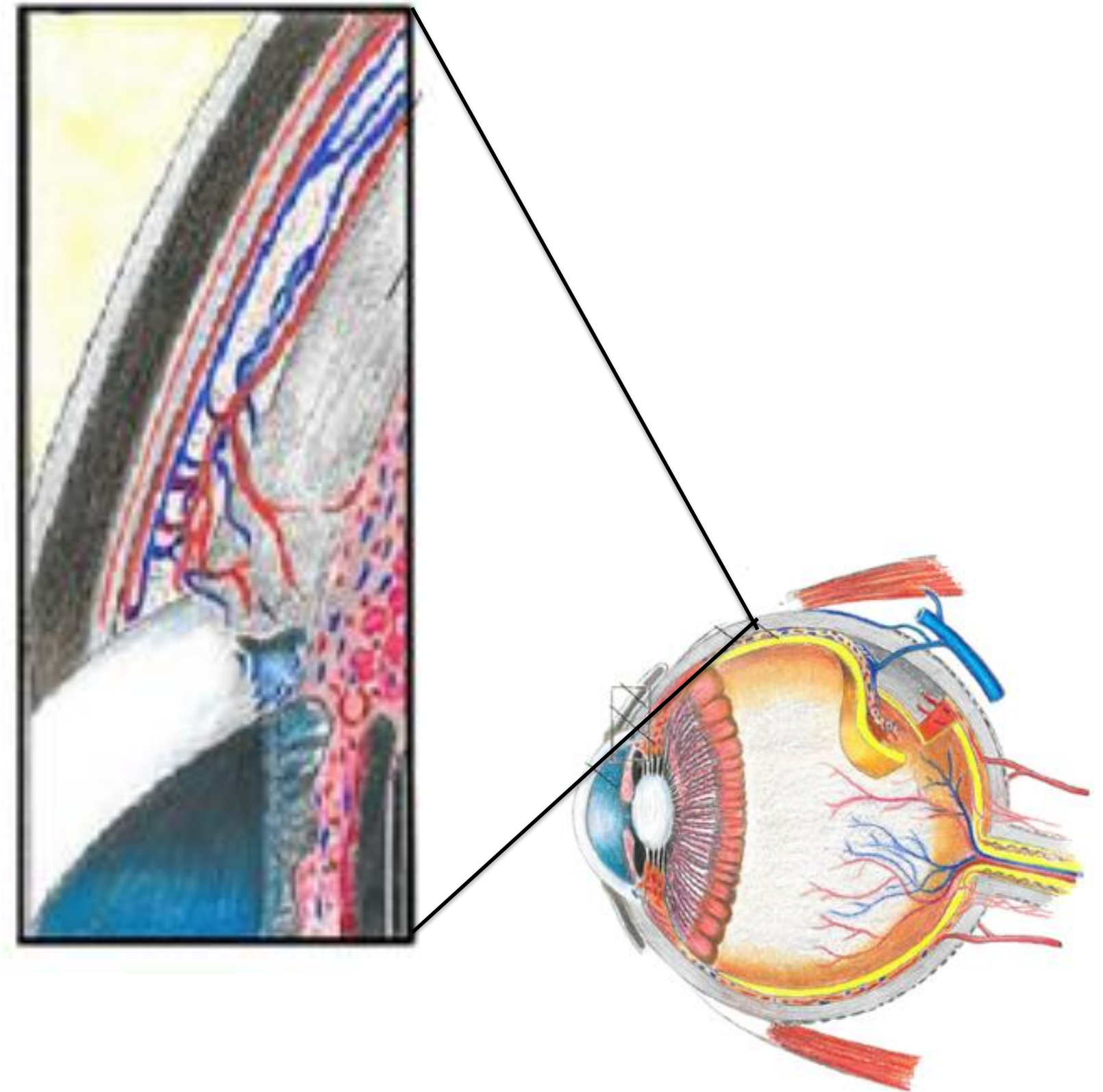
Haces de colágeno
(opaco).

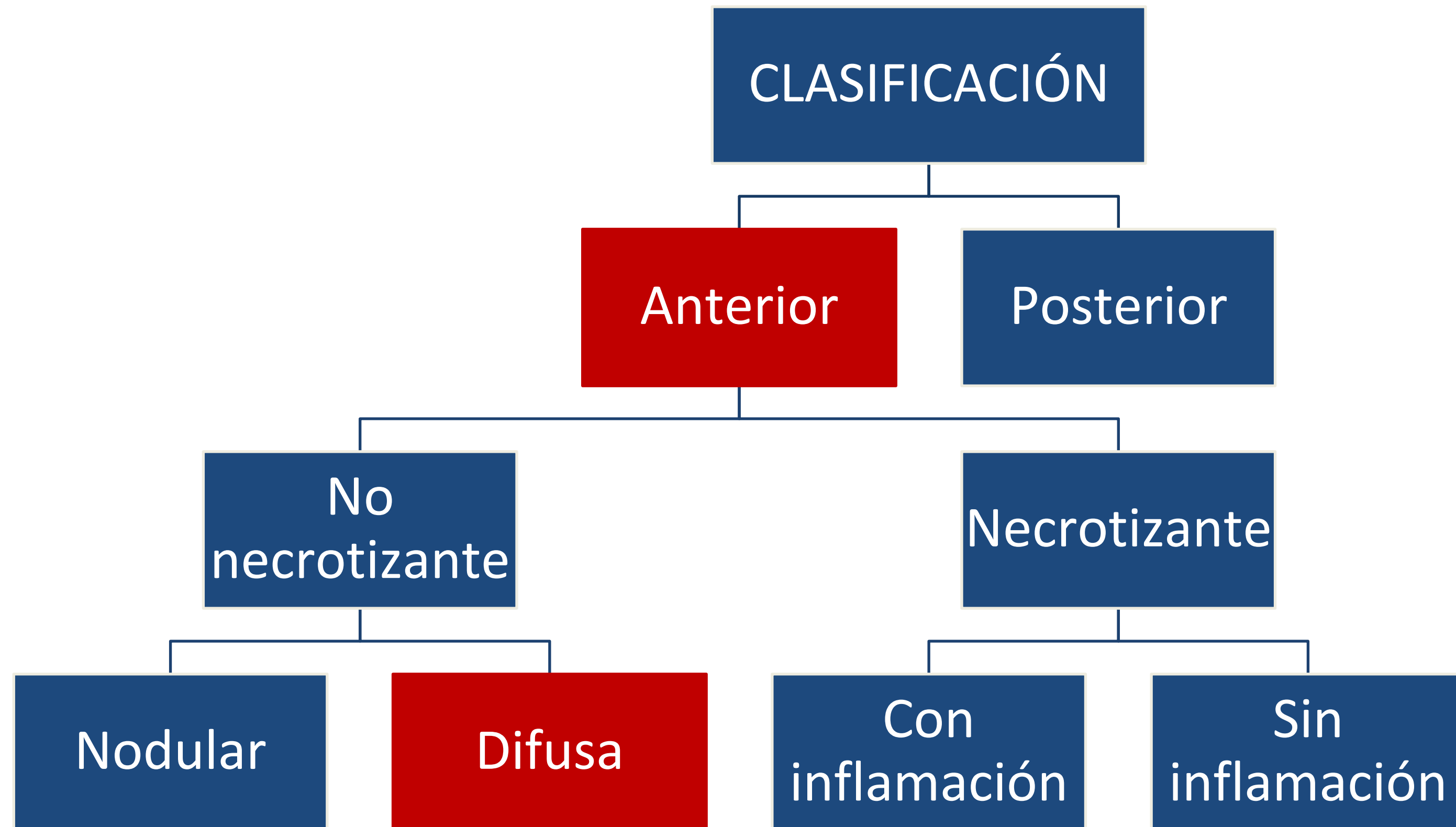
Avascular
(epiesclerótica/coroides).

90% de la capa externa del
ojo.

DEFINICIÓN

Trastorno inflamatorio doloroso, crónico y destructivo de la esclerótica que también puede afectar la córnea, la epiesclerótica y el tracto uveal.





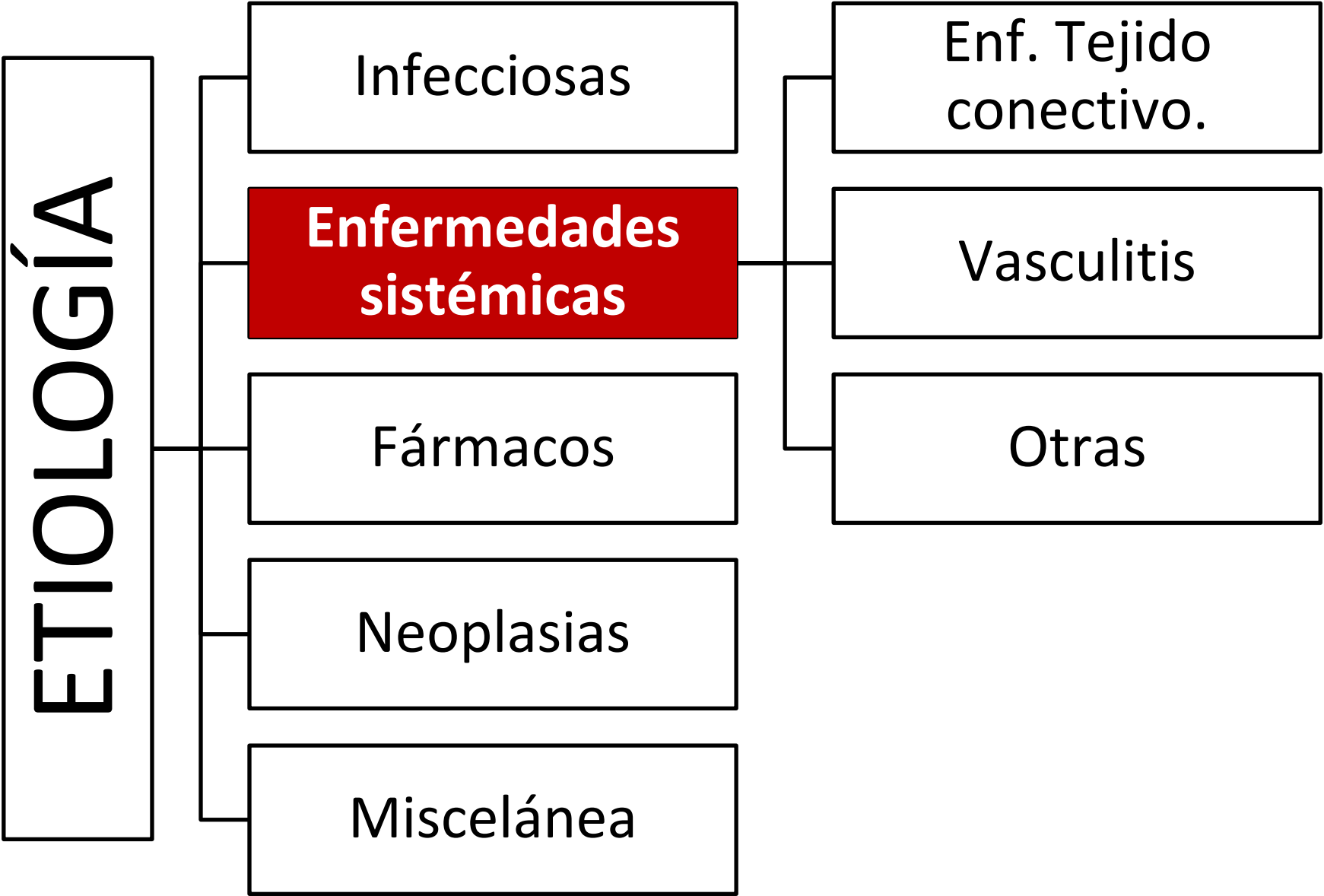
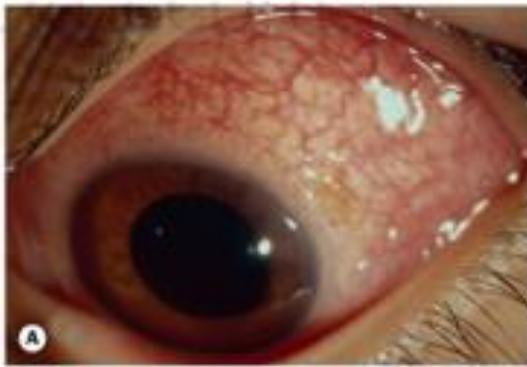
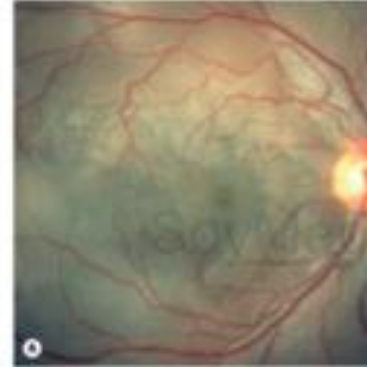


Table 2 Scleritis etiology

Inflammatory arthritides and other systemic autoimmune diseases [12]	Rheumatoid arthritis (most often among rheumatic diseases) Spondyloarthritis Inflammatory bowel disease Systemic lupus erythematosus Sarcoidosis Vogt-Koyanagi-Harada Relapsing polychondritis
Primary systemic vasculitides [12]	ANCA-associated vasculitides: – GPA (most often among vasculitides), MPA, EGPA Medium vessel vasculitis: – PAN Large vessel vasculitis (rarely): – Giant cell arteritis – Takayasu arteritis Variable vessel vasculitis: – Behcet's disease – Cogan's syndrome
Infectious [12, 13]	Herpes zoster (most often among infections) Herpes simplex Tuberculosis Syphilis (secondary, tertiary) Lyme disease <i>Pseudomonas aeruginosa</i> Nocardia HIV Hepatitis C-associated vasculitis Acanthamoeba affecting contact lenses wearers
Malignancy [14, 15]	Primary: uveal melanoma, chronic lymphocytic leukemia, squamous cell carcinoma Metastatic: choroid metastases (most often breast and bronchus)
Drugs [16, 17]	Bisphosphonates Etanercept
Miscellaneous [6, 7, 18]	Postsurgical (cataract surgery, pterygion surgery, pars plana vitrectomy) Post radiation Foreign body Rosacea Sympathetic ophthalmia

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

		ESCLERITIS ANTERIOR				ESCLERITIS POSTERIOR
		NO NECROTIZANTE		NECROTIZANTE		
		DIFUSA	NODULAR	CON INFLAMACIÓN	SIN INFLAMACIÓN	
SIGNOS Y SÍNTOMAS		Visión borrosa. Cogestión + dilatación vascular asociada a edema. Quemosis. Edema palpebral.	Dolor ocular. Enrojecimiento progresivo. Nódulo escleral.	Dolor gradual. Parches aislados de edema escleral (AR) Granulomas	Irritación inespecífica leve No dolor Placas de necrosis escleral Adelgazamiento escleral	Edema de papila Disminución de la visión. Edema periorbitario.
						

ASOCIACIONES SISTÉMICAS



Ophthalmology

Volume 111, Issue 3, March 2004, Pages 501-506



Original article

Evaluation of patients with scleritis for systemic disease ☆

Esen Karamursel Akpek MD¹, Jennifer E Thorne MD¹, Faqir A Qazi MBBS, FRCS¹,
Diana V Do MD¹, Douglas A Jabs MD, MBA^{1 2 3}  

243 pacientes.
Periodo de 18 años
47% - Enf. Sistémica.

Table 1. Characteristics of the Study Population

Characteristic	Result
No. of patients	243
Age (yrs)	
Median	52
Range	5–93
Gender (percentage of women)	70.3
Ocular involvement (percentage bilateral)	49.4
Scleritis type (percentage of patients)	
Diffuse anterior	66.4
Nodular anterior	16.8
Necrotizing	7.6
Scleromalacia perforans	0.8
Posterior	8.4
Ocular complications (percentage of patients)	
Peripheral ulcerative keratitis	6.2
Interstitial keratitis	12.0
Uveitis	29.8
Infectious or rheumatic disease (percentage of patients)	44.0
Infectious diseases (percentage of patients)	7.0
Herpes zoster ophthalmicus	4.5
Herpes simplex keratitis	1.6
Syphilis	0.4
Lyme disease	0.4
Rheumatic disease (percentage of patients)*	37.0
Rheumatoid arthritis	15.2
Systemic vasculitis [†]	9.1
Systemic lupus erythematosus	4.1
Relapsing polychondritis	1.6
Inflammatory bowel disease	3.3
Spondyloarthropathy [‡]	2.5
Other [§]	1.7
Follow-up (yrs)	
Mean	1.7
Range	0–16.6

DIAGNÓSTICO

Exámenes de laboratorio

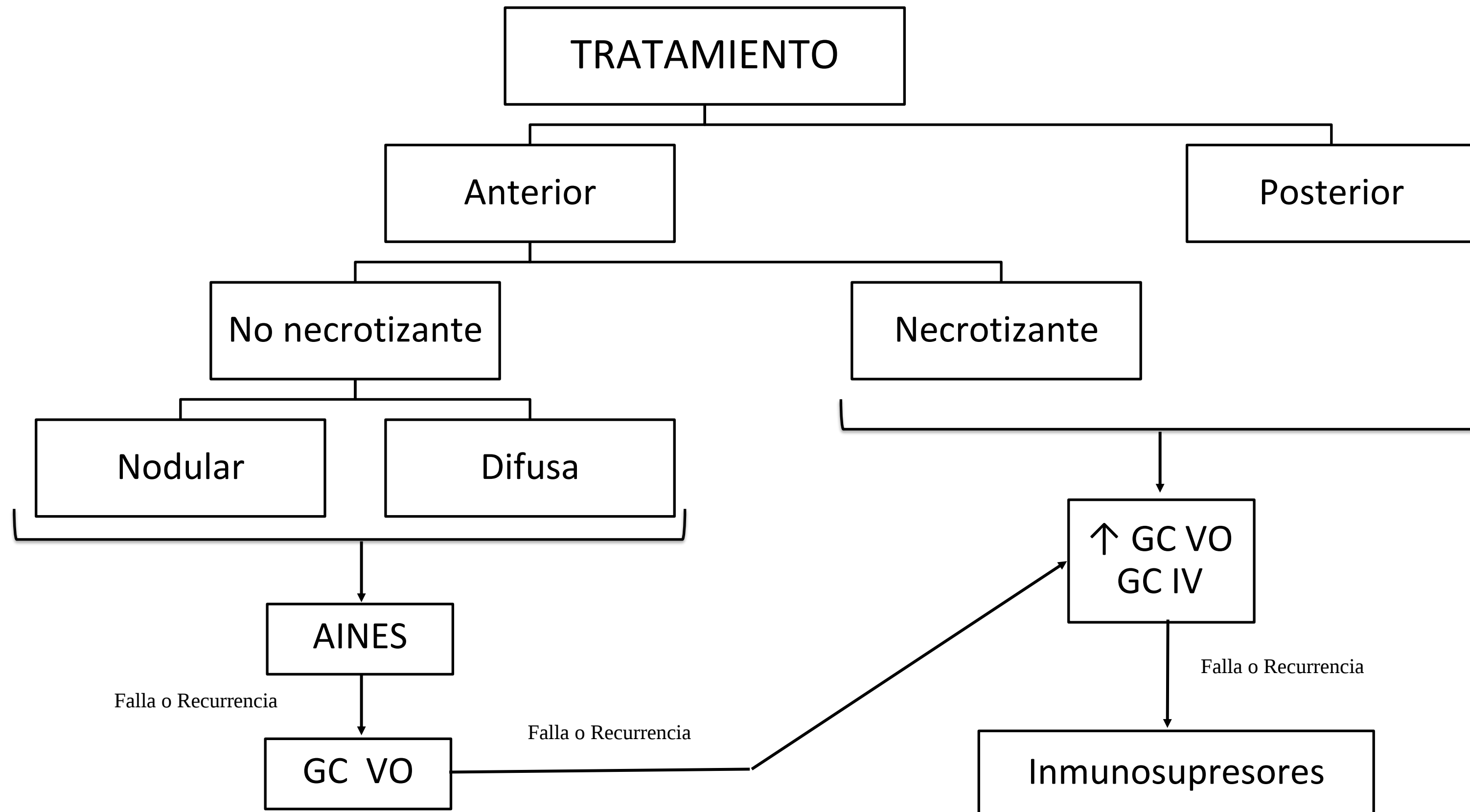
Marcadores autoinmunes

Exámenes de imagen

Equipo multidisciplinario

Table 1. Diagnostic Testing for Scleritis

Test	Indication
<i>For All Patients</i>	
ANCA	Tests for granulomatosis with polyangiitis, a marker for scleritis refractory to NSAID/corticosteroid treatment
CBC with differential	Identifies an infectious process
<i>Patient History-dependent</i>	
ANA	SLE, RA, polymyositis/dermatomyositis or mixed connective tissue disease
ACE	Sarcoid, must discontinue ACE inhibitors
Basic metabolic panel	Renal complications secondary to systemic vasculitis
Complement factor 3, 4	Detects decreased complement components present with SLE
Chest x-ray or CT scan	Sarcoidosis (CT more sensitive than chest x-ray)
C-reactive protein	Systemic inflammatory process, also systemic infection or malignancy
Erythrocyte sedimentation rate	Giant cell arteritis, markedly elevated suggests severe systemic inflammatory, infectious process, malignancy
FTA-Abs	Syphilis
HLA B27	Seronegative spondylarthropathies (primarily cause uveitis, not scleritis)
Lyme serology	History of tick bite in endemic area, more often recurrent diffuse anterior scleritis or posterior scleritis
Other HLA typing	Birdshot HLA A29, Behcet HLA B0501
Rheumatoid factor	RA (note: present in 5% normal subjects, absent in 30% RA)
Mantoux skin testing	History of tuberculosis exposure
RPR or VDRL	Syphilis
Herpes viral culture or polymerase chain reaction test	HSV, VZV



TRATAMIENTO



HHS Public Access

Author manuscript

Am J Ophthalmol. Author manuscript; available in PMC 2020 December 01.

Published in final edited form as:

Am J Ophthalmol. 2019 December ; 208: 68–75. doi:10.1016/j.ajo.2019.07.008.

Comparison between Methotrexate and Mycophenolate Mofetil monotherapy for the control of Non- Infectious Ocular Inflammatory Diseases

352 pacientes.

MMF demostró un menor tiempo de control de la inflamación en comparación con MTX.

MTX fue mejor que el MMF.

TRATAMIENTO

OCULAR IMMUNOLOGY AND INFLAMMATION
<https://doi.org/10.1080/09273948.2024.2311743>



ORIGINAL ARTICLE

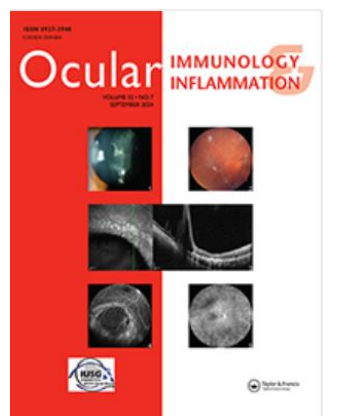
OPEN ACCESS

Real-World Experience in the Use of Immunosuppression for the Management of Inflammatory Eye Disease

Matthew Azzopardi, MD (Melit)^{a,b}, Yu Jeat Chong, MBBS, FRCOphth^a, Sreekanth Sreekantam, MBBS, FRCOphth^a, Robert J. Barry, PhD, FRCOphth^{a,b}, Natraj Poonit, Dip/HE, IP^{a,b}, Saaeha Rauz, PhD, FRCOphth^{a,b}, and Philip I. Murray, PhD, FRCOphth^{a,b}

^aCentre for Inflammatory Eye Disease, Birmingham and Midland Eye Centre, Sandwell and West Birmingham NHS Trust, Birmingham, UK; ^bAcademic Unit of Ophthalmology, Institute of Inflammation and Ageing, College of Medical and Dental Sciences, University of Birmingham, Birmingham, UK

303 pacientes □ 63% pacientes lograron remisión clínica.
Retirada de la inmunosupresión en los pacientes con NIU y escleritis si permanecen en remisión durante 2 años.





TRATAMIENTO

Methods for Identifying Long-Term Adverse Effects of Treatment in Patients with Eye Diseases: The Systemic Immunosuppressive Therapy for Eye Diseases (SITE) Cohort Study

John H. Kempen,¹ Ebenezer Daniel,² Sapna Gangaputra,² Kurt Dreger,² Douglas A. Jabs,^{2,3} R. Oktay Kaçmaz,⁴ Siddharth S. Pujari,⁴ Fahd Anzaar,⁴ C. Stephen Foster,⁴ Kathy J. Helzlsouer,⁵ Grace A. Levy-Clarke,⁶ Robert B. Nussenblatt,⁶ Teresa Liesegang,⁷ James T. Rosenbaum,^{7,8} and Eric B. Suhler⁷

¹Center for Preventive Ophthalmology and Biostatistics, and Center for Clinical Epidemiology and Biostatistics; Departments of Ophthalmology and Biostatistics and Epidemiology; University of Pennsylvania School of Medicine, Philadelphia, Pennsylvania, USA

²Department of Ophthalmology, The Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, Maryland, USA

³Department of Ophthalmology, Mount Sinai School of Medicine, New York, New York, USA

⁴Massachusetts Eye Research and Surgery Institute, Cambridge, Massachusetts, USA

⁵Prevention and Research Center, Mercy Medical Center, Baltimore, Maryland, USA

⁶Laboratory of Immunology, National Eye Institute, National Institutes of Health, Bethesda, Maryland, USA

⁷Department of Ophthalmology, Oregon Health Sciences University, Portland, Oregon, USA

⁸Division of Rheumatology, Oregon Health Sciences University, Portland, Oregon, USA

9250 pacientes.

Periodo de tiempo 30 años

Efectividad del tratamiento con inmunosupresores con la finalidad de reducir dosis de corticoides (efectos secundarios).

Aumento de mortalidad y neoplasias del 22% para antimetabolitos, 28% para inhibidores de células T y 36% para agentes alquilantes

MENSAJES FINALES

- Patología poco frecuente, potencialmente cegadora, de curso clínico impredecible
- Retraso diagnóstico: peores resultados visuales, riesgo de complicaciones graves.
- 50% de casos asocian enfermedad sistémica subyacente.
Importancia de enfoque multidisciplinario y comunicación entre especialistas.
- Tratamiento: según respuesta, gravedad y/o etiología.
 - AINEs, glucocorticoides y agentes inmunosupresores.
 - Micofenolato y Metotrexato eficaces para controlar la inflamación ocular.

BIBLIOGRAFÍA

- Hornbeak DM, Thorne JE. Immunosuppressive therapy for eye diseases: Effectiveness, safety, side effects and their prevention. Taiwan Journal of Ophthalmology. 2015 Dec 1;5(4):156–63.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5602133/>
- Kempen JH, Daniel E, Gangaputra S, Dreger K, Jabs DA, Kaçmaz RO, et al. Methods for Identifying Long-Term Adverse Effects of Treatment in Patients with Eye Diseases: The Systemic Immunosuppressive Therapy for Eye Diseases (SITE) Cohort Study. Ophthalmic Epidemiology. 2008 Jan 1;15(1):47–55.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18300089/>
- Gangaputra SS, Newcomb CW, Joffe MM, Dreger K, Begum H, Artornsombudh P, et al. Comparison between methotrexate and mycophenolate mofetil monotherapy for the control of noninfectious ocular inflammatory diseases. American Journal of Ophthalmology. 2019 Dec 1;208:68–75.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6889035/#R12>
- Nevares A, Raut R, Libman B, Hajj-Ali R. Noninfectious autoimmune scleritis: recognition, systemic associations, and therapy. Current Rheumatology Reports. 2020 Mar 26;22(4). <https://link.springer.com/article/10.1007/s11926-020-0885-y>
- Akpek EK, Thorne JE, Qazi FA, V D DO, Jabs DA. Evaluation of patients with scleritis for systemic disease. Ophthalmology. 2004 Mar 1;111(3):501–6. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S016164200301234X>
- Nevares A, Raut R, Libman B, Hajj-Ali R. Noninfectious autoimmune scleritis: recognition, systemic associations, and therapy. Current Rheumatology Reports. 2020 Mar 26;22(4). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32219644/>
- Salmon JF, editor. Kanski. Oftalmología Clínica: Un Enfoque Sistemático. 9a ed. Elsevier; 2021.



GRACIAS A
TODOS