



ABORDAJE DE LAS UVEÍTIS NO INFECCIOSAS

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

**Participación de médicos Oftalmólogos y Reumatólogos de los Hospitales de
Canarias con Consulta Multidisciplinaria de Uveítis
(CHUIMI, HUC, HUGCDN, HUNSC)**

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.



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 (± 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 α) 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 α** .



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 α** (**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 α** 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 α 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 EFECTOS ADVERSOS a UN anti-TNF α** 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 EFECTOS ADVERSOS a DOS anti-TNF α** , 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.

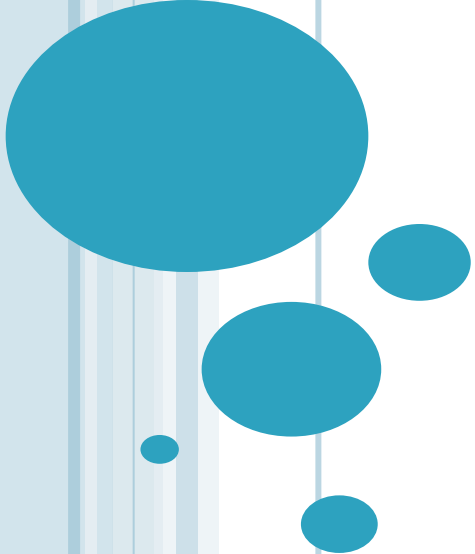


27. En el tratamiento del **EDEMA MACULAR UVEÍTICO:**

- **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 sin 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.**



ADALIMUMAB (HUMIRA®)



Primer fármaco biológico indicado para el tratamiento de la **UVEÍTIS NO INFECCIOSA** intermedia, posterior y panuveítis en pacientes adultos que han presentado una respuesta inadecuada a corticoesteroides, que necesiten disminuir su tratamiento con corticoesteroides, o en aquellos en los que el tratamiento con corticoesteroides sea inapropiado.

Muchas gracias

