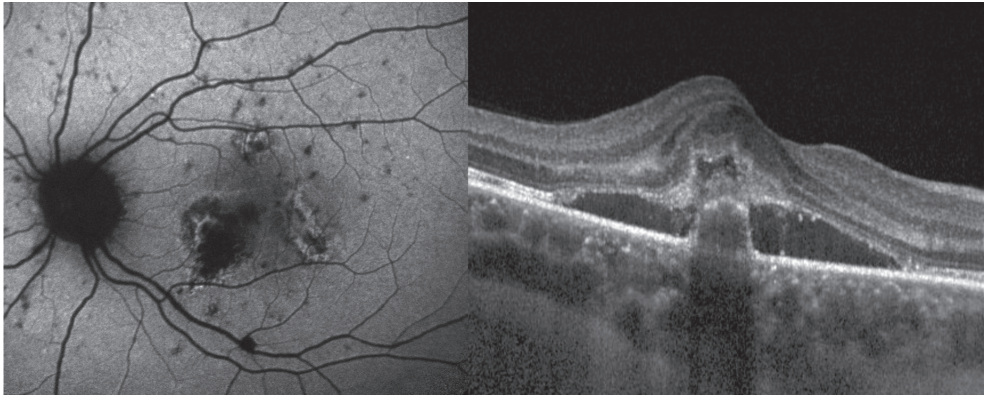


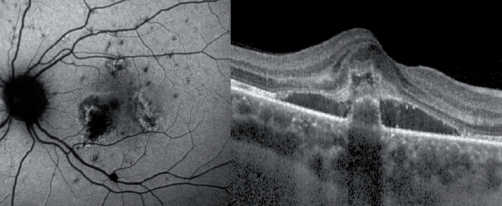
30^a EDICIÓN GEMU UVEÍTIS 2017



Reunión Grupo Español de Estudio de las Uveítis e Inflamación Ocular

MADRID ~> **VIERNES 24 DE FEBRERO DE 2017**
HOTEL MARRIOTT AUDITORIUM - AV. ARAGÓN 400. 28022 MADRID

**LIBRO
DE RESÚMENES**



PEDIATRIC POSTERIOR SCLERITIS: A CASE REPORT

Stephany Carrillo Cristancho, Alberto Calvo Álvarez, Carme Macià Badia, Antonio Segura García

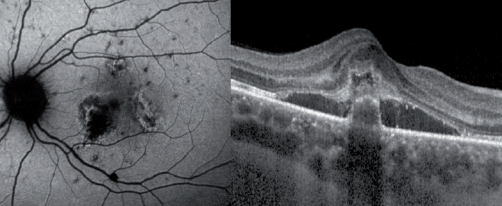
Purpose: To report a case of unilateral posterior scleritis (PS) in a pediatric patient with redness and painful eyes movements.

Case: A 13 year old female presented with redness and painful left eye movements for 1 day. Trauma, ocular surgery or any systemic disease in past was ruled out. The best corrected visual acuity (BCVA) in right eye (RE) was 20/20, in LE was 20/30. Ciliary injection and tyndall +1 was found in LE. Eye movements were normal.

LE funduscopy revealed vitritis +1 and posterior serous retinal detachment, also seen on optical coherence tomography. The rest of the retina and blood vessels appeared normal. B-scan ultrasonography showed diffuse thickening of the posterior choroid and sclera. Fluorescein angiography (FA) showed early leakage of the dye. Chest X-ray, complete blood count, autoantibodies, and infectious serology tests were negative.

Diagnosis of idiopathic PS was made and treatment with topical dexamethasone, cycloplegia, and 60 mg oral prednisolone per day was started with BCVA improvement to 20/20 within 4 weeks by resolution of posterior serous retinal detachment.

Conclusion: PS though very rare in pediatrics, predominantly case series, should be considered in the differential diagnosis of acute pain, redness, and loss of vision. Since prompt treatment with systemic steroids lead to complete visual recovery. Most of the cases are idiopathic. Nevertheless, autoimmune and Infectious diseases must be ruled out.



TOCILIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL EDEMA MACULAR EN PARS PLANITIS EN EDAD PEDIÁTRICA

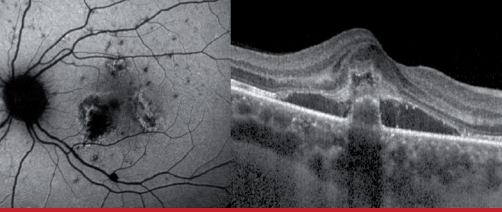
Roberto Castro Seco, Jesús Díaz Cascajosa, Philipp Schwember Reinhardt, Ignacio Salvador Miras

El tocilizumab es un anticuerpo monoclonal que bloquea la IL-6. Existe evidencia de su utilidad en el edema macular uveítico, y para demostrarlo se presenta un caso de buena respuesta en un paciente con pars planitis refractario.

Paciente varón de 10 años, originario de Marruecos diagnosticado a los 6 años de pars planitis y tratado con Metotrexate desde el diagnóstico y con adalimumab desde los 6 meses del diagnóstico. En el control evolutivo presenta disminución de la agudeza visual y edema macular quístico bilateral. Se solicitan niveles de adalimumab (en rangos terapéuticos) y anticuerpos adalimumab (resultado negativo). Se inicia entonces tratamiento con tocilizumab endovenoso con desaparición del edema macular quístico días después del comienzo de la infusión.

Tras seis meses de tratamiento quincenal se mantiene sin celularidad en vítreo anterior y sin recidiva del edema macular quístico.

Con ello se llega a la conclusión de que el edema macular quístico en edad pediátrica es una patología de difícil manejo, dado el riesgo de complicaciones de corticoides periorculares, siendo el tocilizumab una buena alternativa terapéutica en casos de refractariedad.



BILATERAL PANUVEITIS IN A CHILD: A CHALLENGE

M.^a Soledad Rubio Martínez, Luisa Fernanda Giraldo Agudelo,
Lidia Cocho Archiles, Jose M.^a Herreras Cantalapiedra

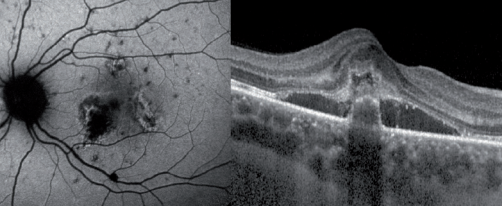
Case report: 7 years old healthy male with erythema multiforme diagnosed by biopsy dependent of acyclovir, and bilateral granulomatous panuveitis (predominance of retinal involvement).

A detailed search of the etiology of the process was performed, including laboratory, autoimmunity, infectious serologies and chest x-ray. As all complementary test were normal or negative, a diagnostic pars plana vitrectomy (PPV) of the right eye was performed. PPV showed weak positivity to Epstein-Barr Virus (EBV), initiating oral famciclovir.

Increasing inflammation and new retinal lesions in his left eye was shown. Repeated PPV that was positive for *Propionibacterium acnes*.

The use of three intravitreal vancomycin and intravenous vancomycin did not result in any improvement and the disease progressed. Oral prednisone and Azathioprine was initiated, and glaucoma and cataract surgery was needed. Visual acuity in the right eye was 20/200 and 20/25 in the left eye. Given disease severity, patient was reevaluated looking for autoinflammatory diseases. DNA analysis showed a mutation of the TNFRSF1A gene, thus resulting in a diagnosis of tumor necrosis factor receptor-associated periodic syndrome (TRAPS). Nowadays, the process is under control with Azathioprine and anti-TNF treatment.

Conclusion: Uveitis in children are a diagnostic and therapeutic challenge. Infectious causes should be ruled out and autoinflammatory diseases have to be considered in the differential.



EPITELIOPATÍA PIGMENTARIA PLACOIDE MULTIFOCAL POSTERIOR AGUDA EN LA INFANCIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

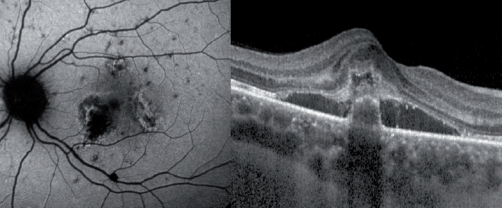
Francisca Dolores del Valle Cebrián, José Gregorio García García, M.^a de las Nieves Lozoya Moreno, Judez Navarro

Introducción: La epitelio patía pigmentaria placoide multifocal posterior aguda (EPPMPA) es una rara entidad inflamatoria coriorretiniana bilateral, que suele darse en adultos jóvenes y es extremadamente infrecuente en niños.

Caso clínico: Varón miope moderado de 12 años con miodesopsias en ojo derecho (OD) de 24 horas de evolución, con mejor agudeza visual corregida (MAVC) de 0.7 en ojo derecho (OD) y de 1.0 en ojo izquierdo (OI). La exploración de ambos ojos en el segmento anterior es anodina y en el fondo de ojo presenta lesiones blanco amarillentas centrales bilateralmente. Se realiza protocolo de estudio de uveítis y a las dos semanas, empeora la MAVC a 0.6 en ambos ojos (AO). La OCT muestra engrosamiento de capas externas, alteración en los segmentos externos de los fotorreceptores y del epitelio pigmentario retiniano (EPR) macular en AO. Se decide entonces, iniciar tratamiento con corticoides orales 60 mg/día.

Resultados: Dos meses después, la MAVC mejora a 1 en AO, las lesiones muestran hiperpigmentación parcial y la OCT presenta mejoría significativa en AO. En el examen complementario, destacar HLA DR2 positivo.

Conclusiones: La EPPMPA Es una entidad inflamatoria rara muy infrecuente en niños. Aunque su curso suela ser autolimitado y benigno, los corticoides pueden ayudar a la resolución del cuadro y evitar daño tisular adicional, cuando las lesiones afectan a la mácula.



UVEÍTIS HETEROCRÓMICA DE FUCHS ASOCIADA A PAPILEDEMA BILATERAL

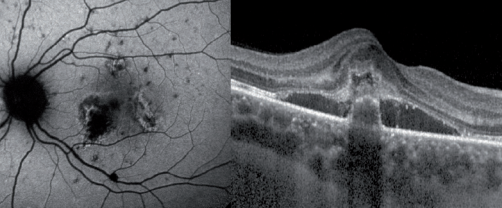
Beatriz Castaño Martín, Tamer Bitar Díaz, Daniele Ferrari, Marina Begoña Gorroño Echebarría

Objetivo: Presentar un caso de uveítis heterocrómica de Fuchs asociado a edema de papila bilateral

Caso clínico: Varón de 42 años diagnosticado de uveítis heterocrómica de Fuchs en 2011. Como antecedentes personales destacan meningitis a los 8 años de edad sin secuelas y cirugía de cataratas OD en 2013. Acude a urgencias en octubre de 2016 por visión de sombra en lateral superior del CV y es diagnosticado de edema de papila OD.

Resultado: En la exploración oftalmológica presenta AV 1, precipitados endoteliales estrellados difusos, heterocromía de iris, PIO 12. Test de Ishihara normal AO. No posible valorar DPAR por corectopia en OD. En el fondo de ojo OD se observa papila sobreelevada con ingurgitación venosa. La radiografía de tórax y analítica completa con vitamina B12 y fólico fueron normales, con serología toda negativa excepto IgG positiva para toxoplasma, con IgM negativa. El CV 24-2 presentaba defecto arqueado superior en OD y OI normal. La OCT evidenció el edema de nervio óptico y un DEP temporal a mácula en OD y OI normal. La RMN cerebral mostró pequeñas intensidades de sustancia blanca de características inespecíficas. Un mes después presenta un edema de papila bilateral. Se solicita nueva valoración por neurología y se indica una punción lumbar.

Conclusión: La uveítis heterocrómica de Fuchs, puede presentar una leve papilitis. También puede asociarse con otras alteraciones por lo que es importante una buena anamnesis, historia clínica y manejo multidisciplinar.



OUTCOMES IN UVEITIC GLAUCOMA PATIENTS OPERATED BY EXPRESS® DEVICE

Romina Muñiz Vidal, Antonio Segura García, Carme Macià Badia, Jaume Rigó Quera

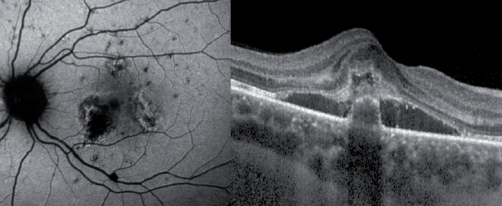
Objective: To analyze characteristics and complications of ExPress® implant in a uveitic glaucoma patients serie.

Methods: Retrospective serie of 11 eyes of 10 patients operated by Express® glaucoma filtration device, between january 2014 to may 2016 at Universitary Hospital Vall d'Hebron (Barcelona).

Variable analyzed were intraocular pressure and hypotensive treatment pre-surgical, one month, 2, 3, 6 and 12 months after surgery; as well as complications.

Results: Average age was 48.8 years (rang, 28 to 68). Seven cases were anterior uveitis (one herpes group, four Posner-Schlossman, two idiopathic) and four cases were intermediate uveitis (two idiopathic, one related to Multiple Sclerosis and other related to Antiphospholipid Syndrome). Main complications were hypotonic maculopathy in five eyes, hyperfiltering bleb in three eyes, cataract progression in two eyes and one Tenon cyst. Only one uveitis relapse was reported, successfully handled with topical corticoids. Mean intraocular pressure (IOP) have decreased from 31.63 mmHg baseline to 16.25 mmHg at 12^o month. Mean topical treatment have decreased from 3.0 to 0.5 at 12^o month.

Conclusions: Filtering surgery by ExPress® device is a therapeutic option between different etiologies of uveitic glaucoma, with low rates of uveitic reactivation and good control of them in our serie.



PANUVEÍTIS POR HERPES ZOSTER EN PACIENTE DIABÉTICO: PROGRESIÓN ANTERO-POSTERIOR

Iulia Oana Pana, Gabriela Cruz Gutiérrez, Belén Gragera Soroa,
Nuria Valdés Sanz

Introducción: El daño neuronal en el ganglio trigémino por la microangiopatía diabética contribuye a la reactivación del Herpes Zoster en esta zona.

Caso clínico: Paciente que tras presentar erupción herpética en el territorio de la rama oftálmica del trigémino derecho, presenta ulcera corneal y ulterior uveítis. Tras 20 días de aciclovir VO, ciclopléjico y prednisona es remitido a nuestro hospital. Entre sus antecedentes personales destaca que es diabético tipo II.

La exploración oftalmológica muestra una AV OD de 0.5, BMC: conjuntiva hiperémica, cornea transparente FL-, precipitados retroqueráticos finos inferiores, tyndall +++.

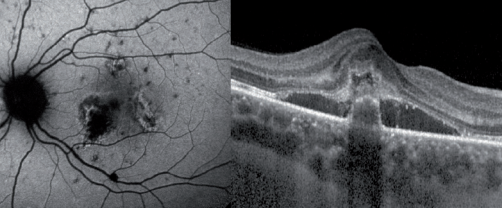
La oftalmoscopia revela: turbidez vitrea ++, papila y macula normal, retina aplicada, focos de retinitis inferiores, bien delimitados con periflebitis y hemorragia retiniana adyacente.

Se diagnostica de panuveítis por herpes zoster OD y se ingresa para tratamiento IV con Aciclovir con mejoría de la AV:0.8 y remisión de la vitritis y retinitis.

Al interrumpir el tratamiento el paciente es diagnosticado de esclerítis OD y se reintroduce el antivírico oral y corticoides tópicos con remisión del cuadro.

Actualmente el paciente es asintomático, con una AV:0.9 sin tratamiento tópico o sistémico.

Conclusiones: Las uveítis herpéticas se pueden manifestar en varias formas, siendo las posteriores las más potencialmente graves, por lo cual un diagnóstico y tratamiento precoz es muy importante.



UVEÍTIS ANTERIOR BILATERAL ASOCIADA A COLITIS LINFOCÍTICA

Noelia Rubio Álvarez, Daniele Ferrari, Eduardo Nicolás Vleming Pinilla, Beatriz Castaño Martín

Introducción: La colitis linfocítica es una colitis microscópica. Se asocia a patología tiroidea, fármacos (AINEs) o factores dietéticos. Los síntomas extraintestinales como uveítis son raros. Puede remitir espontáneamente o con tratamiento sintomático. Si no responde se trata con budesonida, salicilatos o corticoides sistémicos.

Caso clínico: Acude a urgencias varón de 65 años por visión borrosa y dolor ocular bilateral de 2 días.

Antecedentes: HTA, dislipemia, ictus con diplopía oblicua residual, hipotiroidismo y orbitopatía por Enfermedad de Graves, pólipos rectales, hemorroides y liquen plano. Alergia a diclofenaco.

Exploración ambos ojos: visión 0.9, biomicroscopía con precipitados endoteliales finos y en cristaloides anterior, Tyndall++++, hipopión 0.5 mm, fibrina en cámara anterior y vitritis anterior+.

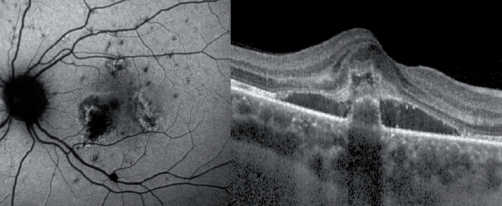
Serología y Mantoux negativos, TSH normal.

Se trata con prednisona 60mg, ciclopléjico y maxidex.

Se deriva a Ap.Digestivo por diarrea de 10 deposiciones/día 10 días. Con colonoscopia y biopsia se diagnostica de colitis linfocítica. Coprocultivo -.

A los 40 días la diarrea ha remitido, la visión es 1.2 y Tyndall negativo.

Conclusiones: Gastroenterología sospecha una colitis linfocítica por ibuprofeno versus patología tiroidea a pesar de TSH normal. La colitis parece haber remitido debido a la prednisona 60 mg. Recalcar la importancia de una buena orientación diagnóstica en pacientes con patología oftalmológica por su frecuente asociación con otros aparatos.



VALGANACICLOVIR COMO TRATAMIENTO DE UVEÍTIS ANTERIOR RECIDIVANTE E HIPERTENSIVA

Tamara Shukair Harb, Jorge Juan González Martín,
M.^a Fernanda Fernández-Tresguerres García

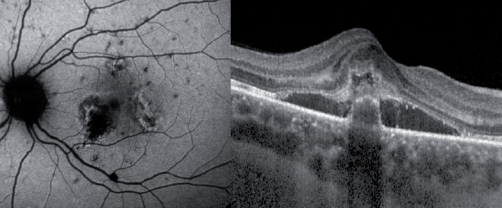
Introducción: El citomigalovirus CMV es de la familia herpesviridae que se ha ampliado su espectro a infecciones del segmento anterior con uveítis anterior recurrente y/o hipertensiva, pero sin la típica retinitis.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 28 años con uveítis anterior aguda unilateral recidivante e hipertensiva sin afectación de polo posterior diagnosticado en mayo de 2012. Ha estado en tratamiento tópico con corticoides e hipotensores durante los episodios (cada 2-3 meses).

Se le hemos realizado PCR de humor acuso en 2 ocasiones con resultado negativo de CMV.

Se decide poner tratamiento con Valganciclovir (Valcyte 450 mg) cada 12h durante un año y de 450mg/ 24h hasta la fecha (6 meses) sin recidivante.

Conclusiones: Debe ser considerado la posible infección por CMV en iridociclitis recidivantes o crónicas hipertensivas (aunque PCR es negativo), y su tratamiento específico puede ser necesario para prevenir recidivas.



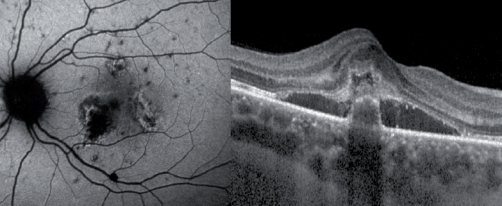
BILATERAL PANUVEITIS IN A ELDERLY WOMAN

M.^a del Carmen Alvarado Valero, Teresa Pedraz Penalva,
Juan Carlos Elvira Cruaños

Purpose: To report a case of bilateral atypical ocular sarcoidosis in an elderly woman.

Case report: A 84-years-old woman was referred to our ophthalmology service for four month of blurry vision in both eyes. Ophthalmic examination, fluorescein angiography (FA), laboratory testing (LT), MRI of the brain, chest computed tomography (CT), bronchoscopy with bronchoalveolar lavage (BAL), transbronchial and paratracheal biopsies were performed. Ophthalmic examination revealed granulomatous anterior uveitis in both eyes, bilateral disk edema, vitritis, retinal hemorrhages and bilateral cystoid macular edema. FA showed late optic disk leakage and cystoid macular edema in both eyes. Vitreous biopsy showed no evidence of lymphoma. LT presented elevated levels of angiotensin-converting enzyme (ACE), quantyferon-TB test was negative, serologic testing for syphilis, Borrelia Burgdorferi and human immunodeficiency virus were negative. MRI was negative for malignancy. CT demonstrated bilateral hilar lymphadenopathy and diffuse nodular densities at the pulmonary parenchyma. BAL showed high ratio lymphocyte CD4/CD8.

Discussion: Primary intraocular lymphoma should always be in the differential diagnosis of elderly patients who present with signs of ocular inflammation, especially in cases of atypical ocular sarcoidosis. The definitive diagnosis of sarcoidosis is made with a positive tissue biopsy. However, when it is not possible, the diagnosis is often presumed as in this patient.



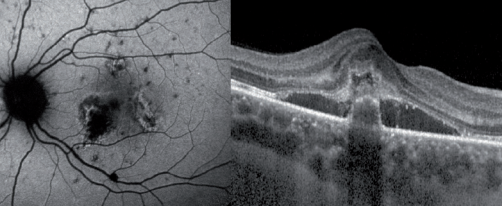
PANUVEÍTIS ASSOCIATED TO HODGKIN'S LYMPHOMA

Pablo E. González Recio, Patricia Fanlo Mateo, Henar Heras Mulero,
Pablo Plaza Ramos

A 53-year-old man with history of alcoholism and depressive disorder. Debuted with a episode of bilateral panuveitis with anterior synechiae, vitritis and uveitic macular edema. Treatment was initiated with systemic and topical prednisone and cycloplegic.

In the etiologic study we obtained a slight increase in ACE and LDH. We suspected a possible sarcoidosis and we requested a thoracoabdominal CT showing no significant pathology. After 3 months, the patient improved, with VA 0,5/1, and there was not tyndall or macular edema but remained vitritis. We decreased the corticosteroid dose to 10 mg daily. The next month he consulted for a hard adenopathy in right cervical level.

FNA was performed with no obvious signs of malignancy or presence of granulomas. A biopsy was carried out, the result was Hodgkin's Lymphoma, lymphocytic predominance variety, Stage IIA PET and ABVD chemotherapy began. A month later, the patient required hospitalization for paresia in upper and lower extremities. We diagnosed polyneuropathy with demyelinating lesions and protein concentration in CSF, compatible with Guillain-Barre syndrome. Evolution was torpid, with neurological impairment, encephalitis and psychosis, probably by paraneoplastic etiology.



GRANULOMAS VERSUS METÁSTASIS

Pere García Bru, Olga García García, Rodrigo Parada, Natalia Díaz

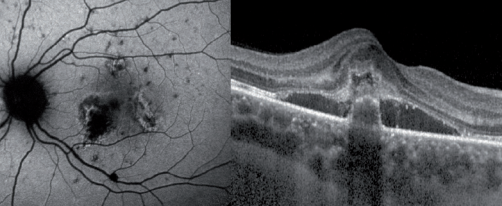
Se presenta un caso clínico de un varón de 56 años, fumador, sin otros antecedentes médicos de interés que experimenta disminución visual y metamorfopsia en su ojo izquierdo de dos días de duración.

En la exploración oftalmológica de objetiva una agudeza visual de 1,0 en el ojo derecho y de 0,3 en el izquierdo. En el fondo del ojo izquierdo se observan 3 lesiones blanco-amarillentas con fluido subretiniano adyacente.

Se realizó un estudio para descartar la posibilidades infecciosas, inflamatorias y tumorales que resultó negativo.

En el seguimiento del caso, se ha objetivado una mejoría clínica espontánea. Las lesiones coriorretinianas han reducido claramente su volumen y han pigmentado ligeramente. La agudeza visual a las tres semanas del inicio es de 0,9 en el ojo izquierdo.

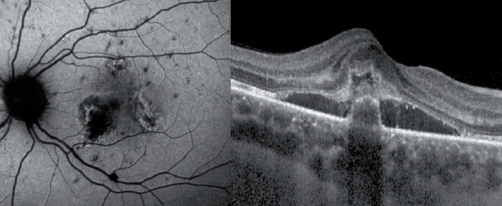
Se realiza la discusión sobre las diferentes posibilidades diagnósticas centrándonos en las principales diferencias fundoscópicas y tomográficas de los granulomas y las metástasis en polo posterior.



UVEÍTIS POSTERIOR IDIOPÁTICA SIN RESPUESTA A TRATAMIENTOS ANTINFLAMATORIOS

Luisa Fernanda Giraldo Agudelo, Margarita Calonge, Lidia Cocho, Soledad Rubio

Mujer de 30 años que comenzó con disminución de agudeza visual (AV) en ojo derecho (OD), tras implantar anticonceptivo de liberación hormonal, precedido de hiposfagma, hematuria, hematomas por roces mínimos, cefalea y vómito ocasionales. Sus antecedentes eran poliquistosis ovárica, faringitis estreptocócica y picaduras cutáneas, alguna con reguero rojizo. Su AV era 1,25 OD y OI, segmento anterior normal, shunts arterio-venosos en papila y vasculitis retiniana; el OI era normal. La búsqueda de procesos infecciosos y de factores trombóticos solo reveló factor reumatoide y ASLO elevados. Se trató con penicilina benzatina, sin mejoría. Desarrolló edema macular, tratado con bevacizumab intravítreo, prednisona y ciclosporina. Se realizó panretinofotocoagulación por isquemia. Posteriormente, presentó dos episodios de hemovítreo (vitrectomía). La citología, cultivo y PCR en vítreo para procesos infecciosos fue negativa. La ciclosporina se cambió a micofenolatomofetil y finalmente a infliximab y metotrexate por nuevo brote inflamatorio. Diez meses después, presenta el brote actual, con panuveítis y disminución de AV a percepción de luz. Se desconoce la etiología de este cuadro, pareciendo infecciosa por la mala respuesta a inmunosupresores, pero sin haber sido capaces de encontrar un germen responsable.



RECURRENT UVEITIS WITHOUT A SYSTEMIC CAUSE

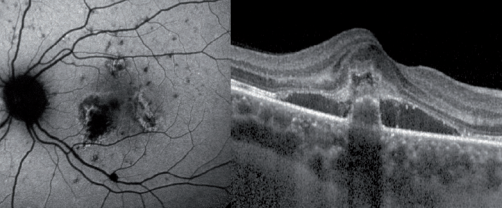
Beatriz Rodríguez Aguado, Constanza Schell, Iris Luengo Arroyo,
Lorena Almudí

Introducción: Tradicionalmente se considera a las uveítis como idiopática si no hay causa conocida o como un síntoma asociado a enfermedad sistémica. En los últimos años se habla de uveítis propiamente autoinmune.

Exponemos un caso de uveítis unilateral recurrente y de difícil manejo con pruebas repetidamente negativas y sin sintomatología asociada, en seguimiento en nuestro centro durante los últimos tres años.

Caso clínico: Paciente de 35 años sin antecedentes de interés salvo un episodio aislado de parestesias a nivel facial, que debuta con uveítis ojo derecho en 2013. Analítica, serología, anticuerpos, Rx tórax y RMN cerebral repetidamente negativas. En su evolución precisa de VPP por fibrosis posterior, Ozurdex en 3 ocasiones debido a edema macular y terapia sistémica con Metotrexate y corticoides. Realiza cuadros hipotensión ocular, con desprendimiento coroideo y pliegues maculares asociados; alternos con hipertensión ocular e iris bombé que se solventa con iridiotomias más Timolol 1 vez al día. Actualmente la paciente se encuentra estable.

Conclusiones: Nos encontramos ante un cuadro de uveítis recurrente de 3 años de evolución sin que se haya demostrado origen sistémico hasta el momento, ¿podría tratarse de una uveítis autoinmune?



DIAGNOSTIC VITRECTOMY IN VITRITIS SECONDARY TO MYCOSIS FUNGOIDES RECURRENCE

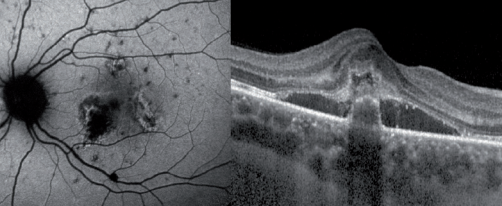
Estíbaliz Ispizúa Mendivil, M.^a Paz Mendivil Soto, Idoia Bearán María, Juan Carlos López Duque

Purpose: To report a case of vitritis secondary to a recurrence of mycosis fungoides, in which vitrectomy was key to achieve a certain diagnosis.

Clinical case: A 67-year-old woman with a history of mycosis fungoides presented with progressive unilateral vitritis.

Results: The patient presented with progressive visual loss in the right eye. Diagnostic 23G vitrectomy was performed and analysis of a vitreous fluid sample demonstrated a monomorphic population of abnormal medium-sized T-cell lymphocytes, with kidney-shaped nuclear contours, typical of mycosis fungoides. Flow cytometry revealed abnormal immunophenotype of T lymphocytes, which in nearly 80% of the cases lacked CD3 and CD7 expression, with CD4 present, being this consistent with mycosis fungoides diagnosis. The patient had presented evening fever during some days before the vitrectomy. After having the analysis results, we ordered an urgent cerebral CT-scan, that showed no evidence of intracranial involvement.

Conclusion: Recurrent mycosis fungoides may present with vitritis as the first manifestation. Correct vitrectomy technique with prompt delivery of the specimen, and communication with the pathologist are fundamental to increase the likelihood of a diagnosis.



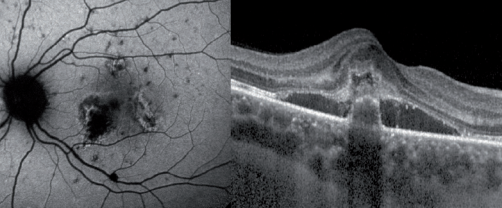
RETINOPATÍA PROLIFERATIVA BILATERAL ASOCIADA A RASGO FALCIFORME. A PROPÓSITO DE UN CASO

Inés Hernanz Rodríguez, Paloma Vallés Rodríguez, Simón Quijada Angeli

Introducción: El rasgo falciforme es la hemoglobinopatía falciforme más común y afecta al 9% de los afro-caribeños. Si bien, suele ser asintomática factores de stress pueden descompensar la enfermedad generando fenómenos vasooclusivos con alta morbilidad a ocular.

Caso clínico: Varón de 35 años, dominicano, acudió por disminución de la agudeza visual (AV) y dolor irradiado en el ojo derecho (OD) y miodesopsias en ojo izquierdo (OI). A la exploración la AV en OD: 0,15 y en OI: 1, leve inyección ciliar en OD. La retinoscopia mostró proliferación fibrovascular vitreorretiniana temporal-inferior desde papila, desprendimiento traccional temporal, lesiones hiperpigmentadas periféricas; en el OI se apreció tracción fibrosa desde disco óptico. La tomografía de coherencia óptica mostró desprendimiento macular traccional en el OD. La Angiografía Fluoresceínica mostró exudación del cordón fibro-vascular y ausencia de trama vascular en periferia. Se solicitó analítica y serología con IgG positiva para Toxoplasmosis. El paciente refería historia de Rasgo Falciforme.

Conclusiones: El Rasgo Falciforme se considera una entidad benigna en el paciente sano, sin embargo las formas heterocigóticas están relacionadas con mayor tasa de retinopatía, desencadenada por factores locales o sistémicos. Dado los resultados serológicos, se inició tratamiento se inició tratamiento empírico con Pirimetamina, Sulfadiacina y ácido fólico con mejoría sintomática.



PROBABLE VOGT-KOYANAGI-HARADA CON MASA COROIDEA

Samira Ketabi Shadvar, Rosa Soledad García Díaz,
Marina Begoña Gorroño Echebarría, Beatriz Castaño Martín

Propósito: A propósito de un caso clínico de Vogt-Koyagani-Harada.

Caso clínico: Mujer de 33 años sin antecedentes de interés, acude a urgencias por alteración visual y dolor OD, se observa edema de papila bilateral. Dos semanas después se aprecia Tyndall+++AO, desprendimientos neurosensoriales, pliegues retinianos y masa coroidea temporal a macula OD.

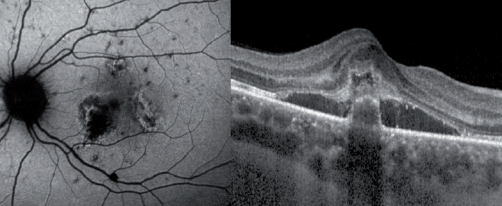
Resultados: Se descarta hipertensión intracraneal, trombosis venosa cerebral, autoinmunidad e infecciones activas mediante TC y RM cerebral, serologías y análisis del LCR.

El estudio de la masa coroidea con ECO revela engrosamiento coroideo sin engrosamiento escleral, la AFG presenta hiperfluorescencia precoz que mantiene en tiempos tardíos y retraso del llenado coroideo. Descartándose origen neoplásico y metastásico del mismo con AFG, OCT con autofluorescencia, TC body, PET-TC y RM orbitaria

Cuadro compatible con probable Vogt-Koyanagi-Harada y coroiditis inflamatoria.

Tratada con bolos intravenosos de metilprednisolona 1gr/3 dosis, seguido de prednisona oral en pauta lentamente descendente, colirios de acetato de prednisolona y ciclopléjico. Se observa mejoría del edema papilar, resolución de los desprendimientos neurosensoriales y de la coroiditis. Tras siete meses del inicio del cuadro hay recaída de la inflamación ocular y se asocia metotrexato.

Conclusiones: El diagnóstico diferencial de la enfermedad de VKH incluye un amplio grupo de entidades. Recalcar la importancia del trabajo multidisciplinar en estos pacientes.



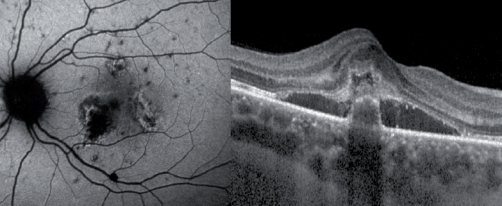
CIRCUMSCRIBED CHOROIDAL HEMANGIOMA

Ana Isabel Oca Lázaro, María Chacón González, Víctor Soto Biforcós,
Javier Chavarri García

Introduction: Circumscribed choroidal hemangioma is a benign vascular hamartoma of the choroid which is considered rare.

Case report: 50 years old male with decreased vision in his left eye without systemic or ophthalmic background. The anterior pole was normal and in the fundus of his left eye we found a serous macular detachment and a solitary «salmon-colored» lesion near the optic disc. Due to this find we did an OCT which confirmed both the macular detachment and the choroidal tumor. The FA exposed an early hyperfluorescence of the tumor and the ultrasonography showed an elevated dome-shaped, acoustically solid mass and a high internal reflectivity. The tumor appeared hyperintensity on T1 and on T2 in the magnetic resonance imaging and the intrinsic autofluorescence of the tumor was hypo-fluorescent and showed subretinal fluid. Finally it was done an indocyanine green angiography which demonstrated the characteristic «wash out» phenomenon of the choroidal hemangioma.

Conclusion: The circumscribed choroidal hemangioma manifests as an isolated unilateral tumor without systemic associations. It is commonly asymptomatic and usually diagnosed in adulthood during routine eye examinations or when it causes symptoms including decreased vision. OCT, FA, AF, US, MRI and ICG are helpful ancillary tests for diagnosis. The differential diagnosis of this type of tumor is of high importance due to the probability of confusion with other malignant lesions.



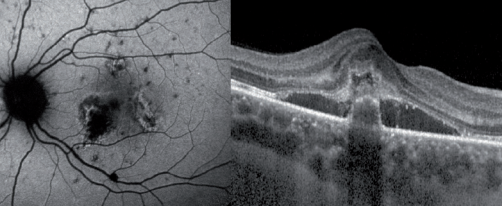
GRANULOMA PERIPAPILAR: ¿PRESENTACIÓN ATÍPICA DE UNA MEMBRANA NEOVASCULAR?

Juliana Ocampo Candamil, Jessica Rodríguez Bonet,
Carlos Perálvarez Conde, Eduard Solé Forteza

Introducción: Cuando las membranas neovasculares no pueden identificarse oftalmológicamente existen otros signos en la OCT y la AGF que nos permiten realizar un diagnóstico de sospecha. En el caso clínico que exponemos el principal hallazgo clínico fue la presencia de un granuloma.

Caso clínico: Mujer de 79 años consulta por disminución de la agudeza visual del ojo derecho (OD). Sin antecedentes sistémicos u oftalmológicos de interés. A la exploración oftalmológica presentaba agudeza visual (AV) de 0.1 en OD y 0.9 en ojo izquierdo (OI). El segmento anterior no mostraba alteración. En el fondo de ojo se apreciaban 2 lesiones granulomatosas peripapilares con desprendimiento de retina seroso que afectaba a mácula. El OI era normal. Ni la OCT ni la AGF mostraron neovascularización. Se sospechó toxoplasmosis y se inició tratamiento antimicrobiano oral pero no hubo mejoría y en la analítica se descartaron otras causas de granuloma retiniano. Durante el seguimiento presentó hemorragias perilesionales, sospechándose una membrana neovascular, se indicó tratamiento con antiVEGF mejorando AV a 0.4, fibrosis subretiniana de la lesión, desaparición de hemorragias y resolución del desprendimiento de retina.

Discusión: La presencia de hemorragias puede confirmar la actividad de una membrana neovascular pero en muchos casos puede estar ausente, en este caso llama la atención la presentación de un granuloma como manifestación primaria que dificultó el diagnóstico inicial.



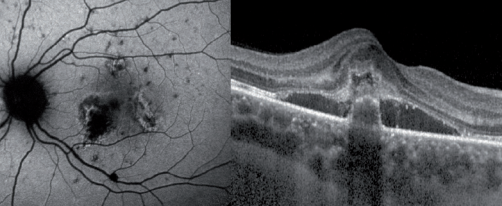
POSTERIOR UNILATERAL UVEITIS WITH OVERLAPPING FEATURES OF VOGT-KOYANAGI-HARADA AND AMPPE

Javier Martínez Martín, Rosario Díez Villalba, Javier Baztán Lacasa, Isabel García Bermejo

Mujer de 48 años con Linfopenia idiopática CD4 diagnosticada de Queratouveítis herpética que tras 22 días de tratamiento acude de Urgencias a un centro hospitalario por pérdida de visión severa en OD. Es diagnosticada de coroiditis herpética. Se remite a nuestro centro observándose una AV: cd CAE 0.05; PKs, Tyndall acuoso 2+, Tyndall vítreo anterior y posterior 1+, DNS en arcada TI con lesiones blancoamarillentas subretinianas y lesiones blanquecinas de bordes difuminados en retina periférica TI. La AFG muestra imágenes hipofluorescentes profundas en tiempos precoces con acúmulo de fluoresceína en espacio subretiniano y focos hiperfluorescentes tardíos en borde superior del DNS y OCT macular con DNS tabicado sugerentes de Harada. ECO normal. OI: Normal. Se decide tratar como NRPE dada la historia clínica.

Serología positiva para IgG toxo, IgG, IgG EBNA e IgM EBV, IgG HSV 1. PCR en acuoso para familia herpética negativa. Hipoinmunoglobulinemia A y 56 CD4. Se inicia metilprednisolona IV. Ante la ausencia de mejoría se replantea como un síndrome mascarada realizándose TC body, RMN cerebral y orbitaria, Punción Lumbar, Inmunofenotipo de sangre y LCR y serología HTLV1 y HTLV2 siendo todo normal a excepción de aumento de proteínas y PCR a EBV + en LCR. A los 11 días se inicia mejoría y en la última revisión AV: 0.3 CAE 0.8, con Tyndall vítreo – sin DNS y resolución de las imágenes subretinianas. OI normal.

Conclusión: Planteamos un diagnóstico de Harada y EPPPMA unilateral.



OCULAR PARANEOPLASTIC SYNDROME AS INITIAL PRESENTATION OF COLON ADENOCARCINOMA

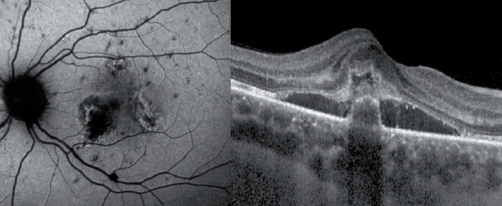
Fredy Eduardo Molina Socola, José Luis Sánchez Vicente, Antonio Moruno Rodríguez, Fernando López Herrero

Introduction: Paraneoplastic syndromes (PNS) that affect the eye are uncommon, may be an initial sign of a previously undiagnosed malignancy or indicate a relapse of a previously treated disease.

Case report: A 66-year-old woman with history of mastectomy due to breast cancer and treatment with anastrozole for 4 years. Presented blurred vision in right eye (RE). Visual acuity (AV) was a light perception in RE and 0,63 in left eye (LE). Vitritis was observed in biomicroscopy exploration. In fundoscopy showed vitritis and exudative detachment of posterior pole with hemorrhages in OD. In FAG demonstrated retinal vessel staining and hyperfluorescence with posterior pole leakage and staining in RPE patches in the middle periphery in OD; OCT showed serous detachments of neuroepithelium and pigment epithelium in macula with involvement of fovea in OD, and small detachments of pigment epithelium in OI.

In an extension cancer study, no recurrence of breast cancer was found. In PET uptake in colonic adenoma previously diagnosed by colonoscopy. Ocular inflammation partially diminished with plasmapheresis and corticosteroid pulses, but complete resolution was observed after adenoma surgery. The anatomopathological result of the adenoma was adenocarcinoma. The final AV in RE was 0.4 and 0.9 in LE.

Conclusion: It is important that ophthalmologists know the forms of presentation of ocular PNS and its association with visceral cancer in order to initiate a diagnosis and early treatment.



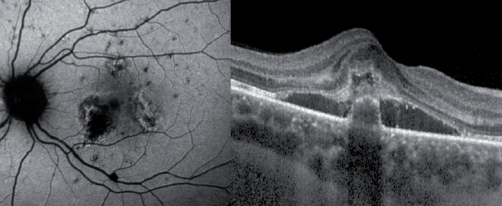
RETINOPATÍA MEK. CASOS CLÍNICOS

Pedro Rocha Cabrera, Eliseo Quijada Fumero, M.^a José Losada Castillo, Jacqueline Agustino Rodríguez

Introducción: La retinopatía MEK es una causa de complicación habitual tras el tratamiento con fármacos inhibidores selectivos MEK en el melanoma metastásico. Éstos demuestran una sobrada eficacia en pacientes con melanoma con mutaciones del BRAF y NRAS.

Casos clínicos: Se presentan varios casos clínicos de retinopatía MEK de diferente estadio tras tratamiento con la combinación de cobimetinib y vemurafenib por melanoma metastásico. El seguimiento por OCT demuestra desprendimiento neurosensorial en región subfoveal o extrafoveal tras dos meses de tratamiento en estos pacientes. En uno de los casos se demuestra repercusión de la agudeza visual severa, otros dos casos resultan de retinopatía MEK estadio 1-2.

Conclusiones: El uso de la combinación de la terapia con vemurafenib, inhibidor de BRAF con el cobimetinib, inhibidor de MEK demuestra gran eficacia en el tratamiento del melanoma metastásico. Ambos fármacos bloquean dianas de la célula tumoral impidiendo durante más tiempo la progresión tumoral. Están descritos varias alteraciones oculares entre ellas, la retinopatía MEK, consistente en desprendimientos neurosensoriales de severidad variable. El seguimiento de estos pacientes por OCT macular es esencial y el manejo debe ser multidisciplinar.



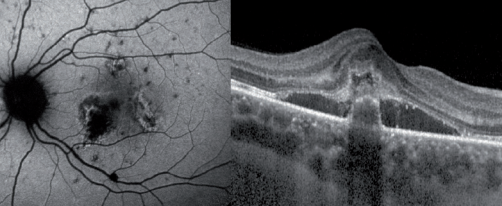
UVEITIS AND SEROUS RETINAL DETACHMENT (SRD) AFTER TREATMENT WITH DABRAFENIB AND TRAMETINIB IN A MELANOMA CASE

Antonio Moruno Rodríguez, Trinidad Rueda Rueda, José Luis Sánchez Vicente, Fredy Eduardo Molina Soccola

Introduction: The combination of a BRAF inhibitor (BRAFi, dabrafenib) and a mitogen/extracellular signal-regulated kinase inhibitor (MEKi, trametinib) as a treatment for BRAF-mutated metastatic melanoma cases has shown better results than each drug by separately. This therapy may lead to dermatological issues as the most common side effect. Ophthalmologically, uveitis is the most usual one, appearing in 1% of the cases. We present one patient who showed ocular toxicity related with these drugs.

Case report: A 39-year-old woman with pulmonary metastasis from BRAF-mutated melanoma was included in a clinical trial: BRAFi +/- MEKi vs placebo. After starting she suffered vision loss secondary to SRD, so she stopped the treatment and began with topic and systemic steroids, solving the episode. After that, brain metastasis was found, restarting treatment with dabrafenib and trametinib. She complained about vision loss and eye pain, being diagnosed with bilateral granulomatous uveitis and SRD. After stopping the treatment again and starting topical and systemic steroids the ocular recovering was complete.

Conclusion: The combination of BRAFi and MEKi as a treatment for BRAF-mutated metastatic melanoma cases may lead to ocular toxicity, producing uveitis and SRD. Stopping therapy and starting topic and systemic steroids usually solve the episode. It is necessary to keep a balance between antitumor and anti-inflammatory treatments, with a minimal steroid maintenance dose.



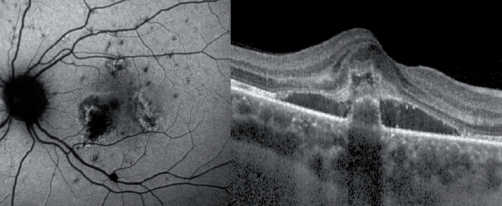
SUBMACULOPATÍA VITELIFORME TURBIA COMO SÍNDROME PARANEOPLÁSICO... O NO

Sonia Pérez Padilla, Eusebio Díaz Rodríguez

Mujer de 72 años con ingresos repetidos desde el año 2012 por disneas de repetición, comenzando a darse en el contexto de un cuadro de neumonía. En su último ingreso se le detecta lesión sólida en diafragma y pleura izquierda de posible origen linfoproliferativo. No se realiza videotoroscopia por rechazo de la paciente.

En ese mismo año la paciente acude a consulta de oftalmología para valoración de pérdida de agudeza visual, diagnosticándose panuveítis bilateral en el contexto de una masa torácica de probable origen linfoproliferativo. No encontramos otros hallazgos de interés en la exploración oftalmológica y la vitrectomía diagnóstica no nos aporta hallazgos relevantes. La paciente acude por segunda vez a oftalmología por visión de cuentadedos en ojo izquierdo. En el fondo se observa maculopatía viteliforme e infiltrados en EPR que invaden retina que sugieren proceso linfomatoso y se obtienen imágenes de las mismas con OCT. En el seguimiento de la paciente la maculopatía desaparece.

En este punto nos encontramos ante la sospecha de linfoma retinovítreo y/o retinopatía paraneoplásica. Al realizar búsqueda bibliográfica nos encontramos con un único artículo («Paraneoplastic cloudy vitelliform submaculopathy in primary vitreoretinal lymphoma») sobre maculopatía viteliforme paraneoplásica en linfoma vitreoretiniano primario, existiendo solo 3 casos descritos en la literatura, coincidiendo sus características con la de nuestra paciente.



RETINAL VASOPROLIFERATIVE TUMORS. DESCRIPTION OF SIX CASES

Luisa Vizuete Rodríguez, Ana Cristina Martínez Borrego, José Luis Sánchez Vicente, Laura Llerena Manzorro

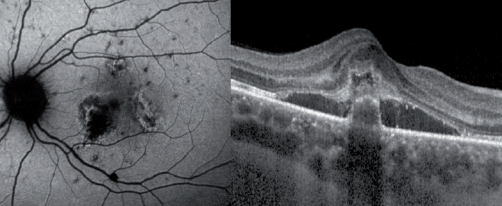
Introduction: Vasoproliferative retinal tumors (VPRT) are uncommon lesions that can be primary or secondary, unilateral or bilateral and have a predilection for the inferotemporal quadrant of the retina. They may be associated with retinal exudates, epiretinal membranes and macular edema.

Cases report: 6 patients with VPRT were included in a retrospective study. All the cases were unilateral lesion. The mean age at presentation was 69 years (range 57-84 years), 3 were male and 3 were female. Most lesions were located in inferotemporal quadrant, just 1 were superotemporal. 5 patients had primary VPRT and 1 secondary VPRT (vasculitis).

The mean follow-up time was 12 months (range 6-30 months). After that time, the visual acuity was the same as at diagnosis or better.

2 eyes underwent vitrectomy and 1 eye were treated with laser photocoagulation, the rest just were observed. Macular complications were present in 1 eye. Other ocular complications were vitreous hemorrhage, retinal exudates or vasculitis.

Conclusions: VPRT are benign lesions that represent reactive gliovascular proliferations. They can be idiopathic or secondary to other ocular diseases, most frequently, uveitis. The differential diagnosis includes other retinal vascular lesions and malignant tumors.



PANUVEÍTIS Y DESPRENDIMIENTO DE RETINA EN PACIENTE HLA B27+

Beatriz Alonso Martín, Ana Ichaso Ortueta Olartecoechea,
Eugenio Pérez Blázquez, Javier García González

Introducción: La uveítis con HLA B27+ suele tener buen pronóstico con corticoides tópicos. Una minoría, asociado con artropatías inflamatorias, cursa con severidad atípica.

Caso clínico: Varón de 33 años con uveítis anterior aguda (UAA) sinequian- te, hipotonía ocular y vitritis de ojo derecho, con artritis de rodilla derecha.

Seguimiento: Mejoría ocular leve con corticoides tópicos, prednisona oral (60 mg/d) y Trigón subtenoniano. Agudeza visual (AV): 0.2 y menor vitritis. Empeoramiento articular: artritis rodilla izquierda.

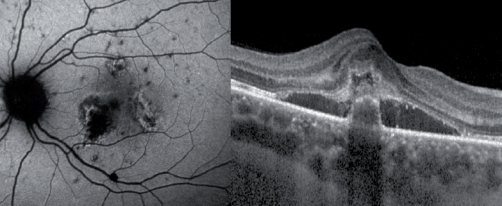
Pruebas complementarias: Radiología: tórax normal, Sacroileítis derecha II-III. HLA: B27+. Lues -.

Al mes: disminución de AV: dedos a 2 metros (45 mg/d de prednisona), des- prendimiento de retina (DR) inferior.

Ante inflamación ocular grave con probable DR exudativo, asociado a es- pondiloartritis (EspA) B27+ y escasa respuesta a esteroides, se inicia tratamien- to con Infliximab, Metotrexato y aumento a 60 mg/d de Prednisona. Mejoría clara de EspA y de inflamación ocular, pero con DR inferior estable y afecta- ción macular incipiente. Se realizó vitrectomía sin encontrar desgarros.

Evolución: AV: 0.7. DR periférico inferior estabilizado con láser.

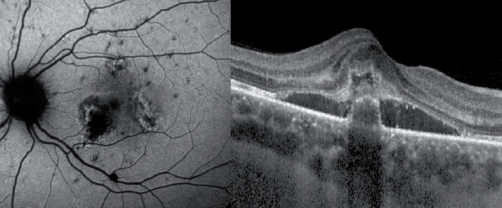
Conclusión: La panuveítis con artropatía inflamatoria y HLA-B27+ orienta- ría a una EspA B27 + de predominio periférico. El infliximab fue útil cuando la respuesta a corticoides por varias vías fue escasa. La hipotonía por inflamación ciliar podría causar cúmulo de líquido coroideo y supraciliar, dando exuda- ción y DR.



MANIFESTACIÓN OCULAR DEL SÍNDROME DE CHURG-STRAUSS: A PROPÓSITO DE UN CASO

M.^a Gabriela Cruz Gutiérrez, Javier Iturria Soler, Vanessa Gerena Arévalo,
Mónica Hijós Gastón

El Síndrome de Churg Strauss (SCS) es una vasculitis granulomatosa asociada a ANCA que puede manifestarse en varios órganos. Las manifestaciones oculares son raras y pueden propagarse a todos los segmentos del ojo y la órbita. Mujer de 31 años con antecedentes de asma, rinitis crónica y episcleritis que consulta por dolor ocular y lesiones conjuntivales en ambos ojos. En la biomicroscopia se evidencian múltiples nódulos amarillentos confluentes subconjuntivales de aspecto granulomatoso que provienen del fornix, e infiltran conjuntiva bulbar. El resto de exploración es normal. A espera de la biopsia se administran corticoides tópicos obteniendo la remisión total de las lesiones. Posteriormente la paciente reconsulta por episodios autolimitados de fiebre, astenia, mialgias y lesiones cutáneas. Es estudiada por hematología y diagnosticada de urticaria vasculitis y anemia hemolítica. Al descenso escalonado del tratamiento corticoideo sistémico, la paciente presenta la afectación ocular descrita anteriormente esta vez solo en OI y asociada a edema palpebral. La biopsia informa la presencia de granulomas necrotizantes eosinofílicos y marcada eosinofilia intersticial por lo que se diagnostica de SCS y se inicia tratamiento. La afección ocular aunque infrecuente puede ser la manifestación inicial. Un retraso pone en riesgo no solamente la función visual, sino también aumenta la morbimortalidad en estos pacientes.



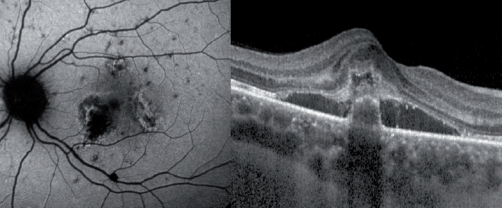
EDEMA PALPEBRAL Y QUERATITIS FILAMENTOSA COMO DEBUT HIPERAGUDO DE SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO EN PACIENTE JOVEN

Borja Maroto Rodríguez, Esther Corredera Salinero, Pilar Puy Gallego, M.^a Isabel Gabarrón Hermosilla

Introducción: El edema palpebral y el ojo seco son patologías muy frecuentes e inespecíficas en la oftalmología. En muchas ocasiones no se llega al diagnóstico etiológico. Es muy infrecuente un debut hiperagudo de un Sd. Sjögren primario con clínica agresiva de ojo seco e inflamación.

Caso clínico: Mujer de 34 años con ojo rojo y edema palpebral en AO. AVL sc 1 en AO. En la exploración edema palpebral bilateral con predominio del tercio externo con dolor a la palpación. BMC: conjuntiva hiperémica, quemosis, lágrima grasa, filamentos precorneales. Sospechando patología alérgica se pautan lágrimas artificiales y corticoides tópicos con escasa respuesta. El estudio sistémico es normal salvo Anticuerpos antinucleares positivos (1/80) sin especificidad. Test de Shirmer 1 mm en AO. Biopsia glandular: moderado componente inflamatorio linfocitario. Se diagnostica de probable Sd. Sjögren primario, comenzando con deflazacort y metrotexate, mejorando a los 2 meses del tratamiento. Dada la agresividad de presentación y evolución se añade al tratamiento rituximab.

Conclusión: El Síndrome de Sjögren se manifiesta con xerostomía y xerofalmía por infiltración linfocitaria de las glándulas exocrinas. Siempre tenemos que tener en cuenta esta enfermedad autoinmune en un ojo seco, con clínica orbitaria y mala respuesta al tratamiento convencional. La terapia precoz antiinflamatoria-inmunomoduladora puede mejorar la clínica ocular así como disminuir el riesgo de atrofia glandular.



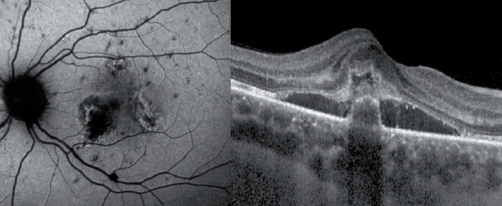
RETINAL AND OPTIC DISC VASCULITIS IN SUSAC'S SYNDROME

Ilias El Boutaibi Faiz, Manuel Alberto Castilla Martino, Antonio Medina Tapia, Sonia Gálvez Carvajal

Introduction: Susac syndrome is a multisystemic microvascular occlusive endotheliopathy with suspected immune-mediated pathogenesis, affecting the arterioles of the brain, retina, and inner ear. It consists of encephalopathy, retinal arterial occlusion, and hearing loss without prominent systemic manifestations. Branch retinal artery occlusion is the most common fundus finding in Susac syndrome. However, Optic Disc angiopathy is rarely described.

Case report: A 42 year old woman with no significant medical history presented with severe headaches, nausea and vomiting, hearing loss, and alteration of mental status appearing disoriented and exhibiting signs of confusion. Ophthalmic examination showed focal areas of arteriolar occlusion and Optic Disc hiperemia in both eyes. Fluorescein angiography revealed branch retinal arteriolar occlusion and hyperfluorescence of optic disc. An extensive hematologic workup was negative for autoimmune disease or coagulopathy. Audiometry demonstrated bilateral neurosensorial hypoacusia. MR image showing multiple small round hyperintense lesions (arrows) located in the splenium, corpus callosum, basal ganglia and white matter. The patient was treated with corticosteroids, immunosuppressive and anticoagulant therapy.

Conclusions: Besides branch retinal arteriolar occlusion, in Susac's syndrome, angiopathy may include optic disc vessels. A high clinical suspicion must be maintained in order to diagnose Susac syndrome as it can mimic other disorders that produce encephalopathy, visual impairment, or hearing loss.



UVEÍTIS POSTERIOR Y VASCULITIS: SÍNDROME DE NEURO-BEHÇET

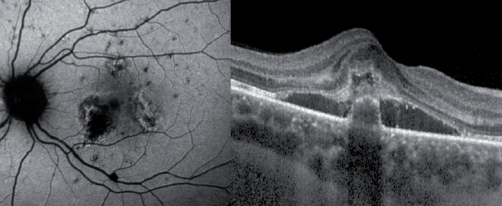
Irene Temblador Barba, Laura Martínez Campillo, Manuel Toribio García

Introducción: El síndrome de Behçet es una vasculitis multisistémica crónica inflamatoria. La afectación del sistema nervioso, o «Síndrome de Neuro-Behçet» (SNB), es una manifestación rara que se ve en el 5-10% de los casos

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 31 años con episodios de uveítis posterior (UP) controlados con corticoides (CTC) diagnosticada de retinocoroidopatía de Birdshot por HLA A29 +, que posteriormente debuta con un cuadro de SNB. A partir de ello, desarrolla varios brotes de UP bilateral, vitritis y focos de retinitis por vasculitis y leve edema en el haz papilomacular, desembocando en atrofia macular final. Además, aparece una catarata en ojo izquierdo

Resultado: Dependiendo de la intensidad del cuadro, los brotes de uveítis se tratan con CTC tópicos, orales y subtenonianos, e incluso con bolos en un cuadro severo. Como tratamiento de base, Medicina Interna pauta azatioprina, infliximab y actualmente está con adalimumab

Conclusiones: Se plantea la duda diagnóstica entre la enfermedad de Birdshot y SNB al principio, por la similitud de manifestaciones oculares y el HLA, pero por la clínica asociada se confirma el último. En la actualidad, las opciones de tratamiento para el SNB incluyen dosis altas de metilprednisolona intravenosa seguido de disminución oral prolongada y generalmente azatioprina, ciclofosfamida, interferón- α y anti-TNF para tratamiento preventivo a largo plazo, aunque no hay evidencia de su eficacia.



HEERFORDT'S SYNDROME AS THE INITIAL MANIFESTATION OF SARCOIDOSIS

Víctor Soto Biforcós, M.^a Ester Lizuaín Abadía, José Javier Chavarri García, Ana Ibáñez Muñoz

Introduction: Sarcoidosis is a granulomatous disease of unknown etiology. Although it usually affects the lung, any organ can be involved. Heerfordt's syndrome is a rare manifestation of sarcoidosis characterized by parotid gland enlargement, uveitis and fever.

Case Report: A 42-year-old white woman with history of parotiditis presented with fever, bilateral red eye and blurred vision. Her best visual acuity was 0.4 and 0.5. Ocular examination showed anterior and posterior uveitis in both eyes. Chest CAT revealed bilateral hilar lymph nodes. Parotid gland biopsy revealed noncaseating epithelioid cell granuloma, confirming the diagnosis of sarcoidosis. Oral and topical corticosteroids were started, improving visual acuity.

Conclusions: Heerfordt's syndrome is a well-established initial finding of sarcoidosis. The presence of parotiditis, fever and uveitis should make us think about sarcoidosis and assess the need for additional tests.



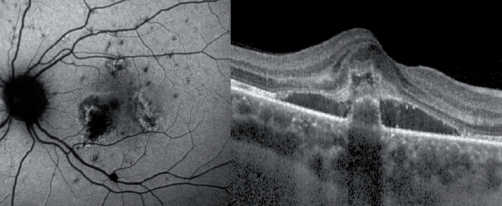
BILATERAL PANUVEITIS OF UNKNOWN CAUSE

Constanza Schell Eulufi, Beatriz Rodríguez Aguado, Iris Luengo Arroyo, Lorena Almudí

Purpose: To describe a clinical case of bilateral panuveitis of unknown cause.

Results: A 39-year-old man with history of drug abuse, skin lesions diagnosed as prurigo nodularis without biopsy and a wife recently treated for syphilis, he consults for visual acuity decrease in both eyes of 1 week of evolution. In the first evaluation, he had anterior uveitis, anterior chamber flare and hypopyon in both eyes (more in RE) as well as vitritis and optic disc swelling. Blood tests and serology were negative except for high VHS and PCR. Chest radiography and TC showed hilars lymphadenopathies with lung inflammatory infiltration. Panuveitis secondary to sarcoidosis or syphilis was suspected and treated with topical steroids without response, meanwhile we refer him to intern medicine for complete study. Later, he presented cystoid macular edema, associated with «punched-out» lesions in both eyes. Finally, intern medicine dismiss syphilis and they no longer study the CT findings. The patient didn't want to keep doing others medical studies.

Conclusions: Sarcoidosis is a multisystem granulomatous disease, the frequency of ocular involvement ranges from 26% to 50%. The characteristics of ocular involvement are when present, generally seen early in the course of the disease and may co-exist with asymptomatic systemic disease and can precede systemic involvement by several years. In case of suspected sarcoidosis, a study containing tissue and non-invasive investigations must be done.



CHOROIDOPATHY AND ANTIPHOSPHOLIPID SYNDROME

M.^a Caridad Martínez Hergueta, Belén Sánchez Cañal, José Juan Mondéjar García, M. Magdalena Martínez Rubio

Introduction: Choroidopathy is an uncommon manifestation in patients with autoimmune uveitis.

We present the case of a patient.

Clinical case: A 73 year old male with blurry vision.

Personal history: Chronic kidney disease, antiphospholipid syndrome and hypertension.

Ophthalmic examination: Visual acuity right eye (OD) 0.3, left eye (OS) 0.6. Eye fundus: OD: hypopigmentation in the juxtafoveal area, OS: edema of posterior pole and creamy white-yellow nodules.

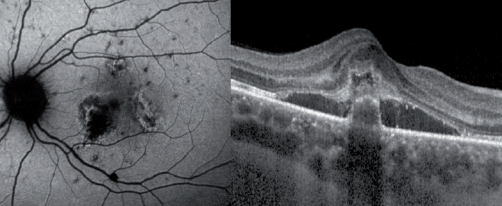
OCT: areas of serous detachment of neuroepithelium.

AGF: hyperfluorescence with retinal pigment epithelium (RPE) escape points.

Antibodies: ANA positive, antiSm positive, antiRNP positive, antiRo positive.

Currently under treatment with mycophenolate therapy and improvement of visual acuity.

Conclusion: This kind of choroidopathy is very uncommon. It is usually associated with autoimmune disease, such as lupus, with neurosensory retinal and RPE detachments associated with sero-fibrinous subretinal exudates. The angiographic demonstration of multiple RPE detachments under the areas of neurosensory detachment confirms the diagnosis. The mechanism resides in choroidal alterations with decreased blood flow, ischemia and transudation. It is postulated the existence of immunocomplexes in the choriocapillaris or antibodies against RPE. Treatment is based on the use of corticosteroids or immunosuppressive drugs. This patient did not present criteria for lupus, but these findings may make us suspect this in the future.



RETINAL VASCULITIS: IS IT ASSOCIATED WITH SYSTEMIC VASCULITIS?

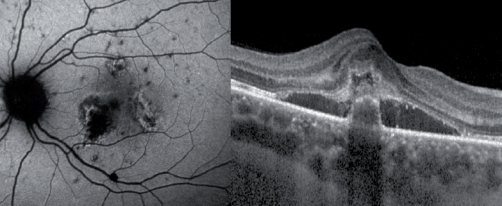
Patricia Fanlo Mateo, Henar Heras Mulero, Pablo González Recio,
Pablo Plaza Ramos

Objective: To determine the association of systemic vasculitis with retinal vasculitis.

Method: A retrospective chart review was performed of patients diagnosed of retinal vasculitis (RV) at Multidisciplinary Uveitis Unit in Pamplona between 2010 and 2014. Retinal vasculitis was identified by the presence of perivascular exudates, intraretinal hemorrhages or cotton wool spots as seen on clinical ocular examination and by vascular occlusions or leakage as identified by fluorescein angiogram. We documented age, gender, association with uveitis, type of uveitis, causes and ANCA levels.

Results: We identified 21 patients with evidence of RV. 12 (58%) were male and mean age was 44.19 years. RV was associated with uveitis in 20 patients (95%). Panuveitis were diagnosed in 10 patients (50%), anterior uveitis in 7 (35%), and posterior uveitis in 3 (15%). 19 patients had a recognizable entity. 13 patients had an autoimmune disease (61%), 5 had an infectious cause (24%) and 1 patient had an ophthalmologic syndrome. ANCA antibodies were negative in all patients. We only found 3 patients with variable vessel vasculitis, that met criteria of Behçet Disease.

Conclusions: Although it is believed that systemic vasculitis is a frequent cause of RV, our study shows that only a minority of RV were caused by systemic vasculitis.



BEHÇET DISEASE WITH LOW RESPONSE TO SEVERAL BIOLOGICAL TREATMENTS, 4 YEARS FOLLOW UP

Suhel Elnayef, Barbara Delás Alos, Mouafk Asaad

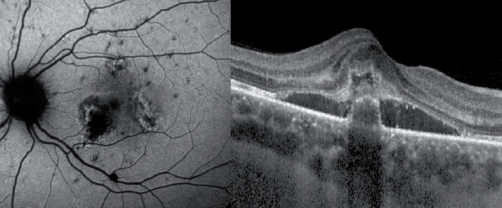
Objective: Expose the case of low response to several biological therapy (infliximab, adalimumab and tocilizumab) in a patient with Behcet's disease and cystoid macular edema outbreaks after one year with each treatment. Last year we decided change Tocilizumab by Anakinra.

Clinical case: A patient with uveitis and Behcet's disease under treatment with prednisolone, cyclosporine, colchicine, and infliximab with outbreaks of cystoid macular edema that we treat with Intravitreal sustained-release dexamethasone (Ozurdex). In order to reduce the outbreaks of CME we replaced infliximab by adalimumab with low response and 2 outbreaks in one year. Next year we decided to try with another biological treatment (Tocilizumab) and we obtain the same response (2 outbreaks), so we decided to replace Tocilizumab by Anakinra in order to change the target of treatment.

Results: Following the introduction of infliximab the patient had three outbreaks of CME in one year, and after replacement by adalimumab and next year Tocilizumab in the following years suffered two outbreaks each year. After changing Tocilizumab by Anakinra the patient suffered two more outbreaks in one year.

Conclusions: We noticed a decrease in number of CMA outbreaks since beginig of biological therapy.

Changing biological therapy (first year infliximab, second year adalimumab, third year tocilizumab and fourth year Anakinra) has not produced a decrease in the number of recurrences.



ADALIMUMAB COMO TRATAMIENTO ALTERNATIVO EN COROIDITIS SERPINGINOSA

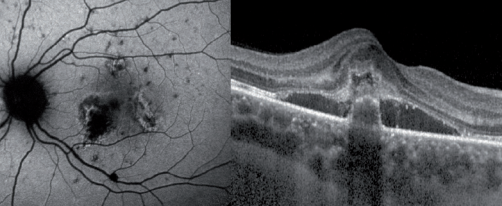
José Ignacio Sánchez Marín, Paul Casas Pascual, Itziar Pérez Navarro, Enrique Mínguez Muro

Introducción: La Coroiditis Serpinginosa es un tipo de uveítis posterior crónica y bilateral, con un patrón geográfico que comienza en la zona yuxtapapilar y se extiende de manera centrífuga de forma intermitente. La afectación macular en la fase activa, así como la fibrosis y la neovascularización coroidea son las principales causas de disminución de agudeza visual permanente e irreversible.

Caso clínico: Paciente con disminución de la agudeza visual de 6 meses de evolución en ojo izquierdo y lesiones en el fondo de ojo características de CS con afectación yuxtapapilar y paramacular. La enfermedad continuó su curso a pesar del tratamiento con Prednisona a altas dosis, y afectó con pequeños focos el ojo contralateral. Se consiguió el control de la enfermedad mediante la triple terapia de Prednisona, Azatriopina y Ciclosporina pero la paciente comenzó con efectos secundarios derivados del tratamiento. Debido a la base inmunitaria y apoyados en la bibliografía se instauró el tratamiento con Adalimumab y dosis decrecientes de Prednisona.

Resultados: Tras 8 meses de seguimiento, presenta un buen control de la enfermedad, además de la mejora de los efectos secundarios derivados del tratamiento previo.

Conclusiones: El Adalimumab puede suponer una buena alternativa en casos de CS que no se controlen a pesar del tratamiento máximo con la triple terapia, o en los que no se pueda continuar con el tratamiento debido a los efectos secundarios o al mal cumplimiento de este.



TOCILIZUMAB EN LA CORIORRETINOPATÍA DE BIRDSHOT

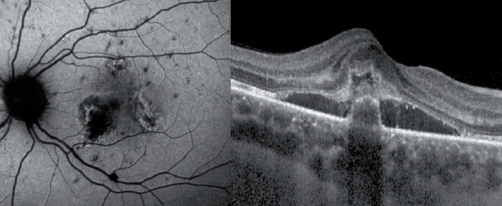
Nuria Belén Pfeiffer Vicéns, Esther Corredera Salinero,
Oscar Gutiérrez Montero, Justo Ruiz Ruiz

Introducción: La retinopatía de Birdshot es una enfermedad poco frecuente caracterizada por una uveítis bilateral y crónica. Se caracteriza por la presencia de lesiones retinianas blanquecinas y asocia edema macular quístico (EMQ).

Caso clínico: Mujer de 75 años acude por pérdida progresiva de agudeza visual bilateral. En la funduscopia se detecta EMQ bilateral. Durante un periodo de 6 años se inician múltiples tratamientos, entre ellos, triamcinolona intravítrea, ozurdex intravítrea, azatioprina, micofenolato, infliximab y metotrexato. Ninguno de estos tratamientos produce una resolución duradera del EMQ, no obstante, el ozurdex redujo el EMQ una media de 2 meses. En este último año se inicia tratamiento con Tocilizumab, anticuerpo monoclonal, consiguiendo hasta la fecha una resolución estable y duradera del EMQ sin necesidad de tratar con ozurdex.

Resultado: La retinopatía de Birdshot es una enfermedad crónica refractaria a los tratamientos. En nuestro caso el Tocilizumab ha sido el único efectivo en la resolución duradera del EMQ.

Conclusiones: No existen criterios establecidos de cómo y cuándo tratar a estos pacientes. Los corticoides siguen siendo la primera línea de actuación. En nuestro caso el ozurdex no resuelve el EMQ de forma permanente por lo que fue necesario asociar tratamiento sistémico. El Tocilizumab ha sido el tratamiento más efectivo por mantener al paciente durante más tiempo y hasta la fecha sin EMQ, por lo tanto, es un arma terapéutica a tener en cuenta en esta enfermedad.



VOGT-KOYANAGI HARADA (VKH) DISEASE

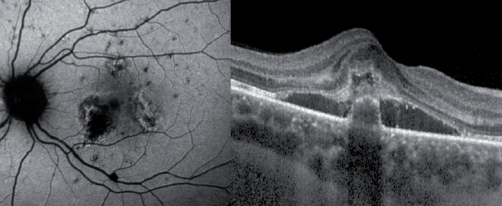
Maria Julia Martínez, Sara Rodrigo Rey, Marina Gorroño Echebarría,
Tamer Bitar Díaz

Introduction: VKH is a bilateral granulomatous panuveitis presenting exudative retinal detachments usually associated with meningism.

Case report: A 55-year-old woman went to emergency (ED) for oppressive headache with retroocular ache 1 month of evolution. She also refers decrease in VA. VA was 1 AO, with normal BMC. FO AO: Hyperemic and edematous optic disc associated with retinal striae. The analytical and TAC were normal. Patient refused the lumbar puncture. At 2 weeks the VA was OD: 0.1/OI: 0.5 with bilateral papillary edema and neurosensorial detachments (DNS) in the OCT.

Results: With the diagnosis of VKH disease, methylprednisolone 1g IV was given 3 days and then maintained with prednisone 60 mg. At 10 days the VA was 1 AO. The oral corticoid was maintained in descending pattern, with result of visual acuity recovery. At 2 months, the patient returns due to decrease of VA in both eyes. The VA was OD: 0.9/OI: 0.3. FO: Bilateral papilledema with DNS AO. Prednisone was increased and methotrexate 15mg was added. The patient has improved his AV with improvement in OCT.

Conclusion: It is necessary to think about VKH in patients with bilateral optic disc edema with retinal striae even if the patient doesn't have NSD or anterior inflammation. Differential diagnosis can be sympathetic ophthalmia, posterior scleritis, primary or metastatic choroidal tumors or CCS. There can be signs in the OCT like choroid thickening or RPE undulations that help us in the diagnosis.



RESOLUTION OF REFRACTORY CYSTOID MACULAR EDEMA OF BIRDSHOT CHORIORETINOPATHY (BCR) WITH TOCILIZUMAB (TCZ) AND AFLIBERCEPT

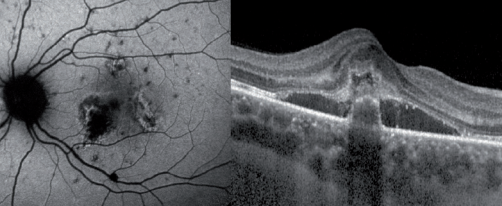
Mónica Martínez Díaz, José Gregorio García García, Enrique Júdez Navarro, Virginia Bautista Ruescas

BCR is a chronic posterior uveitis that may be complicated by relapsing and remitting cystoid macular edema (CME) and progressive diffuse retinal dysfunction, which can result in loss of visual field and severe central visual acuity (VA) impairment over time.

Case report: A 52 years-old woman were diagnosed of idiopathic bilateral posterior uveitis in 2005, with confirmed HLA-A29+ that suggested BCR in 2009. From the beginning of the disease developed persistent refractory CME and diverse grade of vitritis despite being treated several times with intravitreal and systemic steroids, cyclosporine A, mycophenolate mofetil, tacrolimus, infliximab, adalimumab. In Mars 2013 started treatment only with TCZ with substantial improvement in the VA, CME, ocular inflammation and OCT images that was maintained until the middle-end of 2015, there CME with very low-grade vitritis reappeared again only in the left eye (OS) despite of additional periocular steroids an intravitreal bevacizumab. In February 2016 she started additional off-label treatment with intravitreal aflibercept in OS.

Results: After one month she presented complete resolution of the CME and the low-grade vitritis in OS and maintained no inflammation in the right eye (OD). Until now, she has required quarterly dose of Aflibercept OS and TCZ as base therapy to maintain no CME and no inflammation.

Conclusions: TCZ seems to be an effective therapy to BCR but with limited effect over time. The addition of aflibercept can be useful in CME.



ADALIMUMAB IN PATIENTS WITH REFRACTORY UVEITIS: STUDY OF 34 PATIENTS

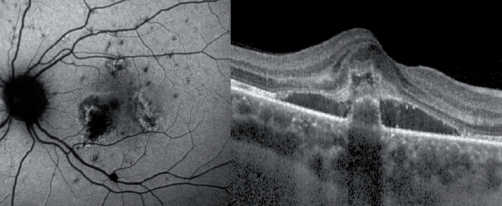
Patricia Fanlo Mateo, Henar Heras Mulero, Pablo González Recio, Pablo Plaza Ramos

Objective: Adalimumab is an anti-TNF-alpha agent, that has been used as out off label treatment in the case of refractory uveitis with good results.

Method: We reviewed 34 patients diagnosed of uveitis belonging to the multidisciplinary unit of our center from 2010 to 2014 that received treatment with adalimumab. It was analyzed the following data: age, sex, diagnosis of uveitis, indication, initial dose and final dose, treatment with oral immunosuppressants and other biological drugs and reasons of suspension.

Results: 18 were women and main age was 43 years. The most frequent etiologies of uveitis were spondyloarthritis, idiopathic and Behçet disease. In 30 patients was indicated as out off label treatment. The initial dose was of 40 mg every 2 weeks except in 1 patient and the final dose in all cases was 40 mg each 2 weeks except in 3 patients. Oral immunosuppressive drugs used most frequently were methotrexate, sulfasalazine and azathioprine. 3 patients had received prior treatment with infliximab and one also received rituximab. Adalimumab was discontinued in 10 cases: 7 for lack of efficacy, 1 abandoned by the patient, 1 transferred to other centre and only 1 case for toxicity.

Conclusion: The use of adalimumab is safe and effective for the treatment of refractory uveitis secondary mostly to spondyloarthropathies. In addition can be the first choice therapeutic alternative to oral immunosuppressive drugs in uveitis with other etiologies.



COROIDITIS PUNCTATA INTERNA (CPI)

Roberto Aguilar Galán

Introducción: Caso de coroiditis punctata interna, trastorno inflamatorio corioideo idiopático que afecta a mujeres miopes jóvenes sanas. Debuta con metamorfopsias, escotomas paracentrales y déficit de agudeza visual (AV). Nunca asocia vitritis. Las lesiones dejan cicatrices atróficas con halo de pigmentación.

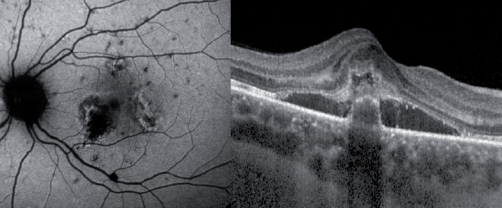
Caso clínico: Mujer de 36 años que acude por escotoma en ojo izquierdo (OI) de 2 meses de evolución.

AV OI= 2/3 y FO OI: maculopatía exudativo-hemorrágica con “white-dots” en retina. La AFG de OD fue normal y en OI hay lesiones focales nasales próximas a papila atróficas y dos lesiones activas en polo posterior.

Diagnóstico diferencial: Uveítis infecciosas (pero serologías negativas), sarcoidosis (enzima convertidora de angiotensina -ECA- y TAC de tórax normal), Birdshot, coroiditis serpiginosa y coroiditis punctata interna (CPI).

Evolución: Al mes, la AV OI=1/4 y FO OI presenta levantamiento sero-hemorrágico parafoveal y «white-dots». Se confirmó CPI. Se realizó ciclo de 5x ranibizumab, lográndose AV OI = 1 con FO OI con punteado atrófico coriorretiniano nasal, placas atróficas paramaculares y fibrosis, sin hemorragias o fluido subretiniano. Actualmente en actitud expectante.

Conclusión: La CPI es una coriorretinopatía inflamatoria de pronóstico visual favorable en ojos sin NVC, no obstante, las recidivas y, con estas, el riesgo de NVC (40%), son elevadas, por lo que el pronóstico visual es incierto.



ACUTE POSTERIOR MULTIFOCAL PLACOID PIGMENT EPITHELIOPATHY WITH EXTENSIVE MACULAR AND FOVEAL INVOLVEMENT

Nuno Moura-Coelho, Ana Luísa Basílio, Bruno Carvalho,
Fernando Pinto Ferreira

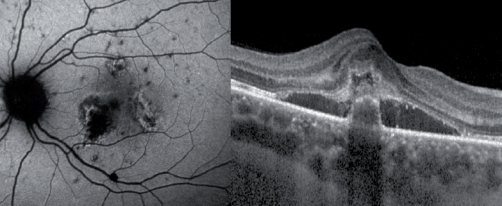
Introduction: Acute posterior multifocal placoid pigment epitheliopathy (APMPPE) is a rare chorioretinopathy affecting the retina, retinal pigment epithelium (RPE), and choriocapillaris. It is typically characterized by a self-limited course with recurrences and chronic progression, and good visual outcome; however, in up to 25% of cases final visual acuity (VA) is < 20/40.

Objective: To report a case of APMPPE with foveal involvement, and to discuss the value of imaging in this disease.

Methods: Revision of a case of APMPPE from our institution.

Results: A 38-old female presented with chronic, progressive worsening VA. A history of recurrent episodes of bilateral, acute reduction in VA was elicited, with onset at age 27. VA was logMAR + 1,0 in right eye and logMAR + 0,7 in her left eye. Slit-lamp biomicroscopy of the anterior segment showed only posterior subcapsular cataract; intraocular pressure was within normal range. Ophthalmoscopy revealed multiple areas of post-equatorial hyperpigmentation. Fluorescein angiography of the fundus and ICGA revealed extensive areas of inactive disease. OCT documented retinal atrophy and RPE thickening. Fundus autofluorescence revealed multiple areas of RPE atrophy.

Conclusions: Cases associated with extensive macular and foveal involvement may have an unfavorable visual outcome, with persistently low final VA. Multimodal imaging in APMPPE allows assessment of the full extent of disease, and in monitoring disease activity and progression.



CHOROIDAL NEOVASCULAR MEMBRANE IN BIRDSHOT CHORIORETINOPATHY. A CASE REPORT

Pablo Plaza Ramos, Henar Heras Mulero, Patricia Fanlo Mateo, Esther Compains Silva

Birdshot chorioretinopathy is a bilateral, autoimmune posterior uveitis with a strong association with HLA-A29. It is a chronic and progressive disease which has a significant potential for irreversible tissue damage and visual loss.

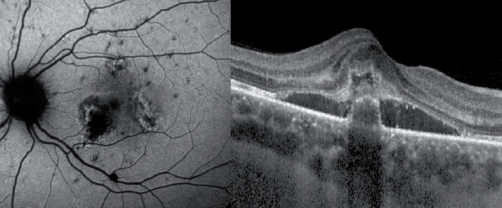
Choroidal neovascular membrane (CNV) represents a rare complication in Birdshot chorioretinopathy, reported in 6% of cases. We report a case to highlight this phenomenon.

43-year-old man diagnosed of BCR in 2006 treated with corticoids and azathioprine. He was correctly controlled with this treatment and his visual acuity was 20/20 since the beginning. Since 2013 he was without treatment and stable.

In august 2016, he arrived to emergencies with blurry vision, metamorphopsias and a visual acuity of 20/40. He was diagnosed of a CNV confirmed with optical coherence tomography and fluorescein angiography. He was treated with intravitreous ranibizumab and in the following reviews no other treatment was needed. His actual visual acuity is 20/20.

We want to remark the difference between a reactivation of the disease and a vascular complication, even though, the understanding of the pathogenesis of this type of membrane still poor. Inflammation play an important role in this kind of membranes. Although retinal neovascularization may develop in the absence of capillary ischemia in patients with posterior uveitis, antiVEGF alone can also respond to CNV.

Proper studies will be needed to establish therapeutic regimes and long term outcomes.



BIRDSHOT CHORIORETINOPATHY: CLINICAL SPECTRUM

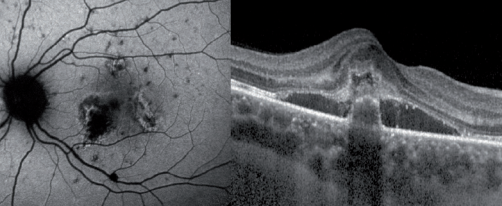
Cristina del Prado Sánchez, M.^a Carmen García Sáenz, Pablo Gili Manzanaro, Karla Paola Gonzales Farro

Cases: A 66 year-old man, initial visual acuity of 0.6/0.8 and blurred vision. HLA-A29 was positive. He presented 3 outbreaks during 10 years. He presented these complications: macular hole and glaucoma on the right eye, neovascular membrane on the left eye and macular pucker on both eyes. Final visual acuity was hand movement/0.6. Outbreaks were controlled with systemic steroids. Maintenance treatment was Cyclosporine A and, after, Azathioprine.

A 30 year-old pregnant woman, initial visual acuity of 1.0/1.0 and blurred vision, floaters, diminished color and contrast vision. HLA-A29 was negative. She presented 8 outbreaks during 12 years. She presented these complications: macular pucker, cystoid macular edema and macular atrophy on both eyes. Final visual acuity was 0.8/1.0. Outbreaks were controlled with systemic steroids. She declined maintenance treatment.

Results: Retinography showed multiple circular yellowish lesions that radiate out from the optic nerve. Autofluorescence and indocyanine green angiography showed hipoautofluorescent areas. Fluorescein angiography showed vasculitis and optic nerve leakage, with hipofluorescent spots on early phases and hiperfluorescent spots on later phases. OCT showed variations in the IS/OS line and maculopathy.

Conclusion: Birdshot chorioretinopathy is a pathology with a wide clinical spectrum, regarding the symptoms as well as the evolution. Its diagnosis is, mostly, clinical but it is supported by the imaging studies.



ATYPICAL VOGT KOYANAGI HARADA DISEASE

Stephany Carrillo Cristancho, Romina Muñiz Vidal, Carme Macià Badia, Antonio Segura García

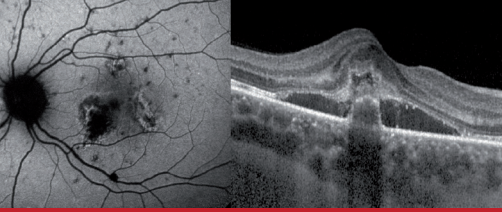
Purpose: To report a case with clinical features of Vogt Koyanagi Harada Disease (VKH), despite snow balls, chronic vitritis and cystoid macular edema (CME).

Case: A 37 year old female presented with headache, metamorphopsia in her left eye (LE), bilateral decreased vision and redness for 1 week. She had nonreactive LE pupil, best-corrected visual acuity was 20/50 in right eye (RE) and 20/200 in LE. Biomicroscopy revealed endothelial keratic precipitates, tyndall +1 in RE and +2 in LE. Fundoscopy revealed bilateral vitritis +2, papillitis and retinal serous detachment. Magnetic resonance imaging and lumbar puncture were normal.

Due to multiple episodes of vitritis and snowballs in both eyes, methotrexate, systemic corticosteroids, and bilateral pars plana vitrectomy with cataract surgery were performed. Since then, recurrent CME and pigmentary epithelium detachment with partial response to intravitreal corticosteroids and bevacizumab has been observed. Later axial psoriatic arthritis was diagnosed, and panuveitis secondary to it was thought.

Fundus depigmentation and Dalen Fuchs nodules were seen throughout the clinical course. Further, 5 years after the first episode of panuveitis, vitiligo was diagnosed, so convalescent stage VKH was considered.

Conclusion: Despite snowballs, chronic CME and long timing between the first episode of panuveitis and vitiligo diagnosis, the acute stage and lately integumentary manifestations may be consistent with an atypical VKH.



AUTOMATIC MEASUREMENT OF CHOROIDAL THICKNESS WITH SWEEP-SOURCE OPTICAL COHERENCE TOMOGRAPHY IN ACUTE VOGT-KOYANAGI-HARADA DISEASE

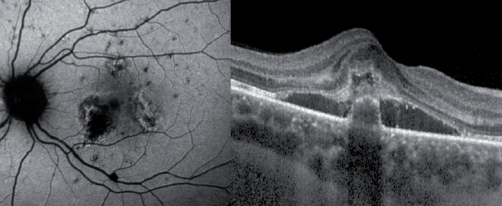
Olga García García, Natalia Díaz Sánchez, Olaia Subirà, Josep M.^a Caminal Mitjana

Purpose: The course of Vogt-Koyanagi-Harada is typically assessed qualitatively using indocyanine green angiography and EDI-OCT. We assess the clinical value of the automated measurement capabilities of swept-source tomography to measure choroidal thickness (quantitative approach).

Methods: Prospective, longitudinal case-control study at a tertiary university hospital of nine patients with acute Vogt-Koyanagi-Harada disease and 17 age-matched controls. Choroidal thickness was automatically measured with swept-source optical coherence tomography.

Results: Choroidal thinning and improved vision were associated with treatment while increasing thickness and worsening vision were associated with posterior relapse. In 62.5% of recurrences in tomography, no changes in visual acuity were present; however, all recurrences diagnosed with tomography showed signs of inflammation on angiography.

Conclusions: Automatic measurement of choroidal thickness with swept-source optical coherence tomography is a rapid, non-invasive manner of detecting posterior segment recurrences and treatment response in acute Harada patients, and could reduce the need for angiography to monitor this disease.



PUNTOS BLANCOS EN POLO POSTERIOR TRAS VITRECTOMÍA

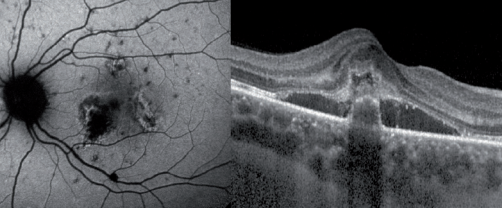
Antonio Moruno Rodríguez, Amparo Toro Fernández

Introducción: Coroiditis multifocal recurrente, epitelitis pigmentaria retiniana aguda, retinocoroidopatía en perdigonada, síndrome de múltiples puntos blancos evanescentes (MEWDS) y epiteliopatía placoide posterior aguda son entidades asociadas a la imagen de puntos blancos en polo posterior.

Caso clínico: Mostramos el caso de un varón de 50 años tratado con láser por desgarro retiniano, tras lo que se evidencia un levantamiento progresivo y subclínico de la retina temporal superior. Ante la duda de desprendimiento plano o retinosquisis se interviene mediante VPP donde se observaron más desgarros, ninguno comunicado con el levantamiento. Tras la cirugía se ven lesiones tipo puntos blancos y DNE en polo posterior mediante OCT, y se solicita batería de análisis, descubriéndose un mantoux positivo.

Se instaura tratamiento profiláctico de tuberculosis con isoniacida y rifamicina durante seis meses produciéndose disminución del número de puntos blancos y del DNE. Se decide suspender y observar ante la sospecha de persistencia de fluido subretiniano (PFSR) tras VPP de DR, comprobándose continuidad en la mejoría.

Conclusiones: La PFSR es un hallazgo observado por OCT en algunos pacientes intervenidos por DR. Se debe considerar al realizar un diagnóstico diferencial ante sospecha de MEWDS en pacientes con el antecedente quirúrgico. En este caso la existencia de mantoux positivo nos llevó a pensar en tuberculosis ocular, considerándose la PFSR finalmente como diagnóstico.



MULTIFOCAL CHOROIDITIS AS A MANIFESTATION OF THE BARTONELLA HENSELAE INFECTION

Alberto Calvo Álvarez, Romina Muñiz Vidal, Carme Maciá Badia, Antonio Segura García

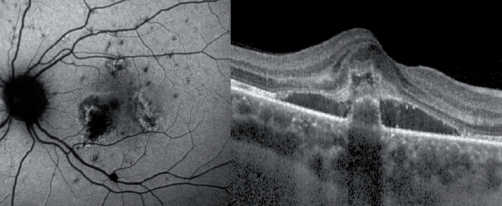
Introduction and objectives: Bartonella Henselae is the causative agent of the cat-scratch disease, also known as bartonellosis. It can affect the eye in a clinical context known as Ocular Bartonellosis. We want to show a case managed in our service and the disease appearance in some new techniques as swept-source OCT and OCT angiography.

Patients: 19 year old female with no known drug allergies, with antecedent of contact with 2 cats of her own

Methods and materials: We present a case followed in our service, its clinical and diagnostic management

Clinical case: 19 year old woman who came to emergency of our hospital with 1 day duration bilateral floaters. Visual acuity at her arrival was 20/20 in both eyes. Anterior chamber exploration was anodyne and ocular fundus showed patched white-yellow spots distributed in the posterior pole. OCT also revealed changes in the EPR and in OCT-A the choriochappilaris showed dark patches in same location of the fundus lesions. Chest radiography and analytics were performed and they showed an increased ACE, low A-immunoglobulin and positive result for Bartonella Henselae G-immunoglobulin. Chest CT and Galium gammagraphy were also performed without pathologic findings. The clinical progression was to regression of the lesions and improvement in the floaters symptoms treating with ciprofloxacin 500 mg /12 hours for 2 weeks.

Conclusions: SS-OCT and OCT-A can be useful tools in the diagnosis and follow up of ocular bartonellosis.



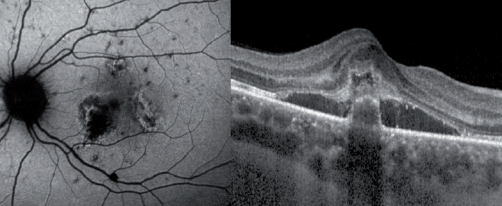
REVIEW *BARTONELLA HENSELAE* NEURORETINITIS CLINICAL CASES

Glenda Espinosa Barberi, Mercedes Combarro Túñez, Miguel Ángel Reyes Rodríguez, Félix Francisco Hernández

Purpose: Describe the characteristics of the neuroretinitis by *Bartonella Henselae* through the presentation of three clinical cases.

Clinical case: The onset of the disease was characterized by the decline of the unilateral visual acuity, which was painless and progressive in two of the patients except in one of them, who exhibited metamorphopsia. In the funduscopic examination were papillary thickening, accumulation of the subretinal fluid and the macular star. The systemic studies were normal, except the positivity in the serology for *Bartonella henselae*. Follow-up was provided through funduscopic examinations and TCO. In all cases antibiotics was used; in two patients with doxycycline 100 mg every 12 hours and the rest with ciprofloxacin 500 mg every 12 hours. Good results were obtained in regards to the improvement of the visual acuity, even few weeks after starting treatment.

Conclusions: In the reported cases, the diagnostic approach was based on the clinic, personal history and the confirmation through positive serology. Despite antibiotic and corticosteroid use is controversial in this pathology, since it is a self-healing disease, it has been proved that they accelerate the visual acuity improvement, as demonstrated.



NEURORRETINITIS SECUNDARIA A BARTONELLA HENSELAE

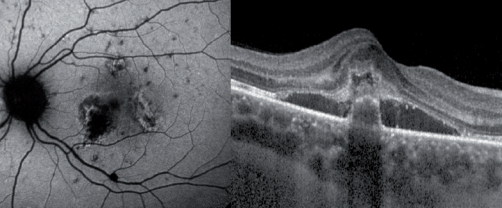
Irene Temblador Barba, Laura Martínez Campillo, José Luis García Serrano, Manuel Toribio García

Introducción: La enfermedad por arañazo de gato es una patología infecciosa sistémica, autolimitada en pacientes inmunocompetentes. La presentación más conocida que afecta al segmento posterior es la neurorretinitis con estrella macular, que afecta al 1-2% de estos pacientes.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 31 años con un cuadro de uveítis posterior, vitritis, edema de papila, envainamiento vascular y estrella macular en ojo izquierdo. Se trata con corticoides tópicos y orales. Se solicita serología ampliada y da como resultado IgM + Bartonella Henselae, siendo todo lo demás negativo, por lo que se añade tratamiento con Doxiciclina y Rifampicina.

Resultados: Actualmente, el paciente tiene agudeza visual 1, no presenta vitritis y tiene un edema de papila residual junto con hemorragias aisladas en arcadas y envainamiento vascular.

Conclusiones: La neurorretinitis clásica con estrella macular no es la única presentación clínica de la enfermedad por arañazo de gato. Se debe descartar Bartonella Henselae en todos los pacientes con papilitis o coriorretinitis focal. Es muy importante el diagnóstico diferencial y la serología. En el tratamiento, los antibióticos recomendados para la bartonelosis ocular incluyen gentamicina, doxiciclina, azitromicina, trimetoprim / sulfametoxazol, ciprofloxacino y rifampicina, los cuales han demostrado tener buena eficacia, junto con corticoides.



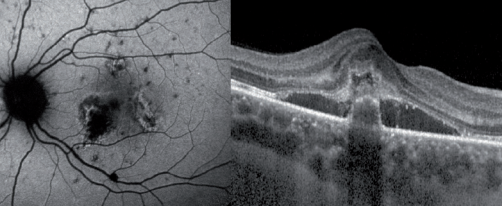
CAT SCRATCH NEURORRETINITIS: A CASE REPORT

Iris Luengo Arroyo, Laura Gutiérrez Benítez, Constanza Schell Eulufi, Mouafk Asaad

Introduction: Cat scratch disease is a rare infection caused by *Bartonella henselae*. Neuroretinitis is an atypical presentation of this disease and is characterized by optic disk swelling, retinal edema, macular star formation, retinitis and retinal vascular occlusion.

Case Report: We present a 42-year-old patient with 3-days history of central scotoma in his LE. He also had arthromyalgias, headache, underarm adenopathies and fever for three weeks. He reported that his cat scratched him. Visual acuity was 0.7 in RE and 0.2 in LE. Ishihara test was 3/20 LE. Funduscopy of the LE revealed optic disk swelling, microhemorrhages and macular edema. Blood examination, chest radiography, and neuroimaging showed no abnormalities. Serologic tests for HIV, Epstein Barr, CMV, toxoplasma, and syphilis were negative. Anti-*Bartonella henselae* IgM titers were positive. Treatment was started with doxycycline and rifampicin daily for 6 weeks. Final visual acuity was 0.7 and Ishihara test was 20/20 in both eyes.

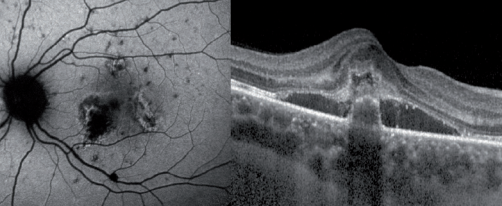
Discussion: CSD is generally self-limiting. Antibiotics may be considered for atypical presentations such as neuroretinitis. The role of corticosteroids in CSD is controversial. Patients with optical nerve neuritis have been treated successfully with a combination of antibiotics and steroid therapy as some reviews in literature show. Nevertheless, we decided to treat our patient only with antibiotics due to the lack of evidence-based guidelines regarding the management of this pathology.



DIFERENCIAS EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON UVEÍTIS ASOCIADA A TUBERCULOSIS: LA EXPERIENCIA BRASILEÑA

Ricardo P. Casaroli Marano, Yuslay Fernández Zamora, Luciana P. Finamor, Cristina Muccioli

Hemos comparado en el manejo de las uveítis asociadas a la tuberculosis (uTB) entre especialistas. De 169 especialistas brasileños invitados a participar, 78 (46,1%) respondieron un cuestionario telemático matizado (80 preguntas). Los resultados se compararon con encuestas similares descritas en la literatura. En 12 meses, los especialistas brasileños evaluaron en media 5,6 pacientes con uTB, mientras que los expertos en India y América del Norte evaluaron en media 76,3 y 2,2 pacientes, respectivamente. La serología para Lues (88%), VIH (81%) y la prueba intradérmica de la tuberculina (TST, 81%) fueron las más empleadas por los especialistas brasileños para descartar otras uveítis infecciosas. Los especialistas brasileños utilizan IGRA y radiografía de tórax (CR) con menos frecuencia que los expertos de los países desarrollados y en desarrollo. El uso de TAC torácica fue más frecuente en Brasil. El TST fue indicativo de tratamiento antituberculoso (ATT) para el 81% de los especialistas brasileños, similar a los países en desarrollo. Entre los especialistas brasileños, los resultados de IGRA y CR son menos indicativos de ATT en comparación con los otros 2 grupos de expertos. Con relación al tiempo de tratamiento, el 34%, 39% y el 14% de los especialistas brasileños indican 6, 9 y 12 meses de ATT mínimo, respectivamente, de forma similar a los otros 2 grupos. Los resultados indican la falta de un consenso sobre el manejo de esta enfermedad.



COROIDITIS MULTIFOCAL EN PACIENTE CON TUBERCULOSIS OCULAR

Belén Sánchez Cañal, Carlos García Vicente, M.^a Luisa Merino Suárez

Introducción: La tuberculosis (TBC) ocular aparece en el 2% de los pacientes con infección tuberculosa latente pudiendo afectarse cualquier estructura ocular.

Caso clínico: Varón de 32 años de edad (hindú) acude a urgencias por visión borrosa en ojo derecho (OD) desde hace un mes y dolor desde hace 5 días, coincidiendo con su vuelta de la India.

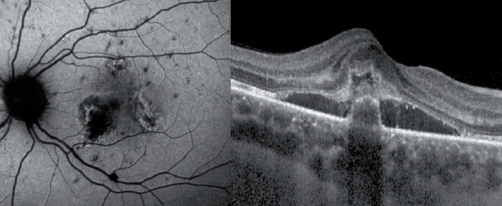
La agudeza visual en OD era de 0.1 MAE 0.5. La exploración con lámpara de hendidura reveló la presencia de inyección ciliar y tyndal positivo.

En el fondo de ojo de OD se apreciaron alteraciones pigmentarias en área macular asociadas a múltiples focos de coroiditis cicatricial periférica y focos en actividad de pequeño tamaño asociados a tyndal vítreo. Se inició tratamiento corticoideo tópico y ciclopentolato.

Dada la existencia de una panuveítis de origen indeterminado se solicitó estudio sistémico que reveló la existencia de Mantoux positivo por lo que se inició además tratamiento antituberculoso (RIMSTAR[®]) y corticoides sistémicos.

Con el tratamiento los focos de coroiditis han ido inactivándose progresivamente así como la inflamación ocular. Actualmente el paciente preserva una visión con corrección de 0.7 en OD y continúa en revisiones periódicas.

Discusión: La TBC ocular es una importante entidad a descartar en pacientes que presentan panuveítis dado que a mayoría de los pacientes con TBC ocular no tienen historia de enfermedad pulmonar o sistémica y un 50% puede presentar una radiografía de tórax normal.



NECROTIZING RETINITIS AFTER INTRAVITREAL INJECTION OF TRIAMCINOLONE

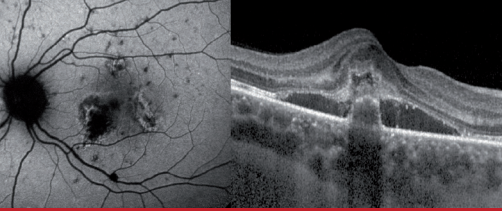
Juan Davó Cabrera, Enrique Alfonso Muñoz

Introduction: Acute retinal necrosis (ARN) is the most frequent cause of necrotizing retinitis. However, there are other diseases with atypical manifestations that mimic ARN such as Toxoplasmosis retinochoroiditis, syphilis or Behçet's disease.

Case Report: A 47-year-old male complained about decreased visual acuity (VA) for 3 months in the right eye. No past medical history. In fundus examination an epiretinal membrane was observed next to a retinal scar. A pars plana vitrectomy was carried out adding an intravitreal injection (IVI) of triamcinolone at the end of surgery. 1 month after the surgery patient presented in the emergency room because of pain and reduced VA. In the slit lamp, a granulomatous uveitis, vitritis and central retinal necrosis were observed. Aqueous humor samples were obtained and an IVI of Foscarnet was performed.

Result: PCR for herpes simplex virus, varicella zoster, EB, CMV and HIV was negative. RPR and VDRL for syphilis and bacterial culture were also negative. However, PCR for Toxoplasma was positive so we carried out an IVI of clindamycin that was repeated 1 week after and started oral treatment with trimethoprim/sulfamethoxazole.

Conclusion: In an immunocompetent subject with a necrotizing retinitis we should suspect an ARN. PCR is a very useful test to diagnose atypical forms. IVI of triamcinolone can produce a local immunocompromised environment that favors atypical presentations such as Toxoplasmosis necrotizing retinitis.



KYRIELEIS' ARTERITIS SECONDARY TO TOXOPLASMOSIS: CASE REPORT

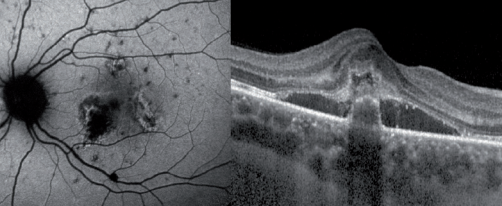
María Chacón González, Ester Lizuaín Abadía, Víctor Soto Biforcós,
Ana Ibáñez Muñoz

Introduction: Ocular toxoplasmosis is characterized by focal retinochoroidal infiltrates, often appearing around an old retinochoroidal scar. A rare condition called Kyrieleis' vasculitis, in which white-yellow exudates are placed in beaded pattern within retinal arteries, is a well described finding in toxoplasmic retinochoroiditis.

Case Report: A 46-year-old black man admitted with an episode of floaters and blurred vision in both eyes during last week. Best-corrected visual acuity was 0.3 in the right eye and hand motions in the left eye. Anterior segment examination revealed inferior endothelial precipitates in both eyes. Posterior segment examination of the right eye showed moderate vitritis and a Kyrieleis' pattern of vasculitis; a peripapilar white lesion with adjacent vasculitis and vitritis appeared in the left eye.

Results: Laboratory exam studies and serological tests were negative, and brain MRI result was unremarkable. PCR of CMV, HSV, VZV and TBC in aqueous humor were negative, but PCR of Toxoplasma was positive. The patient was treated with trimethoprim/sulfamethoxazole for 6 weeks due to the suspect of toxoplasmic retinochoroiditis with Kyrieleis vasculitis. Intraocular inflammation resolved and vision improved in both eyes.

Conclusion: Kyrieleis pattern, despite being a finding described in several diseases such as tuberculosis and syphilis, should make us think about toxoplasmic origin.



OCULAR TOXOPLASMOSIS IN A PATIENT AFFECTED BY PROLYMPHOCITIC LEUKEMIA

Alberto Calvo Álvarez, Stephany Carrillo Cristancho, Carme Maciá Badia, Antonio Segura García

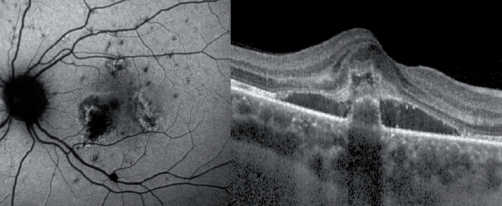
Introduction and Objectives: Toxoplasmosis is a parasitic disease caused by *Toxoplasma gondii*. The infection usually cause no disease in humans and symptoms only appear in immune-depressed patients. We want to show a case managed in our service to remark the difficult approach that sometimes surround this disease.

Patients: 62 year old man with no known drug allergies, with the antecedent of Prolimphocitic Leukemia treated with hematopoietic stem cell transplant 80 days before the consultation to our service.

Methods and Materials: We present a clinical case followed in our service and it clinical management.

Clinical Case: 62 year old man with antecedent of Prolimphocitic Leukemia which was treated with hematopoietic stem cell transplantation. During hospital admission he felt bilateral blurred vision reason why his hematologist consult our service. Clinical exploration showed bilateral panuveitis with necrotizing retinitis and diagnosis approach with aqueous humor PCR and cultures and vitreous biopsy where made resulting positive for toxoplasma spp. Pirimetamine-sulfadiazine regime was initiated with good response.

Conclusions: Management of ocular toxoplasmosis is difficult and it's important a fast diagnosis protocol in order to avoid permanent vision loss.



UNILATERAL ENDOGENOUS INTRAOCULAR MYCOSIS: CASE REPORT

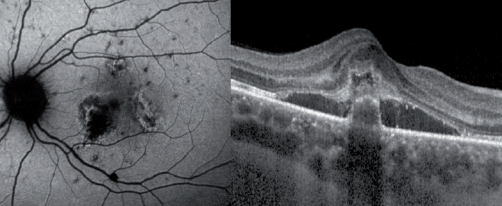
Ana Ibáñez Muñoz, Victor Santiago Soto Biforcós, María Chacón González, Ester Lizuaín Abadía

Introduction: Intraocular candida infections represent an uncommon but important clinical problem due to the potential for visual loss. Candida chorioretinitis and endophthalmitis are complications of systemic candidiasis. Early diagnosis and treatment significantly improve the visual prognosis for these patients.

Case Report: 58 years-old white with Candida albicans septicemia after colectectomy due to Crohn disease, was attended referring visual loss and floaters in his right eye. Candida was isolated from blood cultures. His visual acuity was hand motions in his right eye and 20/20 in his left eye. Anterior segment examination on the right eye revealed mild anterior uveitis and conjunctival hyperemia, and fundus examination showed vitritis and white yellow vitreous opacities, and multiple creamy-white intraretinal lesions.

Results: Systemic evaluation and laboratory exam studies were consistent with fungal septicemia, and ophthalmological findings suggested Candida endophthalmitis. The patient was treated with intravenous Voriconazole, intravitreal voriconazole and vitrectomy, with a good response.

Conclusions: An ophthalmological consultation should be requested when systemic or disseminated Candida infection is suspected, as the ophthalmoscopy features of Candida endophthalmitis are characteristic. Moreover, it must be considered in patients with visual impairment who have risk factors such as central venous devices, parenteral nutrition or immunosuppression.



YOUNG MALE WITH VISUAL LOSS... WHICH NEUROPATHY?

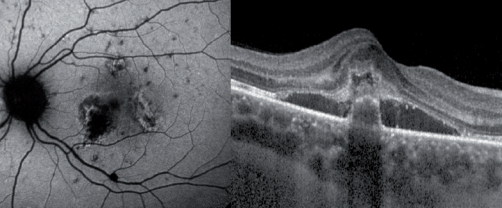
Karla Paola Gonzales Farro, Cristina del Prado Sánchez, José Carlos Martín Rodrigo, M.^a del Carmen García Sáenz

Aim: To describe a case of systemic disease in young male that begins as neuropathy.

Clinical Case: The patient was male, 46 years old, who said he lost visual acuity in his left eye 15 days ago. Personal history: renovascular hypertension. Eye history: amblyopia in his right eye. The visual acuity was 20/50 in his right eye and count fingers in the left eye. In a previous visit in 2012, was 20/20. The bio microscopy exam showed an anterior vitreous Tyndall. IOP: 14 mmHg. In the fundus we saw minimal papilledema. OCT and Visual field were compatible with left neuropathy. We began treatment with prednisone. The result of all laboratory tests was a positive RPR and FTA tests in blood but also in lumbar puncture. Appears Argyll- Robertson pupils as hyperkeratosis lesions on his feet. The diagnosis of Neurosyphilis is not easy in many occasions as in our case because the only symptom was lost visual acuity in a patient without risk factors, but is very important for us to recognize it because all ocular manifestation in syphilis should be treated as neurosyphilis.

Conclusions:

1. Syphilis is known as “the great simulator” because it can begin as any symptoms.
2. In the eye it can cause: Visual loss, iritis, posterior uveitis, neuropathy and oculomotor paralysis.
3. Any ocular manifestation should be treated as neurosyphilis.
4. As ophthalmologists we need to remember to ask for laboratory tests for syphilis in neuroretinitis.



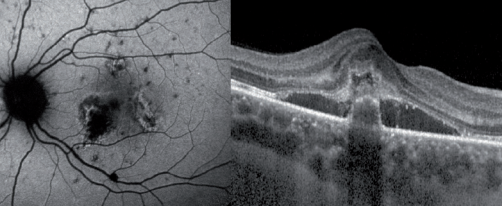
BILATERAL NEURITIS IN PATIENT WITH SECONDARY SYPHILIS AND IMMUNOCOMPETENT: IN RELATION TO A CLINICAL CASE

Glenda Espinosa Barberi

Introduction: The eye involvement of the sifilis generally takes the form of uveitis, although the affectation of any ocular structure has been described with a wide range of manifestations, paying tribute to its name of "great pretender".

Clinical Case: 48 year-old with visual disturbances in the left eye of several days duration. Feeling of decay and appearance of palmoplantar erythema of 4 day duration. In the fundoscopy it is observed a nasal blurring of the right eye papilla as well as tortuous vessels and intense papilloedema in the left. RPR title of 1/2, VDRL in cerebrospinal fluid and HIV serology were negative. The CT scan is normal and the visual evoked potentials as well as the visual field are pathological. Treatment of peniciline G 4,000,000 IU every 4 hours is initiated with metilprednisolone 1 gr/ 24 h. Good visual recovery progress.

Conclusions: Ocular syphilis, regardless of the structure which it affects, must be treated the same way as a neurosyphilis, and the presence of the same must be excluded as well. As described, neuritis occurs suddenly with blurry vision and typical fundoscopy. The presence of skin lesions leads us to think of a secondary syphilis.



NEURITIS ÓPTICA POR SÍFILIS

Carlos Perálvarez Conde, Eduard Solé Forteza, Jessica Rodríguez Bonet, Juliana Ocampo Candamil

La sífilis es una patología infecciosa vigente cuya principal manifestación es cutánea. Las manifestaciones oculares suponen el 3% de casos, siendo la neuritis óptica (NO) particularmente rara. Las graves consecuencias del retraso del diagnóstico y su buena respuesta al tratamiento obligan a tenerla presente.

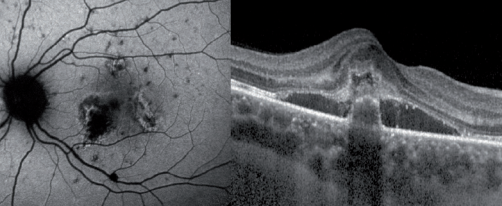
Caso clínico: Varón de 19 años que consulta por escotoma temporal en ojo izquierdo (OI) de días de evolución asociado a máculo-pápulas en tronco y extremidades de 3 semanas de evolución, tos, artralgias y cefalea supraciliar izquierda que cede con AINE. Paciente afebril.

En la exploración física presenta agudeza visual corregida de 1.0 bilateral, dudoso DPAR OI, biomicroscopía normal y edema de papila con hemorragias peripapilares en astilla en fondo de OI. El campo visual de OI muestra incremento de la mancha ciega.

El paciente ingresa para estudio. Se realiza analítica sanguínea, obteniéndose índice T. Pallidum 16.7 (+>1,1), RPR 1/128 y FTA-ABS reactivo. TC craneal sin alteraciones. En la punción lumbar resultan negativos: cultivo, citología, VDRL y PCR. Además se descartan otras coinfecciones.

Se inicia el tratamiento con ceftriaxona 2g/día y doxiciclina 100 mg/12h ev 14 días asociados a prednisona en pauta descendente, mejorando la clínica sistémica y visual.

Conclusiones: El diagnóstico clínico de la sífilis resulta difícil por la enorme variedad clínica. Por la buena respuesta al tratamiento en fases precoces debe tenerse en cuenta ante toda neuritis óptica.



PANUVEÍTIS ASOCIADA A CORIORRETINITIS LUÉTICA

Ignacio Cañas Zamorra, Ana Ichaso Ortueta Olartecoechea, Eugenio Pérez Blázquez

Introducción: Diagnóstico de sífilis a partir del hallazgo de coriorretinitis en el contexto de una panuveítis.

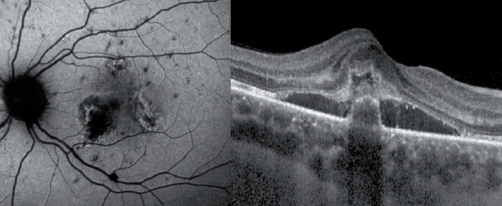
Caso Clínico: Varón de 47 años sin antecedentes de interés presenta dolor y pérdida de agudeza visual (AV) en ojo izquierdo (OI) de 5 días de evolución, con AV de percepción de luz (PL), Tyndall +++, Flare ++, vitritis y una lesión coriorretiniana blanquecina, siendo diagnosticado de panuveítis. Se trata con ciclopentolato y corticoide tópicos, no se ponen corticoides orales.

Revisión: AV de movimiento de manos (MM) y Tyndall vítreo +++++. Se indica prednisona oral y se solicitan analítica completa, serologías y radiografía de tórax. Las pruebas complementarias muestran un resultado positivo para lúes (RPR + con título 1/512).

Es ingresado para la administración de penicilina G intravenosa y análisis de líquido cefalorraquídeo (LCR). La clínica oftalmológica mejora consiguiendo AV de 0,30 en OI. En la exploración sistémica se halla un condiloma oral. El VRDL en LCR fue negativo. Se diagnostica de sífilis secundaria con afectación ocular.

Discusión: La sífilis causa el 1,6-4,5% de uveítis, siendo la coriorretinitis una manifestación infrecuente en inmunocompetentes. No existe asociación entre la afectación ocular y el estadio de la sífilis.

Conclusión: La sífilis oftálmica es una manifestación poco habitual, y en casos sin otra sintomatología, es esencial su manejo multidisciplinar para llegar al diagnóstico sistémico de la enfermedad.



PANUVEITIS BILATERAL SIFILÍTICA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

Laura Martínez Campillo, Irene Temblador Barba, Manuel Toribio García

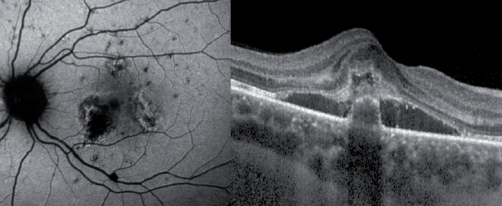
Introducción: La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual causada por el *Treponema Pallidum*. Presenta manifestaciones clínicas muy variadas, de ahí que se conoce como la gran simuladora. A nivel ocular puede producir uveítis de todo tipo.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 41 años que acude a urgencias por una pérdida de visión en el OD desde hacía tres días. A la biomicroscopía se observaba +/- tyndall en OD y vitritis leve en AO. El examen fundoscópico revelaba una papilitis bilateral. Se inició tratamiento con corticoterapia tópica y oral y se solicitaron analítica, HLA B51, serología y Mantoux. La serología dio positiva para LUES.

Resultados: Tras instaurar tratamiento endovenoso con Penicilina G y disminución de la corticoterapia la agudeza visual se restableció a la 1 en AO y desapareció la inflamación.

Discusión: El número de casos de sífilis ha experimentado un aumento en los últimos en Europa. Por ello es lógico que la manifestación ocular también aumente.

Es posible que el paciente no recuerde o no tenga manifestaciones sistémicas de sífilis. En nuestro caso el paciente negaba haber padecido ninguna lesión en genitales. Lo que sí presentó un año antes fue un rash cutáneo acneiforme que probablemente fuera la roséola sifilítica. El oftalmólogo siempre debe tener presente la sífilis como diagnóstico diferencial de toda uveítis. El tratamiento precoz y adecuado consigue la curación y buen resultado funcional.



SÍFILIS OCULAR: DIFERENTES ACTUACIONES DE «LA GRAN SIMULADORA»

Cecilia Rodríguez Suárez, Guadalupe Rodríguez Martínez, Patricia Simón Alonso, Renata Rodrigues Pacheco

Introducción: La sífilis es una infección de transmisión sexual causada por la bacteria *Treponema Pallidum*. Su expresión clínica es tan variada que ha llegado a conocerse como «la gran imitadora». La afectación ocular es infrecuente aunque asistimos a un aumento de la misma.

Casos clínicos: Presentamos una serie de casos atendidos en nuestro servicio.

1. Varón de 37 años VIH +, asintomático. Tras cirugía de catarata de su ojo izquierdo (OI) se observa una papilitis.

2. Varón de 73 años que consulta por visión borrosa en OI. En la exploración se evidencia un área de vasculitis periférica.

3. Varón de 45 años que acude por dolor y visión borrosa en OI. Se objetiva panuveítis y área de necrosis retiniana periférica.

4. Varón de 68 años que aqueja deterioro visual progresivo de OI. Apreciamos vitritis densa asociada a un foco coriorretiniano.

Incluimos el cribado de sífilis en la batería de test para orientar el diagnóstico etiológico. Ante la positividad de las pruebas serológicas luéticas se realiza estudio de líquido cefalorraquídeo (LCR) y tratamiento con Penicilina G endovenosa.

Resultado: Obtuvimos una resolución del cuadro inflamatorio y mejoría de la función visual en todos los casos.

Conclusión: La afectación ocular por sífilis puede manifestarse de manera muy diversa siendo la forma más común la uveítis posterior. Es imperativo el estudio de LCR y el tratamiento antibiótico según pauta de neurosífilis dado que se trata de una variante de la misma.



HIV MICROANGIOPATHY AND ATROPHIC MACULOPATHY AS THE FIRST MANIFESTATION OF ACQUIRED IMMUNE DEFICIENCY SYNDROME

Belén Sánchez Cañal, M.^a Caridad Martínez Hergueta,
Medina Azahara Moya Moya

Introduction: HIV microangiopathy is the most common manifestation in AIDS patients. It appears in 50% of cases when LT CD4 are less than 100 cells/mm³.

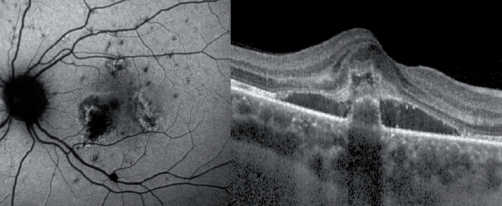
Case Report: 37 year-old woman was referred to our emergency room complaining about blurred vision in the right eye (RE) during days of evolution.

Best-corrected visual acuity in RE was 0.05. Funduscopy (FO) revealed an atrophic slimming of foveal profile without the presence of intraretinal fluid associated to perivascular cotton wool spots in both eyes. Fluorescein angiography in RE established the presence of slight peripheral vasculitis.

We requested tests to rule out autoimmune and infectious cause and we identified a positive serology for HIV with LT CD4 count 11 cells / mm³. HAART therapy began.

The FO presented increased perivascular exudates in both eyes and Roth hemorrhages in left eye. Currently the vision is moving hands in RE. The cotton wool spots have gradually disappeared associating the already known atrophic maculopathy as a scar.

Discussion: The HIV microangiopathy may be the first manifestation of HIV in asymptomatic carriers and is regarded as progression to AIDS.



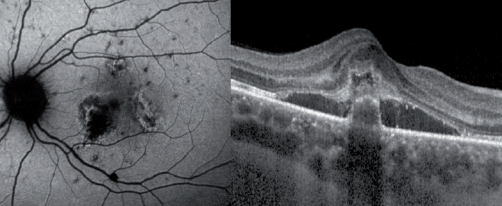
IMMUNE RECOVERY UVEITIS (IRU) – VITRITIS AFTER CYTOMEGALOVIRUS RETINITIS IN AIDS PATIENT. CASE REPORT

Carlota Fuente García, Federico Peralta Iturburu, Esther Ciancas Fuentes

Objective: To report a case of Immune Recovery Uveitis-Vitritis (IRUV) associated with cytomegalovirus (CMV) retinitis after establishment of Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) in patient with acquired immunodeficiency syndrome (AIDS).

Case Report: A 40-year-old man with a 1-week history of sudden onset of blurring of vision, floaters and flashes in the right eye. Visual acuity (VA) was 20/25. Fundusoscopic examination (FE) revealed a focus of retinitis/retinal necrosis, few intraretinal hemorrhages and periphlebitis, together with a foci of cotton-wools spots at the inferior temporal arcade. A positive HIV Elisa was performed. CD4 levels was 46 cells/microL. A therapy with systemic intravenous ganciclovir was started, together with oral trimethoprim sulfamethoxazole. Aqueous humor PCR was positive for CMV. The test for HLA-B*5701 resulted negative and HAART was started with Triumeq. Three weeks later the patient returned with ocular pain and blurred vision in OD. VA was 20/30, anterior segment contained Cells 2+/4+ and FE revealed Vitreous haze 2+/4+OD with a foci of inactivated CMV retinitis. CD4 levels was 87 cells/microL. The diagnosis was IRUV. The treatment was topical Dexamethasone eye drops and periocular Triamcinolone. There was a resolution of the vitreous haze and VA.

Conclusion: This syndrome of IRUV is a cause of visual morbidity in patients with AIDS. In cases of highly suspected CMV retinitis we should test for HIV and keep a closed follow up.



NECROSIS RETINIANA AGUDA (NRA) POR VIRUS VARICELA ZOSTER (VVZ) EN PACIENTE VIH

Elena Guzmán Almagro, Guillermo Fernández Sanz, Nicolás Alejandro Alba, Mayte Ariño Gutiérrez

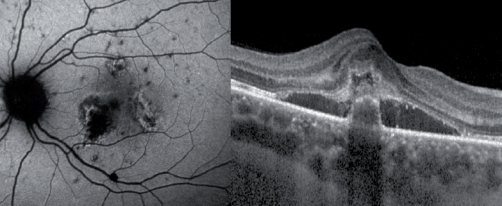
Varón diagnosticado de VIH por infección respiratoria por *Pneumocystis Jirovecii* que ingresó por síndrome de reconstitución inmune y meningitis por herpes zoster. Acude a urgencias por enrojecimiento y visión borrosa. La agudeza visual está conservada y presenta DPAR leve en ojo derecho (OD) así como Tyndall y precipitados retroqueráticos acompañados de hipertensión ocular. El fondo de ojo (FO) muestra leve edema de papila pero sin alteraciones retinianas. TAC craneal y orbitario son normales. Se diagnostica de uveítis herpética y comienza tratamiento con valaciclovir, dexametasona, ciclopentolato y timolol/brimonidina.

A la semana se observa vitritis anterior, focos coriorretinianos y retinitis.

A los 10 días se observa coriorretinitis y foco hemorrágico por lo se obtiene muestra de humor acuoso y se trata con foscarnet intravítreo. La PCR confirmó el diagnóstico de Herpes Zoster. Ingresa para tratamiento con Aciclovir iv obteniendo mejoría.

Al mes siguiente presenta rebrotes de vitritis que son tratados con corticoides transeptales. Al 4.º mes presenta un desprendimiento de retina (DR) asociado a área de retinitis.

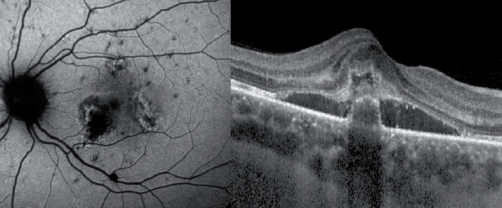
La NRA tiene un carácter destructivo y curso rápidamente progresivo siendo más agresiva cuando es debida al VVZ. Puede aparecer después de encefalitis o meningoencefalitis. El DR es la complicación más común. La terapia combinada de Aciclovir vía oral y foscarnet intravítreo es una opción terapéutica superior a la monoterapia.



COMBINACIÓN DE TRATAMIENTO ANTIVIRAL SISTÉMICO E INTRAVÍTREO EN EL MANEJO DE LA NECROSIS RETINIANA AGUDA POR VHZ: A PROPÓSITO DE UN CASO

M.^a Gabriela Cruz Gutiérrez, Marta Sánchez-Dehesa Sáez,
Nuria Valdés Sanz, Emma Ausin

La necrosis retiniana aguda se caracteriza por una uveítis granulomatosa anterior con vitritis y la aparición de focos de necrosis retiniana de espesor completo, de aspecto blanquecino asociados a periarteritis periférica que gradualmente coalescen y progresan. Paciente varón de 50 años sin antecedentes de interés que refiere dolor, hiperemia y visión borrosa en OD de 5 días de evolución. La agudeza visual es 1.0 en ambos ojos. En la biomicroscopía: hiperemia ciliar, precipitados retroqueráticos fino inferiores, presión intraocular 34 mmHg OD, tyndall moderado. La fundoscopia muestra vitritis intensa con velos vítreos, papila congestiva, focos de retinitis en periferia blanco-amarillentos confluentes predominantemente en sector nasal y con oleada de avance superior. La analítica fue normal, serologías negativas y PCR de humor acuoso positivo para VHZ. Se decide ingreso para administrar aciclovir IV 1g cada 8h, 3 Intravitreas de foscarnet 2,4 mg/ml semanal, predforte 1 gota cada 12h, ciclopléjico 1 gota cada 8 h, Aspirina 100 mg y 20 mg metilprednisolona. Una semana tras la última inyección intravítrea se objetiva mejoría de la vitritis y de los focos de necrosis retiniana por lo que se decide alta con antivirales orales y corticoides tópicos. Se ha visto que la combinación del tratamiento endovenoso y los antivirales intravítreos permite mejores resultados debido a los altos niveles de antivirales que se logran en la cavidad ocular.

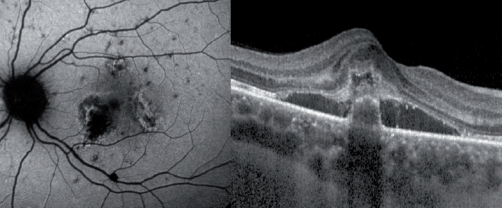


MACULAR EDEMA FOLLOWING ACUTE RETINAL NECROSIS

Cristina Abascal Azanza, Henar Heras Mulero, Patricia Fanlo Mateo, Esther Compains Silva

Acute retinal necrosis (ARN) is an uncommon but severe viral retinitis. Nowadays with the development of new therapies it is possible to succeed in its treatment. Then macular edema (ME) may represent the major cause of visual loss in these patients after resolution of the ARN.

We report the case of an immunocompetent 38-year-old woman who presented ME after unilateral ARN caused by varicella zoster virus (VZV). The standard algorithm for the treatment of ARN was given with intravenous and intravitreal antiviral therapy followed by oral therapy. After three months of the adequate management of the ARN, retinal detachment occurred. Favorable structural and functional outcomes were achieved after retinal surgery with silicone oil. One month after surgery and despite no viral DNA was detected by PCR, the patient presented a ME which has been treated with intravitreal dexamethasone (Ozurdex[®]) combined with oral Valaciclovir (Valtrex[®]) dose of 1g daily and therapy is currently ongoing. Because of the risk of prolonged local immunosuppression due to intravitreal corticosteroids and susceptibility to reactivation of viral retinitis, the patient continues with antiviral therapy. There are a small number of reports of viral retinitis or reactivations following Ozurdex[®] in the literature and to evaluate the risk-benefit with this treatment represent a challenge for the maintenance of useful vision in patients with ME after ARN successfully managed.



SEGUIMIENTO DE UN PACIENTE CON NECROSIS RETINIANA EXTERNA PROGRESIVA POR VVZ

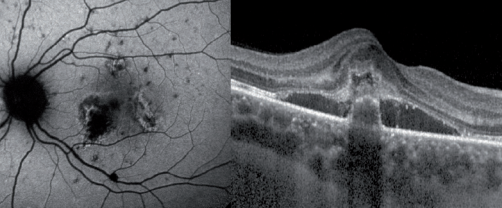
Juan Carlos Herranz Heras, Eugenio Pérez Blázquez, Ana Ichaso Ortueta
Olartecochea

Introducción: La necrosis retiniana externa progresiva (NREP) es una entidad grave que ocurre típicamente en pacientes VIH positivo con CD4+ por debajo de 50. Suele evolucionar rápidamente con importante afectación de la agudeza visual (AV).

Caso clínico: Varón de 43 años VIH + con diagnóstico de meningoencefalitis por virus varicela zoster remitido para despistaje de afectación ocular. En el fondo de ojo izquierdo se encontraron focos de necrosis retiniana periférica, siendo diagnosticado de NREP y tratado con tres dosis de 0,1 ml de fosca-rnet intravítreo en tres semanas consecutivas. Durante el seguimiento, estos focos remitieron pero apareció edema macular quístico con empeoramiento de AV. Se indicaron tres inyecciones de triamcinolona subtenionana sin mejoría. Se decidió entonces tratamiento con implante intravítreo de dexametasona (Ozurdex®), que mejoró el edema aunque sin recuperación visual.

Discusión: La principal causa de pérdida de AV en pacientes con NREP se debe a la propia necrosis o a las complicaciones, siendo las más frecuentes el desprendimiento de retina y la atrofia óptica. La complicación en este caso fue el edema macular quístico crónico que empeoró la AV a pesar del tratamiento.

Conclusiones: El pronóstico visual en esta entidad es nefasto a pesar de un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado. El edema macular es una complicación poco frecuente en esta patología, sin embargo, fue la principal causa de pérdida de AV en nuestro paciente.



VIRUS EPSTEIN-BARR ISOLATION IN A CASE OF SEVERE PANUVEITIS AND VASCULITIS IN A INMUNOCOMPETENT HOST

Vanessa Antonia Gerena Arévalo, Sergio Valverde Almohalla,
Nuria Valdés Sanz, Belén Sirvent López

Introduction: Isolation of Epstein-Barr virus by vitreous PCR in a case of severe panuveitis and vasculitis in an immunocompetent host, an atypical feature.

Case Report: 23-year old male with XXY trisomy and cannabis consumer, presented with a painful, red left eye with decreased vision on February 2015, visual acuity was 0.4, with intraocular pressure of 48mmHg, and normal fundal examination; empirical topical corticoid was commenced with resolution. Seven months later, the patient get worse with decreased vision, and fundal examination revealed vasculitis with vitritis, so systemic corticoid was initiated and immunological analyses were performed with normal results; 2 months later the patient did not show up. On March 2016, the patient presented with visual acuity of hand movements, exotropia, fixed dilated pupil and white cataract.

After cataract surgery, a vitrectomy was performed that revealed a post-equatorial chorioretinal scar and preretinal fibrosis in posterior pole. PCR analysis of vitreous sample was positive for Epstein-Barr virus (EBV).

The patient is receiving topical corticoid treatment and observation.

Conclusion: There are few case reports of severe panuveitis with vasculitis in an immunocompetent young adult in association with ocular EBV infection. It is important to do for clinicians to include EBV in the PCR panel of such patients to optimize diagnosis and treatment.