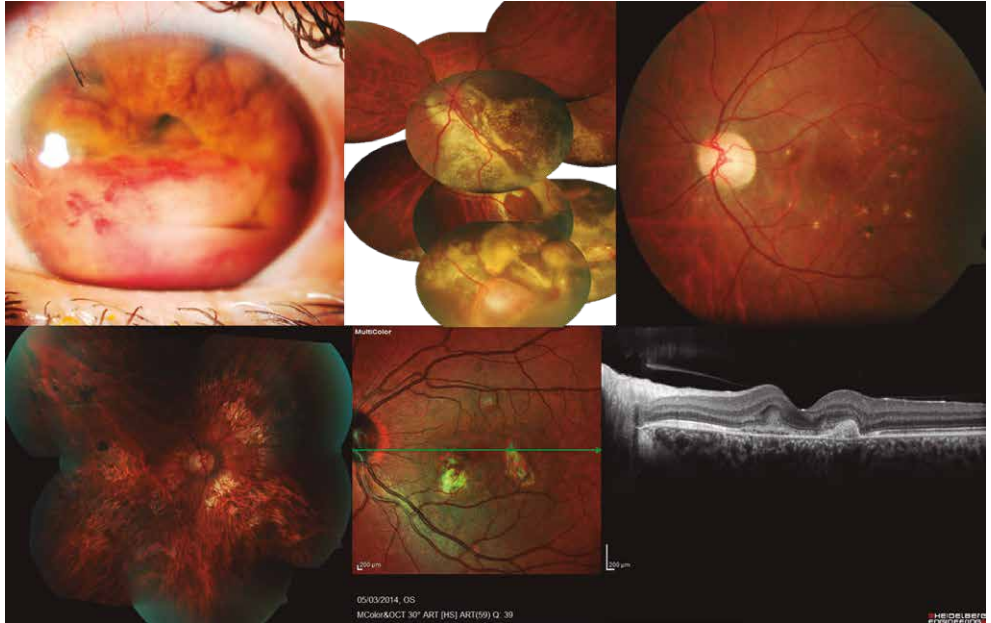


# UVEÍTIS



**29** REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

MADRID  VIERNES 26 DE FEBRERO DE 2016  
HOTEL AUDITORIUM - AV. ARAGÓN 400. 28022 MADRID

**Sedu**  
Sociedad Española de Uveítis  
e Inflamación Ocular  
**gemu**  
Grupo Español Multicéntrico de Uveítis

# LIBRO DE RESÚMENES



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL1

## GRANULOMATOUS PANUVEITIS: LATE DIAGNOSIS OF *S. EPIDERMIDIS* ENDOPHTHALMITIS

M.<sup>a</sup> Múxima Acebes García, María Casal Valiño, M.<sup>a</sup> José Crespo Carballés, Carolina Mateos Vicente

Subacute endophthalmitis is related to slightly virulent microorganisms. Because its more indolent presentation may be confused with other inflammatory processes delaying its diagnosis and treatment.

*Clinic case:* A 78 years old male that after 15 days after facoemulsification presented an anterior uveitis with a fibrinous membrane, treated with topical corticosteroids and rTPA intracameral injection, showing clinical improvement. He was admitted to the hospital due to acute infectious cholecystitis and a bladder carcinoma, starting his treatment with chemotherapy. He could not be evaluated until 4 months later presenting a granulomatous uveitis with vitritis. A diagnosis study was started including: syphilis, tuberculosis, sarcoidosis, endophthalmitis and masquerade syndrome. The studies were negative except for a positive culture of aqueous humor sample for *S. epidermidis*. He was treated with intravitreal injection of antibiotics, but suffered a pneumonia and was not reevaluated until 2 months later when he received a second intravitreal injection with the resolution of the process.

*Conclusion:* Subacute endophthalmitis are less common and the microorganisms are less virulent. It can appear as an insidious and recurrent anterior granulomatous uveitis that initially responds to corticosteroids. *S. epidermidis* endophthalmitis characteristically presents an associated vitritis that helps to differentiate it from other types of inflammations related to cataract surgery.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL2

## SCLERITIS IN A PATIENT WITH RHEUMATOID ARTHRITIS: HOW TO ADJUST THE TREATMENT?

Jacqueline Agustino Rodríguez, Pedro Rocha Cabrera, Virginia Lozano López, M.<sup>a</sup> José Losada Castillo

There is an association between scleritis and Rheumatoid Arthritis (RA) in 10-18%.

*Case report:* A 45-year-old female with personal history of hypertension, diabetes mellitus II, hyperthyroidism, RA (2010, treated with methotrexate (MTX)), exotropia right eye (OD) and amblyopia OD. She has acute unilateral recurrent scleritis. In 2010 the systemic study confirms RA with positive rheumatoid factor and anti citrullinated antibodies. In 2012 she came to our department further controlling the scleritis with corticosteroids and increasing the dose of MTX. Then, she had an episcleritis outbreak treated with low dose of corticosteroids and cyclosporine A. No clear clinical improvement and we switched to cyclophosphamide with a good outcome. In 2013 she had recurrence treated with subtenonian and oral corticosteroids. At 2014 she presents an episcleritis and cystic macular edema (CME) treated with oral and subtenonian corticosteroids and cyclosporine A. At that moment, biological therapy with Rituximab was established for a better control of the inflammatory condition. That was followed by a worsened of CME and papillophlebitis OD, treated with a dexamethasone intravitreal implant with good response to date.

In general terms, uveitis management is difficult. Thus, it is essential to individualize treatment. However, we may find some basic principles for our management as: zero tolerance to inflammation, being faithful to a therapeutic algorithm and timely and correct dose.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL3

## COEXISTENCE OF BEHÇET'S DISEASE AND ANKYLOSING SPONDYLITIS

Jacqueline Agustino Rodríguez, Pedro Rocha Cabrera, Virginia Lozano López, M.<sup>a</sup> José Losada Castillo

Behçet's disease (BD) is chronic inflammatory systemic condition. Ankylosing spondylitis (AS) is a chronic inflammatory disease of the axial skeleton. Although BD and AS coexistence is a rare entity, the number of cases reports has been increasing.

*Case report:* A 41-year-old female patient with a personal history of AS (HLA B27+) came to our department. She had single kidney (nephrectomy). Normal ophthalmologic exploration till February 2004 when she developed an anterior uveitis (AU) right eye (OD), and a recurrence of AU left eye (OS) in June. Pelvis radiography (2004) revealed stage 3 sacroiliitis. In December 2014 she had a recurrence of AU in OS, and started treatment with methotrexate (MTX) for 4 weeks. In January 2015, the patient described recurrent oral aphtae, genital ulcers, and erythema nodosum like lesions involving both legs. In March she developed retinopathy in OS, that was treated with topic and oral corticosteroids. The systemic study revealed HLA B51 positivity. The patient was diagnosed as BD based on International Study Group criteria. Then start treatment with adalimumab with a good outcome to date.

TNF antagonists are highly effective in patients with active AS. Acute or chronic episodes of AU have been successfully treated with infliximab, whereas etanercept was mostly ineffective. Adalimumab effectively reduces the rate of AU flares in patients with active AS, including patients with recently symptomatic AU and patients with chronic uveitis.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL4

## PANUVEITIS SECONDARY TO COXIELLA BURNETTI

Sofía Ajamil Rodanes, José M.<sup>a</sup> Herreras Cantalapiedra

*Introduction:* Ophthalmic manifestations of coxiella burnetti infection are rare. The most commonly described is bilateral optic neuritis. We describe the case of a woman who presented with bilateral panuveitis.

*Case report:* A 22-year-old female farmer presented with a five month history of loss of vision in her left eye (LE). On initial examination, her visual acuity was 20/20 in the right eye (RE) and 20/40 in the LE. Slit-lamp examination in LE was normal. Fundus examination showed vitritis, macular edema and vasculitis in both eyes. Further analyses were only positive for IgM titers for Coxiella Burnetti.

As a result, the patient was treated with doxycycline 100 mg every 12 hours for 3 weeks. One year later the patient was stable with Predforte<sup>®</sup> 4 times a day and Nevanac<sup>®</sup> 3 times a day. 6 months later, the patient presented with further loss of vision with vitreous opacities, a focus of retinitis in LE and retinal vasculitis along the inferior temporal vessels. A blood sample revealed the presence of positive IgG coxiella phase II. Treatment with azathioprine 50 mg a day and prednisolone 20 mg a day was started. After 9 months without response to azathioprine 150 mg a day and high dose steroids, the visual acuity dropped to 20/40 in RE and 20/200 In LE. She has been controlled with infliximab 5mg/kg/day every 8 weeks.

*Conclusions:* C. burnetti should be added to the list of pathogens responsible of intraocular inflammation by an infective and/or immune mechanism.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL5

## QUERATITIS ULCERATIVA PERIFÉRICA BILATERAL EN PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE: TRATAMIENTO CON INFILIXIMAB

Vicente Aldasoro Cáceres, Olga Maíz Alonso, Ana Carmen Blanco Esteban

*Introducción:* La queratitis ulcerativa periférica (PUK) en pacientes con Artritis Reumatoide (AR) es una patología poco común. En este caso clínico se pone de manifiesto que la actividad ocular no siempre se relaciona con la actividad articular y/o analítica, su complejo manejo y las posibles complicaciones derivadas del mismo.

*Caso clínico:* Paciente de 46 años diagnosticada de AR seropositiva (FR y CCP positivos) en el año 2006 con buen control global. Estando estable articular y analíticamente, en el año 2013 comenzó con dolor, hiperemia conjuntival, prurito y visión borrosa bilateral siendo diagnosticada de PUK.

Comenzó tratamiento tópico y oral con esteroides y se intensificó el tratamiento con metotrexate subcutáneo a dosis de 20 mg semanales. Ante la escasa respuesta se inició tratamiento con infliximab con gran mejoría.

Durante el tratamiento con infliximab tuvo clínica de fiebre, tos y disnea. Se ingresó para estudio y se constató viraje del quantiferon y desarrollo de probable tuberculosis ganglionar (TBC) mediante TAC, dado que la punción transbronquial fue negativa para TBC. Fue tratada con tuberculostáticos.

Una vez controlada la TBC se reinició infliximab con buen control global.

*Discusión:* La PUK es una patología rara pero a tener en cuenta en los pacientes con AR. En la mayoría de los casos el tratamiento de fondo debe ser intensificado; en este sentido deben considerarse los tratamientos biológicos por su eficacia y efecto rápido de acción.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL6

## SÍFILIS OCULAR: «LA GRAN IMITADORA»

Jorge Aldunate Page, Laura Bernal Montesdeoca, Melani Rodríguez Falcón,  
Gloria Cejas Mármol

*Introducción:* Las manifestaciones, sistémicas y oculares, de la sífilis son tan diversas que se ha ganado el pseudónimo de «gran imitadora». La afectación ocular por sífilis es infrecuente, aunque su incidencia ha aumentado recientemente. Sus consecuencias, sin tratamiento, son a menudo graves para la visión.

*Caso clínico:* Varón de 33 años homosexual, consulta por cuadro de 15 días en ojo derecho (OD), de dolor y ojo rojo, agregándose hace 2 días, fotofobia y visión borrosa. En los últimos 8 meses a consultado por decaimiento, varices, alopecia generalizada, y lesiones cutáneas atípicas. Al nivel ocular presenta panuveítis y coriorretinitis sífilitica aguda placoide posterior en OD, extendiéndose rápidamente la lesión, hacia la macula y afectando la visión. Sospecha inicial: Infección de transmisión sexual. Serología: VDRL 1/32 y FTAabs +; Manejo: Inicio precoz de penicilina IM y EV y Prednisona VO 72h más tarde. Evolución: Mejoría inmediata, deteniéndose la progresión y preservándose parcialmente la visión del paciente.

*Conclusión:* Las diversas manifestaciones sistémicas y oculares de la sífilis, imitan un gran número de enfermedades, lo que puede retrasar su diagnóstico. Debemos mantener un alto grado de sospecha y buscar activamente evidencias de esta infección con pruebas serológicas, ya que responde espectacularmente a la penicilina, cambiando dramáticamente el pronóstico visual si se el tratamiento inicia de forma precoz.





# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL7

## OCT ANGIOGRAPHY FINDINGS IN SERPIGINOUS CHOROIDITIS

Guillem Alonso Egea, Antonio Segura García, Carme Macia Badia, Andrea Llovet Rausell

*Introduction and purpose:* OCT Angiography is a rising technology that provides non-invasive fast scans of the retinal and choroidal vasculature. A case report of Serpiginous choroiditis is presented to highlight the value of this tool to characterize retinal blood flow and detect ischemia.

*Case report:* 50-year-old woman with history of Serpiginous choroiditis, free of activity since 2004. Presented to the emergency with blurred vision and central scotoma in OS. BCVA 0.7/0.2. Fundus examination revealed multiple areas of activity in OS and 1 in OD. Fundus autofluorescence (FAF) showed hypofluorescent areas with hyperfluorescent borders corresponding to the new lesions found. 60 mg/24 h Oral prednisone was prescribed. Further tests were requested in order to start immunosuppressive therapy. Follow-up: In the next visits (1-2 and 4 weeks), the patient referred certain improvement of the symptoms. BCVA reestablished at 0.7/0.4. Fundus and Autofluorescence were similar. Oral prednisone was lowered weekly. Requested tests were (-) and Oral Azathioprine was started (50 mg/ 12h).

OCT Angiography shows an ischemic area in the choriocapillaris corresponding to the active zone in the FAF.

*Discussion:* Recurrence In Serpiginous choroiditis can occur after more than 10 years. Follow-up must be maintained. OCT Angiography is sensible to detect ischemic areas in the choriocapillaris and precise to delimit the extension of lesions. Further studies are needed to evaluate this new tool.





# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL8

## NEUROSYPHILIS PRESENTING WITH BILATERAL PAPILLEDEMA AND BLURRED VISION IN AN IMMUNOCOMPETENT PATIENT

Mirian Ara Gabarre

A 48-year-old woman presented with a 3-week history of blurred vision in her right eye (RE) and mouth aphthae. The visual disturbance persisted and led to her referral to our ophthalmology department where she was found to have bilateral papilledema. During this period, she felt unwell with conjunctivitis, episodes of fever, malaise, and an exanthema on the trunk improved with oral antihistamines and topic corticosteroids. She developed asthenia and arthralgias. There were no other abnormal signs on full examination of other systems. A Humphrey 30-2 visual field testing showed an enlarged blind spot and superior scotoma in the RE and arciform defects in both eyes. Optical coherence tomography revealed inflammation of the optic nerve head. Cerebral imaging studies were normal. Rapid Plasma Reagin (RPR) was reactive (titre 1:16). Treponema Pallidum Haemoagglutination Assay (TPHA) was also reactive. Cerebrospinal fluid (CSF) analysis revealed: a slightly elevated CSF pressure at 25 cm of CFS, protein 58 mg per dl, glucose 64 mg per dl, cells 18 per high power field (predominantly lymphocytes). The VDRL on the CSF was positive. HIV testing was negative. She was treated with intravenous penicillin G, 4 mega-units 6 hourly for 14 days, with a very good response. She recovered and remains symptom free at about 1 year.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL9

## **BILATERAL RETINAL PHLEBITIS WITH VITRITIS AS AN ATYPICAL PRESENTATION OF CAT-SCRATCH DISEASE**

Mirian Ara Gabarre, Laura Jiménez Lasanta, M.<sup>a</sup> Rosa Burdeus Gómez

*Purpose:* To report the clinical case of a man with atypical ophthalmic manifestations of cat-scratch disease, including an extensive retinal phlebitis with vitritis.

*Case report:* A 68-year-old man presented with a 3-day history of decreased vision in both eyes (OU). The patient reported having contact with cats and he also had a red papule on his chest. Visual acuity was finger counting at one meter in OU. Ocular examination was notable for generalized retinal phlebitis and macular star in each eye, and for vitritis in the right eye (RE). There was no evidence of anterior chamber inflammation, and the optic disk was normal bilaterally. Optical Coherence Tomography revealed bilateral neurosensory detachment with cystoid macular edema. Fluorescein angiography revealed progressive leakage and late staining of the veins. Topical prednisolone acetate 1% four times daily was prescribed. Anti-B.henselae serum antibody titers were positive at 1:64, and the patient was treated with doxycycline 100 mg and rifampicin 300 mg twice daily for 6 weeks for presumed B.henselae infection.

Cystoid macular edema improved and visual acuity returned to 0.5 in RE and 0.3 in left eye. An anti-B.henselae serum antibody titer taken 2 months after presentation revealed an increase to 1:256.

*Conclusions:* Rising anti-B.henselae serum antibody titers confirmed the diagnosis. This case exemplifies the diversity of ocular manifestations of this disease.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL10

## DIFFUSE CHOROIDAL THICKENING AS FIRST LYMPHOMA MANIFESTATIO

Rafael Araujo Miranda Villaverde Lopes, Jorge Mataix Boronat, Mikhail Hernández Díaz, Juan Dabot

Choroidal thickening may be a signal of multiple ocular and systemic disorders, making a good differential diagnosis is crucial to avoid unnecessary aggressive therapies and guarantee an acceptable ocular and vital prognosis.

50 years old women with progressive left eye visual loss of two months. No remarkable past medical history was report. At clinical examination presents BCVA of 1 in right and 0.9 in left eye, no pathological finds in anterior pole and a diffuse thickening of posterior pole associated with a brownish lesion in the upper temporal retina. Ultrasonography and MRI confirms diffuse choroidal thickening (of about 3mm) and a T1 hypointensive melanoma-like lesion, and discards extraocular affectation, as well as body CT does.

A diagnostic 23G vitrectomy was performed and a transretinal biopsy was taken for further examination, that finally reported a well differentiated lymphocytic proliferation, positive to CD20, CD43 and CD5, presenting a Ki67 of 5%, with a final diagnosis of primary uveal reactive lymphocytic hyperplasia.

Oral prednisolone in descendent doses was the chosen therapy, observing a partial regression of choroidal thickening after 2 months. The BCVA of left eye is 0.65, we are now waiting for further evaluation to consider adjuvant therapy.

Even though lymphomas may be bad prognosis malignances, the primary uveal reactive lymphocytic hyperplasia is a rare low grade B-lymphoma that can eventually be treated and cured with oral corticoids.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL11

## **BILATERAL UVEITIS DUE TO TREATMENT WITH DABRAFENIB AND TRAMETINIB IN METASTASIC MELANOMA**

Alexandra Arrieta Los Santos, José Javier Chavarri García, Sergio Mahave Ruiz, María Chacón González

*Introduction:* We report the case of a patient treated with dabrafenib and trametinib (mitogen-activated protein kinase pathway inhibitors) for stage 4 cutaneous melanoma who developed bilateral uveitis and papillitis.

*Case report:* A 62-year-old female underwent adjuvant treatment with oral dabrafenib 100 mg b.d. and oral trametinib 2 mg o.d. for a metastasic melanoma V600E BRAF gene positive.

After an epileptic seizure the radiotherapy was suspended and the treatment with dabrafenib and trametinib was started. All metastases showed a partial response, but a dose reduction was needed by maintained pyrexia. In November the patient developed floaters in both eyes and after a few days the examination revealed anterior uveitis, vitritis and papillitis with decreased visual acuity in both eyes. A presumptive diagnosis of drug-induced inflammation was made, and it was elected to stop her treatment and treat the uveitis locally. A week after, all signs of ocular inflammation were improved.

*Discussion:* MAP kinase pathway inhibitors have been under investigation in the treatment of a number of tumour types, including melanoma. The most serious reported side effect is retinal vein occlusion and serous retinal detachment but uveitis are increasing. The mechanism behind these ocular side effects remains unclear, but it has been suggested that MAP kinase inhibition can lead to an inflammatory response with consequent breakdown of the blood-retinal barrier.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL12

## TUBERCULOUS SERPIGINOUSLIKE CHOROIDITIS

Marina Barraso Rodrigo, Kazem Mousavi, Mónica Rodríguez, Sergi Moreno

*Clinical case:* We present the case of a 37 year-old woman that complained of decreased visual acuity (VA) in both eyes. Her visual acuity was 20/32 in the right eye (RE) and counting fingers in the left eye (LE). There were no alterations in the biomicroscopy exploration and the IOP was normal in both eyes. She presented periflebitis and multiple multifocal lesions in the posterior pole and periphery of the left eye that showed a pattern of early hypofluorescence and late hyperfluorescence in the angiography. An extensive laboratory study was performed showing: negative serologies, positive lupus anticoagulant and positive gamma interferon test. The clinical case was oriented as a tuberculous serpiginouslike choroiditis (Tb-SC).

*Results:* The patient was treated with a 4-drug antituberculous therapy, oral prednisolone and folic acid. After two-months of treatment, the patient presented an improvement of her visual acuity (VA: 20/20 / 20/125), the lesions in the eye fundus of the left eye got stabilized and initiated a slight pigmentation of their edges.

*Conclusions:* Choroidal tuberculosis infection may present itself as a diffuse choroiditis that resembles serpiginous choroiditis. The etiology of Tb -SC seems to be a choroidal immunological reaction against Mycobacterium tuberculosis or a reactivation of mycobacteria in RPE cells. With the tuberculosis therapy and with immunosuppression the stabilization of the lesions can be achieved.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL13

## RETINAL VASCULITIS BY HERPESVIRUS

M.<sup>a</sup> de las Nieves Bascuñana Mas, M.<sup>a</sup> Ángeles Perea Riquelme, Miriam Pastor Montoro, M.<sup>a</sup> Paz Villegas Pérez

*Introduction:* Retinal vasculitis may cause vascular occlusion and subsequent retinal hypoperfusion with vision loss. Acute retinal necrosis is the most common presentation of retinitis by Herpes Simplex Virus (HSV), but there are other forms of presentation.

*Clinical case:* A 39 years old female came to emergency complaining of floaters in her right eye (OD). Her visual acuity (VA) was 25/60 in the RE and 50/60 in the left eye (OS). Fundus examination documented hemovitrealos that did not allow the visualization of details in the OD and a nonspecific vascular retinopathy in the OS. Fluorescein angiography showed peripheral ischemic vasculitis and proliferative vitreo-retinopathy. A systemic study was made. All results were negative except for serology: IgM positive for HSV and Cytomegalovirus. Intravenous ganciclovir was administered for a week and peripheral retinal photocoagulation was performed in both eyes (OU). This was followed by oral treatment with valganciclovir for 9 months. At follow-up, diffuse macular edema was seen in OU that was treated with one intravitreal injection of anti-VEGF. Eighteen months later VA was 6/60 in OU. Oral treatment with valganciclovir was then stopped and the patient has remained stable since.

*Conclusions:* Our patient had an ischemic vasculitis. To search for the possible etiologies and making an etiologic diagnosis is crucial to establish an early and adequate treatment.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL14

## COROIDITIS MULTIFOCAL AL INICIO DE SARCOIDOSIS

Rosa M.<sup>a</sup> Bellido Muñoz, Olga Villena Irigoyen, Lucía Echevarría Luca, Ricardo Pérez Martín

*Introducción:* La sarcoidosis es una enfermedad crónica granulomatosa de etiología desconocida, resultado de una respuesta inmune anormal. La afectación ocular varía del 20-50 % de los casos. Un 5% de las uveitis son por sarcoidosis.

*Caso clínico:* Varón de 22 años consulta por hiperemia ocular y miodesopias de 2 semanas de evolución. La agudeza visual es de la unidad, hay precipitados queráticos y tyndall 2+. La presión intraocular era de 24 en ojo derecho y 21 en ojo izquierdo. En el fondo de ojo se observan múltiples puntos de coroiditis. Tras screening serológico e inmunológico y mantoux(-) se inicia tratamiento con corticoides tópicos y sistémicos, ciclopléxico e hipotensor ocular. Los resultados reflejan ECA en sangre elevada. La TAC y PET detectan adenopatías hiliares y mediastínicas. En 2 semanas responde al tratamiento, se mantiene 6 meses con descenso gradual. A los 2 meses de suspensión del mismo hay una recidiva, la cual responde inicialmente bien al tratamiento pero tras persistencia de vitritis y bolas de nieve se inicia tratamiento con anticuerpo monoclonal.

*Conclusiones:* La sarcoidosis está muy asociada a uveitis, la afectación ocular puede ser el primer signo y síntoma. Esta uveitis puede ser silente y con agudeza visual buena. La presentación como coroiditis multifocal es más frecuente en varón joven de raza blanca. Suelen tener buena respuesta a corticoides pero cronifican por lo que hay que buscar alternativas.





# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL15

## DESPRENDIMIENTO SEROSO RETINIANO EN UNA PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Gisela Katherine Benancio Jaramillo, Isabel Izquierdo Millán, Isabel Velasco Sastre

*Introducción:* Los desprendimientos serosos pueden presentarse en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) o estar asociados al tratamiento con corticoides, generando en ocasiones cierta dificultad en el diagnóstico y tratamiento.

*Caso clínico:* Mujer de 65 años con LES de larga evolución, artropatía de Jaccoud, anemia hemolítica, serositis, necrosis aséptica de cadera izquierda e insuficiencia renal crónica. Antecedentes oculares: Vasculitis en ambos ojos (AO) en 2005 y neuropatía óptica retrobulbar ojo izquierdo (OI). En tratamiento con Enalapril 5mg/día, Eritropoyetina y Prednisona 7.5mg/día; tras aumentar la dosis de corticoides a 30 mg/día por inflamación articular refiere disminución de agudeza visual (AV) OI. Exploración: AV ojo derecho (OD): 0.5, OI: 0.16, (previa 0.3) Presión intraocular: 10 mmHg AO. Biomicroscopía: Pseudofaquia AO. Funduscopia: Papilas pálidas. Estrechez arteriolar. No vasculitis. Tomografía de Coherencia óptica (OCT): Líquido subretiniano paramacular superior OI. Diagnóstico: Desprendimiento seroso paramacular OI. Se decide disminuir dosis de corticoides. Evolución: Un mes después se aprecia mejoría de agudeza visual y disminución de líquido subretiniano OI en OCT.

*Conclusión:* La coroidopatía lúpica es una manifestación infrecuente del LES que puede requerir tratamiento corticoideo. Sin embargo, una coriorretinopatía similar puede aparecer en estos pacientes como complicación del tratamiento esteroideo, obteniendo gran mejoría del cuadro clínico al disminuir la dosis.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL16

## COROIDITIS SERPIGINOSA

Tamer Bitar Díaz, Daniele Ferrari, Marina Begoña Gorroño Echebarría, Noelia Rubio Álvarez

We report the case of a 40-year-old woman who comes to the Emergency department in May 2015 presenting blurred vision in OS. At fundus examination we observe a hypopigmented lesion in the posterior pole. On the autofluorescence we see two hyperfluorescent zones, one of them situated interiorly to the disk and another one inferior to the fovea. OCT reveals just an abnormal ellipsoid zone in the lesions. The blood analysis reveals a positive Quantiferon test, and chest radiography and sputum samples are negative for tuberculosis. A diagnosis of choroiditis in OS was reached and the patient was treated with high-dose oral corticosteroids and prophylactic oral isoniazid. During the oral steroid tapering treatment the patient remains stable throughout the monthly controls and is symptoms-free till September 2015, when she is admitted to Emergency with a VA of 0,1 in the OS. On fundus examination a reactivation of the perimacular lesion is observed. We decide to intensify the steroid treatment and begin immunosuppressive treatment with azathioprine associated to antituberculous oral treatment. The patient is still on the treatment mentioned above and remains stable with VA of 1 in OU.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL17

## DIFFUSE UNILATERAL SUBACUTE NEURORETINITIS (DUSN). ABOUT A CASE

Alberto Calvo Álvarez, Antonio Segura García, Romina Muñiz Vidal, Stephany Carrillo Cristancho

*Introduction and Objective:* Diffuse unilateral subacute neuroretinitis (DUSN) is an ocular inflammatory disease caused by different species of nematodes. Our objective is to show how challenging the diagnosis of this entity is, showing one case treated in our service.

*Methods and Materials:* We present a case treated in our service of multifocal choroiditis of unknown origin, recently oriented as a possible case of DUSN.

*Clinical case:* 37 year old male with a medical history of cutaneous larva migrans diagnosed after a trip to Senegal in 2008 who came to emergency of our hospital with a 3 week duration right eye vision loss. The case was oriented as a multifocal choroiditis and first treated with oral prednisone in a dosage of 60 mg per day with good response and progressive reduction in the dosage with a maintenance dose of 5mg per day. Subretinal neovascular membrane was diagnosed with fluoresceinic angiography images and treated with 3 monthly bevacizumab intravitreal injections with posterior stability of the membrane. All analitic studies, including multiple serologies, inmunóferon and PPD, were negative. Radiology studies were also normal.

Recently the patient told us the previous diagnosis of cutaneous larva migrans and we included it in our different diagnosis and started Albendazol therapy.

*Conclusions:* It requires a high level of suspicion and performing a deep medical history to diagnose this entity and starting treatment before it has permanent aftermath.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL18

## **NOD-2 ASSOCIATED UVEITIS: SARCOIDOSIS VS. CROHN'S DISEASE**

Belén Cañizares Baos, Inés Yago Ugarte, Pablo Mesa del Castillo Bermejo, José M.<sup>a</sup> Marín Sánchez

*Introduction:* NOD2 gene is involved in the immune response due to its ability to recognize certain components of the bacterial wall. Its dysregulation has been linked to the onset of certain granulomatous diseases such as Blau Syndrome (BS) or Cohn's disease (CD). Recent studies confirm NOD2 association with the occurrence of uveitis in BS and CD.

*Case report:* A healthy 7-year-old Caucasian female presented with vision loss and red painful eyes of 2 weeks. Her visual acuity (VA) was 0.8/0.8. Slit lamp examination revealed an anterior granulomatous uveitis with iridocorneal vascularized nodules in both eyes (BE). Funduscopy showed moderate vitritis, optic disc (OD) edema and periphlebitis in BE. Small punched-out chorioidal scars could be seen in midperiphery of the left eye. OCT examination confirmed OD elevation and a subfoveal neurosensory detachment. Bilateral leakage from the OD and small peripheral retinal vessels was evident on fluorescein angiography.

Infectious disease were ruled out so systemic treatment was initiated with prednisone, methotrexate and adalimumab. Suspecting BS, NOD2 gene sequencing was requested and it was positive for a mutation associated with CD (R702W). Elevated levels of calprotectin were detected without pathologic involvement in colonoscopy.

*Conclusions:* A single amino acid change in NOD2 can lead to different chronic granulomatous diseases. Mutation in NOD2 is associated with BS and CD and both entities tend to simulate each other. In our case, we have a patient with panuveitis attributable to an early onset sarcoidosis whose study led us to a probable diagnosis of CD.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL19

## EVOLUCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE UNA EPITELIOPATÍA ATÍPICA

Isabel Caral Vanaclocha, Alicia Traveset Maeso, Antonio Segura García, Guillem Ferreruela Sanfeliu

Se presenta el caso clínico de una mujer de 55 años con antecedentes de talasemia menor, que consulta por pérdida visual bilateral de 15 días de evolución. Refiere viaje a Miami hace 1 mes, donde presentó un cuadro pseudogripal que fue tratado con antibioterapia oral con mejoría sintomática. En la exploración oftalmológica se objetiva una AV OD de 0.05 y 0.3 en OI con celularidad leve en cámara anterior. En la exploración fundoscópica presenta vitritis leve, con alteración coroidea y del epitelio pigmentario macular y con discreto envainamiento vascular periférico. El OCT objetiva desprendimiento neurosensorial macular inicial, que en el curso evolutivo se sustituye por irregularidad del EPR. Se realiza estudio sistémico completo que resulta normal a excepción de serología IgG+ a CMV y Epstein-Barr, y de IgM+ para borrelia burgdorferi descartada tras estudio confirmatorio negativo. Se procede a tratamiento oral con corticoides sin mejoría clínica. Tras 8 meses del cuadro ocular, acude por cuadro neurológico compatible con accidente vascular cerebral. El estudio serológico del LCR en la punción lumbar resulta+ para borrelia burgdorferi con westernblot+. La enfermedad de Lyme es una infección bacteriana multisistémica causada por la espiroqueta Borrelia burgdorferi, cuyo diagnóstico puede resultar difícil con los test microbiológicos actuales. La afectación bilateral en forma de epiteliopatía localizada con afectación macular no es común, y se presenta como una forma de afectación de mal pronóstico.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL20

## **CEREBRAL AUTOSOMAL DOMINANT ARTERIOPATHY WITH SUBCORTICAL INFARCTS AND LEUKOENCEPHALOPATHY (CADASIL) WITH RETINAL VASCULITIS: A CASE REPORT**

Stephany Carrillo Cristancho, Alberto Calvo Álvarez, Antonio Segura García, José García Arumi

CADASIL is a hereditary microangiopathy caused by Notch3 mutations. It often presents with history of migraine with aura, dementia and strokes. Its visual system involvement includes impairment of both afferent and efferent visual pathways, eye movement abnormalities, and retinal microvascular changes such as arteriolar narrowing and arteriovenous nicking; however, retinal vasculitis has not been described.

A 51 years old man presented with a medical history of migraine with aura, motor deficits, and memory alteration. He was first diagnosed of multiple sclerosis (MS) at age 30 because of facial paresthesias, paroxystic dysarthria and positive oligoclonal bands. He complained of floaters, his vision was preserved, and his posterior pole had subtle vasculature changes, although retinal vasculitis with sheathing of retinal vessels were seen in the periphery. This findings were concordant with MS vasculitis. Nevertheless, his Brain CT and MRI images repeatedly showed progressive ischemic demyelinating lesions mainly periventricular and in deep white matter. Therefore CADASIL was considered and biopsy was made, finding a C379R Exon 7 Notch 3 Gene mutation, which confirmed the diagnosis.

This case shows vessel sheathing in peripheral retina with ischemia that can simulate MS vasculitis; however, this patient has clinical and genetic diagnose of CADASIL; therefore, retinal vasculitis should be added to the ophthalmological manifestations of this illness. With the appropriate anamnesis, brain images findings, and genetic studies, ophthalmologists can achieve this diagnose.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL21

## UAA BILATERAL ASOCIADA A SÍNDROME SAPHO

Beatriz Castaño Martín, Noelia Rubio Álvarez, Eduardo Nicolás Vleming Pinilla, Beatriz Muñoz Gutiérrez

*Objetivo:* Presentar un caso clínico de síndrome SAPHO con clínica oftalmológica.

*Caso clínico:* Mujer de 35 años que acude a urgencias por OI rojo en 2010 y es diagnosticada de UAA. Resto de la exploración oftalmológica normal. La paciente asocia edema de tobillo sin dolor. Como antecedentes personales destacan hipotiroidismo, espondiloartropatía crónica y episodios de UAA en Rumanía.

*Resultado:* Se remite a Reumatología para valoración sistémica con resultados de HLA-B27+ y serología de VHB curada, resto negativo incluyendo mantoux.

Un año después presenta episodio de UAA bilateral. En los 4 meses posteriores aparecen lesiones pustulosas palmares e hidrosadenitis supurativa. En Dermatología es diagnosticada como Síndrome SAPHO.

Nuevamente presenta 3 brotes alternantes de UAA en AO en 2014, se decide tratamiento con anti-TNF (Golimumab) y en la actualidad se mantiene asintomática.

*Conclusión:* En el síndrome SAPHO la afectación ocular es poco frecuente aunque se han publicado casos de uveítis anterior aguda, queratitis, proptosis y edema macular, con mayor frecuencia en pacientes con hidrosadenitis. El tratamiento son AINES, corticoides y en casos refractarios inmunomoduladores. La paciente presenta pustulosis palmar, hidrosadenitis y afectación osteoarticular como síndrome SAPHO, generalmente desconocido para los oftalmólogos, puede cursar con manifestaciones oculares, por ello son importantes una buena historia clínica, exploración sistémica y manejo multidisciplinar.





# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL22

## RETINOPATÍA PURTSCHER LIKE ASOCIADA A FALLO RENAL AGUDO

Manuel Alberto Castilla Martino, Antonio Moruno Rodríguez, José Luis Sánchez Vicente, Trinidad Rueda Rueda

*Introducción:* La retinopatía Purtscher like (RPL) es una vasculopatía vasooclusiva hemorrágica retiniana en un contexto sistémico no traumático.

*Caso clínico:* Mujer de 61 años comienza con disminución de agudeza visual (AV) ambos ojos. Diagnosticada inicialmente de retinitis herpética (RH), es ingresada para tratamiento con Aciclovir sistémico (AS). Tras el ingreso cuadro de gastroenteritis aguda, fiebre de 38,5 grados y fracaso renal agudo (FRA). En la analítica básica, anemia, trombocitopenia, aumento reactantes de fase aguda y fosfatasa alcalina. Sin lesiones dérmicas ni artropatía inflamatoria asociada. La AV era de movimientos de manos (MM) en el OD y 0,6 en el OI. No se detectó actividad inflamatoria en polo anterior. La presión intraocular (PIO) fue normal en ambos ojos (AO). En el fondo de ojo encontramos múltiples exudados algodinosos en polo posterior, arrosariamiento vascular y hemorragias en arcadas en AO, junto con zonas de isquemia retiniana parcheada. Se inició tratamiento con corticoides sistémicos pauta descendente. Tras 2 meses en ojo derecho, el cuadro de isquemia persiste desencadenando glaucoma neovascular (GN).

*Resultados:* Las características de las lesiones en FO, hacen difícil el diagnóstico diferencial con la retinitis inflamatorias y cuadros vasculares puros. La no respuesta al tratamiento con AS y el cuadro sistémico claves para el diagnóstico en el caso. Pronóstico visual favorable, salvo si grandes zonas de isquemia.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL23

## **BARTONELLA HENSELAE: NEURORETINITIS AND INTERMEDIATE UVEITIS, WITHOUT NEUROLOGICAL INVOLVEMENT**

Juan Carlos Cortés Quiroz, Camilo Álvarez Pineda, Javier Alejandro Salinas López, José Juan Mondéjar García

*Introduction:* Neuroretinitis by *Bartonella henselae* (in context with Cat Scratch Disease), is characterized by papilitis and hard exudates in the macula. Intermediate uveitis may compromise peripheral retina, anterior vitreous and pars plana. It affects youth under 16 (18-33%). In the posterior segment found vitreous opacities (snowballs) and inflammatory exudates on the basis of the vitreous, peripheral retina and pars plana (snowbanks).

*Case report:* Female 17 years, in contact with cats, refers 5 months with floaters and blurred vision in the right eye (VRE), with initial clinic flu-like symptoms. VRE 0,5 with tyndall (2+) and old retrokeratic precipitates, anterior vitritis, precipitates in vitreous base (snowballs) and sectorial papilitis. OCT (optic nerve RE): papilledema. High levels of IgG for *B. henselae* was obtained. Azithromycin and Prednisone was initiated. Cranial MRI was requested and reported no orbital changes. After 3 weeks, VRE was 0,9 showing less vitritis, minimal persistence of snowballs and progressive reduction of papilledema.

*Conclusion:* Neuroretinitis and intermediate uveitis by *Bartonella* threaten vision and justifies early diagnosis and specific therapy, to prevent vision loss and eye complications. In immunocompetent, ocular involvement is self-limiting with benign course, requiring antibiotic treatment with Azithromycin (4 weeks) to accelerate visual recovery and prevent recurrences. Control of intraocular inflammatory process should be conducted.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL24

## A NEW APPROACH TREATMENT FOR ACUTE RETINAL NECROSIS BY VARICELLA ZOSTER VIRUS IN IMMUNOCOMPETENT PATIENT

Alejandro Dávila Flores, Henar Heras Mulero, Patricia Fanlo Mateo, Esther Compains Silva

*Background:* Acute retinal necrosis (ARN) is caused by a viral infection primarily by the varicella zoster virus (VZV), followed by the herpes simplex virus (HSV) commonly affects immunocompetent healthy persons between the 4th and 7th decade of life. It presents a clinical syndrome characterized by vitritis, occlusive vasculitis, and progressive peripheral retinal necrosis.

*Case:* 37-years-old immunocompetent patient presented an acute anterior uveitis, quickly progresses to an ARN. In the aqueous humour PCR for VZV was positive. Treatment included intravitreal ganciclovir, IV acyclovir and prophylactic argon laser. The patient received 8 intravitreal ganciclovir injection (0.2 mg/0,1 ml) in five weeks until the aqueous PCR where negative. IV Acyclovir 5 mg/kg/8 h 14 days was followed by oral Valaciclovir 1 g/8 h for 4 months. Initially good results were achieved with a complete remission and BVA of 0,8.

In late phase develop mild macular edema and epirretinal membrane. Five months later presented a retinal detachment treated with cerclage, vitrectomy and silicone oil tamponade with a BVA of 0,4

*Conclusions:* Treatment with. IV Acyclovir 5 mgr/kg/8h for 14 days associated with intense intravitreal management and prophylactic retinal photocoagulation may be a good therapeutic option. Serial PCR of aqueous humour is a useful tool to tell when to stop intravitreal treatment. Despite of good response to treatment and good visual acuity, late retinal detachment can occur.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL25

## PROLIFERACIÓN UVEAL MELANOCÍTICA DIFUSA BILATERAL SIN EVIDENCIA DE NEOPLASIA CAUSANTE: DILEMA DIAGNÓSTICO

Pablo de Arriba Palomero, Diego Ruiz Casas

*Introducción:* La proliferación uveal melanocítica difusa bilateral (bilateral diffuse uveal melanocytic proliferation o BDUMP) es una rara alteración de causa paraneoplásica. Se caracteriza por una proliferación melanocítica uveal con destrucción de la retina externa y del epitelio pigmentario. Tiene un mal pronóstico visual y una alta mortalidad por el origen tumoral del cuadro.

*Caso:* Un varón sano de 55 años acudió con un desprendimiento bulloso completo de retina en el ojo derecho, siendo intervenido de vitrectomía con tamponamiento de aceite de silicona. En el postoperatorio se descubrieron en ambos ojos la presencia de nódulos amelanóticos en el polo posterior y engrosamiento corioideo en OCT. La AGF mostró una hiperfluorescencia tardía. No se encontraron alteraciones en las pruebas complementarias que explicasen la alteración sistémica ni se encontró una neoplasia oculta, por lo que se decidió tomar una biopsia coriorretiniana mediante vitrectomía. En la histología se encontró una proliferación de células melánicas, compatible con el diagnóstico de BDUMP. El paciente ha seguido revisiones durante 20 meses sin haber encontrado ninguna neoplasia que explique el cuadro.

*Conclusión:* A pesar de que el paciente presenta todos los signos típicos de la enfermedad y existe una confirmación histológica, el curso clínico es atípico. La visión permanece estable y el paciente está sano y sin neoplasia oculta después de 20 meses de inicio del cuadro.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL26

## UVEÍTIS ANTERIOR HIPERTENSIVA Y PAPILITIS EN PACIENTE VIH

Rosa Soledad Díaz García, María Julia Martínez, Eduardo Nicolás Vleming Pinilla, Tamer Bitar Díaz

*Introducción:* La infección por virus herpes se asocia a uveítis anterior aguda típicamente hipertensiva pudiendo afectar a prácticamente cualquier estructura ocular. Se han descrito casos de arteritis de células gigantes asociada a virus de esta familia.

*Caso clínico:* Varón de 53 años VIH + bien controlado que acude por dolor y ojo rojo en ojo derecho. Se diagnostica de UAA hipertensiva, con presión intraocular OD de 28 mmHg y se trata con corticoides tópicos, brimonidina y timolol, con buena respuesta. En una revisión refiere dolor en región temporal de ambos lados desde hace 3 semanas. Presenta arterias temporales ingurgitadas, con nódulos duros y dolorosas a la palpación. La exploración sistémica es normal y presenta valores de PCR elevada. Se inicia tratamiento empírico con prednisona 50 mg. 1 mes después vuelve por disminución de AV OD de 3 días de evolución, presentando defecto pupilar aferente relativo ++ OD, pérdida de campo visual periférico y edema de papila en OD. Se inicia tratamiento empírico con valaciclovir oral 1 gramo cada 8 horas y se aumenta la dosis de corticoides.

*Resultados:* A los 3 días presenta una clara mejoría del edema papilar y de la inflamación de las arterias temporales y persiste una reducción concéntrica con defecto altitudinal en campo visual.

*Conclusiones:* La rápida y llamativa respuesta al tratamiento con valaciclovir unida al antecedente reciente de uveítis hipertensiva nos hace sospechar el origen herpético de este cuadro clínico.



## AN UNUSUAL PRESENTATION OF AUTOIMMUNE ACQUIRED HEMOPHILIA A: ANGLE-CLOSURE GLAUCOMA DUE TO HEMORRHAGIC CHOROIDAL DETACHMENT

Marta Echeverría Palacios, Henar Heras Mulero, Patricia Fanlo Mateo, Alicia Zubicoa Eneriz

*Introduction:* Hemophilia is a coagulation disorder. Autoimmune hemophilia is an unusual condition due to autoantibodies production, in adult life, that inactivate factor VIII. The principal manifestations of autoimmune hemophilia are purpura and bleeding of soft tissues. Ocular involvement has only rarely been reported.

*Case report:* A 50-year-old male was admitted with pain in the left eye. Examination of the eyes revealed an acute angle-closure glaucoma in the left eye resistant to common treatment and laser iridotomy. He was seen to have a choroidal hemorrhagic mass, which was the cause of the acute-closure angle glaucoma. Laboratory findings revealed a prolonged activated partial thromboplastin time (APPT) and a low factor VIII level with elevated inhibitory antibodies to factor VIII.

*Results:* The systemic treatment employed in this patient for his blood disease resolved the hemorrhagic ocular mass and the acute angle-closure glaucoma.

*Conclusions:* A choroidal hemorrhage can anteriorize the lens-iris diaphragm, resulting in secondary angle-closure glaucoma. The most important abnormality to be excluded in this context is choroidal or ciliary body melanoma.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL28

## OUTCOMES OF SEVERAL BIOLOGICAL THERAPY IN A CASE OF BEHÇET DISEASE WITH MACULAR OEDEMA OUTBREAKS

Suhel Elnayef, Beatriz Rodríguez Aguado, Bárbara Delas Alos

*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.

*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).

*Results:* Following the introduction of infliximab the patient had three outbreaks of CME in one year, and after replacement by adalimumab in the following year suffered two outbreaks of CMA each one treated with (Ozurdex). After changing adalimumab by tocilizumab 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 and third year tocilizumab) has not produced a decrease in the number of recurrences.





# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL29

## NEUROPATÍA ÓPTICA COMO DEBUT DE SARCOIDOSIS

Javier Martín Etcheverry Saavedra, Fernando López López

*Introducción:* Un paciente varón de 25 años sufre afectación del nervio óptico como primera manifestación de sarcoidosis

*Caso clínico:* Cuadro de visión borrosa y dolor periocular en OD de una semana de evolución. Antecedentes destacan factores de riesgo cardiovascular (obesidad, dislipemia y tabaquismo). Agudeza visual 1,00 en AO, PIO y exploración del segmento anterior eran normales. Pupilas isocóricas normoreactivas. Exploración del segmento posterior revela edema de papila en OD, exploración del OI era normal, salvo una papila de tamaño algo menor al habitual. Se realiza TAC craneal y analítica de VSG normal catalogando el cuadro como neuropatía inflamatorio. A los días disminución visual a 0,6 OD y defecto altitudinal en campo visual. Exploración ocular revela aparición de hemorragias peripapilares asociadas a edema de disco. A pesar de los bolos de corticoides intravenosos, se produce un defecto campimétrico completo y visión se reduce a contar dedos. Pruebas complementarias revelan múltiples adenopatías hiliares bilaterales y afectación pulmonar compatible con sarcoidosis estadio II (TAC torác), presencia granuloma necrotizante (Biopsia transbronquial) y ECA elevada.

*Conclusión:* La afectación primaria del nervio óptico es una forma rara de debut en sarcoidosis, pero hay que tener en cuenta esta en el diagnóstico diferencial de neuropatías idiopáticas. Importante tener presentes coexistencia de otros factores de riesgo cardiovascular y anatómicos (tamaño de papila).



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL30

## USE OF NEW ORAL ANTICOAGULANTS IN RETINAL TROMBOSIS AND ISCHEMIC OPTIC NEURITIS SECONDARY TO ANTI PHOSPHOLIPID SYNDROME (APS)

Patricia Fanlo Mateo, Henar Heras Mulero, Mariano León Rosique, Esther Compains Silva

*Objetive:* To describe 2 patients with retinal thrombosis and ischemic optic neuritis due to APS that we treat with rivaroxaban.

*Case 1:* 46 years old woman with a history of C1 inhibitor deficiency and maintained positivity for lupus anticoagulant and occasionally B1 glycoprotein antibody positivity. She was diagnosed of left anterior ischemic neuritis in an advanced stage in July 2013. 12 weeks after, antiphospholipid antibodies persisted positive. We started anticoagulation with enoxaparin but in November 2013 it was stopped for allergy. We changed to acenocumarol. In February 2015 acenocumarol was discontinued because irregular anticoagulant control (TRT 25). We started rivaroxaban 20 mg daily.

*Case 2:* 37 year old woman suffered an episode of retinal arterial thrombosis in left eye in January 2012. Lupic anticoagulant and antiglycoprotein 1 antibody were positive and persisted positive after 12 weeks. We started treatment with acenocumarol. In November 2014 he has a second episode of left retinal arterial thrombosis because of a poor control of anticoagulation (INR. 1.5, 47.2 TRT). We decided to initiate rivaroxaban 20 mg daily. Results: We decided to change the treatment with acenocumarol to rivaroxaban in our patients due to the bad control of international normalized ratio and the recurrent thrombotic event in one case.

*Conclusions:* Although rivaroxaban is not approved to the treatment of thrombosis in APS could be an an alternative.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL31

## TREATMENT OF EPISCLERITIS IN BEHÇET'S DISEASE WITH TOCILIZUMAB

Patricia Fanlo Mateo, Henar Heras Mulero, Uxo Gutierrez, Esther Compains Silva

*Objective:* To describe a case of a patient with episcleritis secondary to Behçet's disease treated with tocilizumab.

*Clinical case:* 32 years old woman diagnosed of Behçet disease with mucocutaneous, articular, neurologic and systemic involvement with pathergy test positivity, positive HLA B51 and bilateral ocular affection in form of episcleritis. Since 2010 has received different treatments. She suffered intolerance to oral and topic corticosteroids and resistance to azathioprine, methotrexate, minocycline, mofetil mycophenolate, adalimumab, infliximab, cyclosporine, alfa interferon, golimumab, cyclophosphamide, intravenous immunoglobulins and anakinra. Following the suspension of the last treatment by adverse effect the patient suffered a new flare consistent in severe episcleritis, arthritis, diarrhea, headache and hearing loss. We started treatment with tocilizumab, a drug off-label, at a dose of 8mg/kg once in a month with improvement of symptoms and episcleritis.

*Results:* IL-6 is a pleiotropic cytokine implicated in the pathogenesis of several types of non-infectious uveitis. Tocilizumab is a humanized monoclonal antibody which specifically inhibits IL-6, approved for patients with RA refractory to traditional drugs. Some cases report have described a good response in patients with BD with neurological and ocular manifestations.

*Conclusions:* Tocilizumab an anti-IL6 therapy could be an alternative treatment of ocular manifestations in Behçet's disease.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL32

## UVEITIS AS INITIAL MANIFESTATION OF SARCOIDOSIS: A CASE REPORT

Lorena Fernández Montalvo, Inmaculada López Meca, Encarnación Mengual Verdú, José Ramón Hueso Abacéns

*Introduction:* Sarcoidosis is a multisystem, granulomatous inflammatory disease of unknown origin. It can affect nearly every organ system in the body. The organs most commonly involved are the lungs, skin, eye, and lymph nodes. The eyes are affected in approximately 25% to 83% of sarcoid patients. The importance of suspecting and diagnosing ocular sarcoid cannot be understated, as it may lead to the diagnosis of a chronic systemic disease that may require appropriate systemic treatment. We report a case of atypical anterior uveitis as first manifestation of sarcoidosis without systemic involvement.

*Case report:* A 33-year-old caucasian male with personal history of diabetes, obesity and high myopia was diagnosed of sarcoidosis after two episodes of anterior uveitis and an episode of panuveitis three weeks later in the same eye.

*Discussion:* Sarcoidosis is a granulomatous inflammatory disease involving mainly the lung, extrapulmonary lymph node, skin and eyes. Isolated anterior uveitis is the most frequently seen manifestation (1). The importance of suspecting and diagnosing ocular sarcoid cannot be understated, as it may lead to the diagnosis of a chronic systemic disease that may require appropriate systemic treatment (2). In addition, coordination with other specialists (pneumologist, rheumatologist, pediatricist) may be critical in diagnosis and treatment (3,4).



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL33

## ENFERMEDAD DE HARADA

Daniele Ferrari, Tamer Bitar Díaz, Eduardo Nicolás Vleming Pinilla,  
Rosa Soledad Díaz García

We expose the case of a 31-year-old woman who comes to our service in December 2014 because of a progressive visual impairment associated to a headache. She refers no relevant neither family or medical history. In the exploration VA is 1 OD and 0,1 OS. In the fundus we observe peripapillary oedema ring in OD and great macular swelling in OS involving the optic disk. In autofluorescence there are multiple lesions in OU characterised by ill-defined borders and hyperfluorescent zones. In OCT we observe exudative serous neurosensory retinal detachments which rises up to 1000 um in OS, DNSs are septated and filled with partially dense exudate. In AFG we recognize multiple leakages in the early phases (pinpoints) which attenuate partially in the late phases. ICG indicates the same alterations. We diagnose the patient of Harada syndrome and taking in account the huge structural alteration we treat it aggressively with high dose of intravenous steroids during 3 days followed by an oral treatment. We also start an immunosuppressive treatment with azathioprine. After a few days the patient returns referring oppressive occipital headache, photophobia and bilateral hypoacusia. The ORL discards an auditory alteration and our patient discontinues azathioprine treatment because of nausea and dizziness, though she continues the tapering oral CC treatment. At the present time the VA is stable and in the fundus we observe unspecific retinal alterations such as a dotted macula shown in the AF.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL34

## RETINITIS WITH MACULAR INVOLVEMENT IN RENAL TRANSPLANT RECIPIENT

Carlota Fuente García, Esther Ciancas Fuentes, Julio José González López

*Objective:* To report a case of retinitis in an immunocompromised renal transplant recipient, with special interest in its diagnosis.

*Case report:* A 74-year-old woman, who was immunocompromised due to a renal transplant, presents with progressive vision loss on her right eye for the last month, together with dysphasia. Her past medical history is remarkable for diffuse large B-cell lymphoma in complete remission for the last 12 months. Fundusoscopic examination revealed a focus of retinitis involving her right macula, together with intraretinal hemorrhages, granular borders, Kyrieleis vasculitis and a hyperemic disc. Differential diagnosis included CMV and Toxoplasma retinitis. Therapy with intravitreal Foscarnet was started, together with oral trimethoprim sulfamethoxazole and high dose corticotherapy. Aqueous humor PCR was negative for herpesvirus and Toxoplasma. Due to the presence of other neurologic symptoms, a brain MRI was requested, revealing a lesion suggestive of a reactivation of her lymphoma in the central nervous system. A spinal tap was performed, but no lymphomatous cells were found in the CSF. Vitrectomy revealed increased levels of IL-10 (395.20 pg/mL) and an increased IL-10 to IL-6 ratio in the vitreous humor, suggestive of secondary lymphomatous dissemination in the eye.

*Conclusion:* Finding the cause of a posterior uveitis might be challenging in immunocompromised patients. A good anamnesis is of paramount importance, as it may show additional signs and symptoms that could lead to the diagnosis. Measuring vitreous interleukin levels can be useful when intraocular lymphoma is in the differential diagnosis.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL35

## UVEÍTIS SECUNDARIA A LEISHMANIA EN PACIENTE VIH+

M.<sup>a</sup> Isabel Gabarrón Herмосilla, Fredy Ruiz Aimituma, Esther Corredera Salinero, Pilar Puy Gallego

*Introducción:* La leishmaniosis es una zoonosis causada por protozoos del género *Leishmania* transmitidos por picadura del flebotomo, más comúnmente en ámbitos rurales. Puede producir tres síndromes: enfermedad cutánea, mucocutánea o visceral. La leishmaniasis ocular está raramente descrita en la literatura, siendo su patogenia aún poco clara, relacionándose con el Síndrome de reconstitución secundaria a terapia antirretroviral en pacientes VIH +.

*Caso clínico:* Paciente de 51 años de edad, VIH+, que acude por pérdida de agudeza visual de su OI de cuatro días de evolución (ambliopía severa de OD). A la exploración, se aprecian signos de uveítis anterior granulomatosa sin atrofia de iris en AO, con HTO asociada. Se inicia tratamiento con corticoides tópicos y con Aciclovir oral, por sospecha de etiología herpética. Aunque el paciente refiere mejoría subjetiva, no se consigue controlar la inflamación. Se toman muestras de humor acuoso, siendo + la PCR para VEB. Ante la falta de respuesta al tratamiento, se inicia tratamiento antileishmania, ya que el paciente presenta leishmaniasis visceral crónica. A las tres semanas, se aprecia resolución del cuadro.

*Conclusión:* La uveítis granulomatosa bilateral en pacientes VIH + con antecedentes de leishmaniasis visceral nos debe hacer sospechar leishmaniasis ocular. El inicio temprano de tratamiento sistémico es prioritario para optimizar el pronóstico. El parásito, como la reacción inmune contra él, contribuyen a la patogenia.





# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL36

## PROGRESSIVE VISUAL LOSS IN A PATIENT WITH SUSAC'S SYNDROME

Irene García del Moral, David Adrián Garza Enríquez, Martín Guerrero Mártir, José Luis García Serrano

*Introduction:* Susac's syndrome is an immune related endotheliopathy with microvascular impairment of cerebral, retinal and cochlear tissue characterized by encephalopathy, branch retinal artery occlusions and hearing loss. It is a rare disease that strikes mainly females between the ages of 20 and 40.

*Clinical case:* We present the case of a 39-year old woman hospitalized in July 2014 to study the behaviour disorder and ataxia she presented. A MRI performed revealed lesions compatible with CNS vasculitis and corpus callosum atrophy. During last year, despite of the treatment with steroids, immunosuppressive drugs and immunoglobulins, the patient has suffered progressive visual and hearing loss. She has multiple branch retinal artery occlusions in peripheral retina and posterior pole, with a visual field loss reduced to 10 and 12 central degrees in right and left eye respectively. The patient is still under immunosuppressive and anticoagulant treatment due to permanent signs of disease's activity.

*Conclusions:* In Susac's syndrome the immune system attacks the smallest blood vessels (endothelium) in the brain, retina, and inner ear, causing these vessels to become blocked.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL37

## UVEÍTIS ASOCIADA A TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE BRAF EN PACIENTE CON MELANOMA CUTÁNEO

Eva García Suárez, Cristina Fernández Miranda, Elena Díaz Peña, Fernando González González

Nuevas terapias para el melanoma cutáneo han permitido alcanzar mayor supervivencia en pacientes con mutación BRAF V600 E. Vemurafenib es efector en la vía MAPK, con papel en el desarrollo del melanoma cutáneo. Su inhibición se relaciona con la inducción de uveítis.

Presentamos un caso de uveítis bilateral de características raramente descritas en la literatura. Mujer de 58 años con melanoma cutáneo metastásico tratada con Vemurafenib desde hace 7 semanas, presenta visión borrosa asociada a ojo rojo.

AV cc 0.9 OD / 0.2 OI. Pseudofaquia bilateral. Depósitos finos endoteliales. Lesión foveal color amarillo grisácea con desprendimiento neuroretiniano foveal y engrosamiento macular bilaterales. OI Membrana Epirretiniana con pliegues. Celularidad vítrea +.

Posibilidades diagnósticas.

- Uveítis asociada o no a tratamiento.
- Retinopatía Asociada a Melanoma./ Retinopatía Viteliforme Paraneoplásica.

Control con corticoterapia tópica hasta empeoramiento.

- AV 0.4 eº 0.5 / cd 2 m.
- AFG Descompensación de la barrera hematorretiniana. Fugas multifocales en patrón moteado en toda la retina en capas profundas.

Se decide dispositivo de liberación sostenida de dexametasona, SUSPENSIÓN DE VEMURAFENIB y cirugía retiniana del ojo izquierdo. Mejoría en OCT, AFG y AV OD 0.9 hasta actualidad. Los inhibidores de BRAF pueden inducir reacciones inflamatorias en retina. Retrasar el diagnóstico puede resultar en déficit visual. Es importante la comunicación con los oncólogos para decidir la actuación.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL38

## RETINAL VASCULITIS IN PARRY-ROMBERG SYNDROME. ¿COINCIDENCE OR CAUSE?

Marta Gómez Mariscal, Verónica Sánchez Gutiérrez, Federico Peralta Iturburu, Esther Ciancas Fuentes

*Introduction:* Parry-Romberg syndrome is a rare disorder consisting of progressing facial atrophy. Posterior segment ocular involvement is rare. We present a unilateral retinal vasculitis in a woman with ipsilateral hemifacial atrophy.

*Clinical case:* a 34-year-old woman with right hemifacial atrophy complained of fixed scotoma and photopsias in her right eye for 3 days. Her visual acuity (VA) was 0'6 and 0'8 in her right (RE) and left eye (LE), respectively. Slit lamp examination showed absence of hyperemia, small whitish keratic precipitates, +0'5 anterior chamber cells and anterior vitreous cells. Funduscopic exam showed mild optic disc hyperemia, small superficial hemorrhages around the fovea and a segmented sheathing around a venous vessel in the periphery. A normal chest x-ray and a negative mantoux test were found. ANAs, rheumatoid factor, serum inflammatory markers and angiotensin converting enzyme were within normal levels. Borrelia, syphilis and acute toxoplasmosis screening were negative. No treatment was supplied. After 3 weeks, VA improved to 0'9 (RE) and 0'8 (LE). Eye exam showed absence of inflammatory cells, no signs of vasculitis and persisting keratic precipitates. Spontaneous recovery was reached.

*Conclusion:* Despite the few cases described, retinal vasculitis associated with Parry-Romberg syndrome must be considered in patients with facial atrophy and normal screening of common causes of retinal vasculitis. Spontaneous recovery may occur in mild cases.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL39

## VHL HEMANGIOBLASTOMA: ARGON LASER VS ANTI-VEGF

Karla Paola Gonzales Farro, M.<sup>a</sup> del Carmen García Sáenz, Hugo Santiago Balseira, Javier Lorenzo Fernández García

*Aim:* To present the case of a patient with Von Hippel Lindau disease that developed retinal pathology.

*Method:* Descriptive study of a clinical case: 46-year-old male with Von Hippel Lindau disease and systemic tumors was referred to ophthalmology for funduscopy. The visual acuity was 20/20 in both eyes. We found swollen with hemorrhages in both optic nerves and a peripheral nasal-superior hemangioblastoma in the left eye with bleeding. Two years later, he developed in the right eye new active vessels in papilla and macular traction as well. The VA remained 20/20.

*Results:* Argon laser was performed surrounding the peripheral lesion and we performed several Ranibizumab injections for papillary neovascularization. Lesions remained rather stable. In the right eye the hemangioblastoma kept a huge nutritious vessel with no new bleeding. In the left eye the neovascularization remained despite anti-VEGF treatment.

*Conclusions:* In Von Hippel Lindau disease, small retinal capillary hemangioblastoma can be treated with argon laser photocoagulation in most locations. Anti-VEGF treatments can be an adjuvant therapy associated with other procedures with a central location.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL40

## VITILIGO COROIDEO SECUNDARIO A ENFERMEDAD DE VOGT-KOYANAGI-HARADA

Belén Gragera Soroa, Sergio Valverde Almohalla, Rosa Gutiérrez Bonet, Iulia Oana Pana

*Introducción:* Caso clínico sobre una paciente remitida a nuestro centro por diagnóstico de melanosis coroidea con antecedentes de Enfermedad de V.K. Harada en la que tras su estudio y seguimiento se llegó al diagnóstico de vitíligo coroideo secundario a su enfermedad previa, sin vitíligo cutáneo asociado.

*Caso clínico:* Mujer de 52 años de edad, natural de Sudamérica, remitida a nuestro centro en junio 2015 por «lesiones pigmentadas uveales difusas confluentes en ojo izquierdo y lesión melanocítica única en OD». AP: psoriasis, HTA, TEP izquierdo secundario a corticoterapia sistémica tras ser diagnosticada en centro de origen de enfermedad de Harada (papilitis y DR exudativo bilateral) en 2008; pseudofaquia ambos ojos. A la exploración, AV: OD: 1.0 OI: 0.8, PIO: 14 mmHg AO, BMC: segmento anterior sin alteraciones, pseudofaquia no complicada AO. En la oftalmoscopia, se observó un fondo hipopigmentado con regiones hiperpigmentadas en ecuador y postecuatoriales. Niega síntomas sistémicos o cutáneos.

*Resultados:* Tras realización de retinografías seriadas, destaca la hipopigmentación generalizada del fondo de ojo en relación a sus rasgos «de considerable pigmentación». Se concluye como diagnóstico vitíligo coroideo bilateral secundario a enfermedad de Harada. Actualmente la paciente se encuentra en seguimiento y se halla asintomática.

*Conclusión:* En el caso de nuestra paciente, la pigmentación propia cutánea y de anejos, así como el antecedente de enfermedad de VKH en 2008 fueron claves para el diagnóstico establecido. Es importante realizar una correcta anamnesis y exploración, así como su seguimiento, para esclarecer el DD con melanosis coroideas en casos de perfil similar.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL41

## KYRIELEIS PLAQUES IN OCULAR TOXOCARIASIS: THE FIRST CASE REPORTED

Alicia Guardiola Fernández, Celia Gómez Molina, Daniel Sánchez Martínez, Inmaculada Selles Navarro

*Introduction:* Kyrieleis plaques are suspected to be an immune response to an infectious agent. It has been described in infections of the retina as toxoplasmosis, tuberculosis, syphilis, cytomegalovirus, Rickettsia conorii, herpes simplex-2 and varicella zoster virus. We report a case of ocular toxocariasis that developed Kyrieleis plaques associated to cotton wool spots between retina and posterior hyaloids.

*Case report:* 64-years-old woman with uveitis anterior with granulomatous keratic precipitates and vitritis in posterior pole with peripheral granuloma. We observed an organized vitreous band surrounding the granuloma extended to the papilla with multiple yellowish cotton wool spots over the retina and yellow-white perivascular plaques. Fundus fluorescein angiography (FFA) showed normal vessels filling and there were not dye leakage. Serology was negative for toxoplasmosis, family herpesviridae and syphilis. Mantoux and Quantiferon were positive. Due to clinical features, we suspected ocular toxocariasis. Prophylactic treatment with anti-TBC drugs for 6 months and corticosteroids showed a slow but positive response.

*Conclusion:* Kyrieleis plaques are described as an inflammation that affects only arteries. We observe involvement of both arteries and veins with the characteristics that define Kyrieleis vasculitis (intravascular dye filling and absence of leakage in FFA). The association between ocular toxocariasis and Kyrieleis plaques has not been reported previously.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL42

## BILATERAL GRANULOMATOUS UVEITIS AS A FIRST MANIFESTATION OF HODGKIN'S DISEASE

M.<sup>a</sup> Zulema Hernández Carranza, M.<sup>a</sup> de los Ángeles Ibáñez Ruiz, Ángel García Aparicio, M.<sup>a</sup> Rosa Jiménez Escribano

*Introduction:* Hodgkin's Disease (HD) has been reported to involve the eye but in most cases the HD is already diagnosed. Ocular involvement can occur by direct lymphomatous involvement, paraneoplastic vasculitic 'inflammatory' reaction, or as a result of the iatrogenic complications of therapy.

*Case report:* A 21 year-old woman presented bilateral visual impairment during the last month. Right eye's visual acuity was 0.9 without pinhole improvement, and left eye's was 0.7 and 0.9 with pinhole. On ocular examination, she showed bilateral vigorous anterior uveitis with granulomatous keratic precipitates and iris synechiae, vitritis and disc oedema. The disc oedema was confirmed on OCT. The treatment began with topical and systemic steroid, and an immunosuppressor. Within the extensive diagnostic testing, the thoracic X-ray and then the CT scan showed multiple left supraclavicular adenopathies and a mediastinal mass. The lymph node biopsy revealed nodular sclerosing Hodgkin's Lymphoma and the PET revealed supradiaphragmatic, left laterocervical, bilateral supraclavicular and superior and anterior involvement: stage II-B. Therefore, chemotherapy was administered. Optic nerve involvement was discarded by MR. Ocular inflammatory signs disappearance was achieved, although a light disc oedema persisted.

*Conclusions:* HD can affect the eye and can take place as bilateral anterior uveitis. This uveitis can anticipate HD diagnosis. Therefore, early extensive diagnostic testing is recommended.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL43

## ENFERMEDAD DE EALES: CASO CLÍNICO

Mikhail Adolfo Hernández Díaz, Rafael Araujo López, Juan Davo, Jorge Mataix

*Introducción:* La enfermedad de Eales (EE) es una vasculitis inflamatoria oclusiva idiopática de la retina periférica que afecta predominantemente a varones jóvenes. El diagnóstico es fundamentalmente por exclusión.

*Caso clínico:* Paciente varón de 39 años sin antecedentes médicos ni oftalmológicos de interés. Presenta miodesopsias y disminución progresiva de la visión no dolorosa en ojo izquierdo de varias semanas de evolución, con una AV de 0,4. La exploración del polo anterior es normal, el polo posterior presenta una condensación vítrea adherida a papila y área macular con imagen de pseudoagujero por tracción. No signos ni focos inflamatorios activos. En la angiografía se aprecia una vasculitis oclusiva con isquemia periférica de los cuatro cuadrantes. Realizamos estudio sistémico para descartar etiología infecciosa, autoinmune, estudio de hipercoagulabilidad y RMN, siendo negativo en todos los casos. Diagnosticamos EE por exclusión. El paciente acude de nuevo al año con pérdida de visión por hemovítreo, agravamiento de la isquemia y neovasos peripapilares. Realizamos panfotocoagulación de las áreas isquémicas. Actualmente estable con mejoría de visión al disminuir la adhesión vítrea macular y mejoría de su perfil.

*Conclusión:* El diagnóstico de la EE es predominantemente clínico y de exclusión, por lo que deben descartarse otras causas sistémicas y oculares de enfermedad vascular oclusiva. Es importante un tratamiento adecuado según la etapa de la enfermedad.





# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL44

## NECROSIS RETINIANA EXTERNA POR VVZ EN SIDA SIN DESPRENDIMIENTO DE RETINA ASOCIADO

Lucía Hernández Pereira, Javier Sambricio García, Paloma Cano Roviroso,  
Eugenio Pérez Blázquez

*Caso clínico:* Varón de 43 años, con cuadro de debilidad en miembros inferiores y síndrome constitucional de tres meses de evolución. Se diagnostica de una mielitis, ventriculitis y meningitis subaguda por virus de la varicela zoster en el contexto de una infección por VIH no conocida con CD4 de 9. Durante el proceso se halla una necrosis retiniana externa progresiva en ojo izquierdo.

*Exploración:* OD: AV: 0.6, exudados algodonosos en polo posterior.

OI: AV 1. Exudados algodonosos en polo posterior. Lesiones blanquecinas redondeadas en retina ecuatorial correspondientes a necrosis retiniana, confluentes en zona nasal.

*Evolución:* Tratamiento: Aciclovir sistémico y Foscarnet intravítreo semanal (tres dosis), con resolución completa de la necrosis retiniana. Permanece sin complicaciones durante 10 meses hasta la aparición de un edema macular quístico sin respuesta al trigón subtenoniano sin mejoría del perfil macular.

*Discusión:* Los pacientes con SIDA pueden desarrollar formas agresivas de retinitis necrotizantes como parte del espectro clínico de su enfermedad, la severidad de estas formas es directamente proporcional al nivel de inmunosupresión. Los pacientes con VIH y una depresión severa del recuento de linfocitos CD4 desarrollan formas severas de retinitis necrotizante por virus herpes (La necrosis retiniana externa progresiva).

En nuestro caso el paciente fue tratado con foscarnet intravítreo con muy buena evolución, quedando de manera secundaria un edema macular quístico, sin clara mejoría con la triamcinolona subtenoniana en el momento actual. El paciente no presentó durante el proceso desprendimiento de retina secundario a la necrosis retiniana, complicación más habitual en estos pacientes.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL45

## UNILATERAL OPTIC NEURITIS IN A PATIENT WITH ANKYLOSING SPONDYLITIS WITH HLA B-27 ASSOCIATED ANTERIOR UVEITIS

Ana Ibáñez Muñoz, José Javier Chavarri García, M.<sup>a</sup> Ester Lizuain Abadia, Víctor Soto Biforcós

*Introduction:* Ankylosing Spondylitis (AS), which primary affects the sacroiliac joints, spine, and entheses, is a chronic inflammatory rheumatic disorder. Acute anterior uveitis is the most common ophthalmologic involvement, whereas optic neuritis rarely coexist with AS.

*Case report:* A 38-year-old man with a 7-year-history of HLA-B27 positivity and radiographically documented sacroiliitis, complains of pain and blurred vision in his right eye for the last two days. On examination his visual acuity is 0.7 in the right eye and 0.8 in the left eye. Anterior segment examination on the right eye reveals mild anterior uveitis, and fundus examination shows optic disc oedema.

*Results:* Laboratory exam studies, serological tests and a chest x-ray are within normal limits. Humphrey visual field testing is unremarkable, but Spectral Domain Optic Coherence Tomography discloses optic disc edema in the right eye. A magnetic resonance scan of the brain and orbits fails to show enhancement of the optic nerve or evidence of central demyelination. He is commenced on topical mydriatic and steroids, and sub-Tenon's injection of triamcinolone acetonide 40 mg in the right eye. On follow-up examination, vision improves 0.9 on the right eye and the optic disc edema resolves, without ocular complications.

*Conclusion:* Optic neuritis is rarely the first symptom of AS. Careful surveying and prompt treatment is necessary to prevent complications, such as glaucoma, cataract or cystoid macular edema.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL46

## ADALIMUMAB AND INFlixIMAB AS TREATMENT OF REFRACTORY VOGT KOYANAGI HARADA

Lucía Ibares Frías, José M.<sup>a</sup> Herreras Cantalapiedra

*Objective:* To assess the efficacy and safety of adalimumab and infliximab in treating refractory Vogt Koyanagi Harada (VKH).

*Methods:* Retrospective analysis of case series of refractory VKH in which the inflammation had failed to respond to at least one Conventional Synthetic Immunosuppressive drug, and therefore were treated with biological response modifiers (BRMs) infliximab and adalimumab. The main outcomes were: visual acuity, degree of anterior and posterior chamber inflammation and immunosuppression load. The non parametric test of Wilcoxon was used to make comparisons. Statistically significant differences were considered when  $p < 0.05$ .

*Results:* There were 4 women. Treatment with infliximab was initiated at  $6.50 \pm 2.12$  and with adalimumab at  $32.40 \pm 12.81$  months from the ethiological diagnosis. Infliximab patients were studied for  $22 \pm 3.09$ , and adalimumab for  $16.50 \pm 9.4$  months. There was switching in 3 patients at  $25.67 \pm 7.76$  months from infliximab to adalimumab. The patients were treated with prednisone, cyclosporine and azathioprine prior to BRMs. Only in one patient immunomodulation was withdrawn. With infliximab; anterior and posterior chamber inflammation decreased and the mean suppression load decreased significantly. With adalimumab; Visual acuity improved, anterior and posterior chamber inflammation decreased and the mean suppression load also decreased significantly.

*Conclusions:* Adalimumab and infliximab seems to be an effective treatment for refractory-VKH.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL47

## INTRAVITREAL RITUXIMAB AS TREATMENT FOR INTRAOCULAR LYMPHOMA

Naon Kim, Karla Paola Gonzales Farro, Pablo Gili Manzanaro, M.<sup>a</sup> del Carmen García Sáenz

*Case report:* A 56-year-old woman refers visual loss in her right eye (visual acuity 0,2). As her personal history: breast B cell Non Hodgkin Lymphoma (complete remission in 2011) and autoimmune encephalitis with space occupying lesions (negative for both biopsy and cerebrospinal fluid) in 2013. At the fundus there were vitreous haze and multiple yellow subretinal lesions suggestive of intraocular lymphoma. Diagnostic 23G pars plana vitrectomy was done with no conclusive results (cytology, flow cytometry). Nevertheless, the patient was treated with a total of 4 monthly intravitreal injections of Rituximab (1 mg/0,1 mL), in order to improve her visual acuity and ocular symptoms.

*Results:* There was a complete remission of the intraocular lesions, as well as, an improvement of visual acuity (0,7). There was neither intraocular complication nor signs of toxicity during the 5 months of follow-up. Since the anatomic pathology (AP) was negative, systemic treatment was not indicated at this moment. Close clinical and radiological monitoring has followed her.

*Conclusions:* Even though in our case we didn't have the conclusive AP result of lymphoma, due to the patient's personal history we decided to treat it with intravitreal Rituximab, with excellent results. Therefore, it can be considered a good alternative for intraocular lymphoma treatment.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL48

## **CYSTOID MACULAR EDEMA IN A PATIENT WITH REITER'S SYNDROME TREATED WITH DEXAMETHASONE INTRAVITREAL IMPLANT**

M.<sup>a</sup> Ester Lizuaín Abadia, Ana Ibáñez Muñoz, Javier Chavarri García, Alexandra Arrieta Los Santos

*Introduction:* Reactive arthritis is an aseptic synovitis following localized bacterial infections in the gut or genitourinary tract. If there is associated conjunctivitis and/or uveitis and urethritis, the term Reiter's syndrome is used.

*Case report:* A 61-year-old man is admitted with an episode of urethritis. Ureaplasma positive, arthritis and conjunctivitis being diagnosed of Reiter's Syndrome. 15 days later, he complains of blurred vision in the left eye. His visual acuity is 0.9 in the right eye and 0.7 in the left eye. The slit lamp exam discloses bilateral conjunctivitis and no cells in the anterior chamber. Ophthalmoscopy reveals cystoid macular edema in the left eye.

*Results:* Fluorescein angiography shows the accumulation of fluorescein in the cystoid spaces of Henle's layer. Laboratory exams reveal positive inflammatory markers. Serological tests and a chest x-ray are within normal limits. Antigen HLA-B27 is present. OCT discloses cystoid macular edema in the left eye. He is treated with oral steroids and topical cycloplegics, corticosteroids and NSAIDs. After 1-month follow-up the cystoid macular edema remains so a dexamethasone intravitreal implant 0.7mg is used. On follow-up examination, vision is 0.8 and the cystoid macular edema has improved.

*Conclusion:* While involvement of the anterior segment of the eye in Reiter's disease is well-recognized, focal involvement of the posterior segment with macular degeneration is a rare feature of Reiter's syndrome.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL49

## AFECTACIÓN RETINIANA POR ENFERMEDAD DE BEHCET: A PROPÓSITO DE UN CASO

Gabriel Jaime Londoño Rojas, Laura Sararols Ramsay, Francisco Alba Bueno, Karim Bañon Perard

*Introducción:* La Enfermedad de Behcet (EB) es un trastorno inflamatorio complejo, recurrente y sistémico. Su etiología es desconocida, y la mayoría de sus manifestaciones son autolimitadas. El caso de los ataques oculares son una excepción.

*Caso clínico:* Hombre de 28 años originario de Europa del Este. Diagnóstico de EB de 2 años de evolución en tratamiento con corticoides sistémicos. Antecedente de coriorretinitis, vitrectomía en ojo derecho (OD) por agujero macular y pseudofaquia. En la exploración, se apreció agudeza visual (AV) en OD de 0.15 y en ojo izquierdo (OI) de 1.0. Tyndall+++ . La fundoscopia (FO) del OD mostró alteración del EPR. Se inició tratamiento con corticoides tópicos en pauta descendente (1 mes), incluyéndose azatioprina 50 mg c/12 horas.

Durante 3 meses presentó episodios de uveítis anteriores no granulomatosas en AO. Al terminar dosis de corticoides refirió episodio de pérdida súbita de visión en OI. En FO se aprecia edema retiniano peripapilar inferotemporal con hemorragias intrarretinianas, afectando la mácula. Se inició pauta de corticoides orales y aplicación de corticoide subconjuntival con recuperación total de AV a 24h. Se aumentó dosis de azatioprina y se inició tratamiento con Adalimumab. Actualmente asintomático.

*Conclusiones:* La recurrencia y gravedad de las manifestaciones oculares lleva a un número importante de pacientes a la ceguera, obligando a un tratamiento enérgico y agresivo. Debe descartarse la etiología infecciosa.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL50

## ANTERIOR UVEITIS AND ANISOCORIA FOLLOWING EYEBROWS PHOTO-EPIILATION

Fernando López López

*Introducción:* Se presenta un caso de una paciente con complicaciones oculares asociadas a depilación de cejas con luz pulsada de alta intensidad.

*Caso clínico:* Mujer de 20 años de edad que acude a nuestra consulta por dolor y anisocoria de ojo derecho de varias horas de evolución coincidiendo con una sesión de depilación de cejas con luz pulsada de alta intensidad. La exploración ocular demuestra una agudeza visual de unidad y tensión ocular de 14 mmhg en AO. Llama la atención una leve reacción en cámara anterior, con Tyndall de 1+ y leve flare en OD, junto con una anisocoria pupilar a expensas de OD. La pupilografía revela ausencia de dilatación pupilar en condiciones mesópicas y escotópicas en dicho ojo. Se administra un ciclo corto de antiinflamatorios no esteroideos, resolviéndose la inflamación local. La respuesta de la pupila a las diferentes condiciones fotópicas mejora hasta límites normales, pero persiste una leve distorsión pupilar sin consecuencias clínicas. Este tipo de complicaciones son esporádicas y han sido descritas en la mayoría de los casos asociadas al uso de láser de diodo o alejandrita, a diferencia del caso presentado.

*Conclusiones:* Es imprescindible una protección ocular adecuada durante la utilización de cualquier tipo de láser y cesar dicha actividad ante cualquier síntoma visual.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL51

## ERRORES COMETIDOS EN UN CASO DE EPITELIOPATÍA PLACOIDE PROGRESIVA

Fernando López López

*Introducción:* Se presenta el caso de una paciente con un cuadro de epitelio patía placoide progresiva y los errores cometidos en su manejo.

*Caso clínico:* Se trata de una mujer de 71 años de edad, que acude remitida a nuestra consulta con un cuadro de uveítis posterior. No se le habían realizado ninguna prueba de screening y se le pautaron 75 miligramos de prednisona/día. El cuadro se mantiene inflamatorio se controla y se mantiene estable durante un período de 7 años. En febrero de 2015, la paciente acude refiriendo alteraciones visuales, pero en aquel momento el cuadro es considerado como estable. En abril acude de nuevo, refiriendo disminución de la agudeza visual, y ahora sí se encuentran signos de actividad inflamatoria. Se realiza pruebas de screening encontrando un quantiferon positivo, por lo que se inicia tratamiento con corticoides asociado a triple terapia antituberculosa, con buena respuesta al tratamiento. Al revisar el historial de la paciente, se encuentra que las imágenes adjuntadas en la historia clínica en la visita de febrero no corresponden a dicha fecha. Por error se incorporaron imágenes de una visita previa, motivo por el cual se produce un retraso en el diagnóstico y en el tratamiento.

*Conclusión:* La epitelio patía placoide progresiva es un cuadro raro, en el que siempre hay que descartar una posible etiología tuberculosa. El estudio con pruebas de imagen es fundamental, pero hay que extremar las precauciones al incorporarlas a las historias electrónicas para evitar errores.





# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL52

## PARADOXICAL REACTION TO BIOLOGICAL AGENTS: ETANERCEPT

Alfredo Marchena Rojas, Aida Navarro Navarro, Esther M.<sup>a</sup> Lozano Ros, José Juan Martínez Toldos

*Introduction:* The use of biological agents to treat ocular inflammation is common nowadays, alone or in combination with immunosuppressive agents. However, in scientific literature are described paradoxical reactions of uveitis due to the use of such drugs.

*Case report:* 69 year-old female with rheumatoid arthritis diagnosed 30 years ago with systemic corticosteroids treatment. The patient never had episodes of ocular inflammation but she suffered multiple relapse episodes of severe joint inflammation. It was decided start treatment with Etanercept. With this biological agent the patient achieved control of the articular symptoms but had 3 episodes of anterior uveitis in one year. For this reason it was resolved to replace Etanercept with Golimumab. With this new drug she had no more episodes of anterior uveitis but had deterioration of her articular symptoms. Finally a new change was decided and the patient started with infliximab treatment.

*Results:* Currently the patient continues with infliximab monotherapy and has no new relapsed episodes of uveitis or joint inflammation in the last year.

*Conclusion:* In rheumatoid arthritis, Etanercept can cause paradoxical uveitis even if it controls articular inflammation. In these cases, we can consider different biological agents. Even in monotherapy, Infliximab may be a good therapeutic tool to control ocular and articular symptoms in these patients.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL53

## CHRONIC ANTERIOR HYPERTENSIVE UVEITIS ASSOCIATED WITH EPSTEIN BARR VIRUS AND OPTIC NEUROPATHY

Borja Maroto Rodríguez, Esther Corredera Salinero, Susana Perucho Martínez, Fredy Ruiz Aimituma

*Introducción:* Las manifestaciones oculares del Virus Epstein-Barr (VEB) son realmente infrecuentes. Vamos a describir un caso de Uveítis anterior crónica hipertensiva bilateral secundario a VEB con una neuropatía óptica secundaria.

*Caso clínico:* Mujer de 53 años ambliope profunda del OD (percepción de luz). Presenta desde 2009 una Uveítis anterior bilateral crónica hipertensiva con predominio en OI. AVL en OI 0'7-0'8. Positivo el VEB en la PCR del humor acuoso, resto del estudio negativo. Tratamiento con corticoides e hipotensores tópicos, con regular control clínico, valaciclovir seis meses y distintos inmunomoduladores sin éxito. Con azatioprina e infliximab mejor control sin resolución completa de la inflamación. En los dos últimos años refiere pérdida de visión periférica en OI. FO normal con E/P 0.3; OCT de CFN con importante pérdida de fibras nerviosas y afectación concéntrica en el campo visual. Gonioscopia: ángulo abierto grado IV, no SAP. Se confirma la neuropatía con retraso de los potenciales evocados en el NO del OI con respecto al OD.

*Conclusión:* Presenta una Uveítis crónica bilateral hipertensiva, posiblemente por VEB, con mal control farmacológico. La afectación ocular del VEB es muy infrecuente, pero puede producir todo tipo de uveítis. Existe relación entre VEB y papilitis, neuritis por Esclerosis Múltiple y Neuromielitis Óptica. Nuestro paciente no presenta DPAR, ni AK anti-NMO ni papilas glaucomatosas. Ante ¿qué tipo de neuropatía nos encontramos?



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL54

## GRANULOMATOSIS CON POLIANGEÍTIS (GPA). UNA ENTIDAD A TENER EN CUENTA EN LA OBSTRUCCIÓN DE ARTERIA CENTRAL DE LA RETINA

Elisabet Martín García, Luis M. Cacharro Moras, Fernando Cruz González, Emiliano Hernández Galilea

*Introducción:* Alrededor de un 50% de los pacientes con granulomatosis con poliangeítis (GPA) desarrollan afectación oftalmológica diversa que puede acompañarse de pérdida de visión hasta en un 8% de los casos. La obstrucción de la Arteria Central de la Retina (OACR) es un cuadro que aparece de forma excepcional en estos pacientes pudiendo manifestarse de forma uni o bilateral.

*Caso clínico:* Presentamos el caso de un varón de 78 años de edad, que acudió a urgencias por pérdida súbita e indolora de visión por su ojo derecho (OD) de un día de evolución. Como antecedentes refería hemoptisis, epistaxis, fiebre y pérdida de peso de reciente aparición que estaba siendo tratado con antibioterapia. A la exploración y examen oftalmológico, se objetivó un cuadro compatible con una OACR en su OD. La clínica, las pruebas de imagen, la biopsia renal y la autoinmunidad con un patrón de fluorescencia C-ANCA confirmó la sospecha de GPA iniciándose tratamiento inmediato con bolos de corticoides, ciclofosfamida y plasmaféresis alternada con hemodiálisis.

*Conclusión:* La OACR es una manifestación muy poco frecuente de la GPA, pero es una enfermedad grave a tener en cuenta como posible causa ante un episodio de OACR. Hay que resaltar que la vasculitis de las arterias retinianas conduce a un infarto del tejido irrigado con una pérdida de visión inmediata e irreversible por lo que se requiere un alto índice de sospecha, un abordaje multidisciplinar y un tratamiento agresivo urgente.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL55

## TRABECULITIS Y NECROSIS RETINIANA AGUDA (NRA) POR CITOMEGALOVIRUS

María Julia Martínez, Rosa Soledad Díaz García, Eduardo Nicolás Vleming Pinilla, Daniele Ferrari

*Introducción:* La retinitis por citomegalovirus (CMV) es la infección ocular más frecuente en pacientes inmunodeprimidos, tanto por SIDA como por quimioterápicos o inmunomoduladores.

*Caso clínico:* Varón de 28 años con leucemia en tratamiento quimioterápico para trasplante de medula ósea. Refiere dolor y ojo rojo OI de tres días de evolución. AVsc: AO: 1. MOI: Midriasis media arreactiva OI. MOE: normales. BMC: Hiperemia bulbar. Tyndall +/- . Gonioscopia: Sinequias 360°. PIO: OD 14mmHg OI 40mmHg. FO: Placa de necrosis retiniana perivascular inferior de bordes granulados con hemorragias intrarretinianas.

*Resultados:* Se pautó edemox cada 8 hs y valgaciclovir oral 900 mg cada 12 hs. 7 días después no presentaba dolor, los MOI y la PIO eran normales y se suspende el edemox. Se detectó una nueva placa temporal a la macula, por lo que se inyectó foscarnet intravítreo. La PCR de humor acuoso fue positiva para CMV. Se mantuvo el tratamiento sistémico y se inyectaron dos dosis más de foscarnet hasta su fallecimiento.

*Conclusión:* La retinitis por CMV es la causa más frecuente de retinitis en pacientes inmunodeprimidos. La presencia de HTO puede deberse a la presencia de sinequias anteriores, trabeculitis ó una combinación de ambas. El tratamiento de la infección puede ser suficiente para la disminución de la hipertensión ocular. El diagnóstico se basa en el aspecto oftalmoscópico, el nivel de CD4 y la respuesta al tratamiento. Si no responde realizaremos PCR de humor acuoso o vítreo.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL56

## UVEÍTIS «MASCARADA» POR LINFOMA T/NK NASAL

Ana Cristina Martínez Borrego, Lisa M.<sup>a</sup> Vizquete Rodríguez, Trinidad Rueda Rueda, José Luis Sánchez Vicente

*Introducción:* Presentamos el caso de una paciente con uveítis mascarada por linfoma T/NK nasal. Este linfoma suele ser agresivo, con pobre pronóstico. Dada su proximidad a la región ocular, puede producirse afectación a ese nivel. Son pocos los casos descritos.

*Caso clínico:* Mujer de 63 años con rinitis desde mayo 2015 en tratamiento con corticoides orales, diagnosticada en julio de uveítis anterior unilateral. Agudeza visual (AV): 0.5. Biomicroscopía: precipitados retroqueráticos gruesos con pigmento hemático. Presión intraocular (PIO): 10 mmHg. Lesiones cutáneas eritematosas sobreelevadas e hipertrofia gingival desde junio. Se instauró tratamiento con corticoides tópicos. En revisiones posteriores: disminución de AV, hipotonía, engrosamiento de la vasculatura peripapilar y vitritis. Engrosamiento de la zona esclero-coroidea en la ecografía. Recibió tratamiento corticoideo subconjuntival e intravenoso, refiriendo sólo mejoría nasal. Se diagnosticó en agosto de linfoma no Hodgkin de células T/NK nasal estadio IV-A y masa bulky que comprimía extrínsecamente la vena cava inferior. Tras quimioterapia mejoró su clínica dermatológica y oftalmológica, manteniendo la vitritis. Su estado general fue deteriorándose hasta su fallecimiento en septiembre 2015.

*Conclusiones:* Los Síndromes Mascarada representan hasta el 5% de todas las uveítis, muchas veces erróneamente diagnosticados. De diagnóstico difícil, es necesaria una alta sospecha dada la importancia del diagnóstico precoz.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL57

## PAPILLITIS AND NEUROSYPHILIS DIAGNOSIS

Carolina Mateos Vicente, M.<sup>a</sup> José Crespo Carballés, M.<sup>a</sup> Múxima Acebes  
García, José García Hinojosa

*Introduction:* In recent years there has been an increase in the diagnosis of syphilis in all its forms, along with others sexually transmitted diseases.

*Clinical case:* 38 year old male patient, HIV +, referring blurred vision on the right eye 2-4 weeks prior to admission. Initial examination showed 0.7 visual acuity, papillitis and a serous retinal detachment of the macula confirmed with OCT. Cutaneous lesions and articular symptomatology were present and there was history of high-risk sexual behaviour. The RPR was positive with a titer of 1/128 thus neurosyphilis was diagnosed. Treatment was initiated with intravenous ceftriaxona for three weeks. 6 months later visual acuity was 1.0, OCT and fundus were normalized and extraocular symptoms improved.

*Conclusions:* The syphilis ocular symptoms can be very variable and are diagnosis of neurosyphilis, serious condition that can respond well with suitable treatment. The ocular symptoms can be seen in any stage of the disease, mainly in the secondary and tertiary stages. In 70% of the cases it is associated with HIV +.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL58

## SOSPECHA DE ENFERMEDAD DE HARADA CON RESPUESTA PARCIAL A TRATAMIENTO CON TOCILIZUMAB

Neus Moreno Fabra, Esther Escrivá Pastor

*Introducción:* El síndrome de Wogt- Koyanagi- Harada es un trastorno sistémico autoinmune que afecta preferentemente a individuos pigmentados y mujeres entre 30 y 50 años. Se trata de una panuveítis granulomatosa bilateral que puede acompañarse de afectación del sistema nervioso central, alteraciones dermatológicas y auditivas. Cuando se presenta con manifestaciones oculares aisladas recibe el nombre de enfermedad de Harada. Los corticoides sistémicos son el tratamiento de elección. Pacientes con enfermedad resistente pueden asociar agentes inmunosupresores.

*Caso clínico:* Mujer de 14 años, brasileña, que presenta disminución de agudeza visua. En la funduscopia se aprecia edema macular quístico (EMQ) con puntos blancos profundos y placas de hipopigmentación periférica. La angiografía fluoresceínica (AGF) mostró puntos de hiperfluorescencia precoz en polo posterior con zonas de silencio coroideo en periferia. Se inicia tratamiento corticoesteroideo (CE) iv seguido de CE oral. Ante la falta de respuesta se asocia ciclosporina que se retira por aparición de parestesias severas, sustituyéndose por metrotexato (MTX). De nuevo, ante la escasa respuesta se decide sustituir MTX por tocilizumab, obteniendo mejoría parcial y pudiéndose así iniciar pauta descendente corticoidea.

*Conclusión:* Las terapias biológicas constituyen un avance en el tratamiento de las uveítis no infecciosas. En nuestro caso, el uso de tocilizumab ha demostrado ser una alternativa eficaz.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL59

## SÍNDROME TINU: NUESTRA EXPERIENCIA

Antonio Moruno Rodríguez, Manuel Castilla Martino, Trinidad Rueda Rueda, Rocío González León

*Introducción:* El raro Síndrome de Nefritis Túbulo Intersticial y Uveítis (TINU) cursa típicamente con uveítis de tipo anterior. Clásicamente se establece que la inflamación en ambos órganos responde a corticoterapia.

Presentamos dos casos de TINU con actividad posterior, que necesitaron terapia inmunosupresora para controlar la inflamación uveal.

*Caso clínico:* Caso 1: mujer de 39 años, diagnosticada de TINU en 1991, con numerosos brotes de iritis que ceden a tratamiento tópico. Desde el año 2010 sufre episodios recurrentes (anteriores y posteriores) que no responden a corticoterapia tópica ni oral, necesitando asociar micofenolato. En su última exploración, visiones de 0.05 en ambos ojos, miosis por sinequias, sin actividad anterior ni posterior.

Caso 2: niña de 14 años diagnosticada en 2014 de TINU, tratada con corticoterapia tópica y oral con buena respuesta renal, pero no ocular; sufre panuveítis con vitritis progresiva bilateral, hiperemia papilar y vasculitis en AFG, requiriendo uso oral de micofenolato, ciclosporina, y por último infliximab. En su última exploración, visión OD 0.7 OI 0.5, sin actividad anterior, vitritis 1+ y posibles manchas de Dalen Fuch en OI.

*Resultados:* El Síndrome TINU constituye una condición infradiagnosticada, sobre todo en pacientes sin episodio renal previo. Al contrario de lo habitualmente descrito, en los casos presentados la uveítis fue mixta y adquirió carácter crónico, requiriendo inmunosupresión. La nefritis sí respondió a corticoterapia.





# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL60

## NEURITIS ÓPTICA EN PACIENTE VIH+

Raul Navarro Gil, Ester Santos Blanco, Pere Romero Aroca, Mercè Salvat Serra

*Introducción:* El VIH es una infección que origina una deficiencia en el sistema inmunológico y que puede afectar a cualquier área del cuerpo. Se estima que entre un 69 y un 80% de las personas con VIH puede presentar en cualquier momento de su enfermedad algún tipo de afectación ocular, principalmente en la retina y en el nervio óptico. Las personas con VIH avanzado son vulnerables a infecciones oportunistas, siendo la más frecuente la infección por CMV

*Caso clínico:* Presentamos el caso de un paciente de 39 años con VIH y mal cumplimiento de la terapia antiretroviral, que presenta cefalea y dolor ocular izquierdo que describe de características compresivas. En la exploración oftalmológica presenta una AV de 1/0.8-1 y edema de papila OI con sospecha de neuritis óptica izquierda probablemente por CMV por lo que se inicio tratamiento con ganciclovir. Se cursaron diferentes serologías destacando el RPR y Ac. Antitreponema con resultados de reactivación sifilítica, por lo que se decidió tratamiento con penicilina y la realización de una punción lumbar para descartar nuerosifilis y otros patógenos.

*Conclusiones:* Algunas infecciones oportunistas pueden favorecer el desarrollo de neuritis óptica, siendo importante el averiguar la etiología para poder tratarla cuanto antes. En nuestro caso se nos planteó el diagnóstico diferencial entre neuritis por sífilis, debida a la reactivación sifilítica y neuritis por CMV dado que es la infección oportunista más frecuente en SIDA.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL61

## NEOVASCULARIZACIÓN RETINIANA EN LA SARCOIDOSIS. SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO

M.<sup>a</sup> Carmen Navarro Perea, Almudena de Pablo Cabrera, Javier García González, Eugenio Pérez Blázquez

*Introducción:* La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa multisistémica y se estima que el 20-50% presentan lesiones oculares, siendo la uveítis anterior granulomatosa la más frecuente (53-60%). En este caso el paciente desarrolló una neovascularización retiniana, la cual aparece en menos del 5% de los casos de sarcoidosis ocular.

*Caso clínico:* Varón, 36 años, en seguimiento por neumología por sarcoidosis pulmonar, remitido a consultas de oftalmología para descartar patología oftalmológica. Exploración normal, excepto: fondo de ojo izquierdo (OI): hemorragias retinianas asociadas a neovasos retinianos ecuatoriales nasales y temporales. Angiografía fluoresceínica OI: penachos neovasculares con extravasación de contraste en tiempos tardíos en región ecuatorial nasal y temporal, con zonas de isquemia periférica adyacentes.

*Resultado:* Tras los hallazgos encontrados se procedió a la fotocoagulación con láser argón en zona ecuatorial-periférica nasal superior y temporal inferior de OI. La evolución fue satisfactoria, manteniendo agudeza visual: 1 y con remisión completa de los neovasos, tras 9 años de seguimiento.

*Conclusión:* La neovascularización retiniana es poco frecuente y a veces asintomática, como en este caso. Sin embargo, puede causar una importante disminución de la agudeza visual si produce una hemorragia vítrea. El diagnóstico y tratamiento precoz con láser argón consiguió la remisión de los neovasos disminuyendo el riesgo de aparición de dicha hemorragia.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL62

## MULTIFOCAL CHOROIDITIS

Valeria C. Opazo Toro, Rosa Soledad Díaz García, Eduardo Nicolás Vleming Pinilla, Beatriz Muñoz Gutiérrez

*Introduction:* Multifocal choroiditis is one of the white dot syndromes, usually bilateral and more frequent in women. Anterior segment cells, vitritis, acute choroidal lesions of the macula or atrophic scars with varying degrees of pigmentation can be seen.

*Clinical case:* 39 years old man, complaining of floaters in both eyes (AO) more severe in left eye (OS). The exploration showed visual acuity of 1 AO and yellow-white patches in the fundus with vitritis. The lesions showed hypoautofluorescence. No signs of anterior inflammation were seen. We asked for blood test, serology and chest radiography. The main outcomes were high IgM and indeterminate toxoplasma. We started treatment with prednisone 60mg/day and Septrin forte twice/day. One month later the patient left the treatment by his own, and the funduscopy had no changes so we decided to suspend the treatment. Two months later we could see new choroiditis patches OS and the autofluorescence showed a new hyperautofluorescence focus. We restarted the treatment. The patient did correctly the treatment and we could see less vitritis and no new lesions. The Septrin was taken for six weeks and the prednisone was tapered to 5mg per day without new flares until today.

*Conclusions:* Multifocal choroiditis is a rare entity. We present an atypical case in a male with toxoplasma multifocal-like lesions, but with indeterminate serology to the protozoa. The autofluorescence is a useful tool to check the activity and take therapeutic decisions.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL63

## CENTRAL RETINAL ARTERY OCCLUSION (CRAO) AS THE INITIAL MANIFESTATION OF INFECTIVE ENDOCARDITIS

José M.<sup>a</sup> Ortega Molina, M.<sup>a</sup> del Carmen González Gallardo, Ana M.<sup>a</sup> Solans Pérez de Larraya, M.<sup>a</sup> Jesús Chaves Samaniego

*Introduction:* CRAO due to infective endocarditis (IE) is a rare disease, scarcely described in literature. It can occur despite receiving systemic antibiotic treatment.

*Case:* We report the case of a 56-year-old man presented with acute amaurosis in his left eye (OS) associated with temperature and malaise. He was under antibiotic treatment for a urinary infection secondary to phimosis. Ophthalmologist exploration revealed: Visual acuity in his right eye (OD)=1 and amaurosis in his OS. Fundoscopy examination showed yellowish-white retinal foci around the macula in his OD and CRAO in his OS. The patient was suspected of having a systemic infection with septic emboli in both eyes. Clinical evaluation was completed by an internist with diagnosis of IE. The patient underwent heart surgery with mitral valve replacement. The microbiologist culture of the valve revealed an infection due to *Aerococcus Urinae*. All blood tests performed presented normal ranges. The patient has been monitored from the time of referral to the present day. Fluorescein Angiography revealed macular ischemia in his OS without ischemic foci in his OD. Visual fields (VF) showed a total loss of sensitivity in his OS and a superonasal defect in his OD. An improvement in VF has been observed in recent check-ups in his OD.

*Conclusion:* IE has many different forms of presentation and a high clinical suspicion is often required to reach the diagnosis. CRAO due to IE is rare and the prognosis for vision is poor.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL64

## CASE-REPORT: EALES DISEASE BEFORE TUBERCULOSIS INFECTION

Daniela Ortiz Vaquerizas, Antonio García Segura

It is well-known that Eales disease (ED) is associated with tuberculosis (TBC), specifically with hypersensitivity to tuberculin antigens. Sometimes, ED appears first, and the doubt is if TBC treatment should be included in these cases when Mantoux reaction is positive but there is no signs of active TBC.

A 32-year-old Pakistani man arrives with retinal detachment and hemovitreous in right eye (RE). Left eye has lower neovascularization. Corrected visual acuity (VA) is 0'7/1. He is already diagnosed of ED and has received sectorial photocoagulation in RE. He has no respiratory symptoms and chest radiography is normal, but Tuberculin skin test is positive.

Pars plana vitrectomy is performed in his RE and photocoagulation is applied to both eyes. Six months later, VA is 1/1 and there are no signs of activity.

One year after, he complains of 1-month cough, haemoptysis and afternoon fever. He has been in Spain all year, but he lives with four friends who have visited Pakistan recently. Now, chest radiography shows a condensed area in the right upper lobe. Pulmonary TBC is diagnosed and starts treatment with Rifampicin, Isoniazid, Pyrazinamide plus Ethambutol, five tablets per day during two months, and then Rifampicin plus Isoniazid two tablets per day. He is currently asymptomatic, and fundusoscopic exams reveal no signs of activity.

Maybe these patients should receive TBC treatment at the time of diagnosis of ED. It could prevent active TBC given the relationship with ED.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL65

## UVEÍTIS SECUNDARIA A SARCOIDOSIS EN PACIENTE CON SÍNDROME DE USHER

M.<sup>a</sup> Inmaculada Paños Palacios, Francisca González López, Francisca Dolores del Valle Cebrián

Sarcoidosis is a systemic inflammatory disease of unknown origin characterized by the presence of noncaseating granulomas epithelial primarily affecting lungs and lymph nodes. The most common ocular repercussion is uveitis finding in up to 30% of patients. Some criteria for detection of ocular sarcoidosis include clinical signs, additional tests, and lung biopsy. The treatments range from topical and systemic corticosteroids to immunosuppressants.

We describe the clinical case of a patient with Usher syndrome diagnosed of sarcoidosis from an episode of uveitis: Go to the emergency department of ophthalmology at Complejo Hospitalario Universitario de Albacete a 50 years male because of discomfort in his right eye. As noted pathological history, the patient is deaf due to Usher syndrome. From exploring, patient was diagnosed with a first episode of acute anterior uveitis (AAU) bilateral. After beginning treatment, the patient is referred to the uveitis unit which found bilateral hilar thickening at chest x-ray that made us suspect of sarcosarcoidosis. Laboratory results indicated an angiotensin converting enzyme (ACE) 88.5 U/L (limits 8-52 U/L) confirm our suspects. Also a chest CT scan showed numerous paratracheal lymph nodes, subcarinal, and some subpleural precarinal micronodule. BAL reveals a quotient CD4/CD8=5. Thus, the diagnosis was presumed ocular sarcoidosis, sarcoidosis stage I. The UAA was resolved with topical treatment uneventful without recurrence until now.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL66

## CENTRAL SEROUS CHORIORETINOPATHY MISTAKEN FOR SCHISTOSOME CHOROIDITIS

José Carlos Pastor Bernier, Mercedes Hernández Martínez, José M.<sup>a</sup> Marín Sánchez

Central serous chorioretinopathy (CSC) is a condition which may be exacerbated by corticosteroids in susceptible individuals. Schistosomiasis is a disease caused by *Schistosoma mansoni* and there are some cases described of Schistosome choroiditis. We report a patient whose chronic CSC was initially misinterpreted as Schistosome choroiditis.

*Case report:* A 50-years-old man is referred with blurred vision RE for 3 weeks and he has been treated with prednisone for about 1 week. The initial eye exam oriented a diagnosis of granulomatous choroiditis, although OCT and FA are consistent with chronic CSC. The uveitis study protocol was extended to tropical medicine. The main results were increased serum IgE and positive serology to Schistosome that made us suspects a Schistosome choroiditis. The patient worsens dramatically appearing bilateral Exudative Retinal Detachment. Corticosteroids were suspended and diagnostic-therapeutic PPV was performed in RE. SRF analysis showed increased IgG and IgE. An empirical treatment with albendazole and praziquantel resolved quickly all lesions.

*Conclusions:* This case confirms that patients with chronic CSC may be misdiagnosed with a posterior uveitis and get worse with systemic corticosteroids. The rapid response to treatment with albendazole and praziquantel could be explained by a decreased plasma cortisol (implicated in CSC) although there is no reference in the literature to support this theory.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL67

## CENTRAL RETINAL VEIN OCCLUSION AS THE ONLY MANIFESTATION OF SYPHILIS

Miriam Pastor Montoro, M.<sup>a</sup> Ángeles Perea Riquelme, M.<sup>a</sup> de las Nieves Bascañana Mas, M.<sup>a</sup> Paz Villegas Pérez

*Introduction:* Syphilis may affect any ocular structure at any stage of the disease. Retinal disease takes usually the form of placoid chorioretinopathy in the posterior pole, but other forms such as retinitis or vasculitis can also be found.

*Clinical case:* A 52 years old woman with no significant medical history complained of sudden vision loss in her left eye (OS). Her visual acuity (VA) was 60/60 in the right eye and 6/60 in the OS. Ophthalmoscopic examination demonstrated papilledema, posterior pole edema, scattered retinal hemorrhages and venous tortuosity, suggesting central retinal venous occlusion that was confirmed with fluorescein angiography. She did not receive any treatment and 3 weeks later VA in OS was 40/60 and the retinal lesions had improved. Because of the absence of any risk factors, a systemic study was performed and RPR, FTA-ABS and TPHA were positive, and HIV and lumbar puncture were negative. She and her husband received treatment with 2.5 million units of penicillin G benzathine in 3 weekly doses. Subsequently, the patient showed total clinical resolution.

*Conclusion:* Ocular involvement by syphilis may have multiple clinical manifestations. The incidence of syphilis has risen recently in our country and therefore it should be considered in the differential diagnosis of retinal vasculitis, even in the absence of risk factors for sexually transmitted diseases. In our case, a full systematic study allowed early diagnosis and successful treatment.





# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL68

## VASCULITIS VENO-OCCLUSIVA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE (EM)

Simón Quijada Angeli, Iulia Oana Pana, Rosa Gutiérrez Bonet, Nuria Valdés Sanz

Paciente de 30 años quien desde hace 7 días presenta “visión borrosa” en Campo visual superior derecho, dolor leve, sin otro concomitante, por lo que consulta. Exploración AV: OD: 0,8–NM OI: 1. BMC: AO: Sin hallazgos. Disco óptico de contornos definidos, color, tamaño y forma normal. Macula estructurada. Infiltrados inflamatorios perivasculares y segmentarios en la arcada venosa temporal inferior, produciendo edema de las capas de fibras nerviosas adyacentes, produciéndose un fenómeno similar más tenue en el 1/3 inicial de la arcada venosa nasal inferior y leve edema rodeando arcadas vasculares superiores. La OCT muestra aumento del grosor de macula y CFNR del Nervio óptico derecho, así como distorsión de la retina en los trayectos vasculares y la Angiografía fluoresceínica muestra retraso del llenado de los vasos afectados, gran captación en sus paredes y retraso en el vaciado del contraste, Resonancia magnética Cráneo: lesiones sin signos de actividad, Que No cumplen criterios de EM; Medula Espinal: Alteraciones de señal compatibles con lesiones desmielinizantes localizadas a la altura de C2-C5; C4-C5; T4-T5. La Punción Lumbar alcanzo títulos de Auto-anticuerpos compatibles con EM. Perfil Autoinmune: general y Anticuerpos Anti-Aquoprina 4 fueron Negativos. Serologías de Brúcela, Herpes, Borrellia, VIH, negativo. Se inician tratamiento con Metilprednisolona VEV por 3 días, y ante la mejoría de AV y FO es dado de alta con Corticoides orales y control ambulatorio.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL69

## UVEÍTIS ANTERIOR POR CMV DIAGNOSTICADA POR AEROLOGÍA

Ricardo Quirós Zamorano, M.<sup>a</sup> Eloísa Medialdea Hurtado

El citomegalovirus presenta una seroprevalencia mundial elevada. A nivel ocular es altamente conocida su implicación tanto en pacientes inmunocompetentes como inmunodeprimidos.

Presentamos el caso de un varón de 58 años con cuadro de uveítis anteriores hipertensivas de repetición en ojo derecho con mala respuesta tanto a la cirugía (trabeculectomía) como al tratamiento hipotensor y antiinflamatorio. Tras resultados de múltiples pruebas, se confirma la presencia de anticuerpos IgM ante el CMV, por lo que se decide tratamiento con Valganciclovir oral, inicialmente a dosis de ataque y posteriormente se mantiene a dosis profilácticas.

El “gold standard” es la PCR del humor acuoso, no obstante, debido a su alto coste, no está disponible en todos los centros; por lo que ante una clínica y serología compatibles en dicho contexto, el inicio de tratamiento sistémico podría estar justificado, y ante una ausencia de buena respuesta al tratamiento, nos plantearíamos otras opciones.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL70

## **CORIORRETINITIS SIFILÍTICA PLACOIDE POSTERIOR AGUDA (CSPPA). OTRA MANIFESTACIÓN DE LA GRAN SIMULADORA**

Lucía Rial Alvarez, Lidia Ortega Giménez, Eva M.<sup>a</sup> Salinas Martínez, Javier Placeres Daban

En la última década la incidencia de sífilis ha aumentado, sobre todo en coinfectados con VIH y varones homosexuales. Las manifestaciones oftalmológicas son poco frecuentes (<1%), siendo la uveítis posterior la más habitual.

*Caso clínico:* Varón de 46 años, con antecedentes de VIH, TBC y VHC, acudió por pérdida brusca de agudeza visual (AV) en ojo izquierdo (OI). La AV era 1.0 (ojo derecho) y 0.2 (OI). En oftalmoscopia se observaba una placa amarillenta en mácula con fluido subretiniano asociada a vitritis grado 1 y papilitis. La analítica confirmó infección por sífilis. La angiografía (AGF) mostraba tinción papilar con bordes difusos, foco con tinción moteada perivascular y tinción en semiluna en área macular, llegándose al diagnóstico de coriorretinitis sifilítica placoide posterior aguda (CSPPA). Tras tratamiento con penicilina G endovenosa la imagen oftalmoscópica se normalizó y la AV final fue 1.0 en ambos ojos.

*Conclusiones:* La CSPPA es una forma clínica especial a nivel ocular de la sífilis en fase secundaria. El 50% de los casos aparecen en pacientes VIH+. La imagen oftalmoscópica recuerda a un linfoma intraocular o una epiteliopatía placoide posterior aguda. La AGF y la analítica permiten el diagnóstico definitivo. La sífilis no produce signos patognomónicos oculares; se debe de pensar siempre en ella ante pacientes con uveítis posterior. El tratamiento ha de ser con penicilina G sódica endovenosa, ya que con penicilina G benzatina las recidivas son más frecuentes.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL71

## COROIDITIS SERPIGINOSA ATÍPICA. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Laura Rico Sergado, José Luis Pérez Canales

*Introducción:* Los síndromes de puntos blancos son un grupo de coriorretinopatías inflamatorias que se caracterizan por la presencia de lesiones blanco-amarillentas. En base a la historia natural de la enfermedad, el patrón angiográfico, la morfología y el tamaño de las lesiones podemos establecer el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico.

*Caso clínico:* Presentamos el caso de una mujer de 23 años de edad que acude a urgencias por visión borrosa progresiva en ojo derecho (OD) de 1 mes de evolución. La agudeza visual del OD era de percepción de luz, el polo anterior era normal y funduscópicamente presentaba unas lesiones placoides extensas color crema en polo posterior, vitritis y papilitis leve. El ojo izquierdo era normal. La angiografía con fluoresceína mostraba un patrón de bloqueo precoz con tinción tardía de las lesiones y en la autofluorescencia se observaron lesiones hiperautofluorescentes rodeadas de un borde hipoautofluorescente. Se inició tratamiento con corticoides orales a altas dosis. No se planteó tratamiento inmunosupresor dado el mal pronóstico visual (atrofia foveal inicial) y la estabilización del cuadro.

*Discusión:* Establecer el diagnóstico definitivo en estos cuadros no siempre es posible ya que algunos presentan características clínicas que se superponen. En nuestro caso, la angiografía y la morfología de las lesiones, nos hacen plantearnos el diagnóstico diferencial entre coroiditis serpiginosa, coroiditis ampiginosa y epitelopatía pigmentaria placode multifocal posterior aguda. Una vez descartado el origen infeccioso, la afectación foveal y la baja visión hacen necesario el tratamiento inicial con corticoides orales a altas dosis.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL72

## BETA TWO MICROGLOBULIN, ON THE CLUE OF A LYMPHOPROLIFERATIVE DISEASE

Pedro Rocha Cabrera, Jacqueline Agustino Rodríguez, M.<sup>a</sup> José Losada  
Castillo, Virginia Lozano López

*Introduction:* A masquerade syndrome is often diagnosed incorrectly and could delay the diagnosis and treatment, consequently compromising the patient's life.

*Case report:* Female 73 years without ocular relevant history. Refers bilateral visual acuity loss a year of evolution. Visual acuity in the right eye was 0.2 with lower prevalence of fine KP and posterior synechiae, and in the left eye 0.1 with fine KP and synechiae 270°. Bilateral tonometry normal. In the fundus were showed bilateral macular edema without vitritis. After systemic study showed elevated ESR, CRP and beta-2 microglobulin. ACE and other systemic tests were negative. Was confirmed after new analytical the increasing of beta-2 microglobulin. Was observed in the abdominal and pelvic ultrasound a diffuse increased echogenicity of the mesenteric fat at mesogastrio level suggestive of mesenteric panniculitis. The chest and adominal CT showed multiple lymphadenopathy. Was tried to performed a EUS by PAFF but was reported as «insufficient material», so mediastinoscopy were done, taking a mediastinal lymphadenopathy and informed of sarcoid-like granuloma.

*Conclusions:* The  $\beta_2$  is associated with the lymphoproliferative disease, but there are other causes that we must consider. Our case oriented towards lymphoproliferative disease with negative ACE. But the determination of ACE not rule sarcoidosis. The pathology was decisive in the final diagnosis of definitive sarcoidosis after mediastinal lymph node biopsy.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL73

## GRANULOMA BY TOXOCARA CANIS

Pedro Rocha Cabrera, Andrés Blasco Alberto, M.<sup>a</sup> José Losada Castillo, Beatriz Rodríguez Lozano

*Purposes:* Retrospective observational study of three patients with uveitis by *Toxocara canis*. The aim of this study is assessing the differential diagnosis, management and evolution of secondary ocular complications of this parasitosis.

*Methods:* Analysis of three patients that came to our department with uveitis and secondary formation of parasitic involvement by *Toxocara* granuloma, clinical manifestations, clinical implications and therapeutic options are described.

*Results:* There are a few patients affected with this disease in our hospital, after six-months following, we report three cases with this ocular pathology. Two of them with great functional impact, attended with leukocoria and one without ocular sequel because it was a peripheral choroidal granuloma.

*Conclusions:* We must consider this disease in the differential diagnosis of leukocoria in childhood, early diagnosis is essential but most important are measures of prophylaxis to prevent parasitic infection in the pediatric population.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL74

## CYTOMEGALOVIRUS RETINITIS DUE TO INITIATION OF ANTIRETROVIRAL THERAPY

Beatriz Rodríguez Aguado, Pamela Campos Figueroa, Suhel Elnayef Elsakan, Mouafk Asaad

*Introduction:* CMV retinitis was the most common opportunistic infection in HIV+ patients before the beginning of antiretroviral therapy (ART). Sudden improvement of immune responses due to ART lead to an inflammatory response against residual antigens, called «immune reconstitution inflammatory syndrome» (IRIS).

*Case report:* We present a 47 years old HIV+ patient diagnosed with tuberculosis. He referred reduced visual acuity of 0.1 (decimal scale) in his left eye, 2 months before he had started ART. A viral load of 380.000 and 80 cells/mm<sup>3</sup> CD4 was accounted. Fundus examination showed foci of retinitis and retinal hemorrhages, and the OCT showed cystic spaces and atrophy of retinal external layers. We clinically diagnosed CMV Retinitis and started induction therapy with intravenous Ganciclovir 225 mg/12 h during 1 month and oral Valganciclovir 450mg/day as maintenance therapy. Control of viral load and CD4 cell account was made, as well as ophthalmologic examination during the treatment.

*Discussion:* IRIS can activate a CMV silent infection related to the ART initiation. Patients usually develop CMV retinitis 4-7 weeks after initiation of ART, most of all with CD4 < 50 cells/mm<sup>3</sup>. Optimal treatment includes ART and systemic induction therapy for 4 weeks and maintenance oral therapy with Ganciclovir. After long-term medication, at least 6 months, maintenance therapy can be discontinued if CD4 ≥ 100-150 cells/mm<sup>3</sup> and ophthalmologic examination show clinical remission.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL75

## CASO CLÍNICO: COROIDITIS SERPIGINOSA-«LIKE»

Jessica Rodríguez Bonet, Alejandra Salinas Domínguez, Eduard Solé Forteza, Miguel López Dupla

*Objetivo:* Presentar un caso clínico de coroiditis serpiginosa-«like» que requirió tratamiento inmunosupresor intenso a pesar de la terapia antituberculosa.

*Caso clínico:* Hombre de 40 años con visión borrosa en ojo derecho de 2 meses de evolución, con agudeza visual de 0.8/1.0, segmento anterior normal y en el fondo de ojo se observaron múltiples lesiones coriorretinianas en ambos ojos, con signos de actividad y leve vitritis en ojo derecho. El estudio sistémico fue negativo, por lo que se orientó el caso como coroiditis serpiginosa y se inició el tratamiento con corticoides orales, ciclosporina A, azatioprina y quimioprofilaxis tuberculosa. En los controles posteriores aparecieron nuevas lesiones activas, así que se repitió el estudio sistémico con resultados positivos de PPD y quantiferón, pero sin alteraciones en la radiografía torácica. Se reorientó el diagnóstico como coroiditis serpiginosa-«like» y se empezó tratamiento antituberculoso, apareciendo pequeños focos en los dos ojos. A partir de los 4 meses de tratamiento antituberculoso e inmunosupresor intenso no se han observado nuevas lesiones activas.

*Conclusiones:* Es importante diferenciar la afectación por tuberculosis de la coroiditis serpiginosa idiopática para un adecuado manejo terapéutico. En el caso de la coroiditis serpiginosa-«like», no sólo es necesario el tratamiento de la infección sino también del componente inflamatorio con terapia inmunosupresora intensa.





# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL76

## ESTUDIO DE ESCLERITIS POSTERIOR A PROPÓSITO DE UN CASO

Noelia Rubio Álvarez, Beatriz Castaño Martín, Marina Begoña Gorroño Echebarría, María Julia Martínez

*Caso clínico:* Mujer de 20 años sin antecedentes de interés que acude a urgencias por ojo derecho rojo y dolor de diez días de evolución.

*Resultado:* En la biomicroscopía presenta vasos esclerales en sacacorchos que no blanquean con fenilefrina, en la funduscopía se observa borramiento papilar nasal, estrella macular y tortuosidad vascular; resto de la exploración normal. Se realiza OCT macular con pliegues, engrosamiento macular y DNS. El TAC orbitario es normal y en la ecografía se objetiva signo de la T. Con estos resultados es diagnosticada de escleritis posterior e inicia tratamiento con prednisona 60 mg. En estudio por Reumatología con serología y anticuerpos negativos, RMN orbitaria con y sin contraste y placa de tórax normales. La OCT a los 10 días es normal e inicia descenso corticoideo durante 3 meses. Al mes de finalizar el tratamiento presenta un episodio similar, pautándose prednisona 60mg, metotrexato, calcio, vitamina D y ácido fólico; en la actualidad, tras 5 meses de tratamiento, se encuentra asintomática con OCT y eco normales.

*Conclusión:* La escleritis es una patología que puede asociar enfermedades sistémicas en un 34-48%, siendo en ocasiones la afectación ocular la primera manifestación. Esto resalta la importancia de un buen despistaje orientado para iniciar un tratamiento precoz y minimizar las comorbilidades sistémicas o las complicaciones graves como escleritis necrotizante o la bilateralización.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL77

## EVOLUCIÓN TÓRPIDA DE UN CASO DE UVEÍTIS SIN ENFERMEDAD DE BASE

Fredy Ruiz Aimituma

*Caso clínico:* Paciente mujer de 35 años, que seguimos en oftalmología por episodios de uveítis intermedia bilateral desde hace 10 años. Ha presentado un brote de neuritis óptica retrobulbar derecha hace 4 años, con buena respuesta a corticoides intravenosos. El estudio por neurología fue anodino con recuperación de la agudeza visual de 20/20. El estudio sistémico de uveítis fue negativo (HLA B27, estudio de autoinmunidad, RMN cerebral, torácica orbitaria y cervical). La uveítis ha tenido un control parcial con ciclosporina hasta hace un año; la paciente cursa con disminución de agudeza visual de predominio de ojo izquierdo (MAVC OD 0.9 OI 0.5). En el fondo de ojo se evidencia además del quiste retiniano inferior ya descrito, una membrana epirretiniana (MER) en OI con edema macular. La OCT muestra en un engrosamiento de perfil foveal con desprendimiento del epitelio pigmentario en ojo derecho y una MER con edema macular y desprendimiento neurosensorial subfoveal en ojo izquierdo.

*Conclusiones:* En el presente caso nos podríamos plantear: ¿Cirugía de membrana epirretiniana en ojo izquierdo? ¿Control de uveítis con agentes biológicos, pese al antecedente de neuritis óptica retrobulbar siendo la RMN normal?



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL78

## TUMOR VASOPROLIFERATIVO RETINIANO: SEGUIMIENTO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Fredy Ruiz Aimituma, Oscar Gutiérrez Montero, Esther Corredera Salinero, Rafael Carpio Bailén

*Caso clínico:* Paciente varón de 23 años, que seguimos en oftalmología por lesiones vasculares retinianas periféricas en ambos ojos desde hace 5 años diagnosticados de forma incidental. El estudio sistémico fue negativo (protocolo de uveítis, HLA B27, estudio de autoinmunidad, RMN cerebral). En el fondo de ojo inicial se evidencia lesiones vasculares periféricas con escasas zonas amarillentas sin exudación ni neovasos. En las revisiones se aprecia crecimiento progresivo de las lesiones vasculares (de tipo telangiectásicas y aneurismáticas) con exudación de aspecto lipídico subretinal que dan la apariencia de masa tumoral bien definida; en la angiografía se evidencia zonas de isquemia periféricas a la lesión que se fotocoagulan. El paciente cursa asintomático (MAVC OD 1 OI 1).

*Conclusiones:* El diagnóstico diferencial del tumor vasoproliferativo retiniano en estadios precoces es difícil, en nuestro caso el hallazgo fue incidental y su seguimiento permitió ver la evolución. No existe consenso para su tratamiento, más aun cuando son asintomáticos. La fotocoagulación es una alternativa terapéutica.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL79

## COMPLETE BINOCULAR BLINDNESS IN HIV-RELATED CRYPTOCOCCAL MENINGITIS

Marcos Ruiz Sánchez, Rafael Yuste Ballesta, Mercedes Hernández Martínez, José M.<sup>a</sup> Marín Sánchez

*Introduction:* Patients with Cryptococcal meningoencephalitis may develop visual loss in the absence of other ocular lesions. It has been suggested that rapid-onset visual loss is caused by infiltration of the optic nerve or optic chiasm, while slow-onset visual loss is due to increased CSF pressure. We present a patient with HIV infection and Cryptococcal meningitis with sudden bilateral visual loss.

*Case report:* A 36-year-old man with HIV infection presented to emergency with diplopia and ataxia. The initial evaluation showed left VIth nerve palsy, VA of 1 OU and normal fundus. Brain MRI showed no abnormalities. An encapsulated yeast was demonstrated in a CSF smear and Cryptococcal antigen was positive. We started treatment with amphotericin B and 5-flucytosine. On the seventh day of therapy, the patient awoke and was blind. Ophthalmologic examination revealed no papilledema and a VA of light perception OU. Extraocular motion was normal. Visual Evoked Potential showed no wave formation and orbital MRI scan didn't show abnormalities. A diagnosis of Retrobulbar neuropathy was made. The Cryptococcal meningitis was controlled, but the patient's vision did not improve.

*Conclusions:* The profound and irreversible vision loss in this case suggests direct and permanent injury to the anterior visual pathway by Cryptococcus. In contrast, the initial transient ophthalmoplegia suggests a different mechanism such as intracranial hypertension.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL80

## ENDOFTALMITIS ENDÓGENA POR *KLEBSIELLA PNEUMONIAE*, DE ORIGEN URINARIO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Alejandra Salinas Domínguez, Jessica Rodríguez Bonet, Eduard Solé Forteza, Josep Callizo Tomás

Paciente varón, 52 años, acude a nuestro servicio presentando uveítis anterior no granulomatosa en OD, con AV de 0.7, sin alteraciones en el FO. 3 días antes había presentado fiebre y dolor lumbar autolimitado. Tras 48h de tratamiento tópico, presenta hipopion, AV de percepción de luz y FO no valorable. Asocia ptosis completa, exoftalmos y restricción de los movimientos oculares. Realizamos TC órbita, donde se observan signos de celulitis preseptal y escleritis posterior. Se añade al tratamiento tópico Moxifloxacino e indometacina orales. Se inicia estudio mediante serologías, inmunología, PPD y radiografía de tórax, resultando todas las pruebas negativas. El paciente evoluciona tórpidamente, con amaurosis en dicho ojo a los 5 días del inicio del cuadro, pese a introducción de corticoides orales. Se decide ingreso hospitalario, añadiendo al tratamiento aciclovir endovenoso. En la RMN y ecografía, se objetivan signos de desprendimiento de retina y colección vítrea inferior. Se realiza vitrectomía diagnóstico-terapéutica, pero los resultados tanto de PCR como cultivos fueron negativos. Se realiza nueva vitrectomía, obteniendo abundante contenido purulento, cuyo cultivo muestra cepa hipermucoide de *Klebsiella Pneumoniae*. Se administra Ceftazidima intravítrea, y se inicia ceftazidima endovenosa. Tras resolución del cuadro agudo, presenta hipotonía y amaurosis. El TC abdominal no evidencia posibles focos sépticos, asumiendo una ITU por *Klebsiella* como origen de la endoftalmitis.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL81

## IMMUNE RECOVERY UVEITIS IN HIV PATIENT

Belén Sánchez Cañal, Nuria Doménech Aracil

*Introduction:* Cytomegalovirus (CMV) retinitis is a complication of late-stage human immunodeficiency virus (HIV) infection, associated with CD4+ T cell counts less than 50/ $\mu$ L.

*Case report:* A 48 year-old man was referred to our emergency room complaining about blurred vision in his right eye (RE) for 24 hours. Anamnesis revealed untreated stage C HIV infection (CD4+Tcell 4/ $\mu$ L) and previous ocular toxoplasmosis and CMV retinitis. Best-corrected visual acuity was 20/100 in his RE, his only functional eye. Dilated fundus examination in his RE revealed chorioretinal scarring in the macular area, secondary to previous toxoplasmosis, patches of retinal necrosis and hemorrhages suggestives of CMV infection. Together with Infectious diseases service anti CMV treatment was established. When retinal lesions appeared inactivated highly active antiretroviral therapy (HAART) was initiated. During the follow up the patient complained about floaters and new vitreous condensations were discovered over the inactive CMV retinal lesions. Immune recovery uveitis (IRU) was diagnosed and the patient was closely monitored until symptoms disappeared.

*Discussion:* IRU is the most common form of immune reconstitution inflammatory syndrome in HIV-infected patients with CMV retinitis after initiation of HAART and may be associated with a greater number of inflammatory complications. An interdisciplinary approach and routine ocular examinations are recommended for these patients.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL82

## DIFFERENTIAL DIAGNOSIS IN DIFFUSE RETINOCHOROIDAL THICKENING BASED ON ECHOGRAPHY B

Daniel Sánchez Martínez, Alicia Guardiola Fernández, José Andrés Muñoz Sánchez, Inmaculada Selles Navarro

*Introduction:* MALT lymphoma is the most common ocular lymphoma in ocular adnexa. We report a patient with MALT lymphoma manifested as diffuse multinodular choroidal mass with extraocular extension. Differential diagnosis is discussed based on imaging tests and tissue biopsy.

*Clinic case:* 59-year-old man, truck driver, with progressive decrease in visual acuity of his left eye for 6 months. No findings were made in the anterior pole meanwhile the posterior pole revealed multiple orange-patched regions and retinochoroidal folds, emerging radially from optic nerve. Angiography and resonance did not provide further information. There was no evidence of any systemic pathology. OCT showed macular edema within the outer retinal layers and altered retinal pigment epithelium layer, so that an echography B was made, detecting a diffuse choroidal thickening and a hypoechogenic mass, adjacent to the optic nerve. Our differential diagnosis was diffuse choroidal melanoma, choroidal metastasis, primary choroidal lymphoma and choroidal lymphoid hyperplasia, so that a biopsy of the retrobulbar mass was made, confirming the presence of an ocular MALT lymphoma. The patient was referred to the oncology service and external radiotherapy was started with excellent outcomes.

*Conclusions:* Despite this infrequent presentation of an ocular MALT lymphoma, by using the echography B and the subsequent biopsy, the case was successfully guided to an early and specific treatment.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL83

## TRAUMATISMO CONTUSO COMO CAUSA DE REACTIVACIÓN DE TOXOPLASMOSIS OCULAR

Daniel Sánchez Martínez, Miguel Tudela Molino, M.<sup>a</sup> de las Nieves Bascuñana Mas, José Javier García Medina

*Introducción:* La toxoplasmosis ocular es la principal causa de uveítis posterior en población adulta y pediátrica, caracterizada además por las recidivas, cuyo mecanismo de reactivación no está aclarado del todo. Presentamos una reactivación de una toxoplasmosis ocular tras un traumatismo ocular contuso.

*Caso clínico:* Varón de 15 años sin antecedentes previos, que presenta disminución de agudeza visual en ojo derecho de 2 semanas de evolución tras traumatismo con balón. En la exploración del fondo de ojo encontramos vitritis intensa y un foco de coriorretinitis y vasculitis. El estudio realizado por medicina interna mostró positividad para anticuerpos IgG contra *Toxoplasma Gondii* (162 UI/ml). Instauramos tratamiento con Trimetoprim-Sulfometoxazol y corticoides por vía oral, consiguiendo, 2 semanas más tarde, reducir ostensiblemente la vitritis, así como el tamaño el foco de coriorretinitis. A día de hoy, el paciente presenta una agudeza visual de 20/20.

*Conclusión:* Nuestro caso sugiere una reactivación de Toxoplasmosis ocular en un paciente no inmunodeficiente ni en tratamiento inmunosupresor. Se ha descrito en la literatura diversos factores que podrían contribuir a la reactivación, como cirugías oculares, cambios hormonales así como alteraciones en los mecanismos humorales y celulares. En nuestro caso pensamos que el traumatismo ocular ha causado la diseminación del parásito acantonado hasta ese momento en las cicatrices coriorretinianas previas.





# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL84

## INFLAMMATORY GLAUCOMA MASKING A SARCOIDOSIS

Hugo Santiago Balsera, M.<sup>a</sup> del Carmen García Sáenz, Karla Paola Gonzales Farro, Yolanda Andrés Alba

*Objective:* To describe an unusual case of panuveitis in a patient with coexisting glaucoma.

*Case:* A 75 year-old woman with a background of colon cancer, chronic glaucoma, bilateral cataract surgery and signs of former anterior uveitis in BE from unknown origin, comes to check-up presenting decreased vision in BE (VA = 0.1). In the biomicroscopy in RE, whitish deposits on the IOL are observed, as well as fine KPs in lower 1/3, 4 mutton fat KPs and Tyndall ++. Furthermore, posterior synechiae could be seen in LE. RE IOP is 40 mmHg. The fundus presents white optic discs. Additional analytical tests and x-rays are performed.

*Results:* Treatment is started with topical dexamethasone and cycloplegic in RE plus Azarga<sup>®</sup> in BE with acetazolamide and potassium while waiting for test results. In the fundus in BE whitish nodular lesions without vitreitis could be observed. The macular SD-OCT confirms the presence of small intraretinal cysts but maintaining a good foveal profile. Increasing ACE and ESR in tests along with the presence of mediastinal lymphadenopathies confirm a sarcoidosis outbreak, thus it is derived to Internal Medicine in order to initiate treatment with oral prednisone. The outcome was satisfactory after 4 months of therapy. IOP was set to normal levels. The recovery was slow but progressive reaching a final VA of 0.4.

*Conclusions:* Careful ophthalmologic evaluation is the key to reveal and treat potentially curable serious systemic diseases such as sarcoidosis.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL85

## SÍNDROME PRESUNTA HISTOPLASMOSIS OCULAR (SPHO)

Esther Santos Blanco, Raúl Navarro Gil, Mercè Salvat Serra, Pere Romero

*Introducción:* El SPHO es una entidad poco frecuente en nuestro medio, siendo endémica en algunas áreas de EEUU y suramericana y su etiología infecciosa es todavía muy discutida.

*Caso clínico:* Mujer de 17 años con miopia alta que consulta para revisión de fondo de ojo. En la exploración se aprecia una discreta atrofia peripapilar bilateral, lesiones coriorretinianas parcialmente pigmentadas de tamaño intermedio alguna central, pero la mayor parte por fuera de arcadas, en ausencia de vitritis, en ambos ojos y en el ojo derecho una cicatriz lineal hipopigmentada. Ante la sospecha de SPHO se realiza una completa anamnesis y exploración física que descartan otros síntomas de infección y no se encuentran indicios de contacto con áreas o personas procedentes de zonas endémicas. Seguidamente se solicitan niveles de anticuerpos frente antígeno H y M de hystoplasma capsulatum que resultaron negativos.

*Conclusiones:* El diagnóstico de SPHO es clínico y la negatividad de los test cutáneos o serológicos no excluyen el diagnóstico. El diagnóstico es difícil y debe distinguirse de otros tipos de coroiditis. La pérdida de visión secundaria a la presencia de una MNSR suele ser la primera sospecha de la enfermedad, ya que de lo contrario es asintomática. Esta es la complicación más frecuente y suele responder a los tratamientos habituales de las MNSR secundarias a otras etiologías.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL86

## SÍNDROME DE VOGT KOYANAGI HARADA EN PACIENTE CON RETINOPATÍA DIABÉTICA PROLIFERATIVA

Ana M.<sup>a</sup> Solans Pérez de Larraya, Juan Francisco Martínez Jerez,  
José M.<sup>a</sup> Ortega Molina, Andrés David Salgado Miranda

*Introducción:* El síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada (VKH) es una enfermedad autoinmune de etiología desconocida que cursa con panuveítis granulomatosa bilateral asociada a desprendimiento de retina (DR) seroso, pudiéndose acompañar de clínica sistémica.

*Caso clínico:* Mujer de 32 años, acude por disminución de agudeza visual (AV) en ambos ojos (AO) e inestabilidad de la marcha. Antecedentes personales: DM I desde los 9 años, mal control metabólico, retinopatía diabética proliferativa (RDP) en AO intervenida de hemovítreo del ojo derecho (OD). La AV en AO es de cuenta dedos a medio metro. Biomicroscopía: precipitados queráticos granulomatosos y tyndall++ en cámara anterior. Fundoscopia: desprendimiento de retina (DR) exudativo en el polo posterior, vitritis++ y cicatrices de panfotocoagulación. La OCT confirma el desprendimiento neurosensorial y la AGF muestra múltiples puntos hiperfluorescentes con exudación. Se realizaron analíticas, serologías, Rx de tórax, TAC, AngioRM sin alteraciones. Punción lumbar: proteínas 90.9, leucocitos 33 con linfocitos 99%, polinucleares 1%. Ante la sospecha de VKH se decidió tratamiento con bolus de metilprednisolona 1000 mg iv presentando una evolución favorable. Actualmente presenta AV de 0,6 en AO, asociada a RDP sin DR.

*Conclusiones:* Debemos sospechar VKH ante DR serosos múltiples bilaterales asociados a clínica sistémica. El inicio del tratamiento debe ser precoz con corticoides sistémicos para lograr una buena evolución.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL87

## IRVAN: DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC CHALLENGE

Víctor Soto Biforcós, Ana Ibáñez Muñoz, Sergio Mahave Ruiz, Javier Chavarri García

*Introduction:* IRVAN syndrome is characterized by idiopathic retinal vasculitis, aneurysms and neuroretinitis. It is diagnosed after normal systemic work-up and lack of response to immunosuppressive therapy.

*Case report:* A 26-year-old man admitted for evaluation of blurred vision and floaters. On examination his visual acuity is 0.8 in both eyes. His past medical history is an episode of pericarditis. Anterior segment examination shows no disorders, and fundus examination reveals vasculitis and optic disc oedema on both eyes.

*Results:* Fluorescein angiogram reveals aneurysmal dilatations of retinal and optic nerve head arterioles, vasculitis and staining of retinal vessels. Systemic evaluation is unremarkable. Laboratory exam studies, serological tests and chest x-ray are within normal limits. Humphrey visual field testing is unreliable, but OCT discloses optic disc oedema in both eyes. Computed Axial Tomography and Magnetic Resonance Imaging of the brain and orbits results show no disease. Systemic abnormalities are discarded. He is commenced on systemic steroids and immunosuppressants. On follow-up examination, patient has a remarkable vision with little response to cyclosporine and several types of corticoids. These findings are consistent with IRVAN Syndrome.

*Conclusion:* IRVAN is a rare retinal disease. Despite its apparently inflammatory nature, steroids have little effect on the degree of uveitis and retinal ischemia.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL88

## **BILATERAL ACUTE IRIS TRANSILLUMINATION (BATI). CASE REPORT EVOLUTION OF 5 YEARS**

Hugo Ernesto Tapia Quijada, José Ignacio Valls Martínez, Fernando Hernández Pardines, José Hueso Abancéns

*Introducción:* Se ha descrito un síndrome caracterizado por transiluminación bilateral aguda del iris con parálisis variable del esfínter (BATI), que podría estar relacionado al uso de Moxifloxacino. Presentamos el caso de una mujer con este síndrome diagnosticada varios años después del episodio agudo que nos planteó un reto diagnóstico dada la evolución tardía y el escaso número de casos descritos que hasta la actualidad. Hasta donde sabemos este podría ser el segundo caso descrito en España y el primer caso con una AGF de Iris.

*Caso clínico:* Mujer de 51 años que acude para valoración de catarata en su ojo izquierdo OI. Destaca como antecedente fotofobia de 5 años de evolución que se presentó luego de episodio de infección respiratoria tratada con Moxifloxacino. Al examen presenta agudeza visual (AV) OD 0,9 y OI 0,3 con PIO de 12 mmHg en AOs y en la lámpara de hendidura presenta en ambos ojos Iris atrófico con transiluminación importante y midriasis arreactiva por parálisis del esfínter así como cataratas en evolución. El diagnóstico se hizo por exclusión de todas las entidades que producen despigmentación iridiana como la enfermedad herpética, síndrome de dispersión pigmentaria, uveítis de Fuchs y el síndrome de pseudoexfoliación.

*Conclusiones:* El BATI es una nueva entidad, su diagnóstico se basa en una constelación de hallazgos clínicos que incluyen una transiluminación bilateral aguda simétrica del iris con atonía del esfínter pupilar.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL89

## SARCOIDOSIS EYE ISOLATED, DIAGNOSTIC IMPORTANCE OF CONJUNCTIVAL BIOPSY

Hugo Ernesto Tapia Quijada, José Ignacio Valls Martínez, Fernando Hernández Pardines, Antonio Segura García

Presentamos el caso de una paciente de 34 años que debuta con panuveítis bilateral simétrica que comprendía uveítis anterior sinequante, vitritis, papilitis, edema macular y lesión coroidea simétrica inactiva. En el protocolo de estudio realizado presentó: Hemograma, Bioquímica y coagulación Normales, PCR 0,85, ECA 49, Calciuria 24h Normal, HLA B27, B51, A29 Normales, Serología VHS, VHZ, CMV, VEB, Toxo, Sífilis, HIV, Lyme y Bartonella negativos, PCR de humor acuoso VHS 1, 2 y Quantiferon negativos. Los estudios de imágenes como RX y TAC de tórax, RMN orbito cerebral normales. Se realizó Ganmagrafía Ga 67 encontrándose aumento de captación a nivel ocular y de glándulas salivares sin afectación pulmonar. Ante la fuerte sospecha clínica de Sarcoidosis Ocular se realizó biopsia conjuntival confirmando el diagnóstico. Se trató con corticoides tópico y sistémico con 3 bolos de 1g IV, seguido por vía oral 1 mg/kg /d, con respuesta espectacular. A los 6 meses estaba con Zamene® 20 mg/día presenta un brote severo de uveítis anterior granulomatosa y edema macular cistoide, recidiva que se trata con Zamene® 60 mg/d + Metotrexato vo 7,5 mg semanal. Actualmente a 2 meses de tratamiento la paciente se mantiene asintomática sin nuevos brotes.

*Conclusiones:* Tal como vemos en el caso presentado algunas veces la Sarcoidosis Ocular resulta un reto diagnóstico, por lo que se puede recurrir a la biopsia conjuntival para confirmar el diagnóstico.



# UVEÍTIS

29 REUNIÓN GRUPO ESPAÑOL DE ESTUDIO  
DE LAS UVEÍTIS E INFLAMACIÓN OCULAR

CL90

## ENDOGENOUS ENDOPHTHALMITIS ASSOCIATED TO ST. AGALACTIAE

Rafael Yuste Ballesta, Mercedes Hernández Martínez, José M.<sup>a</sup> Marín Sánchez, Marcos Ruiz Sánchez

*Introduction:* A 72 years old bedridden male, with diagnosis of endocarditis and sepsis associated by *St. agalactiae* in treatment with intravenous ceftriaxone, presented a red painfull right eye associated with floaters and vision loss since 1 week ago. We report a case of unilateral endophthalmitis attributed to *St. agalactiae* with good final VA.

*Case report:* Initial ocular examination revealed a visual acuity (VA) of 0,25 in the right eye (RE), active anterior uveitis and severe vitritis that only allowed to appreciate some details of the posterior pole. The fundus inspection revealed the presence of a whitish lower vitreous condensation. Exploration of the left eye was normal. All these findings were clinically compatible with the diagnosis of infectious endogenous endophthalmitis of the RE. Diagnostic and therapeutic posterior pars plana vitrectomy (PPV) of the RE was made, showing a lower vitreous-retinal abscess. After surgery he was treated with intravitreal voriconazole and intravitreal and daily intravenous Vancomycin and Ceftazidime. Vitreous cultures were negative, although the patient had a favorable evolution with complete resolution of symptoms. Final VA of the RE is 0,8.

*Conclusions:* Endogenous endophthalmitis must be considered a systemic disease. In our case we decided to cover *Candida* attending to clinical impression and personal history. PPV could accelerate the healing process and it's usefull in doubtful cases.