



PENFIGOIDE OCULAR CICATRICIAL: IMPORTANCIA DE LA LABOR DE REUMATOLOGIA EN EL DESPISTAJE DE ENFERMEDAD SISTEMICA ASOCIADA Y MANEJO TRATAMIENTO INMUNOMODULADOR EN UNA UNIDAD DE PATOLOGIA INFLAMATORIA DE SUPERFICIE EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO TERCIARIO

Maria Enjuanes Noguero¹, Xiana Elkoroaristizabal-Peleteiro², Elena Abad-Plou¹, Guillermo González-Mozo¹, David Martínez-Lopez¹, Juan Blanco Madrigal¹, Olaia Fernandez Berrizbeitia¹, A R Inchaurre Pellejero¹, Rosa Exposito Molinero¹, Esther Ruiz Lucea¹, Eva Galíndez-Agirregoikoa¹, Eduardo Cuende Quintana¹, Silvia López-Plandolit², Marcelino Ferrer-Alcon³, Ma Luz García Vivar¹, Ignacio Torre-Salaberri¹

1) Reumatología, Hospital Universitario de Basurto, Bilbao (2) Oftalmología, Hospital Universitario de Basurto, Bilbao (3) Unidad de Investigación, Hospital Universitario de Basurto, Bilbao

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El penfigoide ocular cicatricial (POC) es una enfermedad ampollosa inflamatoria crónica de origen autoinmune que genera una conjuntivitis crónica de tipo cicatricial con daño de las estructuras adyacentes y que puede llevar a la ceguera. El objetivo de este estudio es analizar las características epidemiológicas y clínicas, así como evaluar los tratamientos instaurados en pacientes con POC en un hospital terciario (Hospital Universitario de Basurto, Bilbao).

MÉTODOS

Se revisaron las historias clínicas de una cohorte de 12 pacientes (24 ojos) diagnosticados de POC y valorados por una unidad de superficie ocular de patología inflamatoria que integran los servicios de Reumatología y Oftalmología durante el periodo del 2019 al 2023. Se recogieron datos epidemiológicos, enfermedades asociadas, sintomatología ocular y datos de actividad clínica, estadios de severidad (escala Foster), así como los tratamientos empleados.

RESULTADOS

Se incluyeron 12 pacientes, 10 mujeres (83%) y 2 hombres (17%). La media de edad fue de 64,5 años (mediana 61,5 años). 11 pacientes presentaban afectación ocular bilateral (91,6%). El único caso con afectación unilateral^o estaba motivado por evisceración. Ningún paciente presentó afectación de otras mucosas. Se realizó biopsia en 3/12 (25%). Siendo en los 3 casos resultado no concluyente. Se evaluaron 23 ojos dado que uno de ellos estaba eviscerado. Se valoró el grado de afectación ocular basándonos en los estadios de Foster. El criterio para pautar tratamiento inmunomodulador fue actividad inflamatoria ocular y severidad. (Tabla 1). En cuanto al tratamiento recibido, se usó prednisona oral en el 50% de los ptes siendo la dosis máxima de 40mg en 1 caso y la dosis habitual ≤ 5 mg/día en el resto. En 2 casos fueron necesarios pulsos de corticoides (250mg de MP iv durante 3 días consecutivos) debido a la importante inflamación ocular que presentaban. Los inmunomoduladores más utilizados, dosis máxima y cambios de tto se muestran en la Tabla 2. Se realizó cirugía oftalmológica en 3/12 casos precisando en 2 de ellos tratamiento corticoideo periquirúrgico sin reactivación de la inflamación ocular en ningún caso.

ESTADIO FOSTER AL INICIO DE TRATAMIENTO INMUNOMODULADOR (I: conjuntivitis crónica con fibrosis subepitelial; II: acortamiento del fórnix inferior; III: formación de simplefaron y IV: Anquiblefaron, queratinización de la superficie ocular, vascularización y opacificación corneal)					
	I	II	II/III	III	IV
Estadio por ojo Nº (%)	3 (15%)	3 (15%)	1 (5%)	11 (55%)	2 (10%)
Peor estadio por paciente Nº (%)	0	2 (20%)	1 (10%)	6 (60%)	1 (10%)

Tabla 1

Tratamiento	Nº	Dosis máxima	Cambio tratamiento
MMF	5	2g/d	0
MTX	3	20mg/semana	2 (1 efecto adverso, 1 ineficacia)
AZA	3	150mg/d	(1 efecto adverso)

Tabla 2

CONCLUSIONES

- La literatura revisada es escasa y heterogénea, pero concuerda con nuestros datos en cuanto a edad media (64,5 años), así como en el género con un predominio de sexo femenino (83%).
- Se encontró enfermedad autoinmune asociada en un 30%, mayor a la literatura revisada en los que se encuentra entre un 10-20%.
- La mayoría de nuestros ptes presentaban un estadio de Foster avanzado (III) lo que puede condicionar la respuesta terapéutica.
- En nuestra muestra el tto inmunosupresor más utilizado fue MMF a dosis de 2g/d con buen perfil de seguridad y eficacia en todos ellos.
- La escasa sensibilidad de las biopsias en nuestro centro motivó el cese de su realización al ser fuente de exacerbación de la enfermedad y no descartar el POC pese a obtenerse un resultado negativo.
- Destacar la importancia de la colaboración entre Reumatología y Oftalmología en una patología inflamatoria ocular como es el POC a la hora de diagnóstico de enfermedades autoinmunes asociadas y manejo precoz de medicación inmunomoduladora aún basándose exclusivamente en un diagnóstico clínico.
- Se necesitan estudios más amplios para valorar la utilidad de los inmunosupresores en el control de la actividad inflamatoria en pacientes con penfigoide ocular.