

¿EL GROSOR COROIDEO COMO INDICADOR DE ACTIVIDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE BEHÇET?

Asier García-Alija¹, Patricia Moya¹, Daniela Rego¹, Jesús Díaz¹, José Ignacio Vela¹, Helena Codes-Mendez¹, Ivan Castellví¹, Berta Magallares¹, Hye Park¹, César Díaz-Torné¹, Ana Laíz¹, Albert Casals¹, Lluís Sainz¹, Jose Luis Tandaipan¹, Julia Bernardez¹, Susana Fernández-Sánchez¹, Hèctor Corominas¹

¹ Servicio de Reumatología, Hospital Universitario de la Santa Creu i Sant Pau.
² Servicio de Oftalmología, Hospital Universitario de la Santa Creu i Sant Pau.

Introducción

El grosor coroideo se ha propuesto como un potencial marcador de actividad en diversas patologías sistémicas como la artritis reumatoide. Diferentes estudios sugieren que los pacientes con enfermedad de Behçet (EB) con afectación ocular podrían tener un grosor coroideo mayor, pero se desconoce si esta medición puede verse aumentada según la actividad sistémica en pacientes sin afectación ocular diagnosticada.

Objetivos

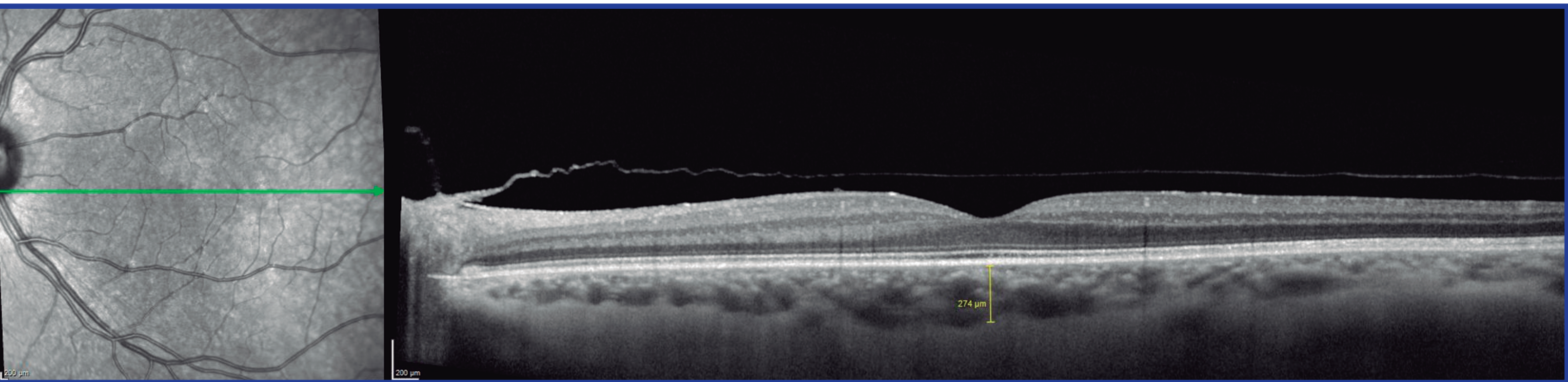
- Describir el grosor coroideo en pacientes con EB.
- Analizar si existen diferencias entre el grosor coroideo de pacientes con EB según presenten antecedentes de afectación ocular y actividad de la patología.

Métodos

Estudio retrospectivo y transversal. Se revisan los pacientes visitados entre los años 2013 al 2023 en una consulta multidisciplinar de patología ocular inflamatoria. Se incluyen aquellos pacientes con enfermedad EB de los que disponemos de un OCT registrado (Imagen 1). En caso de disponer de 2 o más exploraciones, se analizará la primera.

Se define actividad oftalmológica como la presencia de uveítis o vasculitis a nivel ocular. Durante la visita se realizó una biomicroscopia con lámpara de hendidura y una exploración del fondo de ojo. La presencia de uveítis se describió según los criterios SUN y vasculitis como la presencia de hiperfluorescencia vascular por angiografía.

Imagen 1: Medición del grosor de coroides en OCT.



Resultados

Se incluyeron un total de 18 paciente (35 ojos). Las características demográficas, clínicas y analíticas de los pacientes se muestran en la [Tabla 1](#). La media del grosor coroideo en la muestra fue de 356 µm (rango: 210 µm - 586 µm). Los ojos de los pacientes que tenían antecedentes de afectación ocular presentaban un grosor coroideo medio de 337 µm vs 378 µm en los que no presentaban antecedente ocular (p=0.159). Los ojos de los pacientes con EB que presentaban actividad ocular en la exploración oftalmológica demostraron un grosor coroideo medio de 331 µm vs 360 µm en los que no estaban activos. Por último, el grosor coroideo en pacientes en tratamiento inmunosupresor fue de 342 µm, mientras que en los pacientes sin tratamiento inmunosupresor fue de 376 µm (p=0.250). La medición del grosor coroideo se muestra en la [Tabla 2](#).

Tabla 1: Características de los pacientes.

Pacientes	18
Número de ojos	35
Sexo, n (%)	
- Hombre	9 (50)
- Mujer	9 (50)
Edad al diagnóstico (años), media (DE)	38 (13)
Positividad HLA-B51, n (%)	16 (89)
Manifestaciones clínicas según ICBD, n (%)	
- Manifestaciones oculares	7 (39)
- Manifestaciones orales	15 (83)
- Manifestaciones genitales	11 (61)
- Manifestaciones neurológicas	1 (6)
- Manifestaciones vasculares	2 (11)
Tratamiento, n (%)	
- Corticoides orales	10 (56)
- Colchicina	7 (39)
- Inmunosupresores	5 (28)
• Ciclosporina	2 (11)
• Azatioprina	2 (11)
• Etanercept	1 (6)

Tabla 2: Diferencias en grosor coroideo.

Grosor coroideo, µm (DE)	
- Muestra	356 (84)
Grosor coroideo según antecedente de afectación ocular, µm (DE)	
- Con antecedente	337 (66)
- Sin antecedente	378 (99)
p-valor	0.159
Grosor coroideo según actividad ocular, µm (DE)	
- Con actividad	360 (85)
- Sin actividad	331 (79)
p-valor	0.490
Grosor coroideo según tratamiento inmunosupresor, µm (DE)	
- Con tratamiento	342 (66)
- Sin tratamiento	376 (105)
p-valor	0.250

Conclusión

No se objetivaron diferencias estadísticamente significativas entre el grosor coroideo de los pacientes con antecedentes de afectación ocular frente a los que no. Se estima que el grosor coroideo de los pacientes sin tratamiento inmunosupresor podría ser superior a aquellos pacientes con tratamiento inmunosupresor, a pesar de presentar antecedentes de afectación ocular, lo que podría traducirse en la existencia de actividad subclínica. Es necesario ampliar los estudios para confirmar dicha hipótesis.