

28
AÑOS

www.gemu-sedu.es

UVEÍTIS

2015

**28 Reunión Grupo Español de Estudio
de las Uveítis e Inflamación Ocular**

**LIBRO DE COMUNICACIONES
BOOK OF ABSTRACTS**

Sedu
Sociedad Española de Uveítis
e Inflamación Ocular

Gemu
Grupo Español Multicéntrico de Uveítis

UVEÍTIS

2015 28 Reunión Grupo Español de Estudio
de las Uveítis e Inflamación Ocular

LIBRO DE COMUNICACIONES
BOOK OF ABSTRACTS

Sedu
Sociedad Española de Uveítis
e Inflamación Ocular

gemu
Grupo Español Multicéntrico de Uveítis

MADRID, 27 DE FEBRERO DE 2015
HOTEL AUDITORIUM

COMUNICACIONES ORALES

01	ANTERIOR SCLERITIS AS FIRST MANIFESTATION OF ENDOGENOUS FUNGAL ENDO-PHTHALMITIS.....	11
02	PANOFTALMITIS POR E.COLI PRODUCTORA DE BETA/LACTAMASA DE ESPECTRO EX-TENDIDO (BLEE) SECUNDARIA A CELULITIS ORBITARIA.....	11
03	UNEXPECTED FINDING IN A CASE OF SCLERITIS.....	12
04	MANEJO CON METOTREXATO DE UNA ESCLERITIS NECROTIZANTE INDUCIDA QUIRÚR-GICAMENTE TRAS CIRUGÍA DE PTERIGIÓN.....	12
05	PRESUMED RELAPSING POLYCHONDritis. "ALL THAT GLITTERS IS NOT GOLD"	13
06	GRANULOMATOSIS WITH POLYANGIITIS (WEGENER'S GRANULOMATOSIS)	14
07	CASE REPORT: USE OF RITUXIMAB IN REFRACTORY OPHTHALMIC WEGENER'S GRANU-LOMATOSIS.....	15
08	RITUXIMAB MAINTENANCE THERAPY FOR REFRACTORY NODULAR SCLERITIS IN LONG TERM GRANULOMATOSIS WITH POLYANGEITIS DISEASE	15
09	DIAGNÓSTICO FINAL DE UNA ESCLERITIS POSTERIOR POR ANGIO-RMN	16
010	UVEITIS AS A RESULT OF MAP- KINASE PATHWAY INHIBITION	16
011	UTILITY OF PET-CT IN SOLITARY CHOROIDAL MASS.....	17
012	CHOROIDAL METASTASIS AS A PRESENTING MANIFESTATION OF A BREAST CANCER ..	17
013	PANUVEITIS BILATERAL COMO MANIFESTACIÓN DE ADENOCARCINOMA MUCINOSO DE PULMÓN.....	18
014	INFILTRACIÓN LEUCÉMICA EN PACIENTE CON LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA TIPO T EN REMISIÓN COMPLETA	18
015	SMPBE ATÍPICO EN EL CONTEXTO DE UN LH.....	19
016	INTRAOCULAR LYMPHOMA RELATED TO EPSTEIN-BARR VIRUS IN A HIV-POSITIVE PA-TIENT: CASE REPORT	20
017	UVEÍTIS INTERMEDIA CORTICORRESISTENTE.....	20
018	INTRAVITREAL RITUXIMAB IN BILATERAL VITREORETINAL LYMPHOMA.....	21

019	EXTERNAL RADIOTHERAPY FOR COMBINED UVEAL AND ORBITAL LYMPHOMA	22
020	RADIOTERAPIA PRECOZ ANTE UN DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA DE LINFOMA INTRA-OCULAR CON ALTA TASA DE SUPERVIVENCIA	22
021	PRIMARY INTRAOCULAR LYMPHOMA, STILL A DIAGNOSIS AND THERAPEUTIC CHALLENGE. LINFOMA INTRAOCULAR PRIMARIO, AÚN UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO.....	23
022	MORE SEVERE OUTBREAKS OF UVEITIS IN JUVENIL IDIOPATHIC ARTHRITIS RELATED WITH PUBERTY	24
023	CORRELACIONES CLÍNICAS EN ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL: ANA Y HLA-B27	24
024	TOCILIZUMAB IN REFRACTORY UVEITIS ASSOCIATED TO JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS. MULTICENTER STUDY OF 13 CASES.....	25
025	PSORIATIC ARTHRITIS AND ACUTE UVEITIS IN CHILDREN, A CASE REPORT.....	26
026	RETINOPATHY AND SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS. A CASE REPORT	26
027	AN UNUSUAL CASE OF CENTRAL RETINAL ARTERY OCCLUSION AND PTOSIS IN BEHÇET.	27
028	OPTIC NEURITIS IN BEHÇET DISEASE: TREATMENT CHALLENGE.....	27
029	NEUROPATÍA ÓPTICA EN ENFERMEDAD DE BEHÇET	28
030	NEUROBEHÇET: DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF RECURRENT MENINGITIS	29
031	VASCULITIS RETINIANA ISQUÉMICA INACTIVA VERSUS ENDOTELIOPATÍA FAMILIAR	29
032	IS HYPERHOMOCYSTEINEMIA AN ETIOLOGICAL FACTOR FOR EALES DISEASE?.....	30
033	VASCULITIS RETINIANA ISQUÉMICA: POSIBLES ETIOLOGÍAS.....	31
034	MACULOPATIA PLACOIDE PERSISTENTE ¿ASOCIADA A TROMBOFILIA?	31
035	CD4/CD8 RATIO IN AQUEOUS HUMOR FOR THE DIAGNOSIS OF SARCOIDOSIS.....	32
036	SARCOIDOSIS. DEBUT AS ORBITAL PSEUDOTUMOR	33
036	SARCOIDOSIS. DEBUT AS ORBITAL PSEUDOTUMOR	33
037	UVEITIS ANTERIOR BILATERAL CON AUMENTO DEL ECA EN NIÑOS	33
038	TITLE MULTIFOCAL CHOROIDITIS AND COMMON VARIABLE IMMUNODEFICIENCY.....	34
039	AZOO: ALTERACIONES TOMOGRÁFICAS PRECOCES.....	35
040	DETERMINING THE EXTENT OF INJURY IN MULTIPLE EVANESCENT WHITE DOT SYNDROME (MEWDS) BY ENFACE SD-OCT	35
041	ACUTE POSTERIOR MULTIFOCAL PLACOID PIGMENT EPITHELIOPATHY (APMPPE): EVOLUTION OF SPECTRAL OCT DOMAIN	36
042	ACUTE POSTERIOR MULTIFOCAL PLACOID PIGMENTARY EPITHELIOPATHY (APMPPE). A SELF-LIMITED DISEASE?	37

043	ACUTE MACULAR NEURORETINOPATHY ASSOCIATED WITH RETINAL CAPILLARY ISCHEMIA.....	37
044	COEXISTENCIA SDR. BEST CON SDR. DE PUNTOS BLANCOS.....	38
045	COROIDITIS MULTIFOCAL CON FIBROSIS SUBRETINIANA CONTROLADA CON MICOFENOLATO MOFETILO.....	39
046	IDIOPATHIC MULTIFOCAL CHOROIDITIS WITH PERIPAPILLARY ATROPHY	39
047	MULTIPLE EVANESCENT WHITE DOT SYNDROME: A CLINICAL CASE	40
049	“SÍNDROME DE VOGT-KOYANAGI-HARADA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA: A PROPÓSITO DE UN CASO”	40
050	DESPRENDIMIENTOS DE RETINA SEROSOS MÚLTIPLES Y BILATERALES ¿VKH O COXIELLA?.....	41
051	HARADA MIMICS CENTRAL SEROUS CHORIORETINOPATHY	42
052	TOCILIZUMAB IN BILATERAL PANUVEITIS: OUR CLINICAL EXPERIENCE	42
053	TOCILIZUMAB AS AN ALTERNATIVE TREATMENT IN REFRACTORY BIRDSHOT DISEASE ..	43
054	REFRACTORY BIRDSHOT CHORIORETINOPATHY WITH GOOD RESPONSE TO TOCILIZUMAB MONOTHERAPY	44
055	CASE REPORT: EFFECTIVENESS OF INFlixIMAB IN REFRACTORY SERPIGINOUS CHOROIDITIS	44
056	ADALIMUMAB AS TREATMENT OF REFRACTORY PARS PLANITIS.....	45
057	GOLIMUMAB IN REFRACTORY UVEITIS RELATED TO SPONDYLOARTHRITIS. MULTICENTER STUDY OF 9 PATIENTS.....	45
058	POLYMERASE CHAIN REACTION (PCR) VALUE IN DIAGNOSIS OF OCULAR TUBERCULOSIS, 2 CASE REPORT	46
059	BILATERAL NEURORETINITIS IN THE CONTEXT OF LATENT TUBERCULOSIS.....	47
060	UVEITIS TUBERCULOSA A PROPOSITO DE UN CASO	47
061	TUBERCULAR UVEITIS: AN OPHTHALMOLOGICAL CHALLENGE. DIAGNOSIS REVIEW ON PURPOSE OF A CASE.....	48
062	EALES'DISEASE: YEAR FOLLOW UP	49
063	A CASE OF RESISTANT SERPIGINOUS-LIKE CHOROIDITIS INDUCED BY TUBERCULOUS INFECTION: INFECTION OR IMMUNE RESPONSE?	49
064	PAPILITIS ATÍPICA EN PACIENTE JOVEN: DEBUT DE SÍFILIS Y VIH.....	50
065	PRECIPITADOS SUPERFICIALES EN LA RETINA EN TRES PACIENTES CON SÍFILIS OCULAR.	51
066	PERIPHERAL RETINITIS SECONDARY TO SYPHILIS	51
067	TRABECULITIS HIPERTENSIVA COMO DEBUT DE PANUVEITIS TOXOPLASMICA	52

068	A DELAYED DIAGNOSIS WITH MULTIPLE UNNECESSARY COMPLEMENTARY TESTINGS..	53
069	IMMUNOCOMPETENT PATIENT WITH OCULAR TOXOPLASMOSIS AND CONCOMITANT CHICKENPOX INFECTION	53
070	TOXOPLASMA NEURORETINITIS, A DIAGNOSTIC CHALLENGE	54
071	CORIORRETINITIS POR TOXOPLASMA SIMULANDO UN SÍNDROME DE NECROSIS RETINI-ANA AGUDA (NRA)	54
072	ATYPICAL PRESENTATION OF TOXOPLASMA CHORIORETINITIS: A CASE REPORT	55
073	COROIDITIS MULTIFOCAL IDIOPÁTICA? EN PACIENTE DE 7 AÑOS	56
074	ATYPICAL OCULAR BARTONELLA HENSELAE INFECTION WITHOUT NEURORETINITIS AND MACULAR STAR	57
075	CENTRAL VEIN RETINAL THROMBOSIS IN THE SETTING OF COXIELLA BURNETII INFEC-TION: A COINCIDENCE OR A NEW OCULAR MANIFESTATION?	57
076	UVEITIS TUBERCULOSA PRESUNTA Y EDEMA MACULAR.....	58
077	BILATERAL MACULAR EDEMA AS THE MAIN SYMPTOM OF LATENT TUBERCULOSIS	59
078	UVEITIS ANTERIOR GRANULOMATOSA RECURRENTE: ¿PROFILAXIS O TRATAMIENTO?..	59
079	SUSPICION OF TUBERCULOUS ETIOLOGY IN A CASE OF PANUVEITIS.....	60
079	SUSPICION OF TUBERCULOUS ETIOLOGY IN A CASE OF PANUVEITIS.....	61
080	PANUVEITIS AND RETINITIS IN A PATIENT ON TREATMENT WITH IMMUNOSUPPRES-SANTS FOR SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS	61
081	UVEÍTIS POR RECUPERACIÓN INMUNE EN TRASPLANTADA RENAL.....	62
082	DEXAMETHASONE INTRAVITREAL IMPLANT FOR THE TREATMENT OF CYSTOID MACU-LAR EDEMA IN CANCER-ASSOCIATED RETINOPATHY	63
083	“UVEITIS ANTERIOR RECURRENTE POR CMV. A PROPÓSITO DE UN CASO”	63
084	TWO CASES OF CYTOMEGALOVIRUS HYPERTENSIVE ANTERIOR UVEITIS IN IMMUNO-COMPETENT PATIENTS	64
085	UVEITIS ANTERIOR AGUDA HIPERTENSIVA Y ENDOTELITIS POR CITOMEGALOVIRUS	64
086	POSNER-SCHLOSSMAN SYNDROME: <i>INFECTIOUS ETIOLOGY?</i>	65
087	THE RETURN OF THE PIZZA PIE RETINOPATHY ON ANTIRETROVIRAL THERAPY?	65
088	CLINICAL ONSET OF AIDS: CYTOMEGALOVIRUS RETINITIS	66
089	ACUTE RETINAL NECROSIS AS INITIAL PRESENTATION OF AIDS	67
090	SÍNDROME DE HORNER SECUNDARIO A HERPES ZOSTER OFTÁLMICO	67
091	CORNEAL IMPAIRMENT IN HERPES ZOSTER OPHTHALMICUS	68
092	UNILATERAL ACUTE NECROTIZING RETINITIS - VZV	69

093	NECROSIS RETINIANA AGUDA POR VVZ. A PROPÓSITO DE UN CASO	69
094	QUERATO-UVEITIS RECIDIVANTE CON HETEROCROMÍA DE IRIS POR EBV CONFIRMADO POR PCR.....	70
094	QUERATO-UVEITIS RECIDIVANTE CON HETEROCROMÍA DE IRIS POR EBV CONFIRMADO CON PCR	70
095	CHRONIC BILATERAL PANUVEITIS ASSOCIATED WITH EPSTEIN-BARR VIRUS INFECTION. HOW SHOULD WE MANAGE IT?	71
096	LEISHMANIASIS OCULAR COMO PRESENTACIÓN DE RECIDIVA DE AFECTACIÓN VISCERAL EN PACIENTE VIH ()	71
097	PANUVEITIS EN EL CONTEXTO DE ENFERMEDAD DE LYME.....	72
098	LYME UVEITIS: CASE REPORT.....	73
099	BILATERAL ANTERIOR UVEITIS AFTER PUSTULAR SKIN RASH WITH POSITIVE RICKETTSIA SEROLOGY	74
0100	HEMORRAGIAS RETINIANAS EN EL CONTEXTO DE UNA FIEBRE BOTONOSA MEDITERRÁNEA. (FBM).....	74
0101	PANUVEÍTIS POR RICKETTSIA CONORII.....	75
0102	PANUVEITIS POR RICKETTSIA CONORII, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	76
0103	CANDIDIASIS OCULAR CON AFECTACIÓN MACULAR: OPCIÓN TERAPÉUTICA SEGÚN SITUACIÓN DEL PACIENTE Y SEGUIMIENTO ICONOGRÁFICO.....	76
0104	UNILATERAL PANUVEITIS DUE TO CANDIDA DURING PREGNANCY.....	77
0105	ENDOFTALMITIS ENDÓGENA POR <i>ASPERGILLUS SPP</i> EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDA.....	78
0106	ENDOFTALMITIS POST CIRUGÍA DE CATARATA POR <i>ASPERGILLUS TERREUS</i> REFRACTARIA A TRATAMIENTO	79
0107	ENDOFTALMITIS POR <i>STENOTROPHOMONA MALTOPHILIA</i>	79
0108	UVEITIS BY <i>MYCOPLASMA PNEUMONIAE</i>	80

COMUNICACIONES PÓSTERS

P01	GRANULOMATOSIS CON POLIANGEITIS ORBITARIA. RIESGO DEL INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO. TITLE: ORBITAL GRANULOMATOSIS WITH POLYANGIITIS. RISK OF POOR ADHERENCE TO TREATMENT	83
P02	OZURDEX EN DEP VITELIFORME.....	83
P03	FINGOLIMOD-ASSOCIATED MACULAR EDEMA	84

P04	PANUVEITIS UNILATERAL AGUDA EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO	85
P05	OCULAR TOXOPLASMOSIS	85
P06	UNILATERAL ACUTE IDIOPATIC MACULOPATHY?.....	86
P07	WHEN APPEARS THE COMPLICATIONS IN JIA: ALL IN THE SAME PATIENT	87
P08	ANTI-VEGF IN SUBFOVEAL UVEITIS-ASSOCIATED CHOROIDAL NEOVASCULARIZATION..	87
P09	ACUTE RETINAL NECROSIS FOLLOWING PHACOEMULSIFICATION SURGERY	88
P10	SINDROME DE VKH INCOMPLETO.....	89
P11	TROMBOSIS VENOSA RETINIANA EN VIH: RESPUESTA A TRATAMIENTO INTRAVÍTREO ..	89
P13	EDEMA MACULAR EN UVEÍTIS ANTERIOR AGUDA	90
P14	SYPHILITIC OPTIC NEURITIS: A DIAGNOSIS TO HAVE IN MIND IN THE UNILATERAL EDEMA OF THE OPTIC DISC.....	91
P15	UVEÍTIS HIPERTENSIVA POR CITOMEGALOVIRUS	91
P16	VITRECTOMÍA EN EL TRATAMIENTO DEL EDEMA MACULAR QUÍSTICO SECUNDARIO A PARS PLANITIS EN EDAD PEDIÁTRICA.....	92
P17	SÍNDROME DE AUMENTO AGUDO IDIOPÁTICO DE MANCHA CIEGA	93
P18	IMPLANTE INTRAVÍTREO DE DEXAMETASONA PARA TRATAR UNA VASCULITIS RETINIANA EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO	93
P19	COTTON EXUDATES IN HCV TREATMENT	94
P20	RETINAL NEOVASCULARIZATION IN A PATIENT WITH LUPUS AND TOXOPLASMIC CHORIORETINAL SCAR	94
P21	NEOVASCULARIZACIÓN COROIDEA SECUNDARIA A COROIDITIS MULTIFOCAL UNILATERAL.....	95
P22	IRVAN SYNDROME.....	96
P23	EALES` DISEASE: YEAR FOLLOW UP	96
P24	ACUTE RETINAL NECROSIS SECONDARY TO VZV	97
P25	RETINOCOROIDITIS TOXOPLÁSMICA: REACTIVACIÓN A DISTANCIA VS NEOVASCULARIZACIÓN COROIDEA.....	98
P26	VOGT - KOYANAGI - HARADA SYNDROME WITOUT SEROUS RETINAL DETACHMENT ...	98
P27	HERPETIC UVEITIS WITH POSTERIOR SEGMENT INVOLVEMENT	99
P28	PARSPLANITIS, HLAB51 Y DESMIELINIZACIÓN, SIN CRITERIOS DE EM NI SDME DE BEHÇET. A PROPÓSITO DE UN CASO	100
P29	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE PACIENTE CON DRNS ASOCIADO A EXUDACIÓN EN ÁERA MACULAR	101

P30	ANTERIOR UVEITIS AS AN INUSUAL MANIFESTATION OF AN IDIOPATHIC ORBITAL INFLAMMATION: A CASE REPORT	101
P31	COROIDOPATÍA PUNCTATA INTERNA (PIC). A PROPÓSITO DE UN CASO	102
P32	CYSTOID MACULAR EDEMA REFRACTORY TO BIOLOGICAL THERAPY IN BEHÇET DISEASE	102
P33	UVEÍTIS ANTERIOR BILATERAL EN POLICONDRITIS RECIDIVANTE	103
P34	TUBERCULOSIS OCULAR	104
P35	MANEJO DIAGNÓSTICO TERAPÉUTICO DE LA ESCLERITIS NODULAR, A PROPÓSITO DE UN CASO	105
P36	DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS ANTE UN CASO DE UVEITIS. EL VALOR DE LA PCR	105
P37	MANEJO QUIRÚRGICO DE UN PACIENTE CON UVEÍTIS FACOANAFILÁCTICA MEDIANTE VIA PARS PLANA	106

COMUNICACIONES ORALES

01 ANTERIOR SCLERITIS AS FIRST MANIFESTATION OF ENDOGENOUS FUNGAL ENDOPHTHALMITIS

GARCÍA NIETO, M^o DEL MAR¹; Añon Requena, M^o José²; Navarro Navarro, Jesús³; And Romero Palacios, Alberto⁴.
¹HUPR, Oftalmología; ²HUPR, Anatomía Patológica; ³HUPR, Radiodiagnóstico; and ⁴HUPR, Medicina Interna.

INTRODUCTION

Scleritis can be associated with multiple diseases and can be caused by a fungus.

Aspergillus is a fungus widely distributed, with small spores, ideal to reach the tracheobronchial tree. It can grow at 37° and invades the blood vessels.

CASE REPORT

76 years old male with severe pain and redness in OD. An important antecedent is an apidermoid carcinoma of the lung three years ago and is now in remission.

Ophthalmological examination: Visual acuity OD is 0,4 and there is scleritis in the temporal angle accompanied by Tyndall 4 crosses. The rest of the examination was normal but fundus was unfathomable. Treatment was with topical corticosteroids and atropine.

Because neoplastic history we obtained ultrasound and resonance orbits with/without contrast observed hypointense linear images in the temporal side of the OD.

Suspecting lymphoma of metastasis and persistence of refractory pain, enucleation was performed with immediate improvement.

Pathologic examination revealed a whitish lesion macroscopically soft consistency with size 0,7x0,5cms and microscopically there is an inflammatory process, multinucleated giant cells, granulomatous materials and thick filamentous structures and chambered in 45 degree angulation compatible with *aspergillus*, being treated with fluconazole.

CONCLUSION

The endogenous fungal endophthalmitis are rare and affect immunocompromised persons, could perhaps be a harbinger of a more important process. So occurred in our patient, he develop leukemia after few months.

02 PANOFTALMITIS POR E.COLI PRODUCTORA DE BETA/LACTAMASA DE ESPECTRO EXTENDIDO (BLEE) SECUNDARIA A CELULITIS ORBITARIA.

QUIJADA ANGELI, SIMÓN; Pana, Iulia Oana; Urquía Pérez, Diego; and Hijos Gastón, Mónica.

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda), ophthalmology, Spain.

INTRODUCCIÓN

La panoftalmitis secundaria a celulitis orbitaria es una entidad infrecuente actualmente, debido a, los avances en las técnicas diagnosticas y una de las potenciales causas son los microorganismos multirresistentes como la *E.coli* productora de BLEE. Caso clínico: Varón de 79 años demencia alzheimer, encamado, quien consulta por edema bupalpebral, quemosis, proptosis y restricción de los MOEs en OD, de 7 días de evolución, polo anterior con coágulos y difícil visualización, se realiza TC de orbitas mostrando cambios inflamatorios de partes blandas pre y postseptales y en el patrón de la grasa intraorbitaria, la ecografía B mostro desprendimiento de retina, ingresa diagnosticado de celulitis Orbitaria,

y se inicia Ciprofloxacino y metilprednisolona, se descartaron infecciones asociadas. Presenta mejoría inicial con pobre progresión. Se realiza RM de orbitas mostrándose la presencia de material anormal periocular. La administración de gadolinio produce refuerzo de la esclera, hallazgos de inflamación uveoescleral y escleritis posterior, se realiza cultivo de secreciones conjuntivales, la ecografía control mostró ocupación vítrea grave compatible con panoftalmítis, se toma biopsia vítrea, aislando *E.coli* productora de BLEE administran intravítreas de ceftazidima y vancomicina y ertapenem endovenoso, evidenciando mejoría de la ecografía, dándose de alta continuando con medicación ambulatoria.

CONCLUSIONES

Las infecciones por gérmenes multiresistentes como la *E.coli* productora de BLEE, son de difícil manejo, retrasan la instauración de un tratamiento adecuado implicando un peor pronóstico y complicaciones infrecuentes como es la Panoftalmítis que requiere emplear medidas diagnóstico-terapéuticas agresivas y poco habituales.

03 UNEXPECTED FINDING IN A CASE OF SCLERITIS

AGUSTINO RODRÍGUEZ, JACQUELINE; Rocha Cabrera, Pedro; Rodríguez Lozano, Beatriz; Lozano López, Virginia; Losada Castillo, María José; and Serrano García, Miguel Ángel.

Hospital Universitario de Canarias.

CASE REPORT

72 years old female with a history of type 2 diabetes and hypertension. She came with an acute unilateral left latent conjunctivitis that did not improve after topical treatment with dexamethasone and chloramphenicol. The exploration revealed scleritis in the left eye, autoimmune process was discarded and treatment was started with oral and topical corticosteroids, without response. The patient developed vitritis and antibiotics / antifungal intravitreal injections and a conjunctival biopsy were performed. Pathology reported infiltration and parasitic helminth findings. PCR amplification could not determine the gender. After treatment with mebendazole, topical and oral corticosteroids the process resolved progressively.

CONCLUSIONS

Parasitic scleritis is rare. It should be suspected when common causes are ruled out, and there is not effective response to treatment. The multidisciplinary involvement has led to satisfactory resolution of the case.

04 MANEJO CON METOTREXATO DE UNA ESCLERITIS NECROTIZANTE INDUCIDA QUIRÚRGICAMENTE TRAS CIRUGÍA DE PTERIGIÓN.

RICO SERGADO, LAURA; Pérez Canales, José Luis; and Saldaña Garrido, Juan David.

Hospital General Universitario de Alicante.

INTRODUCCIÓN

La escleritis necrotizante es una forma grave de escleritis asociada con frecuencia a enfermedades del colágeno. Sin embargo, en raras ocasiones puede ser secundaria a cirugía ocular, lo que se conoce como escleritis necrotizante inducida quirúrgicamente (ENIQ).

CASO CLÍNICO

Varón de 79 años remitido al servicio de oftalmología por enrojecimiento y dolor intenso en ojo derecho (OD) de 1 mes de evolución. Como antecedentes oftalmológicos presentaba cirugía de pterigión 18 meses atrás en dicho ojo. En la exploración inicial la agudeza visual era de 0'9 en OD y de 1 en el ojo izquierdo. La biomicroscopía revelaba hiperemia conjuntival en cuadrante temporal del OD con un área central avascular y adelgazamiento escleral. Se inició tratamiento con indometacina oral y se realizaron frotis conjuntivales y estudio sistémico, siendo ambos negativos y catalogándose como ENIQ. A los 5 días presentó empeoramiento clínico, por lo que se instauró tratamiento con prednisona oral 60 mg/día. Dos meses después, al reducir la dosis corticoidea, se produjo una recidiva del cuadro. Ante la necesidad de un tratamiento prolongado, se decidió asociar metotrexato, permitiéndonos reducir la dosis de corticoides y manteniendo al paciente asintomático durante 4 meses.

DISCUSIÓN

Aunque el término ENIQ se ha empleado indistintamente tanto si el origen era infeccioso como inmunológico, actualmente se reserva para aquellos casos en los que la causa infecciosa ha sido descartada. Los corticoides sistémicos constituyen la primera línea de tratamiento, pero en los casos crónicos es posible utilizar fármacos ahorradores de corticoides como el metotrexato a dosis bajas.

05 PRESUMED RELAPSING POLYCHONDritis. "ALL THAT GLITTERS IS NOT GOLD"

SERRANO PECOS, VERÓNICA¹; Sánchez Aparicio, Fátima Inés¹; Solana Fajardo, Jorge¹; and Álvarez Vega, José Luis².

¹Hospital Perpetuo Socorro (Badajoz), Ophthalmology, Spain; and ²Complejo hospitalario Badajoz (Badajoz), Reumatology, Spain.

INTRODUCTION

Scleritis is an inflammatory eye disease that can be severe, and can also be related to other systemic diseases, mainly connective tissue diseases. Relapsing polychondritis (RP) is a rare and chronic diseases that can have severe systemic consequences if vital organs cartilage is affected.

CLINICAL CASE

We present a 42 year-old woman diagnosed with hypertensive bilateral episcleritis and uveitis, treated with low dose of topical corticoids suspecting ocular hypertension secondary to corticosteroids. She referred eye pain and visual loss. Slit lamp examination showed in both eyes: diffused, no necrotizing scleritis, anterior uveitis with keratic precipitates and ocular hypertension refractory to hypotensive treatment. She also referred ear and headache, tinnitus and isolated joint inflammation on her left knee.

Having rejected infectious causes, we introduced oral corticoids (reducing just uveal component) adding Methotrexate 10mg (reducing scleritis) and also Adalimumab, recovering from eye and systemic signs and symptoms.

High ocular pressure got normal only when inflammation was controlled, behaving as a confusing factor.

We rejected the most common etiology causes, so we think of RP as the main cause. No inflammatory cells were found in ear cartilage biopsy, but it fits 3 of 6 criteria according to Mc Adam et al.

RESULTS

Visual acuity was 0.3 in both eyes, and now that eye and systemic inflammation is controlled, is 1 (right eye) and 0.7 (left eye). Intraocular pressure is normal since inflammation ceased.

DISCUSSION

Scleritis is commonly associated to connective tissue diseases. We suspect a RP as the patient presents 3 of the 6 criteria according to Adam et al.

In cases with poor response to treatment and the presence of confusing factors, we consider important the early treatment associating corticoids, immunosuppressive and biological therapy. It can lead us to a successful follow-up, avoiding irreparable eye damage.

O6 GRANULOMATOSIS WITH POLYANGIITIS (WEGENER'S GRANULOMATOSIS)

ROMEIO VILLADONIGA, STEPHANIE; Ferreira Táboas, Miguel; De Domingo Barón, Begoña; and Gómez Torrijos, Isabel.

CHUF (CHUF), Ophthalmology, Spain.

INTRODUCCIÓN

La granulomatosis con poliangeítis (GPA) es una enfermedad inflamatoria sistémica, que se caracteriza por la triada clásica de necrosis, enfermedad granulomatosa y vasculitis de pequeño y mediano vaso como hallazgos histopatológicos. Los anticuerpos anti-citoplasma de neutrófilo (ANCA) están presentes en el 80-90% de los pacientes.

GPA puede afectar a cualquier órgano o sistema, siendo la manifestación más frecuente a nivel de vías respiratorias alta y baja y riñones. La afectación oftalmológica es una causa importante de morbilidad y ocurre aproximadamente en el 50% de pacientes.

CASO CLÍNICO

Mujer de 48 años diagnosticada de GPA con positividad para ANCA y anticuerpos anti-proteinasa 3 (PR3), que acude por dolor intenso y disminución de agudeza visual en ambos ojos (OD 20/200 y OI <20/400). Presenta proptosis bilateral. En la biomicroscopía se observa queratitis ulcerativa periférica bilateral, uveítis y neuritis óptica OI.

La paciente es refractaria al tratamiento con ciclofosfamida, iniciándose tratamiento sistémico con Rituximab y corticoides, y tópico con ciclosporina 1%, suero autólogo y metilprednisolona 0.5%.

RESULTADO

Una vez logrado el control de la enfermedad, el tratamiento de mantenimiento se está realizando con Rituximab, Azatioprina y pauta descendente de corticoides, sufriendo la paciente leves reactivaciones inflamatorias a nivel de la superficie ocular coincidiendo con la bajada de la dosis de corticoides sistémicos.

CONCLUSIÓN

La presentación oftalmológica de GPA puede ser un reto diagnóstico. El diagnóstico diferencial incluye causas infecciosas, inflamatorias y neoplásicas. Es importante reconocer cualquier signo de inflamación ocular porque nos pueden indicar que la enfermedad está activa en otros órganos.

07 CASE REPORT: USE OF RITUXIMAB IN REFRACTORY OPHTHALMIC WEGENER'S GRANULOMATOSIS

BARBANY RODRIGUEZ, MIRIAM¹; Mousavi, Kazem²; and Rodriguez Carballeira, Mónica³.

¹Hospital Universitari Mútua de Terrassa, Ophthalmology; ²Hospital Universitari Mútua de Terrassa, Ophthalmology; and ³Hospital Universitari Mútua de Terrassa, Medicina Interna.

OBJETIVE

To report the case of a 46-year-old male with a previous history of recurrent pansinusitis, pulmonary infiltrates and bilateral hearing loss, in the context of a Wegener's disease. Despite being treated with high-dose corticosteroids, cyclophosphamide and azathioprine, the patient suffered an ocular relapse with bilateral anterior scleritis, peripheral ulcerative keratitis and anterior uveitis. The use of methotrexate or infliximab did not result in any improvement and the disease progressed.

Imminent visual loss due to orbital, retinal and optic nerve involvement, as well as relapse of systemic disease with new pulmonary infiltrates and dysphagia, led to the decision of performing plasmapheresis and repeating standard therapy with cyclophosphamide and high-dose corticosteroids. Nevertheless, remission was not achieved until adding rituximab to the treatment, as an off label drug use. The patient receives rituximab every 4-5 months for the maintenance of remission.

CONCLUSION

In our case, rituximab was effective in inducing remission. In patients with refractory ophthalmic Wegener Granulomatosis, rituximab can be a useful therapeutic option.

08 RITUXIMAB MAINTENANCE THERAPY FOR REFRACTORY NODULAR SCLERITIS IN LONG TERM GRANULOMATOSIS WITH POLYANGIITIS DISEASE.

SAN ROMAN LLORENS, JOSE JAVIER¹; Gabarrón Hermosilla, Maria Isabel¹; and Toledano Fernandez, Nicolas¹.

¹Hospital universitario de fuenlabrada (hospital universitario de fuenlabrada), Oftalmología, Spain.

Granulomatosis with polyangiitis (GPA) is a multisystemic granulomatous inflammatory disorder of the autoimmune system whose target organs are classically upper and lower respiratory tracts and the kidneys. Ocular involvement includes conjunctivitis, keratitis, scleritis, uveitis, retinal vasculitis, optic neuropathy and orbital infiltrative deposits.

Our objective is to report a case of nodular scleritis in a 63-year-old woman with a certain diagnosis of GPA and multiple systemic disorders (severe nephropathy, diabetes mellitus, multiple chest infections, metastatic breast cancer and secondary Cushing syndrome) resistant to traditional corticosteroid therapy, immunosuppressants and in maintenance therapy with anti-CD20 monoclonal antibody (Rituximab). Many side effects were reported during some of the treatment due to her systemic pathologies and drugs themselves.

It has been reported previously the use of Rituximab in the maintenance of long term GPA. Granulomatous manifestations such as orbital granuloma and meningitis were more frequently refractory to treatment. In our opinion this is the first case reported of use of rituximab like maintenance therapy in patients with refractory nodular scleritis. Rituximab appeared to be effective and safe for the induction and remission in patients with scleritis and chronic GPA.

09 DIAGNÓSTICO FINAL DE UNA ESCLERITIS POSTERIOR POR ANGIO-RMN.

ORTEGA MOLINA, JOSÉ MARÍA¹; García Serrano, José Luis¹; Ortego Centeno, Norberto²; and Solans Pérez de Larraya, Ana¹.

¹Hospital Universitario San Cecilio, Oftalmología, España; and ²Hospital Universitario San Cecilio, Medicina Interna, España.

INTRODUCCIÓN

La escleritis posterior se define como la inflamación de la esclera posterior, por detrás de la ora serrata. Debe pensarse en este diagnóstico ante un descenso de la agudeza visual, dolor ocular de leve a severo, edema del nervio óptico y/o uveítis posterior. Es una enfermedad poco frecuente e infradiagnosticada y es una causa potencial de ceguera debido a sus complicaciones asociadas.

CASO CLÍNICO

Mujer de 26 años, que acude a nuestra consulta por dolor ocular moderado y cefalea de meses de evolución. La agudeza visual, biomicroscopia y PIO eran normales, presentando una papilitis bilateral y pliegues en retina interna. La ECO A, B y TAC fueron inespecíficos y los resultados de laboratorio descartaron su asociación con enfermedades sistémicas e infecciosas activas concomitantes. Se inició tratamiento empírico con corticoesteroides con remisión completa del cuadro. En un nuevo episodio cursa con la misma clínica asociada a desprendimiento neurosensorial contiguo al nervio óptico derecho, pliegues coroideos y depresión generalizada del campo visual. La Angio-RMN evidenció engrosamiento escleral, inflamación del nervio óptico y separación de la Tenon con la esclera compatible con el diagnóstico de escleritis posterior. Se realizó tratamiento con inmunosupresores y corticoesteroides, con buena respuesta y sin nuevas recidivas.

CONCLUSIONES

El Gold Estándar en el diagnóstico de la escleritis posterior lo representa la ecografía ocular modo B al detectar el acumulo de líquido subtenoniano (signo de la T). Sin embargo, cuando ésta no es concluyente la Angio-RMN orbitaria puede ser la exploración necesaria para llegar al diagnóstico definitivo.

010 UVEITIS AS A RESULT OF MAP- KINASE PATHWAY INHIBITION

PASTOR GRAU, ANA¹.

¹Grupo Hospitalario Quirón Torrevieja.

INTRODUCTION

Targeted molecular therapies are more specific and fewer toxic side effects than many traditional chemotherapeutic agents used in the treatment of cancer. They may however be associated with a variety of adverse effects.

CASE REPORT

We present the case of a patient treated with Dabrafenib and Trametinib, inhibitors of protein kinase pathway mitogen activated (MAP-kinase) for cutaneous metastatic melanoma, who developed a bilateral uveitis.

CONCLUSIONS

Although adverse effects level eye with this class of drugs has been described, we have only found a case of uveitis described in the literature. This case indicates the wide range of side effects that can occur with newer biological therapies.

011 UTILITY OF PET-CT IN SOLITARY CHOROIDAL MASS

SADABA ECHARRI, LUIS MANUEL¹; Saenz De Viteri Vázquez, Manuel¹; Alfonso Bartolozzi, Belen¹; and García Layana, Alfredo¹.

¹Universidad de Navarra (Clínica Universidad de Navarra), Ophthalmology, Spain.

INTRODUCTION

Ocular metastases can affect the eyelids, conjunctiva, orbit, and most frequently the uvea. They are the most common intraocular tumor affection. At the moment of diagnosis 25% of cases have no previous history of cancer, being a «false uveitis» the first clinical sign. Tumors more frequently originate from the breast in women and lung in men.

CASE REPORT

56-year-old woman who presented a decrease of visual acuity of the left eye. The scan found a left choroidal lesion suspicious of malignancy. The possible primary tumor was not discovered after a systemic evaluation by different departments. Through a study of PET-CT a lump in the right breast with multiple mediastinal lymph nodes were found. Retroperitoneal and supraclavicular, as well as multiple bone metastases were also detected. A biopsy of the lesion in the right breast was obtained, and an invasive ductal carcinoma of breast G1 was diagnosed. Cancer treatment was initiated and is still undergoing to date Nov-2014, and the patient is being followed-up by the Department of Oncology.

A comprehensive systemic assessment must be made when ocular metastasis is suspected. It is important to know that up to 10% of the choroidal metastasis may present with signs of uveitis. If the primary tumor is not found after the systemic study, PET-CT is a very useful diagnostic tool. The PET-CT merges positron emission tomography with computed tomography images and allows the detection of areas with increased metabolic activity.

012 CHOROIDAL METASTASIS AS A PRESENTING MANIFESTATION OF A BREAST CANCER

FERNÁNDEZ GARCÍA, JAVIER LORENZO; García Sáenz, María del Carmen; Modamio Gardeta, Laura; and Escobar Martín, Elena.

Hospital Universitario Fundación Alcorcon.

CLINICAL CASE

The case of a 73 year-old female with choroidal metastasis as presenting manifestation of breast cancer is reported. The initial visual acuity was 0,1. Hypertension, dyslipidemia, toxic syndrome and chronic cough lasting one year were her personal background.

RESULTS

Funduscopy showed a creamy yellow placoid lesion with blurred margins that surrounded optic nerve and superior temporal vascular branches. A cystic macular edema was revealed by OCT. Thoracic CT adverted a lesion in the right breast with axillar lymph nodes affected. Mamography and ecography diagnosed a primary breast tumour with endobronchial pulmonary, bone and choroidal metastases. Hormonal therapy, radio and chemotherapy achieved to stabilize the lesion and to get a great improvement in visual acuity,

CONCLUSIONS

Choroidal metastases are a rare entity. Nevertheless, if we reach an early diagnosis, it will be possible to apply specific treatments that will prevent long term consequences.

O13 PANUVEITIS BILATERAL COMO MANIFESTACIÓN DE ADENOCARCINOMA MUCINOSO DE PULMÓN.

GIRALDO AGUDELO, LUISA FERNANDA; Cordero Pérez, Yolanda; Angles Deza, Jose Miguel; and Marques Fernandez, Victoria.

Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid.

INTRODUCCIÓN

Se presenta el caso de un paciente diagnosticado de panuveítis bilateral como primera manifestación clínica de adenocarcinoma mucinoso invasor de pulmón.

CASO CLÍNICO

Varón de 51 años que acudió a urgencias de oftalmología por visión borrosa e hiperemia ocular bilateral. En la anamnesis por aparatos refiere mialgias, cefalea y fiebre. Sin antecedentes patológicos ni hábitos tóxicos.

A la exploración presentaba agudeza visual de 0,8 en el ojo derecho y 1 en el ojo izquierdo, presión intraocular de 7 mmHg en ambos ojos, precipitados retroqueráticos finos, pliegues en la descemet y sinequias posteriores, cámara anterior con fibrina y membrana ciclítica en ambos ojos. En el fondo de ojo se encontró vitritis activa y focos de coriorretinitis sin neuritis y sin evidencia de compromiso macular de ambos ojos.

Ante el diagnóstico de panuveítis bilateral y los síntomas generales asociados, se realizó estudio de patología sistémica. La tomografía computarizada de tórax demostró un nódulo en lóbulo superior del pulmón izquierdo. Se realizaron baciloscopias, lavado broncoalveolar y biopsia transbronquial informada como granuloma necrotizante con análisis negativos para microorganismos y sin analítica sugestiva de sarcoidosis se realizó una segunda biopsia mediante toracotomía con informe anatomopatológico compatible con adenocarcinoma mucinoso infiltrante.

CONCLUSIÓN

Los síndromes mascaradas representan el 2 - 3% de los pacientes remitidos a centros especializados en uveítis. La mayoría de ellos asociados a linfoma primario del sistema nervioso central. También están descritos en metástasis oculares de tumores sistémicos del tipo melanoma cutáneo y el cáncer de pulmón como el caso que presentamos.

O14 INFILTRACIÓN LEUCÉMICA EN PACIENTE CON LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA TIPO T EN REMISIÓN COMPLETA.

SALDAÑA GARRIDO, JUAN DAVID; Carrión Campo, Raquel; Rico Sergado, Laura; Martínez Rubio, Magdalena; and Moya Moya, Medina Azahara.

Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España.

INTRODUCCIÓN

La leucemia linfoblástica aguda (LLA) es una neoplasia maligna que puede causar infiltración orgánica extramedular. Las manifestaciones oculares son variadas, siendo la infiltración del nervio óptico (13-18%) significativa, ya que puede suponer afectación del sistema nervioso central.

CASO CLÍNICO

Mujer de 43 años con LLA en remisión completa y en tratamiento de mantenimiento, es derivada a nuestro servicio por sospecha de necrosis retiniana herpética/retinitis leucémica en ojo izquierdo (OI) y diagnóstico reciente de obstrucción de arteria central de la retina en ojo derecho (OD). A la exploración oftalmológica, la agudeza visual era de amaurosis en OD y unidad en OI. En el fondo de ojo de OD presentaba desprendimiento de retina total y en OI opacificaciones blancas confluentes con hemorragias en retina periférica superior y nasal inferior.

Ante estudio hematológico negativo, se decide manejo con ganciclovir intravítreo y foscarnet intravenoso por sospecha de retinitis por citomegalovirus (CMV). A pesar de la mejoría inicial de las lesiones del OI, a los 20 días del inicio del tratamiento, aparece papilitis en OI y restricción de la motilidad en OD. La resonancia magnética y punción lumbar confirman la recidiva leucémica y se inicia tratamiento con quimioterapia y radioterapia, resolviéndose las lesiones oculares.

CONCLUSIONES

La infiltración del nervio óptico puede preceder a la recaída hematológica. Por tanto, es importante realizar controles oftalmológicos periódicos ya que una detección precoz de la enfermedad puede mejorar el pronóstico visual y vital del paciente. Además, no son infrecuentes las infecciones oportunistas en pacientes en tratamiento inmunosupresor.

015 SMPBE ATÍPICO EN EL CONTEXTO DE UN LH

MUÑOZ JIMÉNEZ, LUZ ÁNGELA; Del Río Pardo, María José; Ayala Gutiérrez, María del Mar; and De Ramón Garrido, Enrique.

Hospital Regional de Malaga, España.

En el linfoma de Hodking(LH) la afectación ocular es infrecuente; su cuadro clínico puede cursar con uveítis anterior, vitritis, vasculitis retiniana, retinitis necrotizante, infiltrados subretinianos cremosos, así como coroiditis difusa.

Mujer de 46 años consulta por visión borrosa y fotopsias de ojo izquierdo(OI). Agudeza visual (AV) de OI 0.05, polo anterior normal, fondo de ojo (FO) OI múltiples puntos evanescentes dispersos mayor en polo posterior con granularidad macular. Planteándose diagnóstico de síndrome de puntos blancos evanescentes. Angiografía de fluoresceína: hiperfluorescencia granular desde tiempos precoces y en tiempos finales tinciones de paredes venosas; verde indocianina sin hallazgos significativos; autofluorescencia con hipo-hiperautofluorescencia granular-reticular. A la semana presenta tyndal asociado a vitritis leve con envainamiento venoso periférico. Iniciándose corticoides tópicos y sistémicos. Aumenta la vasculitis tanto arterial como venosa descartándose sarcoidosis y síndrome antifosfolípidos. Tras tres meses AV OI percibe no proyecta, con edema corneal y tyndal (-), presión intraocular (PIO) 60mmHg, FO compatible con signos de trombosis venosa central. Se realiza tratamiento con lucentis intravítreo tres dosis. Debido al glaucoma neovascular con ojo doloroso se realiza ciclodiodo con evolución favorable. A los 18 meses en ojo derecho vitritis, inicio de puntos blancos evanescentes, manguitos vasculares y arrosamiento venoso, se descarta nuevamente sarcoidosis con biopsia de adenopatía inguinal LH subtipo esclerosis nodular.

La uveítis posterior manifestada como puntos blancos evanescentes es poco frecuente en los pacientes con LH, y más inusual si se presenta como primer signo sin otro hallazgo sistémico.

016 INTRAOCULAR LYMPHOMA RELATED TO EPSTEIN-BARR VIRUS IN A HIV-POSITIVE PATIENT: CASE REPORT

DELGADO WEINGARTSHOFER, RUBEN; Díaz Cascajosa, Jesús; and Mas Castells, María.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Oftalmología, ESPAÑA.

OBJECTIVE

To report a case of chronic retinitis with vitritis in a immunocompromised patient resistant to antiviral and antitoxoplasmic treatment that required vitreous biopsy for final diagnosis.

PATIENTS

One

CLINICAL CASE

A 39-year-old HIV man with known AIDS criteria (CD4 104cells/mm³) and stage IV-B Plasmablastic Lymphoma (PBL) with no response to the standard chemotherapy treatment presented a 4-day blurred vision in his left eye.

Best corrected visual acuity (BCVA) was 1.0 and 0.6 in his right and left eye, respectively. Slit lamp biomicroscopy revealed 1 anterior vitreous cells in the left eye. Fundus examination showed 1 vitritis and a creamy-white focal lesion of retinitis in the midperipheral retina. Empirical oral treatment with Valganciclovir and Cotrimoxazole was initiated in order to cover Citomegalovirus (CMV), Herpes Simplex Virus (HSV), Varicella Zoster Virus (VZV) and toxoplasma infections.

RESULTS

Polymerase chain reaction (PCR) of aqueous humour sample was performed resulting positive for Epstein-Barr virus (EBV) and negative for CMV, HSV and VZV.

After 2 months funduscopic follow up retinitis seemed to decrease but on the vitreous framework appeared clumps of cells arranged in sheets and vitritis raised to 3. Due to clinical worsening vitreous biopsy was performed for cytologic examination under suspicion of intraocular lymphoma (IOL). Papanicolaou staining showed large atypical lymphoid-cell-like confirming the diagnosis of IOL related to EBV.

CONCLUSION

- IOL can present as a retinal infiltration in immunocompromised patients.
- EBV infection has a strong association with PBL but, to our knowledge, a possible relation with IOL has never been reported before.

017 UVEÍTIS INTERMEDIA CORTICORRESISTENTE

MALMIERCA CORRAL, MARIO; de Pablo Cabrera, Almudena; and Pérez Blázquez, Eugenio.

¹Servicio de Oftamología (Hospital 12 de Octubre), Uveítis, Spain.

CASO CLÍNICO

Mujer gitana de 43 años con miodesopsias en ojo izquierdo (OI) y disminución de agudeza visual (AV) en ambos ojos (AO): 0,7.

Antecedentes no relevantes.

Polo anterior normal en AO. Presión intraocular (PIO) normal.

Fondo de ojo: Tyndall vítreo en ojo derecho y en OI con flóculos móviles.

La exploración clínica y las pruebas complementarias fueron normales.

La paciente recibió tratamiento con dexametasona oral en pauta descendente pero repuntando la actividad al disminuir la dosis, por lo que fue preciso una dosis de mantenimiento y asociar trigón subtenoniano en 2 ocasiones a lo largo de 2 años, sin pérdida de AV.

A los 11 meses presenta parestesias en brazo derecho, se evidencian lesiones cerebrales inespecíficas en la Resonancia Magnética nuclear (RMN), valoradas por neurología tras un estudio exhaustivo como lesiones de etiología incierta.

A los 23 meses de seguimiento, dadas la persistencia de vitritis a pesar del tratamiento y producirse disminución de AV en OI, se decidió realizar una vitrectomía y remitir la muestra vítrea a Anatomía patológica y microbiología, de las que no obtuvimos un resultado concluyente.

Al mes de la vitrectomía y tras mejorar de nuevo la AV, presenta un cuadro de la mioclonías del hemicuerpo derecho. En la RMN se ve crecimiento de las lesiones cerebrales previas. Se realizó una biopsia cerebral con resultado de linfoma cerebral primario.

CONCLUSIONES

Los casos de uveítis intermedia corticorresistente deben alertarnos ante la posibilidad de un síndrome de enmascaramiento.

Debe realizarse vitrectomía temprana con estudio microbiológico y anatomopatológico en pacientes con uveítis intermedia corticorresistente.

018 INTRAVITREAL RITUXIMAB IN BILATERAL VITREORETINAL LYMPHOMA

PÍO SILVA, ADILSON; Hernández Martínez, Mercedes¹; And Marín Sánchez, José María¹.

Servicio Murciano de Salud (Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca).

INTRODUCTION

Vitreoretinal Lymphoma (VRL) is a subtype of Primary Central Nervous System Lymphoma (PCNSL), which is typically an aggressive diffuse large B-cell malignancy associated with poor prognosis. Consensus guidelines for treatment of VRL have not been firmly established. Injections intravitreal Rituximab were shown to be an efficacious alternative treatment for VRL. We report a patient with bilateral VRL treated with intravitreal Rituximab.

CASE REPORT

A 58 year-old-female was referred to our unit by an anterior uveitis following PPV for retinal detachment (RD) in the left eye (LE). The patient had been diagnosed four months before of frontal space-occupying-lesion, was treated with corticosteroids and controls MR. Ophthalmic examination showed dense vitreous infiltrates in the right eye (RE) and vitreo-retinal infiltrates with RD in LE. Because of high clinical suspicion of a neoplastic process, a diagnostic PPV was performed on the RE and the patient received a bilateral intravitreal dose of Rituximab. Cytological evaluation of the vitreous fluid, the CSF, and the bone marrow were inconclusive, all were reported as being consistent with lymphoma. Nonetheless, the patient was treated with chemotherapy, radiotherapy and transplantation, according to protocol BAM. Nevertheless the patient died nine months later.

CONCLUSIONS

Intravitreal Rituximab has had a beneficial effect on lymphomatous infiltration vitreous in RE, being ineffective on massive retinal lymphomatous infiltration in LE.

This case illustrates the diagnostic problems in cases of PCNSL or VRL because none of the tests performed on the patient confirmed neoplastic cells in the brain or eye.

O19 EXTERNAL RADIOTHERAPY FOR COMBINED UVEAL AND ORBITAL LYMPHOMA

HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ, PABLO; Marco-Dolz, Rosa; España-Gregori, Enrique; and Gallego-Pinazo, Roberto.
University and Polytechnic Hospital La Fe, Ophthalmology, Spain.

INTRODUCTION

The diagnose of ocular lymphoma is challenging as their clinical sings and symptommas may masquerade as noninfectious or infectious diseases. Herein we present an atypical case of combined choroidal and orbital lymphoma successfully managed with biopsy of the extraocular mass and external radiotherapy.

CASE REPORT

A 64-year-old caucasian man with loss vision in his right eye, best correct visual acuity (BCVA) was counting fingers due to a diffuse uveal thickening diagnosed by optical coherence tomography (OCT), the magnetic resonance imaging (MRI) evidenced choroidal thickening in countinuity with an extracelular mass behind the globe, it was biopsied and diagnosed of extranodal marginal zone lymphoma (EMZL). A theraputic approach with monthly intravitreal injections of rituximab (1mgr in 0,1 mL) and biweekly methotrexate (0,4 mgr/ml) was proposed. However three weeks later the patient developed significant anterior chamber inflammation and vitritis in his right eye. An anterior chamber tap was performed and flow cytometry analysis evidenced similar features than those obtained from the orbital mass biopsy (positive for CD-19, 20 and 45, and negative for CD-5 and CD-10). Intravitreal injections were withdrawn and was performed local radiotherapy, after 15 sessions during 21 days (total dose of radiation was 3100 cGy) the choroidal mass experinced significant regression with improvement of the BCVA to 20/30.

CONCLUSION

We report an atypical case of ocular adnexal marginal zone and choroidal lymphoma that showed no response to local intravitreal therapy and was successfully managed with external radiotheapry achieving an excellent visual and anatomical outcome.

O20 RADIOTERAPIA PRECOZ ANTE UN DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA DE LINFOMA INTRAOCULAR CON ALTA TASA DE SUPERVIVENCIA

MARTÍN GARCÍA, ELISABET¹; Casado Blanco, Álvaro¹; de Juan Marcos, Lourdes²; and Hernández Galilea, Emilia-no³.

¹Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Servicio de Oftalmología, España; ²Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Servicio de Oftalmología, España; and ³, Jefe del Servicio de Oftalmología del Hospital Clínico Universitario de Salamanca, España.

INTRODUCCIÓN

El linfoma intraocular puede observarse como una manifestación de un Linfoma Primario del SNC (frecuentemente Linfoma No Hodgkin B difuso de células gigantes) o como una metástasis de otros

tumores. La afectación bilateral puede verse en el 80% de casos y su diagnóstico es complejo por la difícil diferenciación de otros procesos de inflamación intraocular. La esperanza de vida de esta entidad no supera los 2 años.

CASO CLÍNICO

Varón de 64 años con episodios de habla incoherente y desconexión del medio, el TAC mostraba lesión parietal izquierda de 2 cm. El diagnóstico tras exéresis fue de Linfoma B Difuso de Células Grandes iniciándose tratamiento quimioterápico sistémico e intratecal. Años después, acudió por disminución de AV en su ojo izquierdo (CD a 1m); dados sus antecedentes y tras una exploración oftalmológica compatible, el cuadro se orientó hacia un Linfoma Intraocular. Se procedió a VPP diagnóstica tomando muestras vítreas correspondientes. El tratamiento pertinente se retrasó a la espera de confirmación diagnóstica; sin embargo, los resultados no confirmaban linfoma intraocular.

Poco después se iniciaron los mismos síntomas en el ojo derecho. Con una AVMC de 0,7 y alta sospecha diagnóstica se decidió Radioterapia y posterior VPP terapéutica. En la actualidad el paciente conserva su AVMC en OD.

CONCLUSIONES

Existen numerosas limitaciones en el diagnóstico citopatológico de estas entidades a pesar de la obtención de muestras adecuadas, por lo que no hay que esperar a una confirmación diagnóstica si existe un alto índice de sospecha. Es preciso iniciar un tratamiento precoz para obtener resultados óptimos.

021 PRIMARY INTRAOCULAR LYMPHOMA, STILL A DIAGNOSIS AND THERAPEUTIC CHALLENGE. LINFOMA INTRAOCULAR PRIMARIO, AÚN UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO.

RODRÍGUEZ FALCÓN, MELANI; Rodríguez Melián, Luis; Bernal Montesdeoca, Laura; and Batista Perdomo, Daniel. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Ophthalmology Department, Spain.

INTRODUCCIÓN

El linfoma intraocular primario es un subtipo de linfoma del SNC de mal pronóstico que afecta al vítreo y a la retina de forma previa, concomitante o subsecuente a su manifestación en el SNC.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de 71 años que acude a nuestra consulta con diagnóstico de uveítis posterior del ojo derecho de un año de evolución, tras cirugía de catarata bilateral, con respuesta parcial a corticoterapia y resultado negativo para pruebas infecciosas, inmunológicas y de imagen. Durante la evolución el cuadro se hace bilateral y se realiza VPP diagnóstico-terapéutica con biopsia coriorretiniana, que revela existencia de células B gigantes CD20 con alto índice proliferativo. Es entonces cuando se inicia tratamiento con poli quimioterapia (R-CHOP).

CONCLUSIÓN

El linfoma intraocular primario continúa siendo un reto diagnóstico y terapéutico, puesto que se trata de una entidad infrecuente que requiere un alto índice de sospecha clínica y un abordaje multidisciplinar desde los estadios iniciales de la enfermedad. Asimismo, no existe consenso en cuanto a un esquema general de tratamiento a seguir se refiere, dado que no hay estudios con resultados significativos a día de hoy.

O22 MORE SEVERE OUTBREAKS OF UVEITIS IN JUVENIL IDIOPATHIC ARTHRITIS RELATED WITH PUBERTY

GÓMEZ SÁNCHEZ, ISRAEL; and García de Vicuña, Carmen.

Hospital Sant Joan de Deu (Barcelona), Ophthalmology, Spain.

PURPOSE

To report a more severe uveitis outbreaks in patients with Juvenil Idiopathic Arthritis (JIA) related with the beginning of puberty.

METHODS

Retrospective analysis of 5 patients with chronic JIA uveitis. We describe the evolution of 5 patients who coinciding with puberty developed more severe uveitis outbreaks.

RESULTS

10 eyes of 5 patients were studied. All affected patients were females, with age between 11 and 16 years old. During the outbreak in puberty appeared more severe complications. All patients were controlled with a more intensive treatment.

CONCLUSION

Puberty seems to be a period of a worst manage of symptoms and more intensive treatment where a closer follow up could be needed.

We hypothesize between a higher immunogenicity and a lack of adherence to medication per mouth the reasons of more severe outbreaks during puberty.

O23 CORRELACIONES CLÍNICAS EN ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL: ANA Y HLA-B27

SUBIRÀ GONZÁLEZ, OLAIA¹; García de Vicuña Muñoz de la Nava, Carmen²; and Díaz Cascajosa, Jesús².

¹Hospital Bellvitge; and ²Hospital Sant Joan de Déu.

OBJETIVO

Estudiar las características clínicas específicas de los pacientes de edad pediátrica diagnosticados de artritis idiopática juvenil (AIJ) que presentan HLA-B27 positivo y/o ANA positivo.

PACIENTES

Para ello se presentan dos casos clínicos: uno con ANA positivo y otro HLA-B27 positivo, con la finalidad de compararlos y remarcar las diferencias en cuanto a manifestaciones clínicas presentadas en cada grupo.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1: niña de 8 años con AIJ oligoarticular, ANA, HLA-B27-. Debutó a los 2 años de edad con artritis de rodilla y presentó primer episodio de uveítis anterior a los dos años de edad.

Caso 2: niño de 12 años con AIJ oligoarticular, ANA, HLA-B27. Debutó a los 2 años de edad con un episodio de uveítis bilateral. Tras episodios recurrentes de uveítis anterior, presentó múltiples secuelas a nivel oftalmológico y pérdida de agudeza visual irreversible en ojo derecho.

CONCLUSIONES

La positividad del HLA B27 y ANA no es un criterio útil en cuanto a la clasificación de AIJ, pero es un claro marcador de riesgo de uveítis en estos pacientes.

La principal diferencia entre estos dos grupos es que las uveítis anteriores en los pacientes HLA-B27 positivo presentan una sintomatología aguda (hiperemia ciliar, fotofobia y dolor) que recuerda a la del adulto, en cambio los pacientes con HLA-B27 negativo y ANA positivo suelen presentar una clínica silente, por lo que es de gran importancia establecer un protocolo de visitas.

El hallazgo de HLA-B27 o ANA positivo no implica un diagnóstico, por lo tanto, conviene realizar un seguimiento a lo largo de la vida de estos pacientes.

O24 TOCILIZUMAB IN REFRACTORY UVEITIS ASSOCIATED TO JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS. MULTICENTER STUDY OF 13 CASES

SANTOS-GÓMEZ, MONTSERRAT¹; Calvo-Río, Vanesa¹; Calvo, Inmaculada²; Blanco, Ricardo¹; Maíz, Olga³; Atanes, Antonio⁴; Bravo, Beatriz⁵; Modesto, Consuelo⁶; and Diaz Soriano, Gisela⁷.

¹(Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander), Rheumatology, Spain; ²(Hospital Universitario La Fe de Valencia), Rheumatology, Spain; ³(Hospital de Donosti, San Sebastián), Rheumatology, Spain; ⁴(Hospital de La Coruña, HUCA), Rheumatology, Spain; ⁵(Hospital Universitario Virgen de las nieves, Granada), Rheumatology, Spain; ⁶(Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca), Rheumatology, Spain; and ⁷(Hospital Regional Universitario de Málaga), Rheumatology, Spain.

OBJECTIVES

To assess the efficacy of Tocilizumab (TCZ) in refractory uveitis associated to juvenile idiopathic arthritis (JiA).

METHODS

Multicenter study of uveitis related to JiA and refractory to at least a) one standard synthetic immunosuppressive drug and, b) 1 anti-TNF α drug.

RESULTS

We studied 13 patients/24 eyes (2 men/11 women); mean age of 20.38 \pm 9 years (range 8-38). The most frequent ocular pattern was anterior uveitis (n=11), bilateral (n=11), and chronic (n=13).

Besides corticosteroids and before TCZ onset, they had received methotrexate (n=11), cyclosporine A (n=5), mycophenolate (n=1) and leflunomide (n=1). The first biological treatment was: adalimumab (ADA) (n=6) (40 mg/sc/2 weeks), infliximab (IFX) (n=3) (5 mg/kg/i.v./every 6-8 weeks) and etanercept (ETN) (n=4). Before TCZ onset they were switched to other biologic drug (n=11) (most of them due to inefficacy), a third (n=5), fourth (n=3) and a fifth biologic therapy (n=1). TCZ was used at a conventional dose (8 mg/kg/4 weeks) in most cases and combined in all cases (MTX=7, LFN=4, CsA=1, MMF=1). Improvement from baseline to 1 year was observed in: a) Visual acuity: from 0.46 \pm 0.35 to 0.52 \pm 0.37 (p=0.007); b) Anterior chamber cells from a median [IQR] of 1 [0.5-2] to 0 [0-0] (p=0.001), c) vitritis from 0 [0-1] to 0 [0-0] (p=0.06) and d) Macular thickness from a mean of 277 \pm 127 to 234 \pm 32 microns (p=0.04). After a mean follow-up of 15.2 \pm 8.3 months, ocular remission was achieved in 9 of 13 patients and adverse events were severe thrombocytopenia (1), pneumonia (1), viral conjunctivitis and bullous impetigo (1).

CONCLUSIONS

Tocilizumab seems to be effective and relatively safe in refractory uveitis related to JiA.

025 PSORIATIC ARTHRITIS AND ACUTE UVEITIS IN CHILDREN, A CASE REPORT.

DE CARVALHO MENDES CASTANHEIRA, AMÉLIA MARIA¹; and García de Vicuña, Carmen².

¹Hospital de Terrassa; and ²Hospital Sant Joan de Deu.

INTRODUCTION

Psoriasis is a systemic, chronic, immunologically mediated disease associated with uveitis. It seems that psoriasis without arthritis is not a risk factor for the development of uveitis. In children is an infrequent phenomenon, it may occur in 10 to 15% of children with psoriatic arthritis (PA). We present a case of a child with PA complicated by acute uveitis.

CASE REPORT

A 5-year-old Caucasian male presented to the emergency room with a complaint of vision loss of 48h evolution. His medical history was positive to psoriatic arthritis (ANA-, HLA-B27-) treated with Etanercept. An ophthalmological examination performed 4 months earlier was normal. At the current visit, his distance visual acuity (VA) without correction was 0.2/1.0. Anterior segment findings, as observed in biomicroscopy, demonstrated 1 circumferential flush with trace cells and flare 3, keratic precipitates in both eyes, band keratopathy and subcapsular cataract on the right eye. Goldmann applanation tonometry was 10. Dilated fundus examination and macular OCT couldn't be visualized. He was treated with Pred-forte and ciclopentolat, the oral treatment was switched from Etanercept to Adalimumab, and cataract surgery was planned.

CONCLUSIONS

Ophthalmic examination should be performed periodically in patients with psoriatic arthritis and uveitis, especially in children due to its painless debut. If ophthalmopathy is diagnosed, the patient should receive adequate treatment with anti-inflammatory drugs or immunomodulators to prevent vision loss

026 RETINOPATHY AND SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS. A CASE REPORT.

SÁNCHEZ-BARAHONA, CRISTINA¹; Gorroño-Echevarría, Marina Begoña²; Díaz García, Rosa³; and Pérez Crespo, Aurora⁴.

¹Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Oftalmología, España; ²Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Oftalmología, España; ³Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Oftalmología, España; and ⁴Clínica Rementería, Oftalmología, España.

INTRODUCTION

Systemic lupus erythematosus (SLE) is a chronic inflammatory disease of unknown causes than affect a multiple organs. Although ocular manifestations are not include in either of both classification criteria for SLE (American College of Rheumatology and Systemic Lupus International Collaborating Clinics), the ocular manifestations are frequent. Despite keratoconjunctivitis sicca(KS) is the most frequent manifestation, the retinopathy is the main cause of blindness in these patients.

CASE REPORT

We present a case of a 41-year-old woman diagnosed of SLE in January 2014. The patient received systemic treatment with corticosteroids (Prednisone 60mg/day). Two weeks later the patient related blurred vision in both eyes. She presented KS and cotton wool exudates due to occlusive retinal vasculitis in the fundus examination. In this moment treatment was initiated with tear drops and

micophelotane mofetil (1500mg twice a day) with resolution of corneal and retinal disease (this latter confirmed by fluorescein angiography). The final visual acuity was of 20/20.

CONCLUSIONS

Retinopathy is one of the most serious ocular manifestations in patients with SLE. The certain pathogenesis of SLE retinopathy is not fully understood and debated. So that is why the optimal therapy of SLE retinopathy is still unclear. In our patient the immunosuppressive treatment has been effective.

O27 AN UNUSUAL CASE OF CENTRAL RETINAL ARTERY OCCLUSION AND PTOSIS IN BEHÇET

KIM, NAON; García Saénz, María del Carmen; Escobar Martin, Elena; and Martin Pérez, Laura.
Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Oftalmología, Spain.

PURPOSE

To report a case of ptosis and central retinal artery occlusion associated with Behçet disease.

CASE REPORT

A 29-year-old woman who developed sudden visual loss in her right eye associated with unilateral ptosis. The initial visual acuity was hand motion. The clinical diagnosis was central retinal artery occlusion (CRAO). The periodic follow-up was done through retinal imaging, fluorescein angiography and optical coherence tomography (OCT).

RESULTS

No other coagulopathy or neuropathy was found. The patient presented a positive test to HLA B51, oral aphthous ulcers and dermatologic lesions, so the final diagnosis was Behçet disease. She was treated with azathioprine and oral corticosteroids with no complications. The final visual acuity was counting fingers. In the OCT we could appreciate atrophy of right optic disc due to CRAO.

CONCLUSIONS

Retinal arteries can be affected due to Behçet disease, nevertheless, to our knowledge, this is the first case reported having both, a central retinal artery occlusion and ptosis together.

The prognosis of CRAO is poor, however, a proper diagnosis and an early treatment may reduce further ocular complications and systemic events.

O28 OPTIC NEURITIS IN BEHÇET DISEASE: TREATMENT CHALLENGE.

TARRAGO PÉREZ, RAMÓN; Ramírez Brain, Cristian; Escudero Bodenlle, Laura; and Olea Vallejo, José Luis.
HOSPITAL SON ESPASES.

INTRODUCTION

A case of ocular Behçet disease with long maintenance treatment associated with optic neuritis on the healthy eye is shown. It is performed rescue therapy with infliximab despite previous neutralizing antibodies.

CLINICAL CASE

A 46 years old female, followed since January 2008 by posterior uveitis in OS with macular involvement in a baseline treatment with methotrexate 17.5 mg/week and prednisone 5 mg /day, presented an acute outbreak in her healthy eye.

Past Medical History: Oral and genital ulcers, erythema nodosum, follicular papules, arthritis, subcutaneous thrombophlebitis.

History of the present illness: In September 2014, the patient presented in our centre with a 24 hours history of pain and vision loss in her OD

Examination: BCVA Counting Fingers at 3 feet OD and 20/60 OS. **Slitlamp** examination was quiet OU. **Pupils:** afferent papillary defect OD. **Ophthalmoscopic examination** revealed disc swelling, retinal hemorrhage and infarction due to occlusive vasculitic attacks, no signs of vitritis

Follow up: Previously, the patient had been treated with infliximab for a long time, but had to be removed because the development of anti-infliximab antibodies (ATIs). We started treatment with metotrexate 17,5 mg/wk and prednisone 90 mg /day avoiding high doses due to prior side effects. Primary nonresponse to this treatment after 15 days, we decided to initiate infliximab treatment 5 mg / kg. The patient's BCVA underwent an improvement from CF 3 feet to 20/60. At 15-days follow up, with the maintained Infliximab treatment and reducing corticotherapy, the patient presented low levels of ATIs with a BCVA of 1.0 (OU). Future ATIs controls are pending to establish the final treatment.

029 NEUROPATÍA ÓPTICA EN ENFERMEDAD DE BEHÇET

FRAU AGUILERA, LAURA¹; Toro Fernández, Amparo²; Sánchez Román, Julio³; and Kaen, Ariel¹.

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. España; ²Hospital Universitario Virgen del Rocío y Hospital Infanta Luisa, Retina y Vitreo, Sevilla. España; and ³Hospital Infanta Luisa, Sevilla. España.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Behçet (EB) es una vasculitis sistémica idiopática, crónica y recurrente. El nervio óptico puede verse implicado de forma directa, neuropatía óptica aguda isquémica o inflamatoria, o de forma indirecta, papiledema.

CASO CLÍNICO

Varón de 23 años estudiado en los meses previos por cefaleas intensas etiquetadas como tensionales y episodios de trombosis venosa profunda en miembros inferiores. En las semanas previas se observó un edema de papila incipiente. Las pruebas de imagen habían resultado negativas.

En uno de los ingresos por cefalea refractaria refiere deterioro visual y se encuentra un papiledema florido. La angioresonancia evidencia una trombosis del seno cavernoso. En este momento, y asociando los antecedentes de aftas orales, eritema nodoso y trombosis se diagnostica de EB y se inicia tratamiento esteroideo e inmunosupresor. En la punción lumbar se encuentra hipertensión intracraneal severa que no responde a acetazolamida ni a punciones evacuadoras por lo que se opta por implantar una válvula de derivación peritoneal. La agudeza visual siguió deteriorándose a pesar de la normalización de la presión hasta una semana después, habiéndose estabilizado hasta en 0.1 en AO.

DISCUSIÓN

Dado el solapamiento del tratamiento de la HTIC y la vasculitis sistémica no hemos podido identificar la causa directa de la pérdida visual. Como opciones planteamos en primer lugar la atrofia óptica secundaria HTIC benigna y como segunda opción la neuropatía óptica aguda.

CONCLUSIÓN

El edema de papila es un signo de alto riesgo para la función visual que exige estudio sistemático, vigilancia estrecha y colaboración interdisciplinar.

O30 NEUROBEHÇET: DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF RECURRENT MENINGITIS.

BERNAL MONTESDEOCA, LAURA; Rodríguez Melián, Luis; Batista Perdomo, Daniel; and Rodríguez Falcón, Melani. Servicio Canario de Salud (Hospital Universitario Insular de Gran Canaria), Uveitis&Retina, Spain.

PURPOSE

Read up on a neurobehçet case report that debuted as aseptic recurrent meningitis episodes.

CASE REPORT

A 18-year-old girl was admitted to emergency with thunderclap headache, nausea, vomiting and fever that was diagnosed as an isolated viral meningitis. Just two months later she attended again with the same systemic manifestations associated to a red painful eye with blurry vision.

On general examination, she presented oral and genital aphthoid lesions and no neurological findings were remarkable. In right eye, the visual acuity was light perception presenting tyndall (). Fundus examination revealed bilateral edematous disc, cotton wool spots and vitritis. The cell count in cerebrospinal fluid (CSF) was 1600 cells / mm³ with polymorphonuclear predominance. No bacterial or viral pathogens were isolated from the blood and CSF. It was diagnosed as a recurrent acute meningeal syndrome with unknown etiology being immediately treated with intravenous ceftriaxone. Chest radiography and Mantoux were negative. Cranial and spinal Magnetic Resonance (MR) were anodine. According to the ophthalmological findings and the presence of oral and genital ulcers, the diagnosis was a probably neurobehçet etiology. It was prescribed additionally 1.0 mg/Kg / day methylprednisolone by intravenous route. The patient improved dramatically after steroid therapy.

CONCLUSION

Neurological involvement in Behçet's disease is very uncommon, moreover its debut of non-parenchymatous symptoms with later ocular affectation. Since neither the laboratory data nor the imaging signs are truly pathognomonic in Behçet's disease, the differential diagnosis depends on a careful evaluation of the medical history and physical examination. This case highlights the importance of placing Neuro-Behçet on differential diagnose of recurrent meningitis.

O31 VASCULITIS RETINIANA ISQUÉMICA INACTIVA VERSUS ENDOTELIOPATÍA FAMILIAR

FERNÁNDEZ-CID RAMOS, JOSÉ CARLOS; Parafita Fernández, Alberto; and Sampil González, Marta. Sergas (Complejo Hospitalario Pontevedra), Oftalmología, Spain.

JUSTIFICACIÓN DEL FORMATO

Enviamos una comunicación algo más larga por la rareza de la patología presentada. En 5 minutos se puede presentar. Si preferís el formato de las normas la acertamos pero posiblemente se pierda información.

RESUMEN

Se presenta una familia con dos miembros diagnosticados inicialmente de vasculitis retiniana idiopática isquémica. Tras observarse otros miembros de la familia con un cuadro similar y consultar con el servicio de neurología se diagnostican de **Vasculopatía retiniana hereditaria con leucodistrofia cerebral autosómica dominante**. Se presentan las imágenes de la retinopatía de varios miembros de la familia y las características de este grupo de endotelopatías con afectación ocular que debemos distinguir de las vasculitis isquémicas inactivas. Presentamos los datos del estudio genético realizado que evidencia una mutación en el gen **TREX1**(mutación **NM_033629.2:c.703dup (p.Val235Glyfs*6)**)

032 IS HYPERHOMOCYSTEINEMIA AN ETIOLOGICAL FACTOR FOR EALES DISEASE?

HENRIQUEZ RECINE, MARIA ANGÉLICA¹; SCHLINKER GIRAUD, ARMELLE²; Asencio Durán, Mónica³; Romero Fontenlos, Ricardo¹; and Amorena Santesteban, Gloria¹.

¹Hospital Universitario La Paz, Ophthalmology, Spain; ²Hospital Universitario La Paz, Spain; and ³Hospital Universitario La Paz, Retina, Spain.

PURPOSE

To report a case of Eales Disease and analyze the role of hyperhomocysteinemia as an etiologic factor.

CASE REPORT

Man from France, 21 y.o., attends for sudden decrease of VA. Medical history positive for hyperopia and obsessive compulsive disorder treated with sertraline. Family history positive for hemochromatosis. BCVA was 20/30 in both eyes. The pupillary reactions were equal and normal, without afferent defects. The extraocular motilities were full, without diplopia. Colour vision test was normal. A slit-lamp examination revealed hematic cells in vitreous in RE. IOP was 14mmHg in RE and 15mmHg in LE. Ophthalmoscopic examination showed complete vitreous hemorrhage in right eye and superficial hemorrhages in temporal retina in left eye. Retinal neovascularization was not observed. Fundus fluorescein angiography identified sectorial ischemia in both eyes, superior temporal in RE and inferior nasal in LE.

RESULTS

Laboratory investigations found high levels of homocysteine (22,1µmol/L, NV<10,7µmol/L). No systemic disease was diagnosed, ruling out diabetes, hemochromatosis, thrombophilias, systemic infections and anti phospholipid syndrome. The patient was treated with laser photocoagulation in both eyes and supplements of folic acid and B group vitamins.

CONCLUSION

Our patient corresponds to a case of Eales Disease with mild clinical findings and high levels of homocysteine. This condition can be considered an etiologic factor because hyperhomocysteinemia may increase the risk for vascular events. Patients with retinal vascular obstruction, especially young people, should have their total plasma homocysteine levels measured, since this modifiable risk factor can be treated with dietary approaches including vitamin supplementation.

O33 VASCULITIS RETINIANA ISQUÉMICA: POSIBLES ETIOLOGÍAS

DE PABLO CABRERA, ALMUDENA; Malmierca Corral, Mario; Pérez Blázquez, Eugenio; and García González, Javier.

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

CASO CLÍNICO

Mujer de 44 años, procedente de Nigeria, que presenta disminución de agudeza visual (AV) en ojo derecho (OD) de meses de evolución. Como antecedentes personales tiene una anemia falciforme.

Exploración: OD: AV 0,7, uveítis intermedia con hemovítreo que impiden ver polo posterior con claridad, pero se distinguen lesiones fibrovasculares periféricas. Ojo izquierdo (OI): AV 1, lesiones fibróticas adyacentes a vasos periféricos exangües y penacho vascular.

Angiofluoresceingrafía: OD: mala visualización por opacidad de medios, pero se aprecian zonas de isquemia periféricas con penachos neovasculares con extravasación de contraste en tiempos tardíos. OI: isquemia retiniana periférica con un penacho fibrovascular.

Tomografía de coherencia óptica: normal.

EVOLUCIÓN

Se realiza panfotocoagulación (PFC) en ambos ojos con recuperación visual (AV OD: 1). En el fondo de ojo se aprecian las lesiones fibróticas exangües y PFC extensa sin nuevos neovasos.

DISCUSIÓN

La causa principal de vasculitis retiniana es la diabetes y siempre debe sospecharse. En cuanto a otras causas de vasculitis retinianas isquémicas bilaterales debemos tener en consideración la posibilidad de enfermedades sistémicas. En el protocolo de estudio se suelen incluir pruebas para descartar enfermedad de Behçet, lupus eritematoso sistémico, poliarteritis nodosa, poliangeítis con granulomatosis, sarcoidosis, o arteritis de células gigantes. Sin embargo aquí presentamos un caso de vasculitis oclusiva asociada a anemia de células falciformes, otra posibilidad diagnóstica en estos casos. Debido a los flujos migratorios poblacionales debemos tener presente la vasculitis retiniana isquémica por células falciformes como enfermedad emergente.

O34 MACULOPATIA PLACOIDE PERSISTENTE ¿ASOCIADA A TROMBOFILIA?

TORO FERNÁNDEZ, AMPARO; Frau Aguilera, Laura; Sánchez Viente, José Luis; and López Herrero, Fernando.

Hospital Universitario Virgen del Rocío y Hospital Infanta Luisa, Vítreo y Retina, Sevilla. España.

INTRODUCCIÓN

La maculopatía placoide persistente (MPP) es una nueva entidad con características que recuerdan a la coroiditis serpinginosa pero con distinto curso y pronóstico.

CASO CLÍNICO

Mujer de 57 años con antecedentes de tromboflebitis en MII y presencia de factor de Leiden en familiares de primer grado. Tras un cuadro de fiebre, dolor costal y artralgias, etiquetado de <bronquitis, acude con pérdida brusca de visión OD. El estudio oftalmológico evidenció un cuadro bilateral con AV de 0.6 (OD) y 0.8 (OI) y lesiones de patrón geográfico en área macular. La angiografía fluoresceínica mostraba áreas hipofluorescentes en tiempos precoces que se relle-

naban parcialmente en tiempos tardíos y en la angiografía con verde de indocianina las lesiones fueron hipofluorescentes durante toda la prueba. La tomografía de coherencia óptica mostró alteraciones en capa nuclear externa, banda elipsoide y epitelio pigmentario. Fue tratada con corticoides sistémicos. En las semanas siguientes un dolor lacerante en MMII puso de manifiesto un cuadro severo de tromboangiitis obliterante bilateral. Desde entonces ha estado antiagregada. Meses después acude con deterioro visual adicional (OD=0.2 y OI=0.1) objetivándose neovascularización coroidea bilateral. En ese momento fue etiquetada de MPP y tratada con antiangiogénicos intravítreos. Posteriormente, coincidiendo con un periodo en el que suspende la antiagregación, debuta con un pequeño infarto protuberancial. Actualmente se encuentra en estudio por posible trombofilia.

CONCLUSIONES

La MPP es una nueva entidad que desarrolla con frecuencia neovascularización coroidea y pérdida de visión central. Presentamos un caso con esta desafortunada evolución asociado diversos fenómenos trombóticos sistémicos.

O35 CD4/CD8 RATIO IN AQUEOUS HUMOR FOR THE DIAGNOSIS OF SARCOIDOSIS

HERAS-MULERO, HENAR¹; Fanlo Mateo, Patricia²; Quiroga Elizalde, Jorge¹; and Sala Pericas, Francisco³.

¹Complejo Hospitalario de Navarra, Oftalmología, España; ²Complejo Hospitalario de Navarra; and ³Complejo Hospitalario de Navarra, Hematología, España.

INTRODUCTION

Sarcoidosis is a multisystem chronic inflammatory disorder of unknown etiology characterized histologically by noncaseating granulomas. The CD4/CD8 ratio can be analysed in aqueous humor and might be helpful for the diagnosis of sarcoidosis.

CASE REPORT

38-year-old woman with granulomatous panuveitis with periphebitis and snowballs in both eyes since 2010. In 2012 was referred to our hospital due to decreased visual acuity (0,2/0,4), anterior uveitis, PK, vitritis and segmental periphebitis. All the battery of diagnostic tests were normal. The patient was initially treated with diverse immunomodulatory therapy with no clinical response. Adalimumab was able to control the ocular inflammation and the vision was improved to 1,0. In 2014 the patient presented a new recurrence with vitritis, vasculitis, arthritis and skin lesion. The skin was biopsiated with the diagnosis of nodosum erythema. The aqueous humor was collected to investigate the CD4/CD8 ratio, which was 2,18. Based on the ocular clinical signs, the skin biopsy and the CD4/CD8 ratio in aqueous humor, the diagnosis of sarcoidosis was established.

DISCUSSION

It is reported that 30% of patients with sarcoidosis have ocular involvement and up to 20% have only ocular symptoms in the absence of systemic involvement. In this kind of patient, it is a clinical challenge to establish the diagnosis of sarcoidosis. The CD4/CD8 ratio in aqueous humor is an easy and helpful technique in patients with a suspected of sarcoidosis. Although the normal value have to be established

O36 SARCOIDOSIS. DEBUT AS ORBITAL PSEUDOTUMOR.

CASE REPORT

78 year old woman, comed with exophthalmos, pain on eye movements, periorbital edema and upper eyelid ptosis compatible with orbital pseudotumor. NMR evidenced orbital adjacent mass to the eyeball that moved it. The finding of an eyelid tumor was positive for noncaseating sarcoid granuloma and the diagnosis was confirmed. Treatment with oral corticosteroids and methotrexate produced progressive disease control.

DISCUSSION

The explosive presentation simulates an orbital pseudotumor, making us rethink its differential diagnosis. This case is unprecedented, with few cases described in the literature of orbital sarcoidosis.

O36 SARCOIDOSIS. DEBUT AS ORBITAL PSEUDOTUMOR.

ROCHA CABRERA, PEDRO¹; Ruiz De La Fuente Rodriguez, Paloma²; Frías Delgado, Esmeralda³; Fernandez Ramos, Julian⁴; Pérez Martín, William⁵; Rodriguez Lozano, Beatriz²; And Losada Castillo, Maria José².

¹Hospital San Juan de Dios, Ophthalmology, Spain; ²Hospital Universitario de Canarias, Ophthalmology, Spain; ³Hospital San Juan de Dios, Rheumatology, Spain; ⁴Hospital San Juan de Dios, Radiology, Spain; and ⁵Hospital San Juan de Dios, Ophthalmology, Spain.

INTRODUCTION

Sarcoidosis is an inflammatory disease and for some years was suspected that might affect the orbital region causing a disease that simulates an orbital pseudotumor.

CASE REPORT

78 year old woman, comed with exophthalmos, pain on eye movements, periorbital edema and upper eyelid ptosis compatible with orbital pseudotumor. NMR evidenced orbital adjacent mass to the eyeball that moved it. The finding of an eyelid tumor was positive for noncaseating sarcoid granuloma and the diagnosis was confirmed. Treatment with oral corticosteroids and methotrexate produced progressive disease control.

DISCUSSION

The explosive presentation simulates an orbital pseudotumor, making us rethink its differential diagnosis. This case is unprecedented, with few cases described in the literature of orbital sarcoidosis.

O37 UVEITIS ANTERIOR BILATERAL CON AUMENTO DEL ECA EN NIÑOS

SANTOS BLANCO, ESTHER; Blasco Suñe, Cristina; and de la Riva, Sofía.

Hospital Sant Joan Reus.

CASO CLÍNICO

Niña de 10 años que consulta de urgencias por uveítis anterior bilateral no granulomatosa, no hipertensiva de unos días de evolución sin clínica acompañante, ni antecedentes de interés, iniciándose tratamiento con corticoides tópicos con buena respuesta inicial. La exploración física fue nor-

mal, así como la RXT, el PPD fue negativo, las serologías fueron negativas y no hubo alteraciones analíticas a excepción de un aumento de los niveles de ECA. Ante esto se le realizó un TC torax que resultó normal. Finalmente fue diagnosticada de UA idiopática crónica y está en tratamiento con metotrexato con buen control.

CONCLUSIONES

La sarcoidosis en niños es extremadamente rara y suele debutar como uveítis anterior granulomatosa bilateral aunque de forma más excepcional puede cursar con todo tipo de uveítis. Para el diagnóstico de sarcoidosis no es suficiente con el aumento de los niveles de ECA, es preciso tener una clínica compatible (aunque en ocasiones la uveítis puede preceder a la clínica pulmonar) u otros parámetros que confirmen el diagnóstico. Además en el caso particular de los niños los niveles de ECA son superiores a los de los adultos de forma inespecífica, por ello no deben pedirse en el estudio de screening de rutina en las uveítis pediátricas porque pueden inducir a error.

O38 TITLE MULTIFOCAL CHOROIDITIS AND COMMON VARIABLE IMMUNODEFICIENCY

PIÑERO SÁNCHEZ, ÁLVARO; Hernández Martínez, Mercedes; Cañizares Baos, Belés; and Marín Sánchez, Jose María.

Servicio de Oftalmología (Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca), Unidad de Uveítis, España.

INTRODUCTION

Common Variable Immunodeficiency (CVID) is one of the most frequent forms of primary immune deficiency. The diagnosis of CVID is made on the clinical history of recurrent infection, hypogammaglobulinaemia and documented antibody deficiency. CVID follows a granulomatous course in approximately 10-22% of patients, a complication described as "sarcoid-like" syndrome. We report a patient with granulomatous CVID and multifocal choroiditis.

CASE REPORT

A 60-years-old female presented bilateral blurred vision and floaters. Six months before the patient is diagnosed with Sarcoidosis (generalized lymphadenopathy, polyarthralgia and constitutional syndrome, with informed lymphatic ganglia biopsy how non-necrotizing granuloma) and is treated with corticosteroids and methotrexate. Visual acuity was 1 in both eyes; multifocal choroiditis in both eyes and vitritis in left eye was detected. Because of poor systemic evolution and the presence of posterior uveitis, biological therapy is introduced, Infliximab. During the following months, the patient developed multiple fungal and bacterial infections and hypogammaglobulinaemia was detected after salmonella sepsis. The patient was finally diagnosed by granulomatous CVID and intravenous immunoglobulin (IVIg) therapy was started, although the course of uveitis was not changed. Two years later, healed choroiditis coexists with numerous Dalen-Fuchs nodules, which are common to other granulomatous uveitis.

CONCLUSIONS

This case suggests that the ocular manifestations in patients with Sarcoidosis or CVIDI may be similar. In patients with multifocal choroiditis and recurrent systemic bacterial infection, the diagnosis of granulomatous CVIDI should be considered.

O39 AZOOR: ALTERACIONES TOMOGRÁFICAS PRECOCES

CABALLERO CARRASCO, ALICIA; Rodríguez Villacé, María Concepción; Polo Simón, Javier; and Vivas Jiménez, Guadalupe.

Complejo Hospitalario de Cáceres.

INTRODUCCIÓN

Enfermedad rara de etiología incierta. Afecta a mujeres jóvenes con clínica de fotopsias y pérdida de campo visual, de inicio unilateral. Presenta anomalías en el ERG y alteraciones en las estructuras externas retinianas en OCT, el resto de pruebas y exploraciones son normales. No tiene un tratamiento específico.

CASO CLÍNICO

Varón 29 años sin antecedentes de interés que refiere inicialmente fotopsias y escotoma temporal en OD, en los últimos días también en OI. Exploración oftalmológica normal sin datos de inflamación en fondo de ojo. En la campimetría aparecen escotomas focales profundos concéntricos que se extienden desde la papila hacia la región temporal respetando la mácula en ambos ojos. El estudio de uveítis con analítica completa, OCT, ERG, AFG, ICG, TAC craneal y valoración neurológica para descartar neuritis retrobulbar, resulta normal excepto el ERG que presenta afectación bilateral y asimétrica de la respuesta fotópica, y la OCT donde existe desaparición de la "zona de interdigitación" (terminaciones de los segmentos externos de los conos) en una región anular perifoveal que coincide con el defecto campimétrico. Ante la progresión, tratamiento empírico con corticoides y posteriormente se añade azatioprina.

CONCLUSIÓN

La OCT revela precozmente desaparición de la zona de interdigitación como única alteración microestructural que justifica los síntomas con estrecha correlación campimétrica. Proponemos la valoración de esta línea como apoyo diagnóstico objetivo e instrumento de monitorización.

O40 DETERMINING THE EXTENT OF INJURY IN MULTIPLE EVANESCENT WHITE DOT SYNDROME (MEWDS) BY *ENFACE* SD-OCT

RIGO QUERA, JAUME; Macià Badia, Carme; and Segura García, Antonio.

Hospital Universitario Vall Hebron, Oftalmología, Spain.

PURPOSE

Qualitative analysis of *EnFace* SD-OCT findings in 4 cases of MEWDS. Topographic characterization of the lesion and its evolution.

METHODS

Macular acquisitions are made with Topcon 3D OCT-2000 and Cirrus HD-OCT, subsequently processed for *EnFace* reconstruction. Findings are analyzed at the diagnosis and after the resolution of the disease.

RESULTS

At the time of diagnosis all patients had disorganization of ellipsoids and outer segments of photoreceptors in an extension matching with other imaging tests. One patient also showed

rarefaction of peripapillary retinal pigment epithelium (RPE). No significant changes were observed in inner retinal layers, in RPE-Bruch's membrane complex, or in *choriocapillaris*. All cases self-limited in 2-3 months without treatment, with complete normalization of ellipsoids band and recovering the initial visual acuity.

DISCUSSION

Tomographic findings in our series suggest that primary lesion in MEWDS occurs in photoreceptors. Despite we do not find choroidal changes, must take into account its lower resolution by light absorption of pigmented structures. The lateral extent of damage determined by *EnFace* SD-OCT matches with white dots in funduscopy and alterations in angiography, and is normalized after the resolution, allowing noninvasive monitoring of disease.

O41 ACUTE POSTERIOR MULTIFOCAL PLACOID PIGMENT EPITHELIOPATY (APMPPE): EVOLUTION OF SPECTRAL OCT DOMAIN

ALFAYA MUÑOZ, LAURA BLANCA; Lara Medina, Francisco Javier; Infantes Molina, Edgar Javier; and Pradas González, Marta.

Servicio Oftalmología (Hospital General La Mancha Centro), Oftalmología, Spain.

INTRODUCTION

The acute posterior multifocal placoid pigment epitheliopathy (APMPPE) is a rare inflammatory choroidopathy of unknown origins. It predominantly affects young patients. We report a case of APMPPE and its different phases on Spectral Domain OCT.

CASE REPORT

A 17-years-old male presented a decreased visual acuity (VA) in left eye of 0.2. The examination of anterior chamber was completely normal. Both fundus eyes had white spots in choroid without others signs of inflammation. Differential diagnosis was made and decided to perform Mantoux while fluorescein angiography (FA) was waited. Toxoplasma and tuberculosis were covered. A new optical coherence tomography showed neurosensory detachment areas that previously were visualized and injuries in various stages. The AF hypofluorescent lesions were seen in early time and hyperfluorescence at later times, pathognomonic of APMPPE.

RESULT

After four months the VA is unit in both eyes. The fundus has altered pigment epithelium with areas of atrophy, no signs of subretinal neovascular membrane. The Spectral domains shows lesions in the outer retina, photoreceptors and RPE and a complete resolution in few months.

CONCLUSIONS

APMPPE can not provide all the clinical characteristics that define it in the early stages. OCT Spectral Domain can describe different lesions that means distinct stages. Fluorescein angiography is diagnostic and must be performed in an acute phase.

O42 ACUTE POSTERIOR MULTIFOCAL PLACOID PIGMENTARY EPITELIOPHATY (APMPPE). A SELF-LIMITED DISEASE?

CAMPOS POLO, RAFAEL.

Servicio Extremeño de Salud (Hospital Virgen de la Montaña), Oftalmología, Spain.

INTRODUCTION

The inflammatory chorioretinopathies or White dot syndromes are a varied group of inflammatory diseases characterized by multiples, well-circumscribed, yellow-white lesions at the level of chorioretinal. They can be differentiated by some clinical features, natural history and angiography behaviour.

CASE REPORT

27-years-old man complained of a central scotoma in his right eye. He did not show any other symptomatology. Fundus examination revealed multifocal, placoid, yellow-white lesions located throughout posterior pole in his both eyes, but in his left eye, the macula is not affected. Fluorescein angiography findings were early hypofluorescence lesions and late hyperfluorescence staining. Laboratory tests and chest x-ray reject any inflammatory or infectious disease.

RESULTS

Based on the clinical outcomes and additional tests performed the diagnosis was APMPPE. Although the need of treatment is under discussion, we decided to begin with systemic steroidotherapy because the foveal area was affected in one of his eyes and in the other one, the injuries were close. In few days the patient began to improve. However, although he has recovered his visual acuity, he presents metamorphopsias because he had a disruption of the photoreceptor junction as shown in optical coherence tomography.

DISCUSSION

APMPPE is a self-limited process with a good visual prognosis, however sometimes a residual defect is remained. OCT monitoring will be useful to determine the visual prognosis. In some cases the central nervous system may be involved, so a neurological examination should be made after APMPPE diagnosis. Although the steroid treatment effectiveness in the visual prognosis is discussed some authors defend their use, above all when macular involvement exists.

O43 ACUTE MACULAR NEURORETINOPATHY ASSOCIATED WITH RETINAL CAPILLARY ISCHEMIA

RAMÍREZ BRAIN, CRISTIAN; Tarrago Pérez, Ramón; Escudero Bodenlle, Laura; and Olea Vallejo, José Luis.

Hospital Son Espases.

INTRODUCTION

A case of bilateral acute macular neuroretinopathy (AMN) associated with Paracentral Acute Middle Maculopathy is shown.

CLINICAL CASE

A 27-years-old male (XX) was referred for evaluation, in May 2014, with bilateral maculopathy.

History of the present illness: The day before he presented acute bilateral scotoma and photopsia.

Examination: At the time of his presentation, BCVA 0,4OD and 0,3OS. Slitlamp examination was quiet OU. Ophthalmoscopic examination demonstrated cloverleaf of flower petal-shaped macular lesions greater in the OS than OD.

The SD-OCT revealed a hiperreflektive band at the junction of the outer nuclear layer (OPL) and inner/outer photoreceptor segment that extended into the retinal pigmentary epithelium (RPE) which induced a shadowing effect on the deeper retinal layers. There were no systemic symptoms, history of recent drugs nor any other recent medication.

Follow up: One week later, BCVA had improved to 0,7 and 0,4. The outer lesions had become smaller but had gotten surrounded by orange-yellowish hypopigmentation haloes, more likely of the original AMN. Baseline near-infrared autofluorescence (IRAF) and infrared reflectance (IR) demonstrated a dark, well-demarcated, nummular lesion at the fovea in both eyes, that cannot be detected in the redfree (RF) nor the blue light (BAF) fluorescence. At 12-week follow up, the OPL and INL lesions underwent an improvement in SD-OCT, IRAF and IR. Lesions in both eyes, had decreased in size and intensity, as well as progressive atrophy and severe thinning of the involved layers. BCVA remained 0,6 and 0,8 with a considerable improvement of the scotoma.

O44 COEXISTENCIA SDR. BEST CON SDR. DE PUNTOS BLANCOS

ORTEGA EVANGELIO, LETICIA; García Canet, Sara; Navarrete Sanchis, Javier; and Tomás Torrent, Juan Miguel.
Hospital Universitario de la Ribera, Oftalmología, España.

INTRODUCCIÓN

Se presenta un caso atípico de Distrofia Viteliforme de Best, con cicatrización macular asociada, y aparición tardía de lesiones corioretinianas en sacabocados. La presencia bilateral de dichas lesiones induce a considerar la coexistencia de una Distrofia Viteliforme de Best con un Síndrome de Puntos Blancos.

CASO CLÍNICO

Paciente con antecedentes familiares de enfermedad de Best que acude por pérdida bilateral de visión. Esta disminución responde a la aparición de membranas neovasculares subfoveales, que responden parcialmente a inyecciones intravítreas de antiangiogénicos. El estudio genético confirma la mutación en el gen de la bestofina y el Electrooculograma muestra un índice de Arden anormal. Posteriormente se observa la aparición de lesiones corioretinianas periféricas, coalescentes y en forma de guirnalda, sin vitreitis asociada y con reactivación de las membranas neovasculares corioides. La observación de las mismas nos conduce a establecer un diagnóstico diferencial con diversas corioretinopatías.

CONCLUSIÓN

La observación de nuevos signos en el contexto de una entidad conduce al replanteamiento del diagnóstico inicial o a considerar la coexistencia con otras enfermedades. En este caso una Distrofia Viteliforme de Best y un Síndrome de Puntos Blancos.

O45 COROIDITIS MULTIFOCAL CON FIBROSIS SUBRETINIANA CONTROLADA CON MICOFENOLATO MOFETILO

PANA, IULIA; Cruz Gutiérrez, M^a Gabriela; Quijada Angeli, Simón; and Argaya Amigo, Julián.
Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda, Ophthalmology, Madrid. Spain.

INTRODUCCIÓN

La corioiditis multifocal es un cuadro de evolución insidiosa de etiología desconocida, en la cual no existe un esquema fijo de tratamiento, por lo cual es necesario individualizar la terapéutica.

CASO CLÍNICO

Mujer de 50 años que consulta por miodesopsias en OI de 2 días de evolución, AV: OD:0.3 OI:0.9 FO: OD: alteración del EPR peripapilar y periférico, foco de vasculitis con oclusión vascular y edema retiniano. OI: alteración del EPR peripapilar. AFG: OD: hiperfluorescencia peripapilar, edema macular cistoide. OI: hiperfluorescencia peripapilar. Exploración sistémica normal. Se diagnostica de Corioiditis multifocal OD y se pauta Prednisona. Al mes presenta una zona de exudación con un desprendimiento de retina en OD con fibrosis subretiniana, que remitió manteniendo los corticoides, pero sin controlar la corioiditis, a los 10 meses se decide la inyección subtenoniana de Trygon con evolución favorable. Tres meses después presenta en OD: desprendimiento de retina exudativo que compromete mácula y fibrosis subretiniana inferior. Se realiza FACO LIO vitrectomía inyección de aceite de silicona anexándose Ciclosporina, manteniéndose estable. Reaparece la actividad inflamatoria en cuanto se retira el corticoide, por lo cual se modifica el tratamiento con Micofenolato y desde hace 2 años presenta AV:OD:PL OI:0.9 y FO:OD: dispersión pigmentaria generalizada, retina aplicada con varias zonas de fibrosis subretiniana, OI: desarrolla un arco de fibrosis subretiniana temporal-inferior. Sin focos inflamatorios.

CONCLUSIONES

La utilización de inmunomoduladores es indispensable para controlar la inflamación en la corioiditis multifocal, esta patología presenta un difícil manejo y requiriere un seguimiento prolongado, el Micofenolato representa una alternativa para su tratamiento.

O46 IDIOPATHIC MULTIFOCAL CHOROIDITIS WITH PERIPAPILLARY ATROPHY.

PÉREZ ROCHE, MARÍA TERESA.

Hospital Universitario Miguel Servet, Ophthalmology, Spain.

Multifocal choroiditis is an inflammatory disorder affecting the outer photoreceptors, retinal pigment epithelium and choroid. Areas of acute inflammation may improve over time but can also leave permanent chorioretinal atrophy including focal lesions or peripapillary zonal atrophy.

A-51-year old white woman presented with complaints of worsening vision and a loss of central visual field for two days in her left eye. The medical history reports an episode of acute visual loss in the right eye, ten years before, diagnosed of retrobulbar neuritis.

Dilated posterior segment examination showed an increase in macular thickness in the left eye, with several areas of hypertrophic pigment epithelium in and white inactive lesions in midperiphery suggesting previous choroiditis. The right eye showed a large peripapillary atrophy. There was no inflammation in anterior or vitreous chamber. Fluorescein angiography showed late hyperfluorescence at the level of the macula. Using spectral-domain optical coherence tomography, she was found to have a juxtafoveal choroidal neovascularization in the left eye. The patient received prednisone

and three intravitreal injections of ranibizumab in the left eye spaced 1 month apart. The choroidal neovascular membrane disappeared, but the last visual acuity was 20/200 in this eye.

Idiopathic multifocal choroiditis can present with an uncommon patterns like peripapillary atrophy as part of its clinical spectrum. The ophthalmologist have to take into account this feature because can be a confounding factor for the diagnosis. The intravitreal ranibizumab is a beneficial treatment for juxtafoveal choroidal neovascularization associated with multifocal choroiditis.

O47 MULTIPLE EVANESCENT WHITE DOT SYNDROME: A CLINICAL CASE

HERNÁNDEZ DÍAZ, MIKHAIL¹; Araujo Villaverde, Rafael¹; Roig Revert, María²; And Mataix Boronat, Jorge¹.

¹FISABIO (FISABIO Oftalmología Médica), Ophthalmology, Spain; and ²Hospital de Sangunto, Ophthalmology, Spain.

INTRODUCTION

Multiple evanescent white dot syndrome (MEWDS) is an idiopathic inflammatory chorioretinal disease characterized by multifocal small, subretinal, white dots extending from the posterior pole to the midperiphery, affecting predominantly young myopic women.

CLINICAL CASE

A myopic 34 year old woman presented with acute blurred vision, photopsia and eye-floaters on her left eye (OS). Her best corrected visual acuity (BCVA) was 20/20 in both eyes (OU), pupillary reflexes, anterior segment and intraocular pressure were normal. Funduscopy revealed blurring of optic margins, vascular engorgement, one scar and lattice degenerations over superior peripheral retina and spread subretinal yellow-white spots. Fluorescein angiography (FAG) revealed hyperfluorescent spots that were hypofluorescent on indocyanine-green angiography (ICGA). The optic nerve optical coherence tomography (OCT) highlighted a superior and inferior increase of retinal fiber layers, visual field (VF) showed a normal OR and a temporal hemianopsia in the OS (DM: -8.73; DSM: 9, 20; VFI: 76%), Ishihara test, macular OCT, laboratory tests and radiology images were all normal. Differential diagnosis between MEWDS and acute zonal occult outer retinopathy (AZOOR) was made. After fifteen days, BCVA remained 20/20 OU, there was an improvement on VF (reduction of temporal scotoma, remaining an enlarged blind spot) and funduscopy revealed blurring optic margins with fewer white dots. In the follow-up examinations and without treatment, clinical symptoms and signs continue improving being the patient asymptomatic after two years.

DISCUSSION

Although MEWDS has a self-limiting and benign course with good visual prognosis, a long-term follow up is necessary to make an early diagnostic and treatment of severe complications such subretinal neovascularization that can affects final BCVA.

O49 “SÍNDROME DE VOGT-KOYANAGI-HARADA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA: A PROPÓSITO DE UN CASO”

BOLADOS UGRINOVIC, RODOLFO; Segura, Antonio; and García-Arumí, José.

Hospital Universitario Vall’de Hebrón, Barcelona.

MATERIAL Y MÉTODO

El Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada es una enfermedad autoinmune de etiopatogenie desconocida que se caracteriza por la afectación de los melanocitos a nivel ocular, meninges, piel y oído

medio. La clínica depende de la fase en la cual se encuentre (Prodrómica/Aguda/Convalecencia/Recurrencia). El diagnóstico es clínico. El tratamiento es mediante corticoides e inmunosupresores. Presentamos el caso de una mujer de 19 años, sin patologías asociadas; con una presentación atípica. Refiere disminución de agudeza visual (AV) ojo derecho asociado a cefalea intensa de 3 días de evolución (AVCC 0.8 OD/1OI). Al examen fundoscópico se constata papilas de ambos ojos con borramientos sectoriales, asociado a desprendimientos neurosensoriales múltiples en ojo derecho y pliegues en membrana limitante interna ojo izquierdo; sin vitritis, ni inflamación de polo anterior. Se realiza analíticas, serologías, Rx. de tórax y TAC cerebral previo a punción lumbar; todos ellos con resultado dentro de la normalidad. Paciente no asiste a controles y reacude al mes con disminución de AV ambos ojos (AVCC 0.05 OD/CD a 1 mts OI), presentando al examen fundoscópico borramiento y hemorragias peripapilares 360° en ambos ojos, asociado a DR exudativo en polo posterior. La punción lumbar muestra normoglucorraquia, hiperleucocitos a expensas de linfocitos (290 céls/95% linfocitos) e hiperproteíorraquia. Se indican bolus de metilprednisolona 500 mg EV cada 24 horas durante 3 días asociado a tratamiento complementario con inmunosupresores (micofenolato oral), presentando una evolución clínica favorable. Actualmente presenta buena AV (AVCC 0.7 OD/0.8 OI) asociado a secuelas del polo posterior (Alteración del Epitelio pigmentario de la retina y gliosis peripapilar).

O50 DESPRENDIMIENTOS DE RETINA SEROSOS MÚLTIPLES Y BILATERALES ¿VKH O COXIELLA?

PLATAS MORENO, IRENE; Izquierdo Millán, Isabel; Vicente Tierno, Nélida; and Nova Fernández-Yáñez, Luis.
Hospital (Segovia), Oftalmología, Spain.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada (VKH) es el primer diagnóstico a descartar ante desprendimientos de retina (DR) serosos múltiples y bilaterales en polo posterior. Se define como probable si carece de manifestaciones sistémicas asociadas.

CASO CLÍNICO

Varón de 50 años que acude a urgencias por disminución de visión central ambos ojos (AO). Antecedentes personales: alergia a sulfamidas, parálisis facial derecha hace años. Agudeza visual corregida ojo derecho (OD): 0,8 y ojo izquierdo (OI): 0,4. Biomicroscopia: células en cámara anterior AO. Funduscopia: DR serosos múltiples y bilaterales en polo posterior AO. Tomografía de coherencia óptica (OCT): confirma los DR. Angiografía: múltiples puntos hiperfluorescentes en aspecto de "cielo estrellado". Serología: AC IgG para Coxiella positivos pero AC IgM negativos. Ante el diagnóstico de probable VKH y debido a la baja AV se inicia tratamiento con prednisona 1mg/kg/día durante 15 días. A los 4 días AV OD: 0,8 y OI: 0,9 con mínimo DR. A los 15 días los DR han desaparecido; se disminuye lentamente la pauta de prednisona. Al mes y 6 meses AV AO: 1 sin DR.

CONCLUSIONES

El tratamiento del VKH consiste en corticoides orales o intravenosos a altas dosis, con descenso lento al menos durante 6 meses.

La coxiella puede manifestarse como DR serosos bilaterales y simular un VKH. Suelen producirse en estadio crónico de la enfermedad.

051 HARADA MIMICS CENTRAL SEROUS CHORIORETINOPATHY.

RODRÍGUEZ NEILA, ELENA M^º.

Complejo Hospitalario de Cáceres (Hospital Virgen de la Montaña), Oftalmología, España.

Harada's disease, is an acute inflammatory, immune-mediated disorder that typically affects bilateral eyes of middle aged adults, can involve melanocyte-containing organs such as the skin, ear, meninges, and eye.

Acute exudative panuveitis occurs in both eyes and causes ocular inflammation and visual loss. The acute the phase of the disease is featured by neurosensory retinal detachments associated with multiple loci of aggressive choroidal exudations. Some patients may present with predominant optic disk swelling. A large dose of systemic corticosteroids is a rewarding treatment for a rapid resolution of exudative lesions.

Case 1:

Woman of 55 years with Hashimoto's thyroiditis and diabetes type 2. Previous history of ocular inflammation episode resolved with systemic steroids as concerned.

Presentation is bilateral VA reduction. On examination, objective VA is 20/50 in right eye and 20/40 in left eye.

The fundus shows 1 cells. Foci are seen with serous subretinal septa in the right eye temporal arcades and macular serous detachment in her left eye. And increase of the brightness of internal limiting membrane in the posterior pole of both eyes.

The OCT revealed the presence of septet neurosensorial detachment in the posterior pole of both eyes.

The AGF shows papillary hyperfluorescence in both eyes, hyperfluorescent lesions in the right eye temporal arcades and hyperfluorescent lesion in the left eye with macular pattern "smokestack" or "umbrella" that recalls the CSCR.

Case 2:

Caucasian woman aged 22 with diagnosis of unilateral CRCS after abruptly presented severe decrease in visual acuity (VA) in her left eye.

The OCT of the left eye shows large loculated neurosensory detachment in the macular area. The clinical findings in the fundus, FA and OCT support the diagnosis of Harada disease.

CONCLUSIONS

Differential diagnosis of macular detachment include: Central serous chorioretinopathy (CRCS), Posterior scleritis, Harada Disease & others.

052 TOCILIZUMAB IN BILATERAL PANUVEITIS: OUR CLINICAL EXPERIENCE

GRANA PÉREZ, MARÍA DEL MAR; García Basterra, Ignacio; and Rivera de Zea, Paloma.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria.

PURPOSE

To report the results of our experience with the use of Tocilizumab in the treatment of bilateral panuveitis refractory to immunomodulatory therapy.

CLINICAL CASE

We report the case of a 34-year-old female who was diagnosed with Birdshot Chorioretinopathy in March 2012. She was initially treated with oral corticosteroids and cyclosporine but she required several injections of intravitreal corticosteroids due to lack of clinical response. Different immunomodulatory therapies were tested on her, such as cyclosporine plus azathioprine, mycophenolate mofetil and adalimumab, with poor response to all of them.

In September 2013 she started treatment with tocilizumab, being the visual acuity less than 0.1 in both eyes. By January 2014 Optical coherence tomography (OCT) showed resolution of macular edema that is kept up to date. Current visual acuity is 0.7 / 0.4.

Three other patients in our Service with idiopathic bilateral panuveitis refractory to at least two different immunomodulatory therapies have been treated with tocilizumab with favorable results. In all three cases we obtained a decrease in inflammatory activity and resolution of macular edema. Visual acuity improved in two of the cases and was stabilized in the third.

CONCLUSION

Tocilizumab can be effective in patients with bilateral panuveitis that have not responded to treatment with several immunomodulatory therapies.

053 TOCILIZUMAB AS AN ALTERNATIVE TREATMENT IN REFRACTORY BIRDSHOT DISEASE

MONTOLIU ANTÓN, ANA¹; León Ibáñez, Luís¹; Peña, María Soledad²; and Tejón Menéndez, Patricia³.

¹Resident (Hospital General Universitario de Castellón), Ophthalmology, Spain; ²Attending physician (Hospital General Universitario de Castellón), Ophthalmology, Spain; and ³Attending physician (Hospital General Universitario de Castellón), Rheumatology, Spain.

INTRODUCTION

Due to the chronic course of the Birdshot disease, steroids sparing agents are needed to control inflammation. Recently, biologic therapy, like Adalimumab or Infliximab, have been used with relative success. We propose Tocilizumab as an option in refractory Birdshot disease.

CASE REPORT

A 46-years-old female was diagnosed with Birdshot disease HLA-B29 () in 2010. Several immunosuppressive drugs had been used in an attempt to control inflammation: cyclosporine was ineffective, infliximab triggered a hypersensitive reaction, Adalimumab plus methotrexate had partial response without full control of the inflammation, and adjuvant intravitreal ranibizumab, pegaptanib and dexametasone had a poor response in the treatment of the macular edema. In August 2014 Tocilizumab therapy (8mg/kg monthly) was initiated and two months later, visual acuity improved from 20/70 OD and 20/30 OS to 20/50 OD and 20/20 OS with complete resolution of the macular edema.

CONCLUSIONS

Although we have many options for the treatment of Birdshot retinochoroidopathy, there is no consensus on how to deal with the inflammation and a therapeutic strategy has yet to be formulated. In our case, Tocilizumab appeared to be effective in controlling inflammation and macular edema resistant to other treatments, and we think it should be considered for refractory cases.

054 REFRACTORY BIRDSHOT CHORIORETINOPATHY WITH GOOD RESPONSE TO TOCILIZUMAB MONOTHERAPY

MARCHENA ROJAS, ALFREDO; Tarazona Jaimes, Claudia Patricia; Navarro Navarro, Aida; and Martínez Toldos, José Juan.

Hospital General Universitario de Elche, Ophthalmology, Spain.

INTRODUCTION

The use of biological agents to treat ocular inflammation is common nowadays, alone or in combination with immunosuppressive agents. Amongst them, tocilizumab is characterized by specifically blocking interleukin 6. There is growing evidence of utility of these drugs in uveitis treatment.

CASE REPORT

39 year-old male with Birdshot chorioretinopathy diagnosed in 2011 (A29 and B51) initially treated with Mycophenolate mofetil (1000mg / day) associated with Adalimumab (40 mg every 2 weeks) and oral prednisone (5 mg / day). The patient had two relapses per year in the next two years. It was decided to replace Adalimumab with Tocilizumab (2mg/kg monthly). In the absence of new episodes, gradual discontinuation of oral corticosteroids and mycophenolate was performed.

RESULTS

Currently the patient continues with tocilizumab monotherapy and has no new relapsed episodes of chorioretinitis in the last year.

CONCLUSION

Even in monotherapy, tocilizumab may be a good therapeutic tool in Birdshot chorioretinopathy refractory to conventional treatment

055 CASE REPORT: EFFECTIVENESS OF INFLIXIMAB IN REFRACTORY SERPIGINOUS CHOROIDITIS

MOUSAVI, KAZEM¹; Barbany Rodriguez, Miriam²; and Rodriguez, Mónica³.

¹Hospital Universitari Mútua de Terrassa, Ophthalmology, Spain; ²Hospital Universitari Mútua de Terrassa, Ophthalmology, Spain; and ³Hospital Universitari Mútua de Terrassa, Medicina Interna.

OBJECTIVE

To report a case of serpiginous choroiditis refractory to conventional treatment. A 53 year-old male from Barcelona was referred with a 4 week history of blurred vision in his left eye, that was getting progressively worse. His past ocular history was significant for idiopathic macular chorioretinitis in the right eye 4 years earlier.

MATERIAL AND METHODS

Case report

RESULTS

Despite treatment with systemic and intraocular corticosteroids combined with cyclosporine A and azathioprine, the disease progressed. The only treatment that has proven to be effective in inducing remission has been infliximab.

CONCLUSION

Serpiginous choroiditis is a rare inflammatory disease. The diagnosis is made based upon its clinical manifestations. Its treatment requires aggressive immunosuppression and careful, long-term observation.

056 ADALIMUMAB AS TREATMENT OF REFRACTORY PARS PLANITIS

IBARES-FRÍAS, LUCÍA; Labrador-Velandia, Sonia Cecilia; and Herreras-Cantalapiedra, José María. Sacyl (Hospital Clínico Universitario de Valladolid), Ophthalmology, Spain.

OBJECTIVE

The aim of this study was to assess the efficacy and safety of adalimumab in treating refractory pars planitis (PP).

METHODS

Retrospective analysis of case series of refractory PP from a single University Hospital in which the inflammation had failed to respond to at least one Conventional Synthetic Immunosuppressive drug besides corticosteroids, and therefore were treated with adalimumab. The main outcomes were: visual acuity (logarithm of the minimal angle of resolution, logMAR), degree of anterior and posterior chamber inflammation (Standardization of Uveitis Nomenclature Working Group Criteria), immunosuppression load (as defined by Nussenblatt et al) and the presence of complications. The non parametric test of Wilcoxon was used to make comparisons between the visit before anti TNF treatment and the visit closest to the 1st of July of 2014. Statistically significant differences were considered when $p < 0.05$. The data was analyzed with SPSS 20 Statistics software.

RESULTS

There were 3 men and 1 woman (30.50±16.90 years). Treatment with adalimumab was initiated at 69.25±47.44 months from the ethiological diagnosis and was used for 21.70±15.9 months. The patients were treated with cyclosporine and azathioprine (n=1), cyclosporine and mycophenolate mofetil (n=1) and azathioprine (n=2) prior to adalimumab. Visual acuity improved by 0.21±0.16 to 0.08±0.06. Anterior chamber inflammation decreased from 0.18±0.37 to 0.00±0.00. Posterior chamber inflammation decreased from 0.87±1.24 to 0.12±0.23. The mean suppression load decreased significantly ($p=0.013$) from 6.75±4.62 to 1.50±2.77. No complications were observed in any patient.

CONCLUSIONS

Adalimumab seems to be an effective and safe treatment for PP refractory to conventional treatment and may reduce immunomodulation requirement.

057 GOLIMUMAB IN REFRACTORY UVEITIS RELATED TO SPONDYLOARTHRITIS. MULTICENTER STUDY OF 9 PATIENTS

SANTOS-GÓMEZ, MONTSERRAT¹; Calvo-Río, Vanesa¹; Rubio Romero, Esteban²; Blanco, Ricardo¹; Cordero-Coma, Miguel³; Gallego, Adela⁴; Atanes, Antonio⁵; and Francisco, Félix⁶.

¹(Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander), Rheumatology, Spain; ² (Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla), Rheumatology, Spain; ³ (Hospital de León), Ophthalmology, Spain; ⁴ (Hospital de Mérida), Rheumatology, Spain; ⁵ (Hospital de La Coruña (HUAC)), Rheumatology, Spain; and ⁶ (Hospital Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria), Rheumatology, Spain.

OBJECTIVE

To assess the efficacy of golimumab (GLM) in refractory uveitis associated to spondyloarthritis (SpA).

METHODS

Multicenter study of uveitis related to SpA and refractory to at least one immunosuppressive drug. The main outcome measures were degree of anterior and posterior chamber inflammation, visual acuity, and macular thickness in cases of macular edema.

RESULTS

Nine patients (9 men) (11 affected eyes), mean age \pm SD of 42.1 \pm 5.25 years (range 32-48) were evaluated. The pattern of ocular involvement was anterior uveitis (n=5) and anterior intermediate (n=4). Uveitis was acute (n=1), chronic (n=4) or recurrent (n=4).

Besides oral steroids and before GLM onset they had received: intraocular corticosteroids (n=2), MTX (n=7), AZA (3), SZP (4) and LFN (1), IFX (2), ETN (2), and ADA (1). GLM was given at the standard dose (50 mg/sc/month); in monotherapy (5) or combined (4).

Anterior chamber cells, present in all cases, had a significant improvement from baseline (median 1 [IQR 0-3]) to 0 [0-1] ($p=0.01$) and 0 [0-0] ($p=0.01$) at 2 weeks and 6 months, respectively. Mean visual acuity also improved from a mean of 0.75 \pm 0.24 at baseline to 0.77 \pm 0.26 ($p=0.1$) and 0.85 \pm 0.27 ($p=0.1$) at 3 and 6 months, respectively, and macular thickness (OCT) from a mean of 280 \pm 30 to 263 \pm 16 microns at 6 months. After a mean follow-up of 13 \pm 7 months, the most important side-effects observed were injection site erythema (n=1) but severe side-effects were not observed.

CONCLUSIONS

Golimumab seems to be effective and safety in refractory uveitis related to SpA.

058 POLYMERASE CHAIN REACTION (PCR) VALUE IN DIAGNOSIS OF OCULAR TUBERCULOSIS, 2 CASE REPORT.

UZCÁTEGUI RODRÍGUEZ, NANCY¹; Gálvez Carvajal, Sonia²; Rueda Rueda, Trinidad³; and Castillo Palma, Maria Jesus⁴.

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Oftalmología, Sevilla; ²Hospital Universitario Virgen del Rocío, Oftalmología, Sevilla; ³Hospital Universitario Virgen del Rocío, Unidad de Uveitis. Oftalmología, Sevilla; and ⁴Hospital Universitario Virgen del Rocío, Colagenosis, Sevilla.

INTRODUCTION

The large variations in clinical presentation and the lack of uniformity in diagnostic criteria make the diagnosis of intraocular tuberculosis difficult, with the subsequent risk of both under and overdiagnosis, exposing the patient to unprotected steroid therapy or toxic antitubercular therapy (ATT), respectively.

Case 1:

A 16 year-old woman with 20/20 visual acuity (VA) had a headache, bilateral optic nerve edema, serous retinal detachment and developed central and peripheral choroidal inflammatory foci. Immunological and microbiological test results were negative as well as Mantoux, Lowenstein and Quantiferon. No findings in lumbar puncture, MRI, chest Rx nor TC were found.

Case 2:

A 38 year-old woman with 20/20 VA had bilateral vitritis and pars planitis. Immunological, BAAR and Lowenstein test results were negative. Mantoux was positive but chest Rx and TC were normal.

Microbiology was positive for B Henselae and she underwent treatment without success. She took anti tuberculosis prophylaxis.

Progressive treatment with corticosteroids, cyclosporine and mycophenolate was performed in both cases without response and worsening. Therefore a vitreous sample was taken whose PCR was positive for Mycobacterium tuberculosis. ATT was set and immunosuppression was removed leading both patients to stabilization.

DISCUSSION

An intractable disease course with multiple recurrences on nonspecific treatment might lead to tubercular etiology. A positive culture remains gold standard but associates a high risk. PCR offers the only opportunity for definitive diagnosis in majority of cases. Its application has been limited mostly due to poor positivity rates. Careful selection of gene targets can improve PCR positivity rates.

O59 BILATERAL NEURORETINITIS IN THE CONTEXT OF LATENT TUBERCULOSIS

LABRADOR VELANDIA, SONIA; Ibares Frías, Lucía; González Fernández, Gloria; and Herreras Cantalapiedra, José María.

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Oftalmología, España.

INTRODUCTION

Tuberculosis remains a public health problem. It represents 10% of cases of uveitis and recently there has been an increase in the prevalence of tuberculous eye disease.

CLINICAL CASE

The patient is a 56 year-old male presented painless, unilateral visual loss in right eye. Relative afferent pupillary defect, papilledema, incomplete macular star and foveal subretinal fluid was observed in right eye. The left eye was normal. Two months later, the patient presented decreased visual acuity in his left eye, with papilledema, macular edema and a focus of choroiditis in the lower temporal arcade. Laboratory investigations revealed positive Quantiferon-TB test with no foci of systemic infection. The patient was started on antitubercular therapy (rifampicin, isoniazid, pyrazinamide and ethambutol) and oral steroids, after which symptoms and signs resolved. There was no recurrence of the disease after a year of complete antitubercular therapy.

CONCLUSIONS

Cases of bilateral neuroretinitis should be studied in detail to establish the etiologic diagnosis and start the specific treatment early. Latent tuberculosis is a diagnosis of exclusion in patients with neuroretinitis; therefore, it's necessary to rule out systemic or local diseases with similar symptoms.

O60 UVEITIS TUBERCULOSA A PROPOSITO DE UN CASO

MUÑOZ JIMÉNEZ, LUZ ÁNGELA; Del Río Pardo, María José; Morales Becerra, Ana; and Ayala Gutiérrez, María del Mar. Hospital Regional de Malaga, España.

La manifestación inicial mas frecuente de la tuberculosis ocular es una coroiditis diseminada que se localizan principalmente en el polo posterior y pueden acompañarse de edema de papila, he-

morragias en fibras nerviosas, vitritis y uveítis anterior. Muchos casos de TB ocular no es posible el diagnóstico, por lo que es de sospecha y se basa en indicios indirectos.

Mujer de 61 años consulta por disminución de visión de ojo derecho(OD) de días de evolución. Antecedentes oculares: uveítis posterior ojo izquierdo (OI) hace 4 años. A la exploración agudeza visual (AV) en OD 0.05; polo anterior con tyndal (), precipitados queráticos finos y sinequias posteriores, en el fondo de ojo (FO) vitritis (), edema de papila así como focos coroideos a nivel macular y en periferia; FO OI focos corioretinianos cicatrizados. Sospechándose uveitis por Tuberculosis y confirmándose con prueba cutánea de tuberculina (PPD) de 12mm, se inicia tratamiento con antituberculosos con mejoría del cuadro clínico al mes con AV OD 0.25, tyndal (-), Sinequias rotas, menor vitritis 0.5, focos coroideos en proceso de cicatrización. En la última exploración AV OD 0.125 con polo anterior normal, focos coroideos ya cicatrizados y desarrollo de membrana neovascular corioidea en tratamiento con Ranibizumab en dos dosis y seguimiento en otro centro

Es importante tener presente que los hallazgos oftalmológicos en los pacientes con TB pueden producirse en presencia o ausencia de hallazgos pulmonares, de ahí la gran dificultad diagnóstica a la que nos enfrentamos

O61 TUBERCULAR UVEITIS: AN OPHTHALMOLOGICAL CHALLENGE. DIAGNOSIS REVIEW ON PURPOSE OF A CASE

PÉREZ BARTOLOMÉ, FRANCISCO¹; Berrozpe, Clara²; Bañeros, Paula³; and Díaz Valle, David⁴.

¹Universidad Complutense de Madrid (Hospital Universitario Clínico San Carlos), General Ophthalmology, Spain; ²Universidad Complutense de Madrid (Hospital Universitario Clínico San Carlos), General Ophthalmology, Spain; ³Universidad Complutense de Madrid (Hospital Universitario Clínico San Carlos), General Ophthalmology, Spain; and ⁴Universidad Complutense de Madrid (Hospital Universitario Clínico San Carlos), Unidad de Superficie e inflamación ocular, Spain.

PURPOSE

To describe the process of ocular tuberculosis' (TB) diagnosis illustrated by the case of a young patient with bilateral ischemic vasculitis (TB compatible clinical pattern), Mantoux positive test (evidence of latent tuberculosis infection) and negative results for other infectious or immuno-mediated causes of uveitis.

METHODS

Case report.

RESULTS

31 year-old Spanish man who referred a two day lasting cloudy vision in both eyes (OU). The ophthalmological examination revealed visual acuity of 20/20 in OU. Slit exam showed anterior chamber reaction on both eyes (OU), right eye (RE) 1, left eye (OS) 2. Funduscopy exam disclosed severe bilateral retinal vasculitis (phlebitis), which was confirmed by a fluorescein angiography. A detailed search of the etiology of the process was performed, including serologies and autoimmunity test, purified protein derivative skin test, chest radiography, sputum analysis and urine bacilloscopies. Negative results were given for all test. Nevertheless, the Mantoux test was positive with an induration of 22 mm. The TB treatment was started at full dose with four drugs (isoniazid, pyrazinamide, rifampin and ethambutol), together with oral corticosteroids. A favorable response in RE was observed. In OS, although an initial improvement of vasculitis was found, neovascular tufts were subsequently developed.

CONCLUSIONS

Ocular TB is a diagnosis of exclusion. A compatible clinical picture (granulomatous anterior uveitis, retinal vasculitis, choroidal nodules, serpiginous choroiditis-like) and a positive tuberculin skin test, should make the physician think of ocular TB, even if results on direct microbiological tests were negative.

062 EALES' DISEASE: YEAR FOLLOW UP.

COLINO GALLARDO, CARLOS; Delgado Romero, Ana María; Ramírez Espinoza, Juan Carlos; and Mendoza García, Brenda Carmina.

Hospital Universitario Puerto Real, Oftalmología, Spain.

INTRODUCTION

Eales' disease is a form of vasculitis typified by vascular inflammation in the peripheral retina with tendency to involve veins. Although the cause of Eales' disease remains undefined, considered potential association with *Mycobacterium Tuberculosis* and strong expression of VEGF.

CASE REPORT

Male aged 29, arrives with abrupt visual disturbance affecting LE first and RE 48 h later. After funduscopy, found hemovitreal along with bilateral venous occlusive vasculitis and neovascularization. Study is initiated and excluded systemic disorders or infections due to negative laboratory results and normal thorax Rx, with 21mm induration obtained in Mantoux, is diagnosed with Eales' disease. Starting treatment Prednisone immunosuppressive regimen reducing 6 months, Rifampicin and Isoniazide 3 months and antiVEGF charge dose in both eyes, control and neovascularization involution is achieved, with recurrence 8 months later in RE. Because of the impossibility AFG control, proposed to repeat AntiVEGF in RE, laser in LE, oral Prednisone 1 mg/kg/day reducing 1 month and associated Cyclosporine as immunosuppressive saver corticosteroids.

CONCLUSIONS

We consider steroid immunosuppressive regimen established from the outset due to bilateral hemovitreal, with slow reduction for 6 months, complemented with AntiVEGF based on demonstrated expression of VEGF in Eales disease, currently being considered valid alternative treatment. Although control of clinical and involution of neovascularization in both eyes is achieved, patient relapses in RE after finalizing oral therapy. We estimate extended oral therapy is required (more than 6 months), unless it is complemented by laser to avoid recurrences. In this case decided additional laser LE, the impossibility of evolutionary control by AFG.

063 A CASE OF RESISTANT SERPIGINOUS-LIKE CHOROIDITIS INDUCED BY TUBERCULOUS INFECTION: INFECTION OR IMMUNE RESPONSE?

VAZQUEZ-ALFAGEME, CLARA; Degli Esposti, Simona; and Pavesio, Carlos.

Moorfields Eye Hospital NHS Trust, Medical Retina, United Kingdom.

INTRODUCTION

Serpiginous choroiditis (SC) is an idiopathic inflammatory disease that affects the inner choroid and RPE. Typically, lesions begin around the peripapillary region and spread centrifugally. This condition

is relentlessly progressive, though long standing remissions can be achieved through aggressive immunomodulation. Intraocular tuberculosis can mimic this clinical picture causing a serpinginous-like choroiditis. We present a case of serpigios-like choroiditis that continue to recur in spite of full anti-tuberculous therapy.

CASE REPORT

54 years-old female with a history of SC – TB related for 39 years. Since presentation, she underwent 3 courses of anti-TB treatment; on last occasion (2009) amikacin was introduced due to a possible multiresistant TB. Treated with oral steroids since 2002, with multiple reactivations. For the last two years she has made use of multiple drugs including azathioprine, cyclosporine and prednisolone, and more recently was started on infliximab, after the chest physicians confirmed her tuberculosis had been fully treated. On a regular visit she presented with a new lesion close to the fovea of her only functional eye and decreased visual acuity (6/24). Due to lack of efficacy and side effects of the current medication a switch to adalimumab was proposed. Instead, the patient opted for discontinuing all systemic medications. Following the patient's decision, an intravitreal triamcinolone injection was suggested. Two months after the injection, the visual acuity has increased to 6/18 and the perifoveal lesion is resolving, being off systemic medication for 1 month.

CONCLUSIONS

The identification of tuberculous infection in cases of SC is extremely important in view of the therapeutic decision. Treatment of the infection is essential, but recurrent inflammation can still occur and is most likely driven by an immune response. Use of different immunosuppressive therapies may be required, but control may be difficult and progressive visual loss may still occur.

O64 PAPILITIS ATÍPICA EN PACIENTE JOVEN: DEBUT DE SÍFILIS Y VIH

PLATAS MORENO, IRENE; Vicente Tierno, Nelida; Izquierdo Millán, Isabel; and Nova Fernández Yáñez, Luis.
Hospital (Segovia), Oftalmología, España.

INTRODUCCIÓN

La papilitis infecciosa en pacientes jóvenes se considera atípica. La papilitis sífilítica es poco frecuente y suele asociar coinfección con VIH.

CASO CLÍNICO

Varón de 34 años acude a urgencias por disminución de visión de una semana por el ojo derecho (OD). Antecedentes personales: depresión. Agudeza visual (AV) OD: 0,1 y ojo izquierdo (OI): 1. Motilidad ocular intrínseca: defecto pupilar aferente relativo OD. Campimetría 30-2: defecto altitudinal OD con defecto sectorial en OI. Biomicroscopía y presión intraocular: normales. Funduscopia OD: borramiento papilar inferior tenue con esclerosis un vaso adyacente, sin vitritis. Tomografía de coherencia óptica: elevación sectorial papila derecha con mácula normal. Angiografía: sin vasculitis. Potenciales evocados: disminución de amplitud y retraso de latencias OD. Tomografía axial computerizada y resonancia magnética sin alteraciones significativas. Punción lumbar positiva para sífilis. Serología positiva para sífilis y VIH. Nueva anamnesis dirigida: conductas sexuales de riesgo. Diagnóstico: papilitis por sífilis OD en paciente VIH positivo. Se inicia tratamiento con penicilina G intravenosa 2 semanas además de antirretrovirales. Al mes AV OD: 0,4. A los 6 meses AV OD: 0,9 con escotoma y palidez papilar.

CONCLUSIONES

Cualquier forma de sífilis ocular debe ser tratada como una neurolúes. La penicilina es el tratamiento de elección.

La infección por VIH puede dar falso negativo para sífilis en la serología.

La evolución es más lenta que las neuritis desmielinizante.

O65 PRECIPITADOS SUPERFICIALES EN LA RETINA EN TRES PACIENTES CON SÍFILIS OCULAR

SÁNCHEZ-VEGA, CRISTINA; Melián Villalobos, Rafael; Reyes Rodriguez, Miguel Ángel; and Francisco Hernández, Félix.

HUGC Dr Negrín, Oftalmología, España.

La sífilis puede afectar a casi cualquier estructura del ojo, siendo la uveítis la presentación más frecuente. A pesar de no existir ningún signo patognomónico en la exploración oftalmológica, se han descrito distintos patrones que pueden sugerirnos esta enfermedad. Uno de estos es la aparición de precipitados superficiales en la retina pequeños, de aspecto blanco cremosos, que aparecen sobre áreas de retinitis y que migran sobre la superficie de la retina durante el transcurso de la enfermedad. Presentamos 3 pacientes diagnosticados de sífilis ocular cuya forma de presentación fue mediante la aparición de estos precipitados. Todos los pacientes eran hombres, caucásicos y 2 de ellos VIH positivos. Uno de ellos había presentado sífilis previamente. Todos ellos presentaron una panuveítis con retinitis y los precipitados superficiales descritos. Las pruebas no treponémicas (RPR) fueron positivas en 2 de los 3 pacientes y las treponémicas (TP-EIA) fueron positivas en los 3 casos. Se realizó la determinación de VDRL en LCR en todos los pacientes, siendo positiva en dos de ellos. Se instauró tratamiento intravenoso con penicilina sódica (24 millones de unidades/día durante 14 días) y penicilina G benzatina intramuscular durante otras 4 semanas, consiguiendo la desaparición de las lesiones.

CONCLUSIONES

El reconocimiento de la afectación ocular causada por la sífilis es muy importante para el manejo precoz del cuadro, al tratarse de una enfermedad curable que sin tratamiento puede causar serias complicaciones. La aparición de precipitados superficiales en la retina, aunque poco frecuente, puede considerarse un signo sugestivo de sífilis ocular.

O66 PERIPHERAL RETINITIS SECONDARY TO SYPHILIS

FERNÁNDEZ LEDO, NOA; and Pavesio, Carlos.

Moorfields Eye Hospital, Medical Retina, United Kingdom.

INTRODUCTION

Ocular inflammation secondary to syphilis is uncommon and can occur at any stage of the disease. There is a strong association between ocular Syphilis and HIV and in this patients it usually has a more aggressive manifestations. We present a case of a 37 year old man with peripheral retinitis, whose ocular presentation caused a difficult first diagnosis.

CASE

37 year old man with history of risky sexual behaviour that attended the A&E department because of a left red eye with blurred vision and photophobia. His visual Acuity was 6/9 in both eyes, slit-lamp examination was normal in the right eye and in the left eye there were 2 Cells in the anterior chamber and 2 vitreous cells, fundus examination was normal in the right eye and in the left he had an extensive area of peripheral retinitis temporal to macular with some areas of arteritis. The case was treated as a possible Acute Retinal Necrosis and the patient had a vitreous tap and had an intravitreal Fosarnet injection and prescribed oral Valaciclovir.

Three days later there was no improvement of inflammation and blood test came back positive to Treponema and HIV, he was then referred to the Genito-Urinary Department and started Intravenous Penicillin and a course of oral Doxycycline 200mg TDS. One week after the treatment was started the inflammation and retinitis were resolved.

CONCLUSION

Known as the "great masquerader," syphilis is notorious for its broad clinical spectrum and ability to mimic many other diseases. The diagnosis of syphilis should be considered in any patient with ocular inflammation. Testing for HIV is important, as the HIV-positive status may confer an increased risk of neurosyphilis and a more severe presentation

067 TRABECULITIS HIPERTENSIVA COMO DEBUT DE PANUVEITIS TOXOPLASMICA

PANA, IULIA; Quijada Angeli, Simón; López Arango, Diego; and Valverde Almohalla, Sergio.
Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid, Ophthalmology, Spain.

INTRODUCCIÓN

Las causas de coriorretinitis focal con vitritis son múltiples, como: toxoplasmosis, toxocariasis, sarcoidosis y tuberculosis de las cuales la coriorretinitis toxoplasmica puede cursar con uveitis hipertensiva.

CASO CLÍNICO

Mujer de 43 años que consulta por pérdida aguda de visión y dolor en OD y AV: OD:0.5 OI:1.0, PIO: OD:43mmHg OI:15mmHg, Gonioscopia:3/4, BMC: edema corneal, Tyndall 2/4. Se pauta Manitol, apraclonidina, timolol y acetazolamida. A las 24 horas hay mejoría clínica y en el FO se encuentra foco de coriorretinitis con vitritis, en torno a la rama superotemporal, periflebitis juxtafoveolar. Se diagnostica de Panuveitis: Trabeculitis hipertensiva coriorretinitis focal. La Angiografía muestra bloqueo de la fluorescencia e hiperfluorescencia parietal de la vena afectada hasta fases tardías.

Resto de pruebas normales y en la serología destacan los Ac anti Toxoplasma IgG positivos. Se realiza Vitrectomía diagnóstica con inyección intravítrea de Ceftazidima y Anfotericina B, con los Cultivos y la PCR de vítreo negativos. Se inicia tratamiento con Pirimetamina, Sulfadiazina, Ácido Folinico y levofloxacino.

La paciente presenta mejoría de la AV en OD: 0,8 y en el FO se observa una cicatriz juxtamacular, superotemporal, sin hemorragias, exudación o focos de vitritis.

CONCLUSIONES

La Toxoplasmosis es una causa frecuente de panuveitis en todas las edades y requiere de determinadas características clínicas para su diagnóstico.

En el caso presentado el debut clínico fue con compromiso del segmento anterior caracterizado por trabeculitis hipertensiva y sin cicatriz atrófica, hallazgos poco frecuentes.

El diagnóstico etiológico de cualquier coriorretinitis representa un reto, siendo en hasta un 33% de los casos idiopática.

O68 A DELAYED DIAGNOSIS WITH MULTIPLE UNNECESSARY COMPLEMENTARY TESTINGS

ROIG REVERT, MARÍA JOSÉ; Font Julià, Carolina; and Díaz Giraldo, Fernando Alberto.

Hospital de Sagunto (Valencia), Ophthalmology, Spain.

INTRODUCTION

Ocular toxoplasmosis (OT) is a disease caused by an infection with *Toxoplasma gondii* through congenital or acquired routes. Although OT most often presents as a focal necrotizing retinitis, less commonly, it may present as a papillitis.

CLINICAL CASE

A 24-year-old woman native from Brazil presented with bilateral cephalgia, eye floaters, increased retro-ocular pain with eye movements and decreased visual acuity (VA) of the right eye (RE). Upon arrival to the ophthalmology emergency room is diagnosed with anterior optic neuropathy RE and is referred to our hospital to hospitalize and carry out a complete neurological study. All complementary tests (laboratory tests, infectious serology, autoimmunity, CT, MRI and lumbar puncture) were normal and PEV revealed a p100 latency of RE, therefore intravenous bolus of corticoids were given. Because of worsening of VA the patient is reevaluated by our service. Funduscopy under mydriasis revealed papillitis, focal necrotizing retinitis adjacent to a juxtapapillary pigmented scar and Kyrleis' arteritis thus OT of RE was diagnosed. A loading dose of pyrimethamine 100mg/24h sulfadiazine 2g folinic acid 15 mg/24h followed by a maintenance dose of pyrimethamine 25mg/24h sulfadiazine 1g/6h prednisone 45mg/day with a taper schedule folinic acid 5mg/48h was given improving VA and funduscopy.

CONCLUSION

Although papillitis is a less common manifestation, OT must be thought and a complete fundus examination should be performed to avoid unnecessary and iatrogenic complementary testings and incorrect treatments.

O69 IMMUNOCOMPETENT PATIENT WITH OCULAR TOXOPLASMOSIS AND CONCOMITANT CHICKENPOX INFECTION

ESCOBAR MARTÍN, ELENA; García Saenz, M^a Carmen; Kim, Naon; and Fernández García, Javier Lorenzo.

Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Ophthalmology, Spain.

INTRODUCTION

The purpose of our contribution is to present a patient with an ocular infection by *Toxoplasma gondii* with panuveitis and a rare complication during the course of treatment.

CASE REPORT

A healthy 33-year-old man came to the emergency department with blurred vision and ocular unilateral pain in his left eye. He presented a visual acuity 20/30 and the biomicroscopy showed mild

anterior uveitis with no sinequiae. Fundus examination exhibited an active focus of retinochoroiditis with vitritis adjacent to a pigmented atrophic scar on the inferior-nasal retina; also focal vasculitis was observed. Initial treatment consisting in prednisolone, trimethoprim/sulfamethoxazole was set with a good ophthalmic response. Two weeks later the patient presented fever, abdominal pain and skin rash. Laboratory test showed high GOT/GPT levels and dermatological exam confirmed the diagnosis of varicella-zoster virus primary infection (chickenpox). Hence, oral valaciclovir was added to the treatment. Serology test also confirmed positive Toxoplasma antibodies. The clinical evolution was excellent despite the fact that a new episode of *T. gondii* arose three years later.

CONCLUSIONS

Although rare, it is possible to find a concomitant infection of *T. gondii* jointly with a varicella-zoster virus. Patients under systemic steroid treatment should be informed of rare but potential adverse events such as opportunistic infections.

070 TOXOPLASMA NEURORETINITIS, A DIAGNOSTIC CHALLENGE

SÁNCHEZ GUTIÉRREZ, VERÓNICA; de Dompablo Ventura, Elisabet; and Ciancas Fuentes, Esther.
Hospital Universitario Ramón y Cajal, Spain.

INTRODUCTION

Toxoplasma is a leading cause of posterior uveitis in immunocompetent patients. In most cases, the clinical features of retinochoroiditis are typical and a diagnosis can be made without further investigation. However, when clinical features are unusual, tests in serum and intraocular fluid are valuable. While the diagnosis can be aided by the results of serological tests, in some cases, these are not in themselves conclusive. In such cases that serologies are equivocal, polymerase chain reaction (PCR) of intraocular fluid for Toxoplasma provides more robust diagnostic data.

CASE REPORT

A 65 year-old immunocompetent woman, presented a stellate maculopathy and disc edema, which evolved into toxoplasma neuroretinitis. Despite the atypical presentation and the negative serology, it resolved up on introducing antitoxoplasma therapy. Finally, definitive diagnosis was confirmed by PCR of the aqueous humour.

CONCLUSIONS

We would like to highlight the importance of toxoplasma lesion appearance, by the ophthalmoscopy examination that may suggest the diagnosis, even when the clinical features are unusual and serological tests result negative. Lastly, it should be pointed out that PCR analysis of the aqueous humour is particularly helpful in patients with atypical lesions.

071 CORIORRETINITIS POR TOXOPLASMA SIMULANDO UN SÍNDROME DE NECROSIS RETINIANA AGUDA (NRA).

CAMPOS ARCOS, MARÍA CECILIA; Crespi Vilimeli, Jaume; Delgado Weingartshofer, Ruben; and Mingorance Moya, Ester.
Hospital Sant Pau, Oftalmología, España.

INTRODUCCIÓN

En pacientes inmunocompetentes la NRA se caracteriza por necrosis retiniana periférica asociada con arteritis retiniana, vitritis severa e inflamación de la cámara anterior. EL diagnóstico es básicamente clínico y está causado mayormente por virus (VVZ y VHS) aunque también pueden darlo otros agentes no-virales, como toxoplasma, bacterias y hongos.

CASO CLÍNICO

Mujer de 37 años sin antecedentes patológicos que consulta por dolor ocular y miodesopsias. A la exploración se observó una AV del OD de 0,3 y OI de 1,0. La PIO del OD era de 40mmHg Y del OI 12mmHg. En la biomicroscopía del OD se encontró reacción en cámara anterior. En el fondo del OD se observó vitritis (), foco de retinitis paravascular en retina temporal superior con vasculitis generalizada. Se inició tratamiento empírico con seprim forte oral. Se realizó paracentesis del humor acuoso que fue negativa para virus herpes, VVZ, CMV y Toxoplasma; analítica en la que se encontró VIH (-), serología de toxo IgG (), IgM(-). Serología luética RPR (-); HATP (); MEIA (22,89) por lo que se inició tratamiento con ceftriaxona IV durante 10 días ante la posibilidad de sífilis terciaria con afectación ocular. Ante la mala evolución del cuadro a pesar de tratamiento para Toxoplasma y Sífilis durante 15 días, se decidió realizar una vitrectomía diagnóstica con biopsia vítrea que fue PCR() para Toxoplasmosis. Se continuó el tratamiento con Septrin e inyecciones semanales de clindamicina IV hasta resolución del cuadro.

CONCLUSIONES

Ante un cuadro de NRA de evolución atípica y pruebas negativas en humor acuoso es necesario realizar biopsia vítrea. De las formas no-virales, el Toxoplasma es el agente más frecuente.

072 ATYPICAL PRESENTATION OF TOXOPLASMA CHORIORETINITIS: A CASE REPORT

PLANELLA COLL, SANDRA; and Capella Elizalde, M^oJosé.

Centro de Oftalmología Barraquer, Barcelona (Spain).

BACKGROUND

Toxoplasma gondii is a ubiquitous intracellular protozoan and a leading cause of infectious posterior uveitis worldwide.

CASE PRESENTATION

We report an atypical unilateral presentation of *Toxoplasma gondii* necrotizing chorioretinitis seven months after cataract surgery in an 80-year-old female, with moderate kidney insufficiency, Non Hodgkin Lymphoma and rheumatoid arthritis, treated with leflunomide and deflazacort. Our patient presented loss of vision in the right eye (OD) of two weeks' duration. Visual acuity was counting fingers at 20cm. On exam, OD exhibited moderate inflammation in the anterior chamber and vitreous. Fundus examination showed an active retinitis in the superonasal quadrant and temporal to the fovea. No retinal hemorrhages were present. Because of the past medical history, the diagnosis of intraocular lymphoma was considered but the vitreous biopsy identified no malignant cells and the MRI was normal. Serum IgM was negative but an elevated serum level of IgG (2028 IU/ml)

to toxoplasma was observed. The Goldmann-Witmer coefficient and PCR were also positive in aqueous humour. Because of her kidney insufficiency Cotrimoxazole was not allowed and a regime of Spiramycin was started. The patient received also intravitreal Clindamycin 1mg/0.1 ml. On the follow-up, in spite of the therapy, patient's visual acuity decreased and diffuse chorioretinal scars and optic disc atrophy developed.

CONCLUSION

Immunocompromised patients are at risk to acquire toxoplasmosis with an atypical phenotype that can become a severe, even fatal, disease. Establishing a definitive diagnosis and treatment sometimes could be challenging.

073 COROIDITIS MULTIFOCAL IDIOPÁTICA? EN PACIENTE DE 7 AÑOS.

LUQUE DEL CASTILLO, MARÍA; Herrador, Angeles; and Ruiz Alcántara, Alfonso J.

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

INTRODUCCIÓN

Se presenta el caso de un varón de 7 años, derivado para estudio por un cuadro de uveítis anterior crónica no granulomatosa y coroiditis bilateral.

CASO CLÍNICO (PROBLEMAS DIAGNÓSTICOS)

Varón de 7 años remitido por uveítis anterior bilateral no granulomatosa crónica. **AF** padre con enfermedad de Crohn y **AP** infección antigua VEB. A la exploración presenta **AV** C. dedos OD y 0.4 OI. **BMC**: tyndall 0.5, no sinequias y catarata SCP AO. **PIO**:14mmHg AO. **FO**: Lesión sólida en haz papilomacular con líquido subretiniano. No vitritis. Lesiones hipopigmentadas planas en 1/2 periferia AO. Las pruebas complementarias fueron **OCT** y **ECO** que manifiestan lesión sólida con edema a nivel papilomacular; **AGF** que descarta vasculitis; **analítica y serología** donde destaca eosinofilia y HLA A29; **Mantoux** negativo; se deriva a Reumatología e Infecciosos que descartan enfermedad sistémica; **RNM craneal y orbitaria**, ligero realce a nivel ocular; **TAC torácico** y **ECO hepática** normal. Se realiza **tratamiento empírico** para toxocara con albendazol 400 mgr/12h 5 días más prednisona 1mgr/Kg/día y tratamiento tópico. Se intervino la **catarata** de AO junto con toma de muestra vítea y h. acuoso. Dada la falta de respuesta al tratamiento, se decide comenzar pauta con MTX(7.5 mg/semana) más prednisona(1mg/Kg/día).

RESULTADO

Las lesiones han evolucionado hacia la atrofia, salvo localizadas en haz papilomacular. Actualmente en tratamiento con ranibizumab intravitreo.

CONCLUSIONES

Nos encontramos ante un caso de diagnóstico incierto. La infección por toxocara se descartó con la serología negativa. La ausencia de enfermedad sistémica y el test negativo para el gen NOD2 hacen poco probable sarcoidosis o S. de BLAU. ¿Tiene algún significado el HLA A29 ? ¿Podría ser una coroiditis multifocal?

074 ATYPICAL OCULAR BARTONELLA HENSELAE INFECTION WITHOUT NEURORETINITIS AND MACULAR STAR.

FANLO MATEO, PATRICIA¹; Heras Mulero, Henar²; Menendez Ozcoidi, Laureano³; and Liberal Iriarte, Iñaki⁴.

¹Complejo Hospitalario de Navarra, Internal Medicine, Spain; ²Complejo Hospitalario de Navarra, Ophthalmology, Spain; ³Complejo Hospitalario de Navarra, Anesthesiology, Spain; and ⁴Complejo Hospitalario, Ophthalmology, Spain.

CASE REPORT

A 40-year old healthy male presented with acute blurred vision, redness and pain in his eyes in March of 2012. Ophthalmologic examination revealed in RE panuveitis with focal retinitis with hemorrhages. His past medical history was unremarkable. He was fireman and he hadn't received tuberculosis vaccination. Laboratory tests were normal including serologic studies for toxoplasmosis, toxocariasis and Lyme disease. Quantiferon test and HLA B51 were positive. So he was empirically treated with prednisone and three tuberculostatics. In July the patient suffered from another flare-up of panuveitis with focal retinitis in RE and in LE appeared a new white small nodule next to macula. He was hospitalized and treated with pulses of methylprednisolone. The patient admitted to a significant history of cat exposure and he was scratched. In August antibodies Ig G to Bartonella were detected by IFI (1 /64)(CIBIR).The patient was treated with doxycycline 100 mg each 12 hours and riphampycin 300 mg each 12 hours. From August to December the patient suffered from 3 flares up of bilateral vasculitis, macular edema and focal retinitis. After completing 4 months of treatment, the patient improved. In March of 2013 antibodies Ig G to Bartonella were negative. From February to May of 2013 bilateral macular edema persisted until adalimumab was started.

CONCLUSION

Bilateral panuveitis with focal retinitis could be the main manifestation of ocular Bartonella infection. Macular edema could persist as an autoimmune phenomenon.

075 CENTRAL VEIN RETINAL THROMBOSIS IN THE SETTING OF COXIELLA BURNETII INFECTION: A COINCIDENCE OR A NEW OCULAR MANIFESTATION?

FANLO MATEO, PATRICIA¹; Heras Mulero, Henar²; Elejalde Guerra, Iñaki³; and Belzunce Manterola, Arnaldo².

¹Complejo Hospitalario de Navarra, Internal Medicine, Spain; ²Complejo Hospitalario de Navarra, Ophthalmology, Spain; and ³Complejo Hospitalario de Navarra, Internal Medicine, Spain.

CASE REPORT

A 43 year-old male consulted an oftalmologist with blurred and loss of vision of his right eye in January of 2014. Visual acuity in LE : 1,2 and RE: -1:0,2. Anterior segment biomicroscopy was normal in both eyes. Funduscopic examination revealed in RE papillitis with flame hemorrhages, retinal hemorrhages located in four quadrants and cotton-wool spots in inferior temporal arcade. Optical coherence tomography showed macula edema and it could appreciate retinal central vein thrombosis or papillophlebitis in angiography. Treatment with 300 mg of aspirin was started and he was referred to multidisciplinary uveitis unit. He was diagnosed of occupational asma and he had never taken drugs. He lived in the countryside with cattle (sheeps, rabbits and hens). A study of thrombophilia, autoimmunity and infections was performed. A surprisingly positive serology for Coxiella Burnetii infection was detected (Indirect immunofluorescence antibodies titers Ig G 1/64 phase I and Ig G 1/32 phase II). He was treated with 100 mg twice daily of doxycycline and levofloxacin 500 mg a day. 9 months later and after 3 intravitreal dexamethasone implants, the macular edema and thrombosis improved.

CONCLUSIONS

Although ocular manifestations of Q fever are rare, *Coxiella burnetii* could be the prothrombotic trigger of central retinal vein thrombosis.

076 UVEITIS TUBERCULOSA PRESUNTA Y EDEMA MACULAR.

BELZUNCE MANTEROLA, ARNALDO¹; Elejalde Guerra, J. Ignacio²; Heras Mulero, Henar¹; and Fanlo, Patricia².

Servicio Navarro de Salud (Complejo Hospitalario de Navarra), Ophthalmology, Spain; and ²Servicio Navarro de Salud (Complejo Hospitalario de Navarra), Internal Medicine, Spain.

INTRODUCCION

DOS ESCENARIOS POSIBLES:

1. UVEITIS ACTIVA CON EDEMA MACULAR.
2. UVEITIS INACTIVA CON EDEMA MACULAR.

CASO CLÍNICO

- Varón 39 años. Agricultor. Origen: Senegal
- Pérdida de visión progresiva y miodesopsias de al menos 2 años de evolución derivado de otro hospital.
- Inicio: 01/2010: Vitritis con EM. no estudio
- 06/2011: Panuveítis. 07/2011: Vasculitis. Se diagnostica de panuveítis con trombosis de rama venosa con EM.
- AV corregida Od. 0,30; Oi: 0,10. SA
- Panuveítis bilateral tipo vasculitis oclusiva crónica complicada con edema macular crónico:
- Mantoux (15 mm)
- Quantiferon (13)
- Electroforesis de Hb. aumento de Hb A2

Rx Tórax. normal

Gammagrafía morfofuncional de cuerpo completo: captación uveal.

AFG: áreas de hipofluorescencia por isquemia en cuadrante NS. Patrón de hiperfluorescencia petaliforme macular.

TRATAMIENTO

Corticoides orales, TMP /SMX 800/160 4 semanas, INZ 1 mg Corticoides peribulbares AO, corticoides y tópicos.

Corticoides orales, peribulbares AO, tópicos.

Tratamiento INZ Rifampicina Pirazinamida Etambutol 2 meses y luego INZ Rifampicina 12 meses.

DIAGNÓSTICO SINDRÓMICO

Panuveítis bilateral tipo vasculitis oclusiva con edema macular crónico.

Diagnóstico etiológico:

Uveítis tuberculosa presunta.

Edema macular uveítico con uveítis no activa:

Corticoides sistémicos, peribulbares.

Se decidió inyección bevacizumab y vitrectomíapars plana sin recuperación de la anatomía ni la función macular.

CONCLUSIONES

- Edema macular quístico en casos crónicos
- Tratamiento temprano. Siempre TAT completo: (no prueba terapéutica con INZ)
- Resultados variables a la TAT completa. Hipersensibilidad. Utilidad de los esteroides
- Bevacizumab,dexametasonaintravitrea

077 BILATERAL MACULAR EDEMA AS THE MAIN SYMPTOM OF LATENT TUBERCULOSIS

MESA VARONA, DIANA VICTORIA; Celis Sánchez, Javier; and Alfaya Muñoz, Laura.

Hospital La Mancha Centro.

INTRODUCTION

Isolated bilateral macular edema with low-grade inflammation of anterior chamber is rare.

CASE REPORT

39 year-old man with family history positive was referred to our hospital because of blurred vision in both eyes. At presentation, the best-corrected visual acuity was 0.4 in his right eye and 0.5 in his left eye. Slit-lamp examination revealed low-grade anterior chamber inflammation, no keratin precipitates, no vitreous inflammation and bilateral macular edema. A complete systemic work-up was performed. The results were positive for tuberculin skin test and Quantiferon Gold test. Chest x-ray was normal.

RESULTS

The patient was started on antituberculous treatment for nine months. The macular edema resolved completely and the visual acuity improved to 1 both eyes. No remission occurring during one year of follow-up.

CONCLUSIONS

Diagnosis of tuberculosis-associated uveitis was supported by a combination of a suggestive history, clinical signs, positive tuberculin skin test, positive IFN gamma release and response to empiric anti-tuberculosis treatment.

078 UVEITIS ANTERIOR GRANULOMATOSA RECURRENTE: ¿PROFILAXIS O TRATAMIENTO?

PALMOU FONTANA, NATALIA¹; and Martín Melero, Óscar².

¹Hospital General de Albacete, Sección Reumatología, España; and ²Hospital General de Albacete, Oftalmología, España.

Las uveítis anteriores granulomatosas recurrentes, son una patología habitual en las consultas de oftalmología, en ocasiones la prueba de la tuberculina es dudosa, y el quantiferón por su alto costo no está disponible en algunos hospitales, por lo tanto es muy frecuente la duda si realizar tratamiento profiláctico o tratamiento completo con varios fármacos.

Presentamos el caso de un varón de 78 años que presenta una uveítis granulomatosa anterior izquierda recurrente, en seguimiento por Medicina Interna de más de un año de evolución con mantoux de 10mm, ECA ligeramente positivo y en tratamiento profiláctico durante 6 meses con Isoniacida y recurrencias frecuentes.

El paciente es remitido a Consulta de Reumatología, para descartar patología inflamatoria/ autoinmune. Se solicita: nueva prueba de tuberculina resultando positiva en 20mm, ECA y gammagrafía negativa y un TAC pulmonar evidenciándose un Tromboembolismo pulmonar crónico (TEP); Se pauta tratamiento anticoagulante y con 4 fármacos tuberculostáticos, mejorando de su cuadro clínico.

079 SUSPICION OF TUBERCULOUS ETIOLOGY IN A CASE OF PANUVEITIS

LOZOYA MORENO, MARÍA NIEVES; González López, Francisca; Gómez Cortés, Alfonso; and Del Valle Cebrián, Francisca.

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, España.

INTRODUCTION

Patient with panuveitis in right eye and anterior uveitis in left eye in the context of suspected tuberculosis, after negative for other causes of uveitis.

CLINICAL CASE

46 years old male with vision of floaters in right eye during a month. He denies toxic habits, he is asthmatic and he works as a hairdresser. Visual acuity in right eye is 0.5 and 0.9 in left eye. Right eye has an anterior uveitis with tyndall 3, and minor anterior uveitis with tyndall 1 in left eye. Right eye's posterior segment shows moderate vitritis and nasal superior peripheral vasculitis with surrounding exudation and retinal hemorrhages. Left eye's posterior segment is normal. Patient denies articular and dermatological symptoms. Treatment with mydriatics and topic and oral corticosteroids is established. Uveitis study protocol is started and we request blood and urine test, infectious serologies, HLA-B27, HLA-B51, ECA, autoimmunity test, urine culture for mycobacteria, chest and sacroiliac joint X-ray and PPD test.

Seven days later, inflammation in posterior segment of right eye persists, with nasal superior vasculitis and surrounding exudation. Results of diagnosis tests are negatives, except Mantoux PPD skin and Quantiferon-TB tests which are positives. Result of urine culture for mycobacteria is currently pending. Fluorescein angiography shows peripheral vascular disturbances, with no clear areas of retinal ischemia in right eye. In suspicion of tuberculous uveitis, it is decided to treat patient with anti-tuberculosis therapy.

At two months of onset of symptoms, visual acuity improves in both eyes and there is a resolution of vitritis with residual vascular fibrosis area which is smaller and very limited in the right eye.

CONCLUSIONS

Tuberculous uveitis is difficult to diagnose because it may occur in patients without systemic manifestations of tuberculosis. The diagnosis is made by presumption, based on positive history of contact, positive Mantoux PPD skin test and negative results for other causes of uveitis.

079 SUSPICION OF TUBERCULOUS ETIOLOGY IN A CASE OF PANUVEITIS

LOZOYA MORENO, MARÍA NIEVES; González López, Francisca; and Del Valle Cebrián, Francisca Dolores.

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Sección de Uveitis, España.

INTRODUCTION

Patient with panuveitis in right eye and anterior uveitis in left eye in the context of suspected tuberculosis, after negative for other causes of uveitis.

CLINICAL CASE:

46 years old male with vision of floaters in right eye during a month. He denies toxic habits, he is asthmatic and he works as a hairdresser. Visual acuity in the right eye is 0.5 and 0.9 in left eye. Right eye has an anterior uveitis with tyndall 3, and minor anterior uveitis with tyndall 1 in left eye. Right eye's posterior segment shows moderate vitritis and nasal superior peripheral vasculitis with surrounding exudation and retinal hemorrhages. Left eye's posterior segment is normal. Patient denies articular and dermatological symptoms. Treatment with mydriatics and topic and oral corticosteroids is established. Uveitis study protocol is started and we request blood and urine test, infectious serologies, HLA-B27, HLA-B51, ECA, autoimmunity test, urine culture for mycobacteria, chest and sacroiliac joint X-ray and PPD test.

Seven days later, inflammation in posterior segment of right eye persists, with nasal superior vasculitis and surrounding exudation. Results of diagnosis tests are negatives, except Mantoux PPD skin and Quantiferon-TB tests which are positives. Result of urine culture is negative for mycobacteria. Fluorescein angiography shows peripheral vascular disturbances, with no clear areas of retinal ischemia in right eye. In suspicion of tuberculous uveitis, it is decided to treat patient with anti-tuberculosis therapy.

At two months of onset of symptoms, visual acuity improves in both eyes and there is a resolution of vitritis with residual vascular fibrosis area which is smaller and very limited in the right eye.

CONCLUSIONS

Tuberculous uveitis is difficult to diagnose because it may occur in patients without systemic manifestations of tuberculosis. The diagnosis is made by presumption, based on positive history of contact, positive Mantoux PPD skin test and negative results for other causes of uveitis.

080 PANUVEITIS AND RETINITIS IN A PATIENT ON TREATMENT WITH IMMUNO-SUPPRESSANTS FOR SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

CLINICAL CASE

48-year-old woman; blurred vision and floaters OS, 2 days.

Medical history: SLE on treatment with mycophenolate, prednisolone, hydroxychloroquine and acetylsalicylic acid.

Hospitalized 1 month ago. Diagnosed with immunosuppression, pancolitis by CMV and Libman-Sacks endocarditis. Discharged 2 weeks ago, with ganciclovir, acenocoumarol and hydroxychloroquine; immunosuppressants withdrawn.

Examination: VA 0.4; SL RKP (Arlt triangle), Tyndall, no synechiae; IOP: 8; DFE: vitritis, vasculitis, two foci of retinitis

Differential diagnosis: Infectious diseases / Lupus-related entities

Tests: WBC normal range; PCR for HSV, VZV and CMV on vitreous samples: negative; Serology for HIV and Syphilis: negative; Toxoplasma, HSV and VZV: positive only Ig G; Viral load for HSV, VZV and CMV: negative

Initial treatment: topical prednisolone, cycloplegics, valacyclovir p.o. and topical acyclovir.

After one month, clinical improvement was noticed: VA 1; SLE no RKP, Tyndall +/-; IOP 14; DFE: slight vitritis, no vasculitis, foci of retinitis nearly healed

The patient complains of arthralgia → immunosuppressants are reintroduced

Two weeks later: VA 0.7; DFE: enhanced vitritis, foci of retinitis reactivated

Immunosuppressants are withdrawn, antivirals are increased.

5 days later: VA 0.5; DFE: superior temporal Retinal Detachment

Surgical treatment is successfully performed.

The main issue in this case is the etiology, which has not been clarified yet. Differential diagnosis is assessed in the last slide.

081 UVEÍTIS POR RECUPERACIÓN INMUNE EN TRASPLANTADA RENAL

ORTUETA OLARTECOECHEA, ANA ICHASO; Cano Rovirosa, Paloma; Pérez Bázquez, Eugenio; and García González, Javier.

Hospital Universitario 12 de Octubre.

La retinitis CMV afecta casi exclusivamente a pacientes con inmunodeficiencia severa y puede producir graves alteraciones oculares. La uveítis por recuperación inmune (URI) consiste en un proceso inflamatorio intraocular en pacientes con retinitis por CMV inactiva que se presenta tras recuperar la inmunidad.

Paciente de 66 años inmunodeprimida tras trasplante renal. Valorada en oftalmólogo privado por visión borrosa de ojo derecho, diagnosticada de vitritis sin foco infeccioso. Es derivada por nefrología de nuestro hospital para segunda opinión. La AV inicial es de 0,6, en el polo anterior encontramos un Tyndall con PRKs gruesos inferiores y en el fondo de ojo vemos Tyndall vitreo y a una placa amarillenta con algún foco algodinoso y hemorragias perilesionales en retina temporal superior. Las serologías de VIH, toxoplasma, mycoplasma y sífilis son negativas y se inicia tratamiento con valganciclovir ante la sospecha de panuveítis asociada a retinitis por CMV, produciéndose una mejoría del cuadro. Durante el seguimiento, aparece una uveítis anterior e intermedia sin signos de activación de la retinitis, coincidiendo con una mejoría de su estado inmunológico, por lo que se sospecha una URI. Ante la escasa mejoría con tratamiento tópico se decide iniciar tratamiento con corticoides orales y profilaxis con Sulfametoxazol Trimetoprima y valganciclovir. Se ponen 3 dosis de trigon subtenoniano para disminuir la dosis de corticoides orales, sin producirse una gran mejoría. Se ha planteado la realización de vitrectomía pero la paciente lo rechaza por el momento.

La URI ha sido descrita principalmente en enfermos VIH, pero puede asociarse a la inmunorrecuperación por otras causas, como ocurre en nuestra paciente. Cualquier paciente con una historia de recuperación inmune y retinitis por CMV inactiva que tenga nuevos síntomas visuales debe ser remitido al oftalmólogo para descartar la reactivación del CMV o URI.

082 DEXAMETHASONE INTRAVITREAL IMPLANT FOR THE TREATMENT OF CYSTOID MACULAR EDEMA IN CANCER-ASSOCIATED RETINOPATHY.

PEDEMONTE, EDUARD¹; Mousavi, Kazem¹; Saint-Gerons, Marta¹; and Rodríguez, Mónica².

¹Mútua Terrassa (Hospital Universitari), Ophthalmology, Spain; and ²Mútua Terrassa (Hospital Universitari), Internal Medicine, Terrassa.

CLINICAL CASE

A 44 year-old man presented with visual field (VF) constriction and retinal vessel attenuation in both eyes. He was diagnosed with cancer-associated retinopathy (CAR), which led to the diagnosis of a primary small cell lung carcinoma in his left superior lung lobe (cT2N0M0). Four years later, he presented with increasing photopsia, visual acuity loss and VF loss in both eyes. The carcinoma had stayed in remission and the retinopathy had remained stable for the previous three years.

The automated perimetry testing showed VF constriction and he had cystoid macular edema (CME) in both eyes. The analysis for antirecoverin antibodies was negative.

RESULTS

Both eyes were treated with one sub-tenon triamcinolone injection each. The response of the left eye was satisfactory, but the CME in the right eye (RE) did not improve significantly. Therefore, he was treated with oral prednisone and cyclosporine; and received an injection of dexamethasone intravitreal implant in his RE. One month later, the edema had diminished, the foveal central thickness had decreased and the physiological anatomy was partially restored.

CONCLUSIONS

The dexamethasone intravitreal implant is effective for the treatment of CME in CAR. To our knowledge, no previous publications have reported this option.

083 “UVEITIS ANTERIOR RECURRENTE POR CMV. A PROPÓSITO DE UN CASO”

CERDÀ IBÁÑEZ, MARTA; García Ibor, Francisca; Manfreda Domínguez, Laura; Gargallo Benedicto, Amparo; Olate Pérez, Álvaro; and Duch Samper, Antonio.

HCUV (Hospital Clínico Universitario Valencia), Oftalmología, Spain.

Paciente inmunocompetente de 73 años de edad, con uveítis anterior aguda recurrente, hipertensiva y unilateral en ojo derecho. Presentaba como antecedente infección de Paludismo en 1987 tras viaje a Guinea. Intervenido de cataratas en ambos ojos, sin presentar enfermedad sistémica o patología ocular previa conocida. Se trata de un paciente con una UAA recurrente en OD; no sintomático, glaucoma crónico con picos hipertensivos, midriasis media hiporreactiva y afectación unilateral, con endotelitis fluctuante sin estar asociada a episodios de hipertensión ocular, precipitados queráticos finos difusos, vitritis anterior, sin alteraciones a nivel del segmento posterior ni EMQ en OCT. Durante el proceso diagnóstico, se investigó causa vírica debido a las características de la inflamación. Entre los virus a descartar se investigó sobre la posible etiología herpética (VHS, VHZ, CMV y VEB), también se investigó sobre una posible infección por Rubéola, ante la sospecha de una posible UHF (el paciente presenta vitritis anterior sin EMQ) o Síndrome de Posner-Schlossman. Finalmente, y gracias a las técnicas de biología molecular, se demostró la presencia de CMV en humor acuoso, orientando a uno de los dos síndromes anteriores aunque la clínica nos decantó hacia una UHF sin heterocromía. Este caso, pone en evidencia la importancia de descartar etiología

infecciosa, en este caso vírica, ante patologías anteriormente diagnosticadas como idiopáticas, utilizando técnicas diagnósticas, como la determinación de PCR en humor acuoso, dado que el tratamiento es específico y diferente según la causa de infección (en el caso en que se den). Nuestro paciente presentó una UAA por CMV, que mejoró con el Valganciclovir, aunque precisó dosis de mantenimiento para evitar recurrencias.

084 TWO CASES OF CYTOMEGALOVIRUS HYPERTENSIVE ANTERIOR UVEITIS IN IMMUNOCOMPETENT PATIENTS

CAMPOS, PAMELA; Almuñí Cortés, Lorena; Elnayef Elsakan, Suhel; and Schell Eulufi, Constanza.

Consorci Sanitari de Terrassa, Ophthalmology, Spain.

We report two cases of a 30-year-old woman and a 41-year-old Spanish. The two cases presented three non pigmented endothelial keratic precipitates in the inferior cornea, mild inflammation with 1 cells in anterior chamber and a history of recurrent raised intraocular pressure (IOP) in her right eye. The inflammation was controlled with topical steroids and a combination of timolol and dorzolamide eye drops.

We maintained topical corticosteroid treatment due to raised IOP relapses after intents of its progressive discontinuation. Later, they developed posterior subcapsular cataract induced by prolonged use of corticosteroids.

We decided to perform an anterior chamber paracentesis. The aqueous humour sample sent for polymerase chain reaction (PCR) was immediately positive for cytomegalovirus (100 copies /ml) in the first case and after a treatment for toxoplasma, it was positive in the second case.

Treatment with oral valganciclovir was initiated with good clinical response in terms of uveitis activity and IOP. But after three months, the first case developed nummular keratitis in the peripheral superior cornea of the right eye with spontaneous resolution, and after five months the second case suffered a relapse of raised IOP when we stopped all the topical treatments.

CMV is an important cause of hypertensive anterior uveitis and the treatment with oral valganciclovir is important to prevent the secondary effects of a prolonged use of corticosteroids. But the duration of the treatment with valganciclovir have not been established yet.

085 UVEITIS ANTERIOR AGUDA HIPERTENSIVA Y ENDOTELITIS POR CITOMEGALOVIRUS

MORALES BECERRA, ANA; Muñoz Jiménez, Luz Angela; Del Río Pardo, María José; and Ayala Gutiérrez, María del Mar.

Hospital Regional de Malaga, España.

El espectro del citomegalovirus (CMV) se ha ampliado a infecciones del segmento anterior con uveítis anterior recurrente y/o crónica e hipertensiva, endotelitis, pero sin la típica retinitis.

Varón de 40 años consulta por visión borrosa, dolor y fotofobia en ojo derecho (OD) de días de evolución. Antecedentes oculares: uveítis anterior idiopática OD desde hace 3 años; agudeza visual (AV) movimientos de manos; pupila midriática; cornea edematosa, tyndal hemático, hipema de 1/10, imposibilidad para valorar fondo de ojo (FO). Presión intraocular (PIO) 50mmHG. Gonioscopia con ángulo abierto, sangre y algunos coágulos. Se plantea diagnóstico de glaucoma neovascular secundario iniciando tratamiento con antiglaucomatosos, corticoides tópicos, analgesia y ranibi-

zumab iravireo. A los tres días leve mejoría: cornea descompensada, tyndal hemático (), precipitados queráticos inferiores granulomatosos de pequeño a mediano tamaño, glaucomflecken, hipema igual y polo posterior normal. PIO 18mmhg. PCR en humor acuoso positivo para CMV diagnosticandose uveítis hipertensiva y endotelitis por CMV adicionando corticoides sistémicos y valganciclovir. Con evolución satisfactoria AV OD 0.3 mejora con AVMC 1 pupila midriasis paralítica y resto exploración normal.

Las pruebas diagnósticas han demostrado que los virus son causa cada vez más frecuente de lo que se describía como uveítis anterior idiopática. La clínica de la inflamación ocular herpética varía según el estado inmunológico del paciente.

086 POSNER-SCHLOSSMAN SYNDROME: INFECTIOUS ETIOLOGY?

MAQUEDA GONZÁLEZ, PAULA; Rodríguez Villacé, M^a Concepción; Bayón Porrás, Rosa; and Bermudez Uría, Luciano.

HNSM, Oftalmología, España.

INTRODUCTION

The differential diagnosis of anterior uveitis with an out-of proportion intraocular pressure remains a challenge for the ophthalmologist.

CASE REPORT

A 59 year old man, no medical history, describes a first episode of mild visual blurring and minimal discomfort in left eye.

On close ophthalmic examination, he was diagnosed with Posner-Schlossman syndrome.

Examination by an ophthalmologist reveals visual acuity 1 both eyes and a significantly elevated intraocular pressure: more 50mmHg left eye and 14mmhg right eye. There was mild epithelial edema of the cornea with few keratic precipitates. Gonioscopy IV grade. Anterior chamber was of normal depth, Tyndall. No heterochromia of the iris, or iris nodules. Fundus was normal, no vitritis, and his cup/disc ratio was 0.5 with no visual field change.

Normal OCT evaluation of macula and optic disc. Serology to study anterior uveitis and HLA negative. Aqueous humor PCR herpes (I,II, VVZ and CMV) test anodyne.

He was treated with topical corticosteroids and pressure-lowering agents. Follow up at 6 month: no recurrent attacks.

CONCLUSION

Posner-Schlossman Syndrome is an uncommon inflammatory eye condition, the diagnosis is thus made once other more common cause of high intraocular pressure and inflammation have been excluded, at the present timemicrobe condition could be considered.

087 THE RETURN OF THE PIZZA PIE RETINOPATHY ON ANTIRETROVIRAL THERAPY?

RUIZ DE LA FUENTE, PALOMA; Lozano López, Virginia; Aleman Valls, Remedios; Rocha Cabrera, Pedro; and Serrano García, Miguel.

CHUC (HUC), Ophthalmology, Spain.

CLINICAL CASE

43 yo woman with early HIV infection, after antiretroviral (ARV) treatment the patient improved with undetectable HIV viral load. But the patient developed multidrug-resistant *Mycobacterium Avium* Complex infection and Genital HSV-2 infection, being diagnosed of immune reconstitution inflammatory syndrome (IRIS). After that, the patient has decreased visual acuity in the right eye for 3 days. In the funduscopy there are white thick infiltrates, retinal bleeding in mid-temporal periphery with a cottage cheese and ketchup appearance and moderate vitritis, suspecting a Cytomegalovirus (CMV) retinitis. Treating the patient with endovenous Ganciclovir for 3 weeks and oral Prednisone due to vitritis but uncomplete response occurred. So the patient was treated with intravitreal Ganciclovir until complete response. Polymerase chain reaction confirmed CMV retinitis. Finally oral Valganciclovir was used to protect the patient systemically.

DISCUSSION

IRIS refers to a specific inflammatory response in HIV-infected patients that may be triggered after initiation of ARV therapy or change to more active ARV therapy. In the US, retrospective studies have reported IRIS in 63% of HIV-infected patients who had inactive CMV retinitis at the time of initiation of ARV therapy. Intraocular anti-CMV therapy provides higher targeted concentrations of drug compared with systemic therapy. However, the patient is not then protected systemically.

O88 CLINICAL ONSET OF AIDS: CYTOMEGALOVIRUS RETINITIS

DOMECH SERRANO, TERESA; Ramírez Garrido, Maria Vanesa; García del Moral, Irene; and Martínez Jerez, Juan Francisco.

Hospital Universitario San Cecilio (Granada), Oftalmología, Spain.

INTRODUCTION

Cytomegalovirus (CMV) is a ubiquitous DNA virus that infects the majority of the adult population. In the immunocompetent host, infection is generally asymptomatic. In immunocompromised individuals, primary infection or reactivation of latent virus can lead to opportunistic infection of multiple organ systems. In the eye, CMV most commonly presents as a viral necrotizing retinitis with a characteristic ophthalmoscopic appearance. Many people are never tested for HIV and only become aware they are infected with the virus once they have developed an AIDS related illness. A case of CMV retinitis forces us to think in immunocompromised patients, either due to AIDS or immunosuppressive therapy.

CASE REPORT

A 40-years-old man with no significant medical history but with sexual risk behavior, presented to the hospital with complaint of blurry vision in his left eye since 24 hours. Funduscopy examination showed two soft exudates in the right eye, and necrotizing retinitis with hemorrhages, vasculitis and papillitis in the left eye. No inflammation in anterior chamber and vitreous was described. Emergency blood test revealed a pancytopenia. Clinical diagnosis of cytomegalovirus retinitis in the left eye was made and we started treatment with intravenous ganciclovir 5mg/kg/12h. Few days after, serologic test showed positive VIH and CD4 t helper 14 cel/ml. Evolution was satisfactory and there was no need for intravitreal injection.

CONCLUSIONS

Nowadays, AIDS may be diagnosed by ophthalmologist and early institution of treatment is crucial not only for vision but also for life.

089 ACUTE RETINAL NECROSIS AS INITIAL PRESENTATION OF AIDS

RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, FAYNA¹; Hernández Obregón, Daniel²; Reyes Rodríguez, Miguel³; and Francisco González, Félix⁴.

¹Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Servicio de Oftalmología; ²Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Servicio de Oftalmología; ³Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Servicio de Oftalmología; and ⁴Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Servicio de Reumatología.

INTRODUCTION

Cytomegalovirus (CMV) retinitis is a serious eye-threatening complication associated with acquired immuno-deficiency syndrome (AIDS). For the majority of patients, oral valganciclovir over intravitreal injections is recommended. However, despite maintenance therapy, most patients have viral reactivation.

CASE REPORT

A 48-year-old male patient with rapid onset of visual loss of his left eye (visual acuity of 0.25) was referred for evaluation. Slit lamp examination showed mild anterior chamber inflammation with stellate keratic precipitates. The fundus examination evidenced vitritis, hemorrhagic foci and patchy full thickness necrotising retinitis. Suspecting acute retinal necrosis secondary to CMV, systemic and intravitreal therapy were initiated. Thereafter, CMV polymerase chain reaction (PCR) analysis of aqueous humor confirmed the initial suspicion in an unknown human immunodeficiency virus (HIV) positive patient. 15 days after initiation of anti-CMV treatment, highly active antiretroviral therapy (HAART) was prescribed. Finally, his visual acuity improved to 0.4 despite persistent chronic retinal lesions. However, 8 months later, the patient presented contralateral eye floaters with a visual acuity of 0.9 and multiple foci of CMV chorioretinitis in the posterior segment, despite being under maintenance dose of oral valganciclovir. Once again, 3 intravitreal injections were prescribed with no final visual loss in his right eye.

CONCLUSIONS

CMV retinitis is the most common serious ocular complication of AIDS. Although history of prior opportunistic infection is a risk factor for CMV retinitis, CMV retinitis may be the initial presentation of AIDS. Systemic valganciclovir maintenance dose treatment not completely eliminate the possibility of viral relapse in the contralateral eye.

090 SÍNDROME DE HORNER SECUNDARIO A HERPES ZOSTER OFTÁLMICO

LÓPEZ LÓPEZ, FERNANDO.

Instituto Oftalmológico Gómez-Ulla. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Spain.

OBJETIVO

Presentar el caso de una paciente que tras sufrir un afectación de la primera rama del V par craneal presenta diferentes complicaciones oculares entre las que destaca la aparición de un síndrome de Horner.

CASO CLÍNICO

Se describe el caso de una paciente de 47 años que acude a nuestras consultas por ojo rojo doloroso izquierdo. 3 meses antes había sufrido un cuadro de Herpes Zoster de la primera rama del nervio

trigémico y 3 semanas antes había sido diagnosticada en otro centro de una uveítis anterior aguda en ojo izquierdo que no acaba de resolverse. En aquel momento estaba con tratamiento antivirico y con gotas antiinflamatorias y midriáticas.

En la exploración se objetivó la presencia de una escleritis difusa sectorial, que se controla con medicación. En la siguiente revisión se evidencia la presencia de una lesión postganglionar de la vía simpática, con la consecuente ptosis y miosis asociadas. Además de una revisión ocular completa se le realizaron pupilometrías en diferentes condiciones fotópicas, mesópicas y escotópicas, así como pruebas de imagen para descartar otras causas de afectación de la vía simpática.

CONCLUSIONES

Las oftalmoparesias son complicaciones relativamente frecuentes tras un episodio de herpes zoster oftálmico, sin embargo la aparición de un síndrome de Horner secundario es una rara complicación poco descrita en la literatura.

091 CORNEAL IMPAIRMENT IN HERPES ZOSTER OPHTHALMICUS

CABRILLO ESTÉVEZ, LUCÍA; Alonso Juárez, Ernesto; and Lorenzo Pérez, Rebeca.

Instituto Salmantino de Oftalmología.

INTRODUCTION

Ocular complications of Herpes Zoster Ophthalmicus(HZO) may lead to substantial visual impairment. Timely diagnosis and management with referral to an ophthalmologist when ophthalmic involvement is present, are critical in limiting visual morbidity

CASE REPORT

27-year-old female diagnosed as HZO and treated with Nervinex since 8 hours ago. She presented papules and vesicles on upper eyelid OI. She didn't refer ocular symptoms. Best corrected visual acuity(BCVA) was 20/20 both eyes; complete ocular examination was normal. Three weeks later,OI developed stromal keratitis and BCVA OS decreased to 20/200. There were non granulomatous anterior uveitis nor vitreous inflammation. Optic nerve and retina were not affected. Intraocular pressure was within normal limits. Topical corticosteroids therapy was started. Two days later, disciform keratitis, endothelitis and granulomatous anterior uveitis was detected; mydriatic drops were given and corticosteroids therapy was intensified. Four days later, granulomatous keratic precipitates were considerably decreased and anterior chamber was quiet. Topical therapy was gradually tapered off. One month later, BCVA was restored to 20/20 and the patient was not showing any sign of active disease. Nevertheless, it remained a refractive sequel due to corneal affection, and best uncorrected VA OI was 20/70

CONCLUSIONS

Eyelid and ocular adnexal involvement is most commonly found in patients with HZO followed by corneal complication and uveitis. There needs to be awareness of ocular involvement, which can be sight threatening, among the HZO patients and other medical departments and an increased emphasis on regular ophthalmic examination. The chronic and recurrent nature of HZO can be associated with significant corneal morbidity, even many years after the initial zoster episode. Long-term review and management of patients with a history of HZ stromal keratitis are indicated following the initial corneal involvement

O92 UNILATERAL ACUTE NECROTIZING RETINITIS - VZV

DOMÉNECH ARACIL, NURIA; Alvarado Valero, M Carmen; Azrak, César; and Elvira Cruaños, J Carlos.
Hospital del Vinalopó (Elche), Oftalmología, Spain.

INTRODUCTION

Acute retinal necrosis (ARN) is an uncommon uveitic syndrome caused by a viral infection, mostly observed in healthy patients. It is characterized by peripheral necrotizing retinitis, occlusive retinal vasculitis, and a prominent intraocular inflammatory reaction with a very poor prognosis if untreated.

CASE REPORT

A 52 year-old man was referred to our emergency room complaining about redness, pain and visual loss in his right eye (RE) for the last two weeks. His past medical history was irrelevant except for amblyopic left eye (LE).

Best-corrected visual acuity (BCVA) was <20/200 RE and 20/200 LE. Slit lamp examination demonstrated epithelial corneal edema, diffuse endothelial keratic precipitates and anterior chamber inflammation in his RE. Intraocular pressure was 42 mmHg and dilated fundus examination revealed severe vitritis, occlusive arteritis, multifocal patchy retinitis in peripheral retina and posterior pole, and papillitis. LE exploration was unremarkable.

Topical 1% prednisolone acetate, cycloplegic, oral acetazolamide and pressure lowering drops were prescribed and empirical treatment for presumed herpetic retinitis was established with intravenous aciclovir 10 mg/kg/8h and aspirin 150 mg/d. 48 hours later, intravenous prednisone 1mg/kg/day was also prescribed, due to the severity of the disease.

Systemic examination including infectious serologic tests, ACE, chest x-ray and tuberculin skin test for tuberculosis were normal. Aqueous humor PCR was positive for varicella zoster virus (VZV). Diagnosis of ARN caused by VZV was confirmed.

After 2 weeks follow up BCVA improved to 20/40 in his RE. The patient is still receiving oral antivirals and no ocular infection has been found in his LE.

CONCLUSIONS

NRA is a devastating ocular disease, presumption diagnosis and prompt treatment may provide better functional outcomes and decrease the risk of bilateral infection. Early PCR may contribute to the diagnosis and the management of these patients.

O93 NECROSIS RETINIANA AGUDA POR VZV. A PROPÓSITO DE UN CASO.

SALINAS DOMÍNGUEZ, ALEJANDRA; Solé Forteza, Eduard; and Callizo Tomás, Josep.
Hospital Joan XXIII, Servicio de Oftalmología.

Paciente varón, de 64 años, acude a nuestro servicio por cuadro de dolor, fotofobia y disminución de agudeza visual en OI. El paciente padece un carcinoma pulmonar metastásico, habiendo recibido la última sesión de radioterapia craneal el mes anterior, por metástasis cerebral.

A la exploración, se encuentra AV PL en OI, con importante tyndall, precipitados queráticos inferiores pigmentados y sinequias posteriores. A la funduscopia se encuentra intensa vitritis, con múltiples placas periféricas de necrosis retiniana, vasculitis y desprendimiento de retina exudativo. El OD no presenta ninguna alteración. Ante la sospecha de necrosis retiniana aguda, se inicia tratamiento con Valaciclovir 900mg cada 12horas, vía oral, así como corticoides y cicloplejia tópicos. Se

extrae muestra de HA de CA para realización de PCR, que resulta positiva para VVZ, confirmando el diagnóstico de **NRA secundaria a VVZ en OI.**

Se decide realizar VPP 23G con FC siguiendo los límites de la retina necrosada y AS 5000 mPas, consiguiendo resolver el desprendimiento exudativo. Como tratamiento postquirúrgico se prescribe Valaciclovir 1g cada 8 horas durante 7 días, así como el mismo tratamiento tópico anteriormente prescrito. En controles posteriores, se observa retina aplicada 360°, desaparición de vasculitis, con zonas de atrofia coriorretiniana residuales periféricas y palidez papilar severa. Se realiza profilaxis oral durante 6 meses con valaciclovir 500mg al día.

Actualmente, tras terminar dicha profilaxis, paciente estable, sin recidivas, con una AV en su OI de PL.

O94 QUERATO-UVEITIS RECIDIVANTE CON HETEROCROMÍA DE IRIS POR EBV CONFIRMADO POR PCR.

MARTÍNEZ-OSORIO, HERNÁN.

Centro de Oftalmología Barraquer, Spain.

CASO CLÍNICO

Querato-uveitis recidivante con heterocromía de iris por EBV confirmada por PCR.

DESCRIPCIÓN

Mujer de 51 años con querato-uveitis recidivante unilateral con heterocromía de iris con mala respuesta al tratamiento tópico y sistémico. Se realiza TAP de humor acuoso con resultado positivo a EBV. Buena respuesta al tratamiento con Valcyte 450 mg cada 12 horas por 3 semanas, Virgan 5 veces al día y Vexol cada 2 horas en dosis descendente. Ha presentado dos recidivas corneales con buena respuesta al tratamiento tópico.

CONCLUSIÓN

Aunque la presencia de ADN de EBV en humor acuoso es frecuentemente un falso positivo, presento un caso de querato-uveitis recidivante con heterocromía de iris con buena respuesta al tratamiento tópico y sistémico y seguimiento de 4 años.

O94 QUERATO-UVEITIS RECIDIVANTE CON HETEROCROMÍA DE IRIS POR EBV CONFIRMADO CON PCR.

MARTÍNEZ-OSORIO, HERNÁN.

Centro de Oftalmología Barraquer (Instituto Barraquer), Spain.

CASO CLÍNICO

Querato-uveitis recidivante con heterocromía de iris por EBV confirmado por PCR

DESCRIPCIÓN

Mujer de 51 años con querato-uveitis recidivante con heterocromía de iris unilateral con mala respuesta al tratamiento sistémico y tópico. Se realiza TAP de humor acuoso con positividad a EBV. Buena respuesta a Valcyte 450 mg cada 12 horas por 3 semanas, Virgan 5 veces al día y Vexol cada 2 horas en dosis descendente. Ha presentado dos recidivas corneales que ceden al manejo tópico.

CONCLUSIÓN

Aunque la presencia de ADN de EBV en humor acuso es frecuentemente un falso positivo, presento un caso con seguimiento de 4 años y buena respuesta al tratamiento.

O95 CHRONIC BILATERAL PANUVEITIS ASSOCIATED WITH EPSTEIN-BARR VIRUS INFECTION. HOW SHOULD WE MANAGE IT?

LANTIGUA DORVILLE, YRBANI; Allende Muñoz, Miriam Jimena; and Calonge Cano, Margarita.

Instituto Universitario de Oftalmobiología Aplicada (IOBA), Spain.

INTRODUCTION

Ocular manifestations of Epstein-Barr Virus (EBV) encompass a wide range of clinical signs affecting all segments of the eye. It arises as a consequence of either congenital infection or, primary infection in the context of infectious mononucleosis (IM); however, EBV-associated uveitis has been reported in healthy individuals with no evidence of IM.

CASE REPORT

A 45-year-old female was evaluated for bilateral blurred vision and mild ocular pain. Previous diagnoses were pathologic myopia, cataract surgery in the right eye (RE), glaucoma in the left eye (LE), bilateral choroidal neovascularization and idiopathic chronic panuveitis. Best-corrected visual acuity (BCVA) was 0,25 in both eyes (BE). Slit lamp examination showed posterior synechiae and sub-capsular cataract in LE, anterior Tyndall (1) and vitreous haze (1) in BE. Fundus showed a disciform scar in BE and OCT showed a cystoid macular edema in RE. Patient underwent topical, periocular and systemic steroids with no improvement. Infectious and immunologic diseases were ruled-out, thus immunosuppressive therapy (methotrexate and oral cyclosporine-A) was introduced, but intraocular inflammation persisted in BE. Anterior chamber paracentesis was negative for bacteria and fungus. Quantitative-PCR for EBV was positive. Oral famciclovir was added to treatment with resolution of the intraocular inflammation. Actually the patient remains stable with a BCVA of 0,25 in RE and 0,16 in LE.

CONCLUSION

EBV-associated ocular disease is mostly self-limited and no treatment is usually required, however, recalcitrant, chronic, uveitis can occur, which may be complicated by the development of secondary cataract formation or subretinal neovascularization or cystoid macular edema.

O96 LEISHMANIASIS OCULAR COMO PRESENTACIÓN DE RECIDIVA DE AFECTACIÓN VISCERAL EN PACIENTE VIH ()

PUEYO FERRER, ALFREDO¹; Martí Rodrigo, Pablo¹; Segura García, Antonio²; and Maciá Badia, Carme¹.

¹Hospital Universitario Vall d'Hebron, Oftalmología, Barcelona; and ²Hospital Universitario Vall d'Hebron, Medicina Interna, Barcelona.

OBJETIVO

Dar a conocer la importancia de la leishmaniasis ocular sobre todo en pacientes inmunodeprimidos, incluso en países en los que es poco común.

ANTECEDENTES

La leishmaniasis es una infección por protozoos, más común en países subdesarrollados. Todas las formas de leishmaniasis (cutánea, mucocutánea y visceral) pueden implicar el ojo (conjuntivitis, epiescleritis, catarata, glaucoma, queratitis, uveítis y finalmente *ptisis bulbi*). El diagnóstico clínico de esta enfermedad es difícil y cualquier retraso en el mismo puede causar daños irreversibles en el ojo y anejos. De 1950 a 2005 se publicaron casos limitados en EE.UU., Brasil, Alemania, España, Turquía, India, Sudán e Irán. En Irán, se reportaron cuatro casos, dos de los cuales terminaron en ceguera. El tratamiento con antimoniales en etapas tempranas de la enfermedad por lo general conduce a la completa curación de las lesiones y la desaparición de los parásitos de las muestras oculares.

CASO CLÍNICO

Presentamos un varón de 57 años de edad VIH () de larga evolución con carga viral indetectable y CD4 > 400. Presenta el primer episodio de leishmaniasis visceral en 2012 con dos recaídas posteriores en 2013 y 2014 a pesar del tratamiento profiláctico con antimoniales. El último episodio presenta fiebre y ojo rojo bilateral que se orienta como uveítis anterior con PCR positiva *Leishmania spp* en el humor acuoso. Se realiza tratamiento sistémico de Leishmaniasis, corticosteroides tópicos oculares y ciclopléjico con mejora gradual del cuadro.

CONCLUSIONES

A pesar de que la leishmaniasis ocular es una enfermedad relativamente rara en el mundo, es potencialmente peligrosa y debe ser seguida de cerca, especialmente en ID. El diagnóstico temprano y riguroso tratamiento puede prevenir la ceguera.

097 PANUVEITIS EN EL CONTEXTO DE ENFERMEDAD DE LYME

LLERENA MANZORRO, LAURA; Úzategui Rodríguez, Nancy; Rueda Rueda, Trinidad; and Alfaro Juárez, Asunción. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Oftalmología, España.

INTRODUCTION

We present a case of secondary uveitis that helped us to determine the etiological diagnosis of an infectious disease of unknown origin.

CLINICAL CASE

Eleven-year-old girl without any medical history of interest, had recurrent febrile syndrome, with episodes that lasted 24 to 48 hours, every two or three days.

Physical examination showed laterocervical and axillary lymph node enlargements, left knee pain and hepatosplenomegaly. No erythema was found.

Blood tests: Elevation of acute phase reactants and trombopenia.

Both blood culture and serology to leishmania, brucella, coxiella and rickettsia were negative.

The patient was discharged from hospital with the diagnosis of infectious disease of unknown origin.

Two months later, she consulted an ophthalmologist because of discomfort and redness in her left eye.

VA: OD 1.00 OS 0,08. CBM OS: Fine and pigmented retroqueratics precipitates.

Fundus: Vitritis with lower vitreous condensations and in posterior pole. Swollen optic disc. Retina is applied.

IOP: 10mm Hg OD y 7 mm Hg OI.

FAG: Papillary hiperfluorescence in left eye.

Positive serology for Borrelia with Indirect Immunofluorescence assay.

The patient was on treatment with deflazacort and doxycycline 100 mg, oral dose, with good response.

CONCLUSIONS

Panuveitis is a rare form of Borrelia ocular manifestations. A previous contact with a tick linked to the diagnostic orientation. Serological tests confirmed the diagnosis, with a good response to treatment.

Serological Tests are positive in more than 90 percent in Stage Three.

Borrelia burgdoferi is a pathogen that must be considered in the etiological diagnosis of uveitis in our environment.

O98 LYME UVEITIS: CASE REPORT

YUSTE BALLESTA, RAFAEL¹; Hernández Martínez, Mercedes²; And Marín Sánchez, Jose María³.

¹SERVICIO MURCIANO DE SALUD (HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA), OPHTHALMOLOGY, SPAIN; ²SERVICIO MURCIANO DE SALUD (HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA), OPHTHALMOLOGY, SPAIN; and ³SERVICIO MURCIANO DE SALUD (HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA), OPHTHALMOLOGY, SPAIN.

INTRODUCTION

Anterior Uveitis (AU) is a rare manifestation of Borreliosis and a proper treatment of the disease is healing without sequelae in most cases. We present a case of Bilateral Chronic Anterior Uveitis (BCAU) with positive serology to Borrelia with serious complications due to delay in diagnosis and treatment.

CASE REPORT

A 21-year-old woman presented to the emergency with visual loss in both eyes for two years. The patient showed clinical signs of BCAU and provided serology results requested 2 years prior, IgG positive for Borrelia Burgdorferi. Two years earlier she had been assessed in our hospital for bilateral Intermediate Uveitis. The initial evaluation was negative for associated systemic disease; we initiated treatment with oral prednisone and ordered serology for Rickettsia, Coxiella and Borrelia. The patient refused more blood samples by needle phobia, leaving treatment and monitoring. With the diagnosis of Lyme Uveitis, the patient is treated with intravenous Ceftriaxone and oral Prednisone with complete resolution of the uveitis. The complications required surgical treatment. Currently, the visual acuity is counting fingers in the right eye (RE) and 0.9 in the left eye (LE) with bilateral inactive uveitis. She presents refractory ocular hypotony and a giant macular oedema in the RE, being candidate to Ozurdex, and normal fundus in LE.

CONCLUSIONS

Anterior Uveitis may be a manifestation of ocular Borreliosis.

Delayed diagnosis can cause serious and irreversible eye damage.

In our patient, the cause of this delay was the needle phobia.

099 BILATERAL ANTERIOR UVEITIS AFTER PUSTULAR SKIN RASH WITH POSITIVE RICKETTSIA SEROLOGY

NAVARRO NAVARRO, AIDA¹; Tarazona Jaimés, Claudia Patricia¹; Marchena Rojas, Alfredo¹; and Martínez Toldos, José Juan¹.

¹Hospital General Universitario de Elche, Ophthalmology Department, Spain.

INTRODUCTION

Acute bilateral anterior uveitis may be due to multiple diseases. These cases require a thorough medical history and physical examination. A tailored, multidisciplinary approach should be taken in order to obtain a correct diagnosis, which becomes challenging in atypical cases.

CLINICAL CASE

39 year-old female who complained of pain in both eyes (OU) in the last 2 days. Examination showed visual acuity 1 OU, cellular reaction in the anterior chamber grade 1 in the right eye (OD) and 3 in the left eye (OS), with small keratic precipitates in OS, normal intraocular pressure and funduscopy. Acute bilateral anterior uveitis was diagnosed. This patient was being followed by the Dermatology and Infectious Diseases departments due to a 2-week fever and extensive pustular skin rash (face, neck and chest) of unknown cause, with a single lesion of similar characteristics on the right forearm. Recent outdoors activities in the countryside were mentioned. Laboratory tests and skin pathology analysis were requested.

RESULTS

Rash and fever resolved with oral amoxicillin and corticosteroids. Uveitis resolved with topical cycloplegic and steroids within 2 weeks. Pathology was consistent with subcorneal pustular dermatosis, not able to rule out infection. Tests showed elevated PCR, leucocytosis with neutrophilia, positive antinuclear antibodies (1/640) and positive IgM for *Rickettsia conorii*. After several months, the patient remains asymptomatic.

CONCLUSION

Positive serology for *Rickettsia conorii* in the context of Mediterranean countryside, skin rash and fever, may be diagnostic of Boutonnoise fever. This condition usually presents with a blackened eschar and maculopapular rash on extremities, rarely affecting the eye with posterior uveitis. We believe this is an unusual case of rickettsiosis with non specific, atypical skin lesions and reactive anterior uveitis.

0100 HEMORRAGIAS RETINIANAS EN EL CONTEXTO DE UNA FIEBRE BOTONOSA MEDITERRÁNEA.(FBM)

SÁNCHEZ JARQUÍN, CLAUDIA LUCÍA¹; Segura, Antonio¹; Maciá, Carmen¹; and García Arumí, José ¹.

¹HUVH (HUVH).

INTRODUCCIÓN

La FBM es una enfermedad sistémica transmitida por garrapatas cuyo agente etiológico es *Rickettsia conorii* que presenta la triada clásica de fiebre, rash cutáneo y malestar general. La afectación ocular sintomática es infrecuente por lo que presentamos el siguiente caso.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 42 años que fue remitido por escotoma en OD. Tenía como antecedentes que 2 semanas antes había sufrido mordeduras por garrapatas. Iniciando a los 3 días un cuadro de fiebre

(40°C) cefaleas y artromialgias asociado a rash cutáneo maculopapular que afectaba palmas y plantas, y la típica "tache noire" a nivel de tobillo derecho. Tratado con doxiciclina por probable Rickettsiosis.

Exploración oftalmológica: AV : 1 y PIO: 14 mmHg en AO. El Segmento anterior fue normal, y en el FO del OD se observó una vitritis anterior leve, hemorragias intraretinianas (manchas de Roth).

AGF: hipofluorescencia a nivel de las hemorragias.

OCT macular: sin alteraciones.

Serología: *Treponema P*, *Borrelia burgdoferi*, *Brucella*, *R. conorii*, *HIV*, *Ac anti VHC* negativa.

Analítica: aumento discreto de leucocitos y transaminasas

Debido a los antecedentes de mordedura por garrapata y el cuadro clínico la orientación diagnóstica fue retinopatía por Rickettsias. Evolucionando a la remisión de las hemorragias y la sintomatología, con positivización de los anticuerpos totales contra R.conorii.

CONCLUSIÓN

La afectación del segmento posterior es comúnmente asintomática en la FBM, y puede ser pasada por alto por lo que recomendamos realizar un examen oftalmológico. Cualquier alteración en el segmento posterior en un paciente con fiebre, rash cutáneo y la típica mancha negra, sugiere infección por Rickettsias.

O101 PANUVÉITIS POR RICKETSTIA CONORII

NOVA FERNÁNDEZ-YÁÑEZ, LUIS; Platas Moreno, Irene; and Izquierdo Millán, Isabel.

Hospital General de Segovia, Oftalmología, Spain.

INTRODUCCIÓN

La Rickettsiosis es una zoonosis transmitida por picadura de artrópodos. La infección por Rickettsia conorii provoca la fiebre botonosa mediterránea. La afectación ocular típica consiste en uveítis anterior no granulomatosa, vitritis y vasculitis.

CASO CLÍNICO

Mujer de 17 años residente en el medio rural, que acude por pérdida de agudeza visual (AV) bilateral asociada a cefalea.

Exploración: AV ambos ojos (AO): 0,1. Biomicroscopía: hiperemia conjuntival y células en cámara anterior 4 con sinequia posterior 01. Fundoscopia: desprendimiento seroso y borramiento papilar AO. Inicialmente se sospechó un síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada por lo que se instauró tratamiento con bolos de metilprednisolona. Pruebas complementarias: leucocitosis, VSG 38 mm y anticuerpos IgM para Rickettsia conorii: 1/640, debido a lo cual se instauró tratamiento con doxiciclina 100mg/12h durante 4 semanas. Rehistoriando la paciente recordó una herida en codo semanas previas compatible con picadura de garrapata. A las 6 semanas la AV era de 1,0 AO con la inflamación y el desprendimiento seroso resueltos. Los anticuerpos se negativizaron a los 9 meses del tratamiento antibiótico.

CONCLUSIONES:

Ante uveítis anteriores agudas asociadas a desprendimiento seroso bilateral es preciso descartar patología infecciosa.

Rickettsia conorii debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de panuveítis en áreas endémicas de fiebre botonosa mediterránea.

Tanto la historia clínica como el estudio microbiológico con inmunofluorescencia indirecta son muy útiles para su diagnóstico.

0102 PANUVEITIS POR RICKETTSIA CONORII, A PROPÓSITO DE UN CASO

CORTES QUIROZ, JUAN CARLOS¹; Belmonte Martín, Javier²; Perez Santonja, Juan José³; and Rico Sergado, Laura⁴.

¹SERVASA (Hospital General Universitario de Alicante), Servicio de Oftalmología, España; ²SERVASA (Hospital General Universitario de Alicante), Servicio de Oftalmología, España; ³SERVASA (Hospital General Universitario de Alicante), Servicio de Oftalmología, España; and ⁴SERVASA (Hospital General Universitario de Alicante), Servicio de Oftalmología, España.

INTRODUCCIÓN

La afectación ocular es común en pacientes con rickettsiosis, pero a menudo es asintomática y autolimitada. Sin embargo, puede estar asociada con disminución de agudeza visual (AV), escotoma, miodesopsias o enrojecimiento. Retinitis, afectación vascular retiniana y cambios en papila son los hallazgos principales.

CASO CLÍNICO

Mujer de 21 años, sin antecedentes, que presenta cuadro de AV disminuida progresiva en ojo derecho de semanas de evolución con inflamación del segmento anterior (Tyndall, depósitos retroqueráticos granulomatosos y sinequias posteriores), importante vitritis y periflebitis.

Tras pruebas complementarias, iniciamos tratamiento tópico con corticoide y ciclopléjico. Obtuvimos IgM e IgG de *Rickettsia conorii* en 1/160 sin datos clínicos, pautando tratamiento con Doxiciclina por 10 días con mínima mejoría. Descartadas principales causas infecciosas (tuberculosis, herpesvirus, toxoplasma) como sistémicas (sarcoidosis, HLA B27), instauramos tratamiento corticoideo sistémico. Obtuvimos mejoría de AV (de 0,2 a 0,5).

CONCLUSIONES

La poca respuesta tras tratamiento de la infección por *R. conorii* nos hizo realizar PCR en humor acuoso para herpesvirus, enterovirus, toxoplasma y whipelii (negativas), estudio de fluorescencia y nueva serología de *Rickettsia* (positiva).

La AV como vitritis mejoraron con prednisona (1mg/kg). Se evidenció lesión nasal con degeneración vítrea perilesional con hipofluorescencia precoz e hiperfluorescencia coroidea granular, sugestivos de *Rickettsia conorii*.

Tras Doxiciclina por 4 semanas, se mejoró AV (0,9d) manteniendo corticoide en dosis bajas. Se valorará vitrectomía según evolución de focos cicatriciales vitreoretinianos.

0103 CANDIDIASIS OCULAR CON AFECTACIÓN MACULAR: OPCIÓN TERAPÉUTICA SEGÚN SITUACIÓN DEL PACIENTE Y SEGUIMIENTO ICONOGRÁFICO

RUIZ AIMITUMA, FREDY¹; Corredera Salinero, Esther²; Montero Gutierrez, Oscar³; and Puy Gallego, Pilar⁴.

¹Hospital Universitario de Fuenlabrada, Servicio de Oftalmología, España; ²Hospital Universitario de Fuenlabrada, España; ³Hospital Universitario de Fuenlabrada, España; and ⁴Hospital Universitario de Fuenlabrada, España.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 44 años, remitido por visión borrosa en el ojo izquierdo. Estaba siendo tratado por carcinoma de pulmón diseminado, síndrome de vena cava superior, insuficiencia respiratoria severa. Al examen: MAVC OD 0.8 OI Contar dedos, polo anterior sin alteraciones, PIO 16 mmHg AO. El fondo de Ojo Izquierdo presenta foco blanquecino subfoveal y focos blanquecinos paravasculares y en vítreo central. Con la sospecha clínica de candidiasis ocular y descartada la vitrectomía por situación del paciente, se inicia tratamiento de voriconazol intravítreo de 200 microgramos /0.1 ml semanal con respuesta clínica favorable luego de tercera dosis, documentada iconográficamente.

CONCLUSIONES

El tratamiento con Voriconazol 200 microgramos/0.1 ml semanal es una opción en situaciones en que la vitrectomía diagnóstico terapéutica no se pueda realizar

El seguimiento iconográfico (equipo con el que se cuente) es de gran ayuda para tener seguridad de la respuesta terapéutica favorable.

0104 UNILATERAL PANUVEITIS DUE TO CANDIDA DURING PREGNANCY

JÓDAR MÁRQUEZ, MARGARITA¹; Jimenez Rodriguez, Encarnacion²; Mañas Uxó, Cesar Francisco³; and Lainez Lamana, Carlos Javier⁴.

¹SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (HOSPITAL GENERAL SERRANIA DE RONDA), SERVICIO OFTALMOLOGIA, MALAGA; ²SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE MALAGA), SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA, MÁLAGA; ³SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (HOSPITAL GENERAL SERRANÍA DE RONDA), SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA, MALAGA; and ⁴SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (HOSPITAL GENERAL SERRANIA DE RONDA), SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA, MÁLAGA.

INTRODUCCIÓN

La endoftalmitis endógenas por hongos siguen siendo una causa poco frecuente pero grave de enfermedad inflamatoria ocular. Suelen darse en pacientes con uso crónico de antibióticos, catéteres prolongados, nutrición parenteral, tratamientos inmunosupresores o cirugía abdominal reciente.

CASO CLÍNICO

Mujer 31 años, gestante de 35 semanas, que acude por disminución progresiva de agudeza visual en ojo izquierdo (OI) de 2 meses de evolución. Antecedente de diez ingresos hospitalarios por hipermesis gravídica severa. Durante uno de los ingresos requirió alimentación vía parenteral durante varias semanas, con flebitis secundaria y cuadro general de fiebre, cefaleas y mialgias.

Exploración oftalmológica: agudeza visual (AV) en ojo derecho (OD) 1 y OI movimiento de manos.

Biomicroscopía, OD sin alteraciones. OI, Tyndall. No pk.

Presión intraocular normal ambos ojos.

Funduscopia: OD sin alteraciones. OI, vitritis con múltiples focos de condensación vítrea o puffballs que impiden valorar resto de segmento posterior.

La analítica mostró neutropenia leve con resto de resultados de bioquímica y hematología normales. Serología negativa a toxoplasma, toxocara, sífilis, VIH, CMV, brucella, bartonella. PPD negativo.

Se programa para vitrectomía posterior diagnóstica y terapéutica, siendo el cultivo positivo para candida albicans, con buena respuesta al tratamiento pero mal resultado funcional por fibrosis premacular secundaria.

CONCLUSIONES

La candida es el germen más frecuentemente implicado en la endoftalmitis endógena. Nuestra paciente presenta, como condiciones predisponentes, nutrición parenteral junto con neutropenia causada por hiperémesis gravídica severa, así como su embarazo. La vitrectomía precoz en estos casos es esencial para evitar complicaciones.

0105 ENDOFTALMITIS ENDÓGENA POR *ASPERGILLUS SPP* EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDA

PUEYO FERRER, ALFREDO¹; Maciá Badía, Carme¹; Segura García, Antonio²; and García Arumí, José¹.

¹Hospital Universitario Vall d'Hebron, Oftalmología, Barcelona; and ²Hospital Universitario Vall d'Hebron, Medicina Interna, Barcelona.

OBJETIVO

Presentar la importancia de la evaluación oftalmológica en pacientes con Aspergilosis invasiva

CASO CLÍNICO

Presentamos una paciente de 44 años de edad a la que se le practicó trasplante bipulmonar con posterior fallo primario del injerto. Al poco tiempo presenta la Aspergilosis invasiva con afectación meníngea y ocular en forma de vitritis densa; el diagnóstico se hizo tras practicar PCR en LCR y vítreo, siendo positiva para *Aspergillus spp*. Se realizó tratamiento con Anfotericina B liposomal nebulizada, Anfotericina B desoxicolato endovenosa e intratecal, Voriconazol y Micafungina sistémicos. A pesar de ello, la paciente experimentó empeoramiento progresivo y fue éxitus.

CONCLUSIONES

La endoftalmitis por *Aspergillus* es una infección poco frecuente pero grave asociada con la Aspergilosis invasiva en pacientes inmunocomprometidos por distintas razones. El globo ocular es el segundo órgano afectado en importancia. Se produce una pérdida visual indolora y con frecuencia grave e irreversible debido al infiltrado macular, afectación vascular y vitritis severa. Puesto que son pacientes inmunodeprimidos y graves muchas veces puede que no sepan expresar la pérdida visual producida y por ello debemos adelantarnos y pensar en ello realizando en todos ellos un examen ocular. Al tratamiento sistémico antifúngico debemos añadir el intravítreo dado el poco alcance ocular de los fármacos sistémicos. A pesar de ello, estos tratamiento no suelen ser suficientes dado el pobre estado inmunológico de estos pacientes.

CONCLUSIÓN

La endoftalmitis endógena por *Aspergillus spp* es una manifestación grave que debe ser considerada en pacientes inmunocomprometidos afectados de Aspergilosis invasiva, ya que es frecuente que dado el grave estado general de los mismos, muchas veces con disminución de consciencia, no expresen la pérdida visual.

O106 ENDOFTALMITIS POST CIRUGÍA DE CATARATA POR ASPERGILLUS TERREUS RE-FRACTARIA A TRATAMIENTO

CASADO ROJO, ALFONSO¹; Suárez de Figueroa, Marta¹; and Pérez Sarriegui, Ane¹.

¹Hospital Ramón y Cajal (Hospital Ramón y Cajal), Retina, Madrid.

INTRODUCCIÓN

El *Aspergillus terreus* es un agente causante de endoftalmitis poco frecuente. Habitualmente el tratamiento basado en vitrectomía y antifúngicos sistémicos da buen resultado. Sin embargo, presentamos un caso con recidiva de la endoftalmitis cada vez que se suspende el antifúngico sistémico.

PACIENTE

Mujer de 62 años que desarrolla endoftalmitis tras 4 meses de una cirugía de catarata. Se realiza vitrectomía con toma de muestras de humor vítreo y humor acuoso, que confirma la presencia de *Aspergillus terreus*, tanto en cultivo como con la reacción en cadena de la polimerasa. Las serologías y el resto de exploraciones complementarias fueron negativas. Tras su ingreso para tratamiento con voriconazol intravenoso y en varias inyecciones intravítreas se observa buena respuesta y mejoría del estado ocular. No obstante, debido al aumento de los niveles de los enzimas de coles-tasis, se decide continuar su tratamiento con posaconazol oral.

Durante los 2 años siguientes, se intenta en varias ocasiones disminuir la dosis de posaconazol. Intentos que van, a las 2 semanas de cada reducción de dosis, seguidos de una reactivación de la endoftalmitis, que mejora con voriconazol intravítreo y posaconazol sistémico a la dosis inicial.

Se decide por tanto la exploración quirúrgica aplicando crioterapia sobre una dudosa condensación vítrea y relleno del ojo de silicona. Tras 6 meses de seguimiento y un mes sin posaconazol no se ha producido ninguna recidiva.

CONCLUSIÓN

Ante una endoftalmitis por *Aspergillus* recidivante, el uso de silicona intraocular puede evitar la dependencia del tratamiento oral y su posible toxicidad.

O107 ENDOFTALMITIS POR STENOTROPHOMONA MALTOPHILIA

RUIZ AIMITUMA, FREDY¹; Montero Gutierrez, Oscar²; Corredera Salinero, Esther³; and San Roman Llorens, José Javier⁴.

¹Hospital Universitario de Fuenlabrada, España; ²Hospital Universitario de Fuenlabrada, España; ³Hospital Universitario de Fuenlabrada, España; and ⁴Hospital Universitario de Fuenlabrada, España.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 72 años, quien al no mejorar y persistir con dolor ocular en ojo izquierdo, luego de una primera vitrectomía por hemovítreo tras una facoemulsificación, se vuelve a tomar muestras por medio de vitrectomía, con cultivo positivo de *Stenotrophomonas maltophilia*. Se pauta tratamiento según antibiograma con respuesta progresiva favorable.

CONCLUSIONES

Ante una evolución desfavorable después de un post operatorio o un proceso inflamatorio tras una vitrectomía, se debe tomar muestras a pesar de vitrectomía previa o cobertura antibiótica. Tener

en cuenta patógenos oportunistas como *Stenotrophomonas maltophilia* en el contexto de una endoftalmitis tras una cirugía ocular.

O108 UVEITIS BY MYCOPLASMA PNEUMONIAE.

AGUSTINO RODRÍGUEZ, JACQUELINE¹; Rocha Cabrera, Pedro¹; Rodriguez Lozano, Beatriz¹; Lozano López, Virginia¹; García Rosado, D¹; Losada Castillo, Maria Jose¹; And Serrano García, Miguel Angel¹.

¹Hospital Universitario de Canarias.

CASE REPORT.

49 and 46 year old women came with acute anterior uveitis resistant to topical treatment in the left eye with steroids, subsequently performing ipsilateral papillitis and intermediate uveitis.

Both patients referred a pharyngotonsillar infection a week before the debut that resolved without treatment. Systemic study was conducted, resulting positive for IgG and IgM for *Mycoplasma pneumoniae* that resolved with specific treatment.

DISCUSSION.

Mycoplasma pneumoniae is a pathogen capable of producing an atypical pneumonia, occasionally accompanied by ocular manifestations such as uveitis, optic neuritis or papillitis, with very few cases reported in the literature. Antibody positivity and background of prior infection can lead us to a diagnosis.

COMUNICACIONES PÓSTERS

P01 GRANULOMATOSIS CON POLIANGEITIS ORBITARIA. RIESGO DEL INCUMPLIMIENTO TERAPEÚTICO. TITLE: ORBITAL GRANULOMATOSIS WITH POLYANGIITIS. RISK OF POOR ADHERENCE TO TREATMENT.

ROCHA CABRERA, PEDRO¹; De Agostino Rodríguez, Jaqueline²; Rodríguez Lozano, Beatriz³; Lozano López, Virginia⁴; Álvarez Pío, Alberto⁵; Losada Castillo, María José⁶; and Serrano García, Miguel Ángel⁷.

¹Hospital Universitario de Canarias, Ophthalmology. Uveitis Section, Spain; ²Hospital Universitario de Canarias, Ophthalmology, Spain; ³Hospital Universitario de Canarias, Rheumatology, Spain; ⁴Hospital Universitario de Canarias, Ophthalmology, Spain; ⁵Hospital de La Palma, Rheumatology, Spain; ⁶Hospital Universitario de Canarias, Ophthalmology. Uveitis Section, Spain; and ⁷Hospital Universitario de Canarias, Ophthalmology. Uveitis Section, Spain.

CASO CLÍNICO

Mujer de 36 años con antecedente de granulomatosis con poliangeítis y sin buena adherencia al tratamiento. Se aprecia proptosis, diplopía con alteración de la abducción, elevación y depresión en ojo izquierdo sin hallazgos compatibles con actividad inflamatoria intraocular, ni escleritis.

La Resonancia Magnética Nuclear orbitaria muestra desestructuración en fosa nasal izquierda con ausencia de cornete inferior y medio, ocupación de las celdillas etmoidales y del seno esfenoidal por tejido de partes blandas que contacta con el músculo recto interno e inferior secundario a vasculitis activa.

DISCUSIÓN

Cuando la granulomatosis con poliangeítis ocupa la cavidad orbitaria está asociada con actividad intensa y se debe controlar con tratamiento adecuado porque de lo contrario se pueden provocar daños irreversibles como la compresión del nervio óptico, destrucción y perforación de tejidos adyacentes. La comprensión por parte del paciente, de la importancia de que cumpla el tratamiento es fundamental, ya que de otra manera podría conducir a lesiones irreversibles.

CASE REPORT

36 year old woman with personal history of granulomatosis with polyangiitis without good adherence. Is appreciated a proptosis, diplopia with impaired abduction, elevation and depression in the left eye without intraocular inflammatory activity and no scleritis.

NRM evidenced an increased medial orbital soft tissue 3 x 1.2 cm which contacts the inner and inferior rectus muscle secondary to an active vasculitis.

DISCUSSION

When granulomatosis with polyangiitis invades the orbital cavity should be performed aggressive treatment and explained to the patient the importance of adhering to the treatment because otherwise leads to irreversible damage.

P02 OZURDEX EN DEP VITELIFORME.

Paciente que es intervenido de FACO LIO del OD sin incidencias, con AV previa en el OD de 0.1 y en OI de 0.4. LA AV del OD mejora a 0.2 tras la intervención. En el FO de ambos ojos se aprecia atrofia coriorretiniana peripapilar y estría angioide que afectan al área macular. Se observa alteración del EPR macular con lesión bilateral macular amarillento-verdosa sin hemorragias asociadas, más evidente en OD.

En la OCT del OD se observa DNS y material hiperreflectivo subEPR. En la OCT del OI se observa lesión hiperreflectiva subEPR foveal sin líquido subretiniano ni intrarretiniano, con adelgazamiento de la retina neurosensorial foveal.

La AGF muestra tinción de las áreas de atrofia y de las lesiones maculares sin fuga de contraste en tiempos tardíos, lo que descarta la presencia de una mnvsr. La disposición geométrica de la alteración del EPR del OI sugiere Distrofia en Patrón.

El diagnóstico de sospecha es DNS y Alt del EPR asociado a Estrías Angioides y/o Distrofia Viteliforme del Adulto/D. en Patrón. Se lleva a cabo estudio sistémico que descarta uveítis autoinmunes e infecciosas. Administramos Ozurdex en OD para tratar el DNS y mejorar la AV. Tras una semana, la AV del OD ha mejorado a 0.8 y en la OCT se observa la desaparición del DNS. Se han recomendado revisiones periódicas por si requiere retto.

DISCUSIÓN

El DEP viteliforme puede aparecer en diversas entidades como las distrofias en patrón y en la distrofia viteliforme del Adulto. En cuadro inflamatorios como la enfermedad de Harada y otras. En la CRCS. También en la DMAE, en las estrías angioides y en las drusas cuticulares basales.

En el caso que presentamos, coexisten dos entidades que pueden ser causa del DEP viteliforme y el DNS. Una vez descartada la presencia de mnvsr y de uveítis infecciosa, la administración de esteroides intravitreos si bien no reducen el DEP, sí han resuelto el DNS mejorando la AV.

P03 FINGOLIMOD-ASSOCIATED MACULAR EDEMA

CAÑIZARES BAOS, BELÉN; Hernández Martínez, Mercedes; Marín Sánchez, José María; and Piñero Sánchez, Álvaro.

Servicio Murciano de Salud (Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca), Oftalmología, Murcia.

INTRODUCTION

Fingolimod is the first orally active drug approved for the management of relapsing-remitting multiple sclerosis (MS). Macular Edema (ME) is an infrequent adverse effect of Fingolimod, usually occurring within 3 months of initiation of treatment and resolving on cessation of Fingolimod. With appropriate ophthalmic surveillance and awareness of risk factors such as diabetes mellitus and uveitis, Fingolimod can be used safely with regards to ocular health. We report a case of ME in a patient with MS-associated uveitis receiving Fingolimod.

CASE REPORT

A 56-years-old woman with relapsing-remitting MS and MS-associated uveitis had blurred vision in the right eye (RE) for one week. She started treatment with Fingolimod 10 weeks prior for MS refractory to interferon beta-1b, methotrexate and natalizumab. Visual Acuity (VA) was 0.5 RE and retinal examination showed ME. One week prior to starting Fingolimod the patient had VA 0.6 RE and 0.16 LE with bilateral active chronic anterior uveitis and intermediate uveitis. Findings on SD-OCT showed vitreomacular traction (VMT) RE without ME and macular atrophy LE after subretinal neovascular membrane. ME was attributed to adverse effect of Fingolimod and was stopped. Two months after discontinuing Fingolimod treatment, visual acuity was 0.7 RE, and the blurred vision had resolved. Findings on SD-OCT showed VMT without ME in the RE.

CONCLUSIONS

This case confirms that Finfolimod can cause reversible Macular Edema in patients with MS-associated uveitis. In our case the involvement was unilateral. Drug discontinuation and treatment established in our patient have been sufficient to restore macular previous state.

P04 PANUVEITIS UNILATERAL AGUDA EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO.

Mujer de 58 años que consultó por cuadro de 1 mes de evolución de disminución progresiva de la agudeza visual y dolor en su ojo izquierdo; además aquejaba artralgia con signos inflamatorios en la muñeca derecha.

Como antecedentes, destacaba los diagnósticos de síndrome de Sjogren, síndrome antifosfolípido y lupus eritematoso sistémico, confirmados con marcadores serológicos. En los años previos la paciente había recibido múltiples tratamientos (metotrexato, hidroxicloriquina, azatioprina, leflunomida, raloxifeno) con pobre adhesión y mala tolerancia. Cuatro años atrás, presentó un episodio de panuveitis en ojo derecho que fue tratado en otro centro mediante corticoides tópicos.

En la valoración inicial presentaba: Agudeza visual de percepción y proyección luminosa en ojo derecho y 0.2 en su ojo izquierdo, tensión ocular 26 y 38 mm Hg respectivamente con espor corneal medio de 560 micras en ambos ojos.

La exploración del ojo izquierdo mostró actividad inflamatoria aguda con precipitados retroquiráticos intermedios no pigmentados, tyndall(), catarata incipiente, vitritis(), y dos focos de coriorretinitis en periferia nasal y temporal inferior. En el ojo derecho no se apreció signos inflamatorios agudos, destacando la existencia de una maculopatía cicatricial y atrofia óptica.

Con el diagnóstico de una panuveitis unilateral aguda en el contexto de una enfermedad del colágeno conocida, se inició tratamiento hipotensor tópico y se solicitó estudio de confirmación etiológica incluyendo despistaje infeccioso previo al inicio de la terapia corticoidea.

Al confirmarse las patologías conocidas como única asociación al cuadro clínico, se inició terapia corticoidea oral, azatioprina oral y rituximab sistémico.

Actualmente, la paciente continúa en seguimiento apreciándose mejoría del proceso inflamatorio.

P05 OCULAR TOXOPLASMOSIS

PINILLA RIVAS, MARTA; Hallsteindóttir, Hugrun; Estero Serrano de la Cruz, Helena; and Fernández Ruiz, Alfredo. Hospital General Universitario de Ciudad Real, Oftalmología, Spain.

INTRODUCTION

Ocular toxoplasmosis (OT) is a potentially blinding disease caused by protozoan parasite *Toxoplasma gondii*. It is considered the most frequent form of infectious posterior uveitis

CLINICAL CASE

We present a 24 year-old man with vision loss in his left eye (LE). His best corrected visual acuity was 1 in his right eye, and 0.2 in LE. Slit lamp examination revealed focus of retinochoroiditis adjacent to a pigmented scar one disc diameter size, next to papilla, with vitritis and periflebitis. Serology: IgG IgM - for *Toxoplasma gondii*.

This clinical features led to diagnosis of Ocular Toxoplasmosis, and patient was treated with Trimetoprim-Sulfametoxazol during 6 weeks plus oral steroids, with progressive resolution of spotlight, no vitritis or tyndall, and BCVA= 0.9

CONCLUSIONS

Ocular Toxoplasmosis diagnosis is based on clinical features and confirmed by PCR in atypical cases. The seropositivity for *T. gondii* means previous exposure, but not confirms OT. There are different effective antibiotic combinations available to treat this disease.

P06 UNILATERAL ACUTE IDIOPATHIC MACULOPATHY?

HALLSTEINSDÓTTIR, HUGRÚN; Pinilla Rivas, Marta; Estero Serrano de la Cruz, Helena; and Fernández Ruiz, Alfredo.

Hospital General Universitario Ciudad Real.

INTRODUCTION

UAIM is a rare disorder that affects young people, characterized by an unilateral acute central vision loss, which will usually recovery without a treatment in a several weeks. Often it's associated with prodromal flu-like illness.

CASE REPORT

A 30 years old women reported an acute decrease in vision in her LE since the day before. Her past ophthalmic history was significant for bilateral LASIK. In the examination VA was 1.0 RE and 0.1 LE and anterior chamber was normal. Fundus examination reveals a rounded yellowish lesion in the left fovea with adjacent edema, RE was normal. No recent flu-like symptoms. The Optical Coherence Tomography showed accumulation of material at fovea with a slight rise of the EPR. The Fluorescein angiography showed a discrete hyperfluorescence at macula, with an hypofluorescent halo around; the image didn't change at the late phases and there was no leakage of contrast appreciated. It was decided to review in a week.

A week after the VA on LE was <0.05, fundus examination revealed that the lesion was more diffuse and there still was edema at macula. OCT showed an increase of the foveal edema and adjacent subretinal fluid. In that moment we decide to treat with an i.o. Bevacizumab.

Two weeks after she hadn't recovered VA on LE, at fundus now she had a rounded lesion with pigmented edge, without edema and in OCT we could see a cystic lesion at fovea, with no associated edema.

A month later and after 2 i.o. Bevacizumab, our patient hasn't recovered VA, fundus examination hasn't changed and in OCT we appreciate a retinal pigment epithelium detachment adjacent to fovea, without associated edema.

CONCLUSION

We present the case of a patient who suffers an acute unilateral loss of VA, with a possible UAIM. We propose the diagnosis doubt because of the bad evolution of symptoms. As differential diagnosis we consider: central serous chorioretinopathy, idiopathic choroidal neovascularization, adult vitelliform macular dystrophy, focal choroiditis and a masquerade syndrome.

P07 WHEN APPEARS THE COMPLICATIONS IN JIA: ALL IN THE SAME PATIENT

HERNÁNDEZ, LAURA; García de Vicuña, Carmen; and Prat, Joan.

Hospital Sant Joan de Déu, Ophthalmology, Spain.

INTRODUCTION

The risk of poor visual outcomes in children with uveitis secondary to juvenile idiopathic arthritis (JIA) may be frequent, due to a delay in diagnosis. Between suboptimal therapy and tolerance to insidious inflammation, children are prone to complications and may silently develop cataract, glaucoma, band keratopathy, or amblyopia.

CASE REPORT

A 5 years-old girl with bilateral non-granulomatous uveitis discovered as part of a routine eye exam associated with oligoarticular JIA. She was in treatment with local corticosteroid injections and methotrexate 0,15 mg/kg orally.

Due to an autoimmune hepatitis methotrexate was retired. She presented articular inflammation and ocular manifestations refractory to systemic corticosteroid and immunomodulators such as azathioprine and mycophenolate. She continue with signs of activity and treated with adalimumab was proposed.

At that moment best-corrected visual acuity (BCVA) was 20/100 her right eye (RE) and 20/70 in her left eye (LE). Intraocular pressure was normal both eyes. Slit lamp examination showed cataract and band keratopathy that needed surgery to treatment. Vitrectomy and lensectomy was realized with visual improvement to 20/40 RE and 20/50 LE. Six months later referred she presented visual loss and optical coherence tomography showed macular edema with neurosensorial retina detachment in both eyes, that resolved after treatment with topical nepafenac. She presented elevated intraocular pressure non-controlled with topical treatment and progressive loss of retinal nerve fibres and now she is waiting to glaucoma surgery.

CONCLUSIONS

The protocol treatment can't instated with metotrexate because of an autoimmune hepatitis. Like in our case, sometimes it's difficult to find the appropriate treatment in children with JIA that are prone to complications. Treatment options are many, and providers must be conscious of the potentially vision-threatening prognosis of uncontrolled uveitis.

P08 ANTI-VEGF IN SUBFOVEAL UVEITIS-ASSOCIATED CHOROIDAL NEOVASCULARIZATION

PASTOR BERNIER, JUAN CARLOS; Rodríguez González-Herrero, María Elena; Hernández Martínez, Mercedes; and Marín Sánchez, José María.

Servicio Murciano de Salud (Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca), Oftalmología, Murcia, España.

INTRODUCTION

Choroidal Neovascularization (CNV) is an uncommon complication of uveitis, with a prevalence of 2% in posterior uveitis and panuveitis. CNV has been reported in 15% of patients with Von Koyanagi Harada (VKH). The natural history of subfoveal CNV in inflammatory ocular neovascularization is generally poor. Nowadays, the best way to treat inflammatory subfoveal CNV is unknown. Intravitreal

anti-VEGF, Bevacizumab and Ranibizumab, are being used, though the dose and the number of injections needed is unknown. We report two patients with uveitis and subfoveal CNV treated with anti-VEGF.

CASE REPORTS

Patient 1

A 25-year-old male presented with blurry vision in the RE. The patient was treated with corticosteroids and methotrexate for fourteen months due to VKH disease. Clinical examination, FA and OCT confirmed the presence of a subfoveal CNV. He was treated with three intravitreal Bevacizumab and subcutaneous Adalimumab.

Patient 2

A 14-year-old Moroccan male presented with blurry vision in the LE. The patient was treated with corticosteroids and methotrexate due to a bilateral Idiopathic panuveitis. Clinical examination, FA and OCT confirmed the presence of a subfoveal CNV. He was treated with three intravitreal Ranibizumab; three subtenon Triamcinolone and subcutaneous Adalimumab.

In both patients we get control of intraocular inflammation and improved VA persisting macular thickening.

CONCLUSIONS

These cases illustrate that intravitreal anti-VEGF are partially effective to inactivate subfoveal Uveitis-associated CNV at the dosages and strategy used in other disorders, therefore more studies are needed to standardize the optimal treatment regimen.

P09 ACUTE RETINAL NECROSIS FOLLOWING PHACOEMULSIFICATION SURGERY

IBÁÑEZ MUÑOZ, ANA; Chavarri García, José Javier; Oca Lazaro, Ana Isabel; and Arrieta Los Santos, Alexandra.
Hospital San Pedro.

INTRODUCTION

Acute retinal necrosis (ARN) is a rare necrotizing retinopathy caused mainly by Herpes simplex virus (HSV) or Varicella zoster virus (VZV), but also Cytomegalovirus and Epstein-Barr virus infection may be aetiological factors of ARN.

CASE REPORT

A 78-year-old male patient was referred with history of worsening of visual acuity and the presence of floaters in the visual field in the left eye, after uneventful cataract surgery. On examination his visual acuity was perception of light in the right eye and 0.2 in the left eye. Anterior segment biomicroscopy showed corneal edema, keratic precipitates and elevated intraocular pressure in the left eye. Fundus examination revealed vitritis and multifocal yellowish-white inferior peripheral retinitis in that eye. Based on the ophthalmological examination the diagnosis of ARN was established.

RESULTS

Aqueous humor aspirates were analyzed using polymerase chain reaction (PCR) for the group herpesviruses, and confirmed the presence of Varicella zoster virus. Prompt systemic and intravitreal

antiviral therapy combined with steroids was initiated, but he died by intestinal perforation four weeks after diagnosis.

CONCLUSION

The acute retinal necrosis syndrome represents a rare, but potentially blinding intraocular infection generally caused by members of the herpesvirus family. Since a rapid and accurate diagnosis is crucial for prompt administration of antiviral therapy, PCR-based analysis of intraocular fluids provides a valuable tool in the establishing an etiologic factor in patients with retinitis caused by herpesvirus.

P10 SINDROME DE VKH INCOMPLETO

MARCA INCA, NOEMI¹; Fernandez Ruiz, Alfredo²; and Estero Serrano De La Cruz, Helena³.

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL (HOSPITAL DE CIUDAD REAL), OFTALMOLOGIA, ESPAÑA; ²HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL (HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL), OFTALMOLOGIA, ESPAÑA; and ³HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL (HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL), OFTALMOLOGIA, ESPAÑA.

INTRODUCCION

El VKH es un trastorno inflamatorio sistémico autoinmune. Caracterizado por una panuveítis bilateral que se asocia a manifestaciones dermatológicas y neurológicas, como vitíligo, alopecia, y signos de meníngeos y auditivos. Presentamos el caso clínico de una paciente con una forma incompleta de este síndrome por no presentar vitíligo dentro del cuadro clínico.

CASO CLÍNICO

Paciente de 52 años que viene a urgencias por cuadro de 3 semanas, cefalea parietooccipital, disminución de la audición y visión borrosa en AO .

AV: OD MM OI MM a 40 cm. Uveítis anterior bilateral aguda PIO 14/14 mmhg . FO: Vitritis, edema de papila bilateral y DR exudativo bilateral. Se descarto otros cuadros compatibles con pan uveítis como tb,sífilis, Enfermedad Lyme,Sarcoidosis negativos. Se valoró por ORL encontrando hipoacusia neurosensorial bilateral .Dado el cuadro clínico compatible con VKH se inicio to Bolus Metilprednisolona iv luego oral en forma descendente.

CONCLUSIÓN

EL Síndrome de VKH es una enfermedad sistémica que requiere la intervención de un equipo multidisciplinario como en este caso, internista,otorrino,oftalmólogo donde el oftalmólogo cumple una función protagonista. Este caso corresponde a una forma incompleta del síndrome VKH con buena respuesta al tratamiento con corticoides.

P11 TROMBOSIS VENOSA RETINIANA EN VIH: RESPUESTA A TRATAMIENTO INTRA-VÍTREO.

POLO SIMÓN, JAVIER; Caballero Carrasco, Alicia; Maqueda González, Paula; and Bayón Porras, Rosa.

Servicio de Oftalmología (Complejo Hospitalario de Cáceres), España.

INTRODUCCIÓN

La trombosis venosa retiniana (TVR) es un cuadro devastador. Pacientes VIH presentan diversos factores de riesgo (FR) que les hace más propensos a padecerla.

Describimos el curso clínico y respuesta terapéutica de una TVR de etiología tuberculosa en paciente VIH atendido en nuestro servicio.

CASO CLÍNICO

Varón, 45 años, fumador, hipertenso, dislipémico y VIH con TARGA con buen control inmunológico, valorado de urgencias por pérdida de agudeza visual en ojo derecho brusca e indolora, de horas de evolución.

En la exploración destacan una agudeza visual 0,2 y hallazgos fundoscópicos indicativos de TRVR (exudados algodinosos y hemorragias en arcadas superiores y haz papilo-macular), con signos de cruce arterio-venoso.

Dada la edad del paciente, se amplía el estudio de factores de riesgo obteniendo hiperhomocisteinemia leve (270,4).

La OCT objetiva edema macular, valorado como no isquémico en AFG.

Tras ciclo de carga ineficaz con anti-VEGF, dada la persistencia de signos isquémicos y ante la aparición de microhemorragias numulares y envainamiento vascular periférico en OD y la asimetría del caso (OI normal), reorientamos el diagnóstico hacia un origen vasculítico, que confirmamos tras repetir screening microbiológico (Mantoux ahora positivo).

Tras consenso multidisciplinar, iniciamos tratamiento antituberculoso, corticoterapia sistémica e intravítrea (Ozurdex®), resolviéndose el cuadro con AV OD 0,8.

CONCLUSIONES

Debemos descartar etiología vasculítica ante TVR de evolución tórpida, sin limitar nuestra atención a la presencia de FR cardiovasculares habituales.

Resulta esperanzadora la respuesta a corticoides intravítreos del edema macular secundario a trombosis venosa.

P13 EDEMA MACULAR EN UVEÍTIS ANTERIOR AGUDA

SAMBRICIO GARCÍA, JAVIER; Aburto Noguera, Rodolfo Ramón; and Pérez Blázquez, Eugenio.

Hospital Universitario 12 de Octubre, Departamento de oftalmología, España.

INTRODUCCIÓN

El edema macular quístico (EMQ) se trata de una complicación que puede ocurrir en cualquier tipo de uveítis. Tratamos de analizar la prevalencia del EMQ en la uveítis anterior aguda (UAA).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, observacional. Se incluyeron 24 ojos de 22 pacientes diagnosticados de uveítis anterior aguda. Se realizó exploración oftalmológica completa incluyendo fundoscopia para descartar uveítis intermedia o posterior y una tomografía de coherencia óptica (OCT) a las 24 horas del diagnóstico, repitiéndose al mes y a los tres meses.

RESULTADOS

La media de edad fue de 39,3 años. Durante el seguimiento dos pacientes presentaron EMQ en la OCT (8,33% de los pacientes). Ambos presentaban reacción inflamatoria en cámara anterior moderada. El primer caso, con una agudeza visual (AV) de 0,6 sin EMQ en la OCT inicial, demostró; sin embargo un

EMQ en la OCT al mes del diagnóstico, precisando tratamiento con corticoides subtenonianos para una completa resolución del cuadro. En el segundo caso la AV era de 0,4 y el EMQ estaba presente desde el primer momento del diagnóstico resolviéndose a los 3 meses con corticoides tópicos

CONCLUSIONES

Actualmente el seguimiento mediante OCT nos permite diagnosticar los EMQ que mediante la simple biomicroscopía pudieran estar siendo infradiagnosticados. La presencia de EMQ en la UAA no es un hecho infrecuente, y su detección precoz es un factor importante para el tratamiento y la recuperación de la AV.

P14 SYPHILITIC OPTIC NEURITIS: A DIAGNOSIS TO HAVE IN MIND IN THE UNILATERAL EDEMA OF THE OPTIC DISC.

LEÓN IBÁÑEZ, LUIS; Peña, María Soledad; and Montoliu Antón, Ana.

Agencia Valenciana de Salud (Hospital General Universitario de Castellón), Oftalmología, España.

INTRODUCTION

The incidence of Syphilis has diminished dramatically over the last decades in the industrialized countries with the wide implementation of effective drugs such as penicillin. Nowadays it is considered to be a relatively rare cause of uveitis, and a high index of clinical suspicion plays a key role in the disease's diagnosis.

CASE REPORT

A 24-years-old male complained of decreased vision in the left eye for one week. Visual acuity was 20/20 on RE and 20/40 on LE. His past medical history was only remarkable for psoriasis managed with methotrexate, and the only finding on the ophthalmological exam was an intense and hyperemic edema of the left optic disc. At the Emergency Department, the patient was put on oral corticosteroids. Head MRI scan and blood tests were performed, and all the results were normal except for a positive RPR and a positive ELISA for *Treponema pallidum*. On further inquiry, the patient admitted having occasional unprotected sex 6 months ago with a man diagnosed with Syphilis. Subsequently, a lumbar puncture was performed resulting in normal cell count and negative VDRL. The patient received Penicillin G IV 24 million UI/day during 15 days. Two months later, visual acuity was 20/20 in both eyes and optic disc edema was resolved.

CONCLUSION

Due to its broad clinical spectrum, syphilis has been called "the great imitator", and that's why it should always be included in the differential diagnosis of patients presenting with optic disc swelling, especially in those at risk of sexually transmitted infections

P15 UVEÍTIS HIPERTENSIVA POR CITOMEGALOVIRUS

QUIRÓS ZAMORANO, RICARDO.

Hospital Nuestra Señora del Prado, Oftalmología, España.

El citomegalovirus (CMV) presenta una alta seroprevalencia mundial (80-85% > de 40 años). Clásicamente, a nivel ocular, se ha asociado a retinitis en pacientes inmunocomprometidos. No obs-

tante, en los últimos años múltiples autores hacen referencia al mismo como causa de uveítis anteriores (UA) hipertensivas que aparecen en pacientes sin ningún compromiso inmune, que son indistinguibles de las causadas por virus herpes simple (VHS) o virus varicela zóster (VVZ)

Presentamos el caso de una mujer de 63 años que acudió a nuestra consulta por enrojecimiento y dolor en ojo derecho. Como antecedentes personales destacan múltiples brotes de UA hipertensivas en el OD en los últimos 10 años.

Se diagnostica de nuevo brote de UA hipertensiva con una presión intraocular de 52 mmHg. Se comienza tratamiento tópico con dexametasona, brimonidina y timolol tópicos, así como acetazolamida oral. Dado que la paciente presenta nuevos rebotes tras la retirada paulatina del tratamiento, se decide estudio reumatológico que resulta negativo, así como serologías para las múltiples causas de UA hipertensivas, siendo positivas para CMV. Se inicia tratamiento con Ganciclovir oral. La paciente tiene control clínico en la actualidad.

Debemos tener en cuenta al CMV como causa de UA hipertensiva independientemente del estado inmune del paciente. Su confirmación diagnóstica se debe hacer mediante PCR o serología para dicho agente, ya que clínicamente es indistinguible de los VHS y VVZ. El tratamiento de base debe ser el Ganciclovir o Valganciclovir sistémicos para evitar recidivas y un mejor control de la inflamación y PIO.

P16 VITRECTOMÍA EN EL TRATAMIENTO DEL EDEMA MACULAR QUÍSTICO SECUNDARIO A PARS PLANITIS EN EDAD PEDIÁTRICA

MAS CASTELLS, MARIA¹; Diaz Cascajosa, Jesus²; Garcia de Vicuña, Carmen³; and Delgado Weingarsthofer, Ruben⁴.

¹Hospital de la Santa Creu i de Sant Pau, Oftalmología, España; ²Hospital de la Santa Creu i de Sant Pau, Oftalmología, España; ³Hospital Sant Joan de Déu, Oftalmología, Barcelona; and ⁴Hospital de la Santa Creu i de Sant Pau, Oftalmología, España.

INTRODUCCIÓN

Una de las complicaciones de la pars planitis que pueden ocasionar pérdida visual es el edema macular quístico. Dado el alto porcentaje de respondedores a corticoides en edad pediátrica el manejo del EMQ asociado a pars planitis puede ser difícil.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una niña de 7 años afecta de pars planitis bilateral diagnosticada a los 4 años, que había recibido tratamiento con 3 inyecciones de triamcinolona subtenoniana en ojo izquierdo (OI) en otro centro y que había precisado cirugía de catarata y trabeculectomía en OI por glaucoma corticoideo. La exploración inicial evidenció en OI una agudeza visual de 0,3, pseudofaquia correcta, ampolla de filtración plana y tyndall vítreo anterior 1. La PIO era de 18 mmHg. En fondo de ojo OI se observaban snowballs y snowbank inferior, con edema macular quístico (>400 micras en OCT). Se pauta prednisolona tópica presentando a las 2 semanas PIO de 30mmHg y ligera disminución del EMQ. Dada la severidad del cuadro se practica vitrectomía vía pars plana (VPP) con endofotocoagulación en periferia inferior, presentando a las dos semanas resolución completa del edema que se ha mantenido sin precisar tratamiento tópico ni sistémico tras un seguimiento de 3 años y con una AV final de 1.

CONCLUSIONES

La VPP endofotocoagulación puede ser una buena alternativa en el manejo del EMQ secundario a pars planitis.

P17 SÍNDROME DE AUMENTO AGUDO IDIOPÁTICO DE MANCHA CIEGA

DE LA FUENTE DÍEZ, YESICA; Crespi Vilimelis, Jaume; and Tapia Rivera, Rhadaysis.

Hospital De La Santa Creu I Sant Pau, Oftalmología, España.

INTRODUCCIÓN

Presentamos un caso de síndrome de aumento agudo idiopático de la mancha ciega . Se trata de un síndrome raro y benigno, propio de mujeres jóvenes. Se debe hacer un diagnóstico diferencial con el síndrome de puntos blancos evanescentes y la retinopatía aguda zonal externa oculta.

CASO CLÍNICO

Mujer de 46 años que acude a urgencias por escotoma temporal en el OD de 2 meses de evolución. No presenta antecedentes de interés. La agudeza visual (AV): 1//1 .MOES y PICNR y no presenta DPAR. A la fundoscopia se objetiva papilas de bordes normales en ambos ojos, macula contrastada, arcada vascular bien configurada y retina aplicada. En la AGF se observa una leve hiperfluorescencia peripapilar tardía en el OD. La campimetría objetiva un escotoma temporal absoluto. Se solicitan PEV, pruebas de imagen de SNC (TC / RMN) que son normales. En el OCT presenta alteraciones a nivel de la línea de COST en retina peripapilar. En las campimetrías sucesivas se observa una mejoría progresiva del escotoma temporal hasta convertirse en un leve aumento de la mancha ciega.

CONCLUSIONES

Las características clínicas de AIBSE incluyen fotopsias, defectos en el CV, hallazgos a nivel fundoscópico o en la AGF y resultados anormales en la ERGmulti focal. La enfermedad afecta básicamente a la retina peripapilar lo que permite realizar un diagnóstico diferencial con el síndrome de múltiples puntos blancos evanescentes (SDMPBE) y el síndrome de retinopatía aguda zonal oculta externa (AZOOR) .

P18 IMPLANTE INTRAVÍTREO DE DEXAMETASONA PARA TRATAR UNA VASCULITIS RETINIANA EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

QUIROGA ELIZALDE, JORGE; Heras Mulero, Henar; Fanlo Mateo, Patricia; and Liberal Iriarte, Iñaki.

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

INTRODUCCIÓN

En el contexto de una neoplasia activa, la terapia inmunomoduladora e inmunosupresora sistémica no parece una buena opción terapéutica en paciente con enfermedad sólo ocular, si se dispone de otros recursos como los dispositivos intravítreos.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una mujer de 68 años de edad con antecedente de episodios de uveítis, vitritis y vasculitis unilateral. Es estudiada por Medicina Interna sin encontrar patología, únicamente unos ANA . En el presente brote la paciente es tratada con corticoides sistémicos, como ya se hizo

en episodios anteriores de similares características, pero al disminuir la dosis presenta un rebrote de la vitritis y de la vasculitis. Se plantea el inicio de un tratamiento inmunomodulador sistémico, pero ante la existencia de una neoplasia gástrica y debido a que la clínica es sólo ocular, se decide el implante intravítreo de dexametasona mientras el tumor es estudiado y tratado. Se consigue el control y la mejoría de la inflamación ocular con este tratamiento local.

CONCLUSIONES

El implante intravítreo de dexametasona es una buena opción terapéutica para la uveítis posterior en el contexto de una neoplasia activa y cuando la afectación es exclusivamente ocular.

P19 COTTON EXUDATES IN HCV TREATMENT

ESQUINAS BEAS, LARA; Ortueta Olartecoechea, Ana Ichaso; and Pérez Blazquez, Eugenio.
Hospital Doce de Octubre, Servicio de Oftalmología, España.

INTRODUCTION

The pegylated interferon and ribavirin are used in the treatment of hepatitis C. One of the adverse effects that they can cause is retinal toxicity, although it is rare.

Characteristically they produce cotton-wool and hemorrhages. In patients followed in our center three of every four have submitted. Optic nerve edema, microaneurysms or neovascular glaucoma are exceptional complications.

CLINICAL CASE

A 57 year old man with a liver transplant due to cirrhosis and in HCV treatment with interferon and ribavirin is referred to the ophthalmology service because offloaters in the context of a fever and oral candidiasis. A decreased of the visual acuity was not presented in the clinical exploration. Cotton-wool and hemorrhages of predominance in temporal arcades were found in the fundus.

Cotton-wool and hemorrhage disappeared one month after the treatment was suspended, only a few hypopigmented lesions stayed in the arcades.

CONCLUSION

The lesions caused by these antiviral drugs are usually reversible, subclinical and they are not a reason to suspend the treatment. They disappear when the treatment is ended. Visual acuity may be affected in patients with diabetes and hypertension therefore it is recommended to make a follow-up during the treatment of these patients. In a clinical trial performed in our hospital with Dalclatasvir Ribavirin Interferon Lambda for the treatment of HCV there were not seen these kind of alterations.

P20 RETINAL NEOVASCULARIZATION IN A PATIENT WITH LUPUS AND TOXOPLASMIC CHORIORETINAL SCAR

SASTRE IBÁÑEZ, MARINA; Pérez Bartolomé, Francisco; and García Asorey, Almudena.
Hospital Clínico San Carlos, Spain.

OBJECTIVE

Study of retinal neovascularization in a patient with systemic lupus erythematosus (SLE), antiphospholipid syndrome (AS) and past toxoplasmic chorioretinitis (TC) outbreaks.

CASE REPORT

45 year-old Caucasian woman diagnosed with SLE and AS treated with immunosuppressants and oral anticoagulation, followed up due to an asymptomatic toxoplasma scar and epiretinal membrane in the right eye (RE). Medical history: deep venous thrombosis, lupus nephritis with hypertension and Raynaud's phenomenon. Ophthalmologic history: Three TC outbreaks in the RE. Funduscopy examination (FE) of the RE showed toxoplasma chorioretinal scars round the inferotemporal arcade with no activity signs, vascular shunts and doubtful retinal neovascularization in inferior quadrants, without exudates or hemorrhages. Fluorescein angiography (FA) showed absence of active vasculitis and confirmed the presence of a peripheral retinal neovascularization with an adjacent ischemic area. Her International Normalized Ratio (INR) was 1,2. Given the thrombotic risk factors and findings in FE and FA, the patient was diagnosed with a non-inflammatory occlusive vasculopathy. Photocoagulation of ischemic areas was performed with oral prophylaxis (Clindamycin), as well as a readjustment of the anticoagulation therapy. Even so, this clinical picture could have been a sequel to previous vasculitic process in the context of an active toxoplasmosis or a subclinical lupus outbreak.

CONCLUSION

It is essential to make a correct differential diagnosis between an inflammatory vasculopathy, infectious or autoimmune, and a vascular occlusion process without inflammation. In the first case management involves antibiotic therapy or a change in the immunosuppressive regimen, and in the second, antiplatelet or anticoagulation therapy is advised.

P21 NEOVASCULARIZACIÓN COROIDEA SECUNDARIA A COROIDITIS MULTIFOCAL UNILATERAL

LÓPEZ ARANGO, DIEGO ALEJANDRO; Sirvent López, Belén; Sjöholm Gómez de Liaño, Carl-Gustaf; and Gutierrez Bonet, Rosa.

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Oftalmología, España.

Paciente femenino, 63 años, sin antecedentes patológicos de importancia, y antecedente oftalmológico de cicatriz macular no estudiada en OD. Acude por cuadro clínico de 2 semanas de evolución de escotoma nasal en OD, evidenciándose una agudeza visual de csc 0.6 en dicho ojo, segmento anterior normal, evidenciando en el fondo de ojo, lesión subretiniana grisácea-anaranjada suprafoveal de 2 dp, con abundante exudación macular (exudados duros y líquido subretiniano). Varias cicatrices hiper-hipopigmentadas en sacabocados próximas a arcadas temporales y varias en posteronasal. A la OCT se observa Desprendimiento grande del EPR yuxtafoveal temporal y desprendimiento exudativo de neuroepitelio foveal, encontrando en la angiografía fluoresceínica, desprendimiento del EPR parafoveal temporal, de 2 dp. Múltiples lesiones atróficas en haz papilomacular. Las lesiones en sacabocados dan hipofluorescencia por bloqueo en el centro pigmentado e hiperfluorescencia anular en los márgenes por defecto-ventana. Se prescribe tratamiento con inyección intravítrea de antiangiogénico y tras un ciclo mensual de 3 inyecciones, se observa mejoría de los exudados duros en general, incluidos los foveales por oftalmoscopia y por TCO. Persiste en desprendimiento del EPR con una AV de csc 0.8. Seis meses más tarde presenta una nueva recaída con AV de 0.5 dif csc, que requirió nuevo ciclo de 3 inyecciones intravítreas de antiangiogénico, con reabsorción del desprendimiento exudativo de neuroepitelio foveal confirmado en OCT y AV final de 0.7 csc.

P22 IRVAN SYNDROME

TUDELA MOLINO, MIGUEL; Perea Riquelme, María Ángeles; Muñoz, José Andrés; and Villegas Pérez, María Paz. HGU Reina Sofía.

INTRODUCCIÓN

Retinal vasculitis consists of a vessels' wall inflammation which causes perivascular infiltrates and vascular sheathing. It is usual a both arterial a venous affectation with a stronger and earlier predilection for veins.

The causes of Retinal vasculitis are varied, included infection, rheumatologic disease, pharmacological etc...

CASO CLÍNICO

We report the case of a 45 years old woman patient who consulted in Ophtalmology area in 1997. The patient presented a best corrected visual acuity (BCVA) in right eye (RE): 0,6 and in left eye (LE): 0,5.

Inferior hemirretina showed white spots. After that, a study in Internal Medicine was carried out without interesting findings.

Ten years later, the patient presents BCVA in OD: 0,3 and OI: hand movement 1 meter distance. There was important retinitis in both eyes, and massive exudation in left eye's retina.

All microorganisms tests resulted negative. The patient was diagnosed of monoclonal gammopathy IgG kappa with a likely autoimmune origin. Moreover, analysis showed positive rheumatoid factor (FR).

Nowadays, the retina presents vascular sheathing areas suggestive of vasculitis in both eyes and massive exudation mostly in LE with inferior vitritis.

CONCLUSIÓN

To sum up we postulate that this case, could appertain with a IRVAN syndrome. It was firstly described by Kincaid and Schatz; It consists of an association of macroaneurisms, retinal vasculitis, neuroretinitis and peripheral capillary ischemia. It involves arterioles predominantly and It does not include systemic diseases.

P23 EALES' DISEASE: YEAR FOLLOW UP

COLINO GALLARDO, CARLOS; Delgado Romero, Ana María; Ramírez Espinoza, Juan Carlos; and Mendoza García, Brenda Carmina.

Hospital Universitario Puerto Real, Oftalmología, España.

INTRODUCTION

Eales' disease is a form of vasculitis typified by vascular inflammation in the peripheral retina with tendency to involve veins. Although the cause of Eales' disease remains undefined, considered potential association with *Mycobacterium Tuberculosis* and strong expresión of VEGF.

CASE REPORT

Male aged 29, arrives with abrupt visual disturbance affecting LE first and RE 48 h later. After funduscopy, found hemovitreous along with bilateral venous occlusive vasculitis and neovascularization. Study is

initiated and excluded systemic disorders or infections due to negative laboratory results and normal thorax Rx, with 21mm induration obtained in Mantoux, is diagnosed with Eales' disease. Starting treatment Prednisone immunosuppressive regimen reducing 6 months, Rifampicin and Isoniazide 3 months and antiVEGF charge dose in both eyes, control and neovascularization involution is achieved, with recurrence 8 months later in RE. Because of the impossibility AFG control, proposed to repeat AntiVEGF in RE, laser in LE, oral Prednisone 1 mg/kg/day reducing 1 month and associated Cyclosporine as immunosuppressive saver corticosteroids.

CONCLUSIONS

We consider steroid immunosuppressive regimen established from the outset due to bilateral hemovitreal, with slow reduction for 6 months, complemented with AntiVEGF based on demonstrated expression of VEGF in Eales disease, currently being considered valid alternative treatment. Although control of clinical and involution of neovascularization in both eyes is achieved, patient relapses in RE after finalizing oral therapy. We estimate extended oral therapy is required (more than 6 months), unless it is complemented by laser to avoid recurrences. In this case decided additional laser LE, the impossibility of evolutionary control by AFG.

P24 ACUTE RETINAL NECROSIS SECONDARY TO VZV

MARTÍNEZ, MARÍA JULIA; Vleming Pinilla, Eduardo; Ortiz Castillo, Vicente; and Opazo Toro, Valeria.
Hospital Príncipe de Asturias, Ophthalmology, Spain.

INTRODUCTION

Acute retinal necrosis is one of the most frequent complications of the posterior segment caused by herpetic infection with disastrous impact on the vision. We present a clinic case.

CLINIC CASE

84 years old man came to urgencies service with decreased visual acuity in OD and pain of 5 weeks duration. Personal antecedents: arterial hypertension, hypercholesterolemia and DM type II. Also presented ganglionic and renal sarcoidosis of 3 year of evolution with stage III of chronic kidney disease which required oral prednisone for 1 year. Ophthalmological antecedents were cataract surgery AO 4 years ago. The BCVA OD was 0.2 and OS 1. Tyndall / with granulomatous reaction with mutton fat KPs in the corneal endothelium. IOP OD: 25 mmHg. FO: areas of retinal infiltrate and necrosis located in the peripheral retina 360°, macular hemorrhage, evidence of occlusive vasculopathy and prominent inflammatory reaction in the vitreous

RESULTS

PCR analysis of aqueous humor was positive for varicella zoster virus. Serology was positive for toxoplasma IgM and IgG. Intravenous treatment was with acyclovir 10 mg/kg every 8 h for 10 days from the patient's arrival to urgencies followed by oral valacyclovir 1 g was established. Oral prednisone following the initiation of anti-viral therapy at a dose of 60 mg/day was used. 3 Intravitreal foscarnet injections were used with clinical and fundus improvement. Also sulfadiazine y pirimetamina were indicated due the positive serology to toxoplasma. It was decided to perform a vitrectomy with intraocular foscarnet injection two months after the onset of the symptoms. The patient has reached a VA OD: 0.7 after surgery

CONCLUSION

The goal of therapy is to speed the resolution in the affected eye and to prevent spread of the disease to the contralateral eye. Based on clinic presentation, PCR and treatment response we arrived at diagnosis of acute retinal necrosis caused for varicella zoster virus. It was decided to perform vitrectomy to decrease the risk of retinal detachment.

P25 RETINOCOROIDITIS TOXOPLÁSMICA: REACTIVACIÓN A DISTANCIA VS NEOVASCULARIZACIÓN COROIDEA

URQUÍA PÉREZ, DIEGO; Cruz Gutiérrez, María Gabriela; Gragera Soroa, Belén; and Valverde Almohalla, Sergio.
Hospital Puerta de Hierro.

Mujer de 68 años que refiere fotopsias, miodesopsias y visión borrosa de 1 día de evolución en OI, con antecedentes de coriorretinitis toxoplásmica inactiva en OI. En la EO la AV:OD 1.2; OI: 0.4. En el FO se aprecia una cicatriz inactiva en región temporal y un foco de reactivación macular con edema y exudados perimaculares suprafoveales en relación con vasos.

OCT evidencia edema macular con hipereflectividad de capas retinianas externas con un complejo de posible NV y escaso liquido subretiniano. La AGF demostraba hiperfluorescencia precoz que aumentaba mucho de intensidad a lo largo del angiograma y con difusión final.

Los resultados de la serología fueron IgG positiva e IgM negativa. La positividad de la IgG no tiene valor diagnóstico. Fue tratada empíricamente con sulfadiazina 2gr v.o (1er día) luego 1 gr cada 6 horas. Pirimetamina 200mg v.o(1er día), luego 25 mg cada 12h, ácido folínico 10 mg v.o 2 veces por semana y Dacortin 60mg v.o. En las revisiones sucesivas no mejoró la agudeza visual, y los cambios en las pruebas de imagen eran sutiles.

Se inicia tratamiento con anti-VEGF, tomando en cuenta la evolución, los resultados de la serología y las distintas pruebas realizadas. Se pautaron 3 inyecciones intravítreas tras las cuales se evidencia una mejoría importante en las pruebas de imagen en lo que respecta a la lesión subretiniana.

El diagnóstico suele ser clínico pero en ciertos casos suele ser insuficiente y es necesario recurrir a otras pruebas para establecerlo. En este caso persiste la duda diagnóstica tras la evaluación de la OCT. Es importante conocer y saber diferenciar el patrón más característico de reactivación macular o de neovascularización coroidea secundaria y su correlación clínica con el fin de determinar el verdadero origen de la lesión y definir un tratamiento adecuado y oportuno.

P26 VOGT - KOYANAGI - HARADA SYNDROME WITOUT SEROUS RETINAL DETACHMENT

GONZÁLEZ GONZÁLEZ, DANIEL; Jordano Luna, Lourdes; Díez - Villalba, Maria Rosario; and Sevillano Fernández, Elena isabel.

Hospital Universitario de Getafe, Servicio de oftalmología, Spain.

INTRODUCTION

Vogt-Koyanagi-Harada Syndrome is an uncommon multisystem inflammatory disorder characterized by panuveitis with serous retinal detachments, and it is associated with neurologic and cutaneous manifestations, including headache, hearing loss, vitiligo and poliosis.

CLINICAL CASE

We present a Colombian 42 years old female with holocranial headache, fever, vomits, diarrhea, cronic inflammatory anemia, and weight loss, bilateral neurosensorial hypoacusis and blurred vision with floaters photophobia and metamorphopsia since 10 months. No cutaneous manifestations were observed.

Visual acuity was Right Eye:0.7 and Left eye 0.7

The examination at the slit lamp revealed bilateral anterior uveitis, bilateral papilledema with bilateral macular edema. No vasculitis nor serous retinal detachments were found.

The complementary tests included lumbar puncture with Lymphocytosis, positive Mantoux (13mm), serologies, autoimmunity tests, Chest and abdominal radiography, body CT, cranial MRI, Liver Biopsy, gastrointestinal biopsy, bone marrow biopsy and transbronchial biopsy negative or normal.

Fluorescein Angiography showed disk leakage, multifocal perifoveal and perivascular hiperfluorescence.

Diagnosis of uveomeningeal syndrome with bilateral neurosensorial hypoacusis was achieved despite lack of neuroretinal detachments and cutaneous disorders.

Treatment with prednisone 1mg/Kg/d plus TBC chemioprophylaxie with isoniazid was initiated.

2 months after treatment, improvement of fever, anemia, inflammatory parameters, and ocular manifestations was observed. Visual acuity was Right Eye: 1 and Left eye 0.9. Disc and macular Optic Coherence Tomography improvement. Papillitis and anterior uveitis improvement.

CONCLUSIONS

Awareness of the clinical manifestations of VKH syndrome and application of the correct diagnostic procedures and differential diagnosis should promote timely diagnosis and treatment, in spite of lack of prime manifestations.

P27 HERPETIC UVEITIS WITH POSTERIOR SEGMENT INVOLVEMENT

OPAZO TORO, VALERIA; Ferrari, Daniele; and Gorroño Echebarría, Marina.

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Servicio Oftalmología, España.

INTRODUCTION

The intraocular herpes infections have different presentations from acute retinal necrosis syndrome to slightest posterior uveitis noncrotizing with papillitis, vasculitis or vitritis.

CLINICAL CASES

A 31 years old woman diagnosed with a bilateral granulomatous uveitis. With Tyndall in right eye and Tyndall in left eye (OS), Vitreous Tyndall and vasculitis focuses observed in the peripheric inferior segment of the fundus.

Topical and oral treatment with prednisone had been prescribed, with the resolution of the symptoms. During the follow up, the patient presented two new AAU OS episodes.

New outbreak. We observed: OS iris atrophy at VI hour, fine keratic precipitates, Tyndall, intraocular pressure of 40 mmHg. Prescribed a topical treatment, hipotensor, and oral treatment with valaciclovir 1g/8h. She responded well, presented vitreous veils and retinal scars distributed in the periphery of the ocular fundus.

A 57 years old woman, with a previous case of ophthalmic herpes, who sought medical attention due to acute pain in OS. Present Tyndall, fine keratic precipitates and superficial punctate keratitis (SPK) fluo . Ocular fundus dense vitreous floaters and cicatrized areas in the peripheral retina with pigmented edges. We prescribed topical treatment and valaciclovir 500mg/8h. During the follow up we saw the resolution of Tyndall and SPK, but the persistence of vitritis.

Angiographic we observed staining of the optic disc and possible vasculitic focuses in the temporal sector of the retina. We treated with oral prednisone 40mg and valaciclovir 1g/8h, with the resolution of the symptoms.

RESULTS

Both cases responded well to the topical and oral treatment and they remain stable during the follow up.

CONCLUSIONS

In these two cases, because of the examination and the medical history, we can conclude that was manifestation of herpetic uveitis with posterior segment involvement, without reaching the acute retinal necrosis.

P28 PARSPLANITIS, HLAB51 Y DESMIELINIZACIÓN, SIN CRITERIOS DE EM NI SDME DE BEHÇET. A PROPÓSITO DE UN CASO.

SALINAS DOMÍNGUEZ, ALEJANDRA; Solé forteza, Eduard; and Callizo Tomás, Josep.

Hospital Joan XXIII, Servicio de Oftalmología, Spain.

Paciente mujer de 43 años, presenta en un plazo de 3 meses, 3 episodios de uveítis anterior en OD. Un año antes, episodios de alopecia areata evaluados por Dermatología.

Acude a nuestro servicio por cuadro de uveítis intermedia en OD, asociando EMQ con DEP. OI sin alteraciones. Se realiza estudio sistémico, obteniendo todas las serologías negativas, PPD y radiografía de tórax negativa, y HLAB51 como único marcador inmunológico positivo. Como tratamiento, se propone trigón intravítreo en OD, asociado a tratamiento con corticoides orales y yellox colirio. Tras 1 mes de la inyección intravítrea, se observa mejoría marcada, presentando a nivel macular sólo algún quiste residual sin DEP.

A los 2 meses, la paciente acude a urgencias por pérdida de visión en OD. En la exploración se evidencia pars planitis unilaeral derecha, con snowballs en periferia y focos activos de coriorretinitis. Se realiza RMN, donde se observan focos de desmielinización periventricular bilaterales, simétricos, de aspecto crónico. Se consulta con Neurología, indicando ausencia de criterios diagnósticos de Sdme Behçet ni de esclerosis múltiple, e indican control con nueva RMN en 6 meses. Realizamos AGF, confirmando pars planitis con EM. Se decide trigon subtenoniano, consiguiendo cierta mejoría, pero persistencia de focos coriorretinianos activos, por lo que finalmente se trata con Ozurdex intravítreo.

2 meses después, resolución del cuadro. No focos activos en funduscopia y OCT normal AO.

P29 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE PACIENTE CON DRNS ASOCIADO A EXUDACIÓN EN ÁERA MACULAR.

CONTRERAS DÍAZ, MIGUEL; Toro Fernández, Amparo; López Herrero, Fernando; and Rueda Rueda, Trinidad.
H.U. Virgen del Rocío (Ophthalmology), Ophthalmology, Spain.

INTRODUCCIÓN

Presentamos un caso de diagnóstico complejo de paciente con desprendimiento de retina neurosensorial asociado a exudación en área macular, donde al descartar las posibles etiologías concluimos que se trata de una corioretinopatía serosa central.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 43 años que acude a consulta por disminución de agudeza visual en ojo izquierdo (OI) con escotoma central de una semana de evolución. En la exploración del segmento anterior no se objetiva inflamación, y la retinografía muestra levantamiento subretiniano en polo posterior sin hemorragias ni inflamación vítrea. La angiografía fluoresceínica en OI revela varios puntos de fuga compatibles con desprendimientos de epitelio pigmentario que se llenan precozmente aumentando en intensidad a lo largo del angiograma. En OD se observan áreas de hiperfluorescencia en reguero parapapilares, compatible con antiguo proceso en estado latente.

Se realiza estudio sistémico descartando patología infecciosa, inflamatoria o tumoral, siendo todos ellos negativos. Se decide actitud expectante.

RESULTADO Y CONCLUSIONES

Tras tres meses de evolución, el cuadro retiniano está en remisión, con desaparición del líquido subretiniano y formación de depósito fibrinoide en el área de exudación. Se hace el diagnóstico de corioretinopatía central serosa atípica.

Esta patología puede ser inicialmente confundida con cuadros de retinitis o coroiditis que requerirías tratamiento corticoideo. El uso de corticoides no solo es inefectivo, sino que exacerbaría el cuadro.

En nuestro caso, el uso de imagen multimodal (OCT, AGF), unido a la negatividad del estudio sistémico, nos da la clave para el diagnóstico.

P30 ANTERIOR UVEITIS AS AN INUSUAL MANIFESTATION OF AN IDIOPATHIC ORBITAL INFLAMMATION: A CASE REPORT.

SCHELL EULUFI, CONSTANZA; Campos Figueroa, Pamela; and Elnayef Elkasan, Suhel.
Hospital Consorci Sanitari de Terrasa, Servicio Oftalmología, Barcelona, España.

PURPOSE

To report a case of idiopathic orbital inflammation associated with anterior uveitis.

METHOD

A case report and a review of literature.

RESULTS

A 59-year-old with no medical history presented with left eye anterior uveitis, anterior chamber flare and hypopyon, unresponsive to topical steroids. Studies such as serology, chest and lumbar radiography, and blood tests were performed, all of them negative. Endogenous endophthalmitis

was suspected and treated with posterior vitrectomy with antibiotic and antifungal intraorbital injection without response and with a negative cytology. Finally, an orbital computed tomography showed an orbital space-occupying-mass. The patient underwent an enucleation and the diagnosis of idiopathic orbital inflammation was confirmed by histopathology.

However, three years later he returned presenting visual loss and discromatopsy of the right eye. He was treated with corticosteroids bolus follow by gradual tapering of oral steroids. The patient presented a partial response, therefore he was treated with radiation therapy with significant reduction of inflammation, and poor visual improvement.

CONCLUSIONS

Idiopathic orbital inflammation is a specific clinicopathological entity characterized by an immune-mediated infiltrative fibrosis. Pathology is required to confirm the diagnosis and therapy should be instituted early with aggressive immunosuppression to prevent progression of the disease.

Inflammation involving both the eye and the orbit is rarely seen in adults. Idiopathic orbital inflammation and anterior uveitis may share a similar mechanism in this case.

P31 COROIDOPATÍA PUNCTATA INTERNA (PIC). A PROPÓSITO DE UN CASO.

SALINAS DOMÍNGUEZ, ALEJANDRA; Solé Forteza, Eduard; and Callizo Tomás, Josep.

Hospital Joan XXIII, Servicio de Oftalmología, Spain.

La coroidopatía punctata interna (PIC) es una enfermedad inflamatoria coriorretiniana descrita por vez primera por Watzke y cols en 1984. Las lesiones se encuentran a nivel del epitelio pigmentario de la retina y de la coriocapilar interna. Típicamente no se encuentra ningún signo inflamatorio en ninguna fase de la enfermedad. Las lesiones involucionan hacia la atrofia causando cicatrices coriorretinianas a las que pueden asociarse membranas subretinianas con una frecuencia de un 40% al cabo de 3 años.

Presentamos el caso de una paciente de 56 años que acude a nuestro servicio por metamorfopsias y disminución de AV en OD. A la exploración, se objetiva una AVcc OD 0.8 y OI 1.0, sin alteraciones a nivel de BMC, pero sí se observan lesiones retinianas en el OD, de aspecto "punto blancos" y alguna ya cicatrizada pigmentada. Se realiza una OCT donde se observan DEPs coincidiendo con lesiones "punto blanco", sin signos de MNV. En OI se encuentra una alteración similar, de pequeño tamaño, en zona temporal, pero sin DEP en la OCT.

El diagnóstico más probable es PIC, y la paciente se encuentra en seguimiento anual con OCT por nuestro servicio. Dada su AV y la ausencia de signos de MNV activa en las pruebas realizadas, no se le ha prescrito ningún tipo de tratamiento hasta el momento actual.

P32 CYSTOID MACULAR EDEMA REFRACTORY TO BIOLOGICAL THERAPY IN BEHÇET DISEASE

ELNAYEF ELSAKAN, SUHEL¹; Campos Figueroa, Pamela¹; Delas Alos, Barbara¹; and Asaad, Mouafk¹.

Consortio Sanitario de Terrassa, Oftalmología, Spain.

OBJECTIVE

Expose the case of low response to biological therapy in a patient with behçet's disease and Cystoid macular edema (CME) outbreaks.

CLINICAL CASE

A patient with posterior uveitis and behcet's disease under treatment with 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 CMA outbreaks we replaced infliximab by adalimumab.

RESULTS

Following the introduction of infliximab the patient had three outbreaks of CME in one year, and after replacement by adalimumab in the following 8 months suffered two CME outbreaks each one treated with Ozurdex.

CONCLUSIONS

We noticed a decrease in number of CME outbreaks since beginning of biological therapy.

Changing biological therapy (infliximab by adalimumab) has not produced a decrease in the number of recurrences.

P33 UVEÍTIS ANTERIOR BILATERAL EN POLICONDRITIS RECIDIVANTE

TAPIA RIVERA, RHADAYSIS¹; Díaz Cascajosa, Jesus¹; mas castells, maria¹; and De la Fuente Díez, Yesica¹.

¹Hospital (Santa Creu I Sant Pau), oftalmología, España.

INTRODUCCIÓN

La policondritis recidivante (PR) es una enfermedad inflamatoria autoinmune que afecta predominantemente al cartílago de: orejas, nariz y árbol traqueobronquial, involucrando también los órganos de los sentidos ¹⁻².

Las manifestaciones oculares son un componente importante de la PR y están incluidas dentro de los criterios diagnósticos³. Pueden presentarse en 51-60% de los casos. Las más comunes son escleritis y epiescleritis.⁴

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 67 años visitado por ojo rojo, dolor y visión borrosa AO. Como antecedentes destacaban: deformidad de la nariz en silla de montar, asma bronquial y traqueomalacia evidenciado por broncoscopia y TAC. Sin antecedentes oftalmológicos.

A la exploración presentaba: AVsc OD 0.7 OI 1.0. PIO: 26/23 mm Hg. En la biomicroscopia AO: Inyección ciliar 1, tyndall . Pk's . La fundoscopia era normal.

Las serologías, PPD, HLA-B27, ECA y ANCAS fueron negativas.

El paciente presentó 6 brotes de uveítis con formación de sinequias bilaterales en 2 años de evolución y una consecuente formación de cataratas. Durante el seguimiento se apreció una disminución de la AV OD: 0.16 OI 0.2 y constatamos con fundoscopia la presencia de edema macular quístico (EMQ) bilateral confirmado con OCT. Tras el tratamiento con trígono subtenon hubo mejoría del EMQ y de la visión que aumentó OD 0.6 OI 0.5.

CONCLUSIONES

Las manifestaciones oculares más frecuentes de (PR) son la episcleritis y la escleritis. No obstante, la iritis puede estar presente en el 30% de los pacientes. Es importante descartar el EMQ que puede ser una complicación de las uveítis crónicas.

P34 TUBERCULOSIS OCULAR.

Castillo Palma, María Jesús¹; GÁLVEZ CARVAJAL, SONIA²; Alfaro Juárez, Asunción³; and Sánchez Vicente, Jose Luis⁴.

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío (Hospital Universitario Virgen del Rocío), Medicina Interna. Servicio de Colagenosis, España; ²Hospital Universitario Virgen del Rocío (Hospital Universitario Virgen del Rocío), Oftalmología, España; ³Hospital Universitario Virgen del Rocío (Hospital Universitario Virgen del Rocío), Oftalmología, España; and ⁴Hospital Universitario Virgen del Rocío (Hospital Universitario Virgen del Rocío), Oftalmología, España.

OBJETIVOS

Describir una serie de 12 casos de tuberculosis ocular (TO) diagnosticados entre 2013-2014 en una Unidad de Uveítis en un hospital de 3º nivel.

MÉTODO

TO probable: patología oftalmológica compatible PPD/IGRA positivos o evidencia de TB extraocular exclusión de otras etiologías de uveitis respuesta al tratamiento anti-TB.

UT definida: patología oftalmológica compatible con TBO aislamiento de *Micobacterium tuberculosis* (MT) o PCRMT en humor vítreo o histología compatible (granulomas caseificantes BAAR positiva) en muestras oculares.

RESULTADOS

El 50% fueron hombres. La edad mediana fue 64 años (18-86). Ningún paciente tenía antecedentes de TB previa. Todos excepto un o tenían PPD positiva. EL 58,3% había recibido previamente esteroides y 16,7% inmunosupresores con una mediana de 19 meses (3-31). La UT fue definida en 4 casos(33,3%) y en 8 probable (66,6%). La pruebas de imagen (Rx tórax/TC) mostraron lesiones residuales en 50%. Se indicó tratamiento con HRZ durante 9 meses en todos los casos, siendo la mediana entre el debut de la uveítis y el inicio del tratamiento 19m (6-46). La evolución fue favorable aunque el tiempo de seguimiento es todavía limitado.

CONCLUSIONES

1) La UT es una forma de TBC extra-pulmonar de muy difícil diagnóstico. 2) Debe realizarse PPD/IGRA en el estudio protocolizado a todo paciente con uveítis. 3) El diagnóstico y tratamiento precoz es crucial para evitar morbilidad y daño ocular irreversible. 4) Se debe sospechar la UT probable como posible diagnóstico en uveítis con PPD/IGRA () con mala respuesta al tratamiento inmunosupresor.

P35 MANEJO DIAGNÓSTICO TERAPÉUTICO DE LA ESCLERITIS NODULAR, A PROPÓSITO DE UN CASO.

GRAGERA SOROA, BELÉN¹; Urquía Pérez, Diego²; Gutiérrez Bonet, Rosa³; and Sjöholm Gómez De Liaño, Carlos⁴.

¹Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda; ²Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda; ³Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda; and ⁴Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

INTRODUCCIÓN

Las escleritis son una entidad ocular inflamatoria grave, siendo la escleritis difusa más frecuente. La EN se da más en mujeres de mediana edad, cursa a modo de brotes, con frecuencia recurrentes, pudiendo ser uni o bilateral. Su manejo diagnóstico incluye el descarte de un amplio espectro de patologías autoinmunes (la más frecuente, la artritis reumatoide, si bien se asocia más a la escleritis difusa). En cuanto al manejo terapéutico, suele ser con terapia oral, de inicio AINES o corticoides orales, inmunomoduladores e inmunosupresores; según la severidad del cuadro y si existe o no patología asociada.

OBJETIVOS

Mostrar el manejo de un caso de escleritis nodular con corticoterapia oral en pauta descendente, con buen pronóstico y sin secuelas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Caso clínico de una paciente que acudió a nuestro centro. Realizando exploración oftalmológica completa, así como estudio sistémico exhaustivo.

RESULTADOS

La corticoterapia oral es una buena opción para el manejo de la escleritis nodular recidivante, si bien se han de contemplar otras opciones terapéuticas según el caso concreto.

CONCLUSIONES

Es importante un estudio sistémico exhaustivo en pacientes con EN. El tratamiento inicial con corticoterapia oral es una opción válida pero en pacientes severos o con patología asociada pueden plantearse precozmente los inmunosupresores (metrotexate, azatioprina, MM) e inmunomoduladores (anti-TNF, rituximab). La cirugía se considera como un último recurso para complicaciones, tales como la escleromalacia perforans o la escleritis necrotizante.

P36 DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS ANTE UN CASO DE UVEITIS. EL VALOR DE LA PCR.

SIRVENT LÓPEZ, BELÉN¹; Gutierrez Bonet, Rosa¹; Lopez Arango, Diego Alejandro¹; and Ausín González, Emma¹.

¹Hospital Puerta de Hierro (Majadahonda), Oftalmología, España.

INTRODUCCIÓN

Las causas de uveitis son muy variadas y, en un elevado porcentaje de casos, desconocida. El diagnóstico requiere una evaluación médica exhaustiva y estudios analíticos. La PCR es una técnica complementaria que influye en el diagnóstico y tratamiento.

CASO CLÍNICO

Mujer de 68 años que consulta por disminución de visión en ojo derecho (OD) de 2 días. Antecedente de broncoscopia 4 días antes.

Exploración inicial: Agudeza visual (A.V) OD: 0.5. Fondo de ojo (F.O): foco de condensación vítrea paramacular y hemorragias dispersas en arcadas vasculares.

En 20 horas: AV en OD: cuenta dedos; BMC: Hipopion, sinequias posteriores 360°, Tyndall 3 . Fondo de ojo: Vitritis 4 . ECO-B: ecos densos vítreos. Ingresa para estudio.

Resultados: **Cultivo de esputo: *Aspergillus Fumigatus***. Resto de estudios, negativos. Se establece un diagnóstico de sospecha de "Endoftalmitis endógena por *Aspergillus*" y se pauta tratamiento antibiótico, antifúngico, corticoides sistémicos e inyecciones intravítreas de antifúngicos y antibióticos.

Tras mejorar notablemente el cuadro, a los seis meses aparece una recidiva. Se realiza vitrectomía diagnóstica. Los resultados del **cultivo y PCR del vítreo son negativos**. La anatomía patológica descarta malignidad. Se pauta tratamiento con corticoides tópicos y sistémicos con importante mejoría.

DISCUSIÓN

La endoftalmitis endógena es una rara entidad causada por embolización sistémica. Hay que sospechar *Aspergillus* en adictos por vía parenteral o aspergilosis invasiva, es rara en inmunocompetentes. La PCR es una técnica muy sensible y específica en comparación con el cultivo, para la detección de hongos. Ésta es aún más sensible en muestras de vítreo que en humor acuoso.

P37 MANEJO QUIRÚRGICO DE UN PACIENTE CON UVEÍTIS FACOANAFILÁCTICA MEDIANTE VIA PARS PLANA

RUIZ CASAS, DIEGO¹; and Ivankovic Larrain, Bozidar².

¹Hospital Ramón y Cajal, Spain; and ²Hospital Ramón y Cajal, Spain.

RESUMEN

Presentamos un caso clínico de uveítis facoanafiláctica y su manejo. Mujer de 65 años, con pseudo-fáquica bilateral, que presentó 4 semanas tras capsulotomía con láser Yag síntomas y signos de inflamación ocular con fotofobia, hiperemia ciliar, precipitados queráticos, tyndall en CA y elevación de la PIO. La agudeza visual nunca se vio comprometida (20/20). Recibió tratamiento con corticoides, antiinflamatorios e hipotensores tópicos con mejoría parcial y constantes recidivas de su clínica ante los intentos de suspensión de tratamiento. Al ingreso en nuestro servicio se observó, tras la exploración biomicroscópica, la presencia de lesión compatible con restos cristalinos entre lente intraocular y cápsula posterior, objetivada mediante fotografías e imágenes obtenidas mediante BMU. Se realizó vitrectomía vía pars plana más capsulotomía posterior y extracción de restos cristalinos, además de pelado de membrana limitante interna de la retina. La evolución postquirúrgica de la paciente ha sido satisfactoria, presentando a las 6 semanas ausencia de signos inflamatorios intraoculares, tolerando favorablemente la suspensión gradual de antiinflamatorios no esteroideos y corticoides tópicos, además de buen control de tensión intraocular sin necesidad de hipotensores.

CONCLUSIÓN

La uveítis facoanafiláctica es causada por una reacción inflamatoria contra las proteínas del cristalino, generalmente tras la ruptura traumática de la cápsula o retención postoperatoria de material cristalino. Los casos que no responden a tratamiento con corticoides tópicos y fármacos anti-glaucomatosos debe tratarse quirúrgicamente eliminando los restos cristalinos.

UVEÍTIS

2015 28 Reunión Grupo Español de Estudio
de las Uveítis e Inflamación Ocular

MADRID, 27 DE FEBRERO DE 2015
HOTEL AUDITORIUM