



REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA: NOVIEMBRE 2014-FEBRERO 2105

Dr. Manuel Sorribas
Hospital Xeral-Cíes de Vigo

.....

Revisamos las publicaciones más importantes relacionadas con uveítis en revistas indexadas en PubMed entre los meses de noviembre 2014 y febrero 2015. Establecemos un primer apartado relacionado con la etiopatogenia y diagnóstico de las uveítis y un segundo capítulo que aborda el tratamiento. Al final se adjunta la referencia bibliográfica completa.

1. ETIOPATOGENIA Y DIAGNÓSTICO DE LAS UVEÍTIS

.....

Un estudio que incluye a 1076 pacientes realizado en el Moorfields Eye Hospital de Londres, describe las características y causas de pérdida de visión en pacientes con uveítis (*Tomkins-Netzer et al. 2014*).

Una revisión sobre uveítis anterior por citomegalovirus en pacientes inmunocompetentes, todos casos unilaterales y con hipertensión ocular, establece un buen pronóstico visual a largo plazo, seguimiento medio de 24 meses. Todos los pacientes fueron tratados con antivírico y corticoide tópicos y 6 de ellos, además, recibieron terapia sistémica antivírica (*Accorinti et al. 2014*).

Otro estudio realizado con 598 pacientes con uveítis, estudia la presencia de membrana epirretiniana asociada, valorada por OCT. Se encontró asociación con la edad del paciente, presencia de uveítis intermedia, posterior o panuveítis, sexo masculino y cirugía previa de catarata (*Nicholson et al. 2014*).

Se investiga la asociación genética como factor de protección ante cuadros de uveítis anterior en una población de China (*Wang et al. 2014*).

Un estudio multicéntrico analiza el aspecto genómico de la coriorretinopatía de Birdshot (*Kuiper et al. 2014*).

Otro estudio analiza la eficacia del test de quantiferon en pacientes con uveítis que contribuye a la filiación diagnóstica de tuberculosis ocular (*Jakob et al. 2014*).

Se describen dos casos de virus herpes que causan vasculitis oclusiva con neovascularización temprana de la retina, asociado a retinopatía no necrotizante. En el primer cuadro la PCR en acuoso fue positiva para el virus herpes simple tipo1 mientras que en el segundo se obtuvo PCR positiva para el virus varicela zoster en vítreo. El estudio intenta incidir, en base a estos dos casos clínicos, en la importancia que los agentes infecciosos, incluso virus, pueden desempeñar como causa de vasculitis, aun en ausencia de necrosis retiniana concomitante. El tratamiento con antivírico oral provocó la remisión de ambos cuadros, si bien en ambos casos se presentaron recurrencias tras finalizar el tratamiento con aciclovir oral (*Albert et al. 2015*).

Un caso de una niña de 13 años con múltiples nódulos coroideos bilaterales en relación con tuberculosis pone de manifiesto que, a pesar de ser un hallazgo común como forma de afectación de la tuberculosis ocular, el análisis del humor acuoso puede no ser concluyente para granuloma coroideo. La tuberculosis

REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA: NOVIEMBRE 2014-FEBRERO 2105

Dr Manuel Sorribas
Hospital Xeral-Cíes de Vigo



Sociedad Española
de Inflammation Ocular

miliar se considera uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de tuberculosis ocular. La respuesta al tratamiento específico ayuda a la confirmación del diagnóstico de tuberculoma coroideo (*Annamalai et al. 2015*).

Se considera que el síndrome TINU (uveítis asociado a nefritis tubulointersticial) está infradiagnosticado y debería incluirse en el diagnóstico diferencial de uveítis granulomatosas, si bien clásicamente estos pacientes presentan uveítis no granulomatosa. En un paciente de 15 años con síndrome constitucional y uveítis anterior granulomatosa unilateral se diagnostica síndrome TINU y experimenta una evolución favorable con 2mg/kg y día de prednisona durante 3 semanas (*Barut et al. 2015*).

Se describe el caso de un paciente con tuberculosis ocular que debuta con edema de papila simulando una neuritis óptica. A pesar de la buena respuesta inicial a altas dosis de corticoides, desarrolla más tarde un absceso subretiniano que responde bien a la terapia antituberculosa (*Shetty et al. 2015*).

PCR en acuoso para virus herpes obtiene una alta rentabilidad diagnóstica. En un varón adulto se diagnosticó uveítis anterior hipertensiva asociada al virus de la varicela (VVZ) a pesar de no haber pasado la varicela ni de estar vacunado previamente, obteniéndose anticuerpos negativos en sangre en el momento del diagnóstico. Estos anticuerpos se detectaron 4 meses más tarde (*Mine et al. 2015*).

En un caso de síndrome TINU destaca la edad avanzada para el cuadro (44 años) y la discordancia temporal entre el cuadro de uveítis anterior bilateral y la afectación renal (6 meses de intervalo entre el cuadro ocular y el renal). Se revisaron 102 casos diagnosticados de síndrome TINU en Japón. Resultó más frecuente en mujeres (2,5/1) y se encontró una media de edad de 14 años. De los síntomas sistémicos referidos, la fiebre fue el hallazgo más frecuente, presente en el 43% de los casos. 46 de los 78 pacientes que fueron tratados con corticoides sistémicos recobraron la función renal, al igual que 16 de los 22 casos que no recibieron cortocoterapia sistémica. No encontraron diferencia estadísticamente significativa en la presencia del HLA A2 y A24 en estos casos y en otros japoneses sin síndrome TINU (*Matsumoto et al. 2015*).

La artritis idiopática juvenil (AIJ) es la enfermedad reumatológica inflamatoria más frecuente en niños y adolescentes (prevalencia de 0,1%). Entre 4-24% de los pacientes con AIJ desarrollan uveítis, siendo el riesgo mayor en europeos que en asiáticos. En Alemania, donde se llevó a cabo la revisión, 1 de cada 10 pacientes desarrolla uveítis a lo largo de los 4 primeros años desde que se diagnosticó la AIJ, documentándose afectación bilateral en el 75% de los casos. La inflamación intraocular se diagnostica con mayor frecuencia entre el 4º y 6º año de vida de estos enfermos y, dentro del grupo de AIJ, el subgrupo de pacientes con oligoartritis es en los que se observa más frecuentemente la presencia de uveítis. Diagnósticos más tempranos aumentan la posibilidad de desarrollo de uveítis. Porcentajes elevados (80%) en niñas y presencia de ANA + (*Heiligenhaus et al. 2015*).

La retinocoroidopatía de Birdshot asocia vasculitis retiniana y mínima inflamación del segmento anterior del ojo. La etiología sigue sin estar todavía aclarada y la estrategia terapéutica debe ser individualizada. Se debate sobre técnicas de monitorización de la actividad inflamatoria y la importancia de reconocer el diagnóstico (*Freitas-Neto et al 2015*).

Modelos de uveítis que se desarrollan en ratones en la etiopatogenia de las uveítis autoinmunes no infecciosas. Surgen nuevas dianas en la terapéutica antiinflamatoria como estrategias de tratamiento, que asocian nuevos efectos adversos e intolerancia farmacológica. Se revisan los mecanismos de producción de la inflamación intraocular y se postulan estrategias terapéuticas (*Klaska 2015*).

Se describe el caso de una mujer de 35 años con maculopatía unilateral aguda en el contexto de una enfermedad pie-mano-boca. Los corticoides orales controlan la inflamación permaneciendo una cicatriz macular. Con esto se realza la importancia del virus Coxsackie en la etiología de cuadros de retinitis, aunque infrecuente, entra en el diagnóstico diferencial de coriorretinitis y uveítis posterior con retinopatía atípica (*Aragal et al. 2015*).

REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA: NOVIEMBRE 2014-FEBRERO 2105

Dr Manuel Sorribas
Hospital Xeral-Cíes de Vigo



Sociedad Española
de Inflamación Ocular

Un caso excepcional de la presencia de helmintos en cámara anterior como responsable del cuadro inflamatorio intraocular (dirofilariasis) (*Das et al. 2015*).

Se describe un caso de maculopatía cristalina de origen uveítico en una paciente mujer de 52 años, postulando una nueva causa etiológica en el diagnóstico diferencial de los pacientes con uveítis y afectación macular (*Or et al. 2015*).

Un estudio sobre las variaciones genéticas demuestra el alto riesgo del TLR-7 para la enfermedad de Beçhet en una población de China (*Fang et al. 2015*).

Pacientes con células inflamatorias en cámara anterior fueron monitorizados para mostrar la eficacia del OCT (RTVue) para mostrar su eficacia en la monitorización de cuadros de inflamación ocular (*Rose-Nussbaumer et al. 2015*).

El PET-scan se mostró útil en el diagnóstico de uveítis por sarcoidosis en ciertos casos en los que el estudio histológico no resultó concluyente y la afectación ocular era compatible con sarcoidosis. No existió correlación con los niveles altos de ECA (*Le Reun et al. 2015*).

El OCT de alta penetración (HP-OCT) mostró eficacia en el diagnóstico de un granuloma coroideo en un varón japonés de 77 años con linfadenopatías hiliares bilaterales, en el contexto de una sarcoidosis. Permitted la monitorización de la lesión, tras la buena respuesta a la inyección de triamcinolona subtenoniana (*Ohtsuka et al. 2014*).

No se obtuvo mejor eficacia diagnóstica en tuberculosis ocular con devR PCR que con MPB64 PCR (*Kataria et al. 2015*). Se revisa la literatura (búsqueda en PubMed) de las diferentes manifestaciones en el ojo y anexos oculares en casos de tuberculosis ocular (*Cupta et al. 2015*). Editorial inicial sobre la importancia de la uveítis tuberculosa y referencias a los siguientes artículos en la misma edición de la revista, que constituyen un abordaje extenso y minucioso sobre la enfermedad (*Cunningham et al. 2015*).

Un estudio describe la afectación ocular por toxocariasis en 54 pacientes adultos. Se considera que debe entrar en el diagnóstico diferencial de pacientes con neurorretinitis unilateral. El nivel de IgE total en sangre puede ser útil en el diagnóstico (*Jee et al. 2015*).

En 22 casos de papilitis inflamatoria asociada a uveítis se encontró buena correlación en el diagnóstico y monitorización del tratamiento empleando el OCT (SD) de nervio óptico (*Cho et al. 2014*).

En un estudio en Colombia de pacientes con toxoplasmosis ocular, se analizó el nucleótido ROP16, de mayor virulencia conocida en modelos con ratones (*Alvarez et al. 2014*).

Se describen 2 casos de paciente con neumonía criptogénica que desarrollan uveítis anterior bilateral con hipopion, en ausencia de otras causas identificables de uveítis (*Fujimoto et al. 2014*).

Se estudia una subpoblación de células dendríticas mieloides como potencial biomarcador de la inflamación en pacientes con uveítis no infecciosas (*Chen et al. 2014*).

En un trabajo se revisan nuevos criterios para el diagnóstico de la necrosis retiniana aguda (*Takase et al. 2014*).

Las manifestaciones oculares del Ébola fueron objeto de esta revisión, en un año 2014 con alta incidencia de la enfermedad (*Moshirfar et al. 2014*).

Se publica una serie de 7 pacientes con uveítis tras realización de tattoo. No se documentó la existencia de sarcoidosis sistémica ni se identificaron causas infecciosas de uveítis. Se considera una reacción de

hipersensibilidad a ciertos componentes metálicos de los tatoo, como cobalto, níquel o hierro (*Pandya et al. 2014*).

Un estudio de revisión de 25 años establece las características de la afectación ocular en pacientes con enfermedad de Behçet en Arabia Saudí (*Arevalo et al. 2015*).

Un estudio de revisión analiza la afectación en casos de sífilis ocular y la relación con el VIH (*Moradi et al. 2015*).

Se describe el caso de un paciente inmunocompetente con queratouveítis herpética bilateral (*Martin-Escuer et al. 2015*).

Un estudio retrospectivo realizado en Chile, periodo de 10 años, sobre la etiología de los cuadros de uveítis, muestra un alto porcentaje de diagnósticos de Vogt-Koyanagi-Harada (*Lieberman et al. 2014*).

Se describen varios aspectos inmunopatológicos en la coriorretinopatía de Birdshot, HLA B29 y HLA tipo 1, debatiendo sobre los aspectos inmunogenéticos (*Kuiper et al. 2015*).

El gen FoxO1 confiere predisposición genética al desarrollo de uveítis anterior en espondilitis anquilosante (*Yu et al. 2014*).

Editorial y revisión de los aspectos que la SD-OCT aporta en el diagnóstico y monitorización de los pacientes con uveítis (*Cunningham et al. 2014*).

Este artículo, en base a la descripción de un caso clínico, incide en la información obtenida para el diagnóstico y seguimiento usando la imagen multimodal de la retina (*Learned et al. 2014*).

Un aumento en el número de casos de sífilis ocular motiva esta revisión y actualización sobre la afectación ocular (*Davis 2014*).

2. TRATAMIENTO DE LAS UVEÍTIS

Un artículo debate sobre el uso de inmunosupresores y agentes biológicos en uveítis no infecciosas. La experiencia personal y las revisiones retrospectivas son elementos que interfieren claramente en la elección o no de estos fármacos (*Agrawal et al. 2014*).

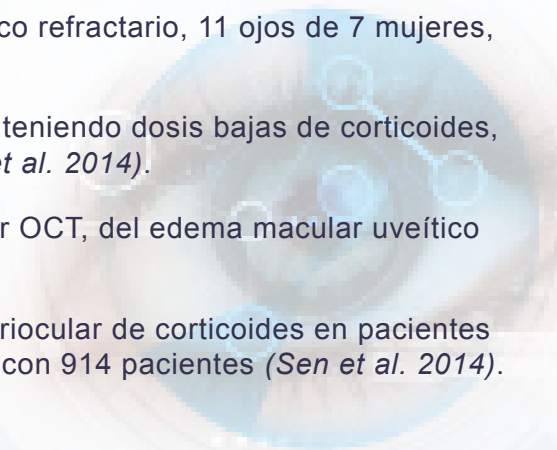
Un estudio multicéntrico sobre el implante de dexametasona en uveítis no infecciosas, en periodo de seguimiento de 35 meses y un total de 142 implantes, informa de las indicaciones y frecuencia de retratamiento (*Zarranz-Ventura et al. 2014*).

El tocilizumab se mostró eficaz en el control del edema macular uveítico refractario, 11 ojos de 7 mujeres, sin evidenciarse efectos adversos importantes (*Mesquida et al. 2014*).

Un estudio aborda la eficacia del uso de un solo inmunosupresor, manteniendo dosis bajas de corticoides, para el óptimo control en casos de coroidopatía multifocal (*Goldberg et al. 2014*).

Un estudio prospectivo valora la eficacia del ranibizumab, valorado por OCT, del edema macular uveítico (*Reddy et al. 2014*).

Otro trabajo evalúa los beneficios y complicaciones de la inyección periocular de corticoides en pacientes con cuadros inflamatorios oculares, realizado en 5 centros de EE.UU. con 914 pacientes (*Sen et al. 2014*).



REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA: NOVIEMBRE 2014-FEBRERO 2105

Dr Manuel Sorribas
Hospital Xeral-Ciés de Vigo



Sociedad Española
de Inflamación Ocular

Un estudio retrospectivo revisa la eficacia y seguridad del implante intravítreo de acetónido de fluocinolona en 11 pacientes con enfermedad de Birdshot (*Bajwa et al. 2014*).

Se evalúa la eficacia de los agentes anti-TNF en el tratamiento de las uveítis refractarias asociadas a la enfermedad de Behçet (*Calvo-Río et al. 2014*).

Las fármacos anti factor de necrosis tumoral (anti-TNF) son eficaces en disminuir el número de episodios de uveítis en pacientes con espondilitis anquilosante. Un metanálisis enfocado en observar la frecuencia de las manifestaciones extrarticulares asociadas a la espondilitis anquilosante en casos tratados con infliximab, etanercept, adalimumab, golimumab, certolizumab, comparándolos con placebo. Se observaron la frecuencia de uveítis, enfermedad inflamatoria intestinal y psoriasis asociada a espondilitis anquilosante (*Wu et al. 2015*).

Un estudio retrospectivo valoró la eficacia del implante intravítreo de dexametasona (Ozurdex) en pacientes con edema macular quístico persistente secundario a uveítis no infecciosa (duración media del edema 16,5 meses), la mayoría tratados previamente con diferentes fármacos. 18 ojos, 13 pacientes, de forma consecutiva entre Julio de 2011 y Noviembre de 2012 realizado en California. A los 3 meses del implante, el 72% de los ojos presentaron resolución completa del edema macular inflamatorio, con una duración media del efecto superior a 6 meses (201 días). La recuperación de agudeza visual y el tiempo de recurrencia fue menor en los casos que asociaban membrana epirretiniana. Sólo 2 de los 18 ojos presentaron un aumento de la presión intraocular superior a 25 mm de Hg, controlada con hipotensores tópicos (*Khurana et al. 2015*).

Otro estudio aborda también el tratamiento del edema macular uveítico. Considerando que los corticoides son los fármacos de primera línea, se analiza la eficacia de otros fármacos como inmunosupresores (ciclosporina, azatioprina, metotrexato), anti-TNF, anti-VEGF y acetazolamida (*Liu et al. 2015*).

Relacionado con los anteriores, otro trabajo estudia la interfase vítreo-retiniana en 53 pacientes (59 ojos) tras la inyección intravítrea en el tratamiento del edema macular quístico uveítico. La estructura de la interfase vítreo-retiniana parece estar relacionada con el descenso del grosor macular central medido por OCT, si bien no se encuentra relación con la mejoría en la agudeza visual (*Munk et al. 2015*).

En un seguimiento a 3 años de pacientes con uveítis que se operan de catarata se observa un claro beneficio visual. El edema macular asociado a la inflamación postoperatoria crónica es mayor durante el primer año tras la facoemulsificación. En el grupo de pacientes con ciclitis heterocrómica de Fuchs se observó mayor incidencia de opacificación de la cápsula posterior y también mayores cifras de presión intraocular (*Abbouda et al. 2015*).

Tres pacientes diagnosticados de Vogt-Koyanagi-Harada (3 mujeres de mediana edad) fueron tratados exclusivamente con corticoide tópico, con resolución del cuadro, en 2 de ellos con agudeza visual final 20/20. Difluprednato tópico presenta una mayor afinidad por receptores glucocorticoides que la prednisolona, traduciéndose esto en una mejor penetración tisular y una mayor potencia. Ha mostrado asimismo una menor absorción sistémica, minimizando los efectos secundarios de los corticoides orales. Monitorizados con OCT, se evidenció una resolución de los desprendimientos neurosensoriales producidos por la enfermedad. Se postula la eficacia como tratamiento tópico exclusivamente en el cuadro ocular producido por la enfermedad de Harada si no existen manifestaciones neurológicas ni cutáneas (*Onishi et al. 2015*).

Un estudio revisa la incidencia de enfermedades graves, sobre todo cáncer, en pacientes tratados con inmunosupresores por cuadros severos de inflamación ocular, en pacientes tratados de media durante 4 años con estos fármacos y un seguimiento de 7 años. Si bien se recomienda considerar la posibilidad de neoplasias cutáneas sobre todo en regiones con alta exposición solar, no se encuentra evidencia

REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA: NOVIEMBRE 2014-FEBRERO 2105

Dr Manuel Sorribas
Hospital Xeral-Cíes de Vigo



Sociedad Española
de Inflamación Ocular

estadísticamente significativa de aumento en la incidencia de linfomas, clásicamente asociados al uso de estos fármacos. Otros factores que pueden influir en la presencia de neoplasias deben ser tenidos en cuenta (*Khachatryan et al. 2015*).

Se estudia el papel del tratamiento con fármacos antituberculosos en pacientes con presunta tuberculosis ocular (*Agrawal et al. 2015*). Varios expertos en diferentes países debaten sobre el enfoque diagnóstico y terapéutico de la tuberculosis ocular, existiendo diferencias según el área geográfica en la que trabajen (*Lou et al. 2015*).

La inyección intravítrea de adalimumad (cada 4 semanas durante un periodo de 26 semanas) resultó eficaz en pacientes con uveítis no infecciosa. Se obtuvo beneficio en el control de la inflamación intraocular, disminución del edema macular y mejoría de la agudez visual (*Haman et al. 2014*).

Un estudio realiza una revisión del edema macular uveítico. Tras abordar sus causas y los métodos diagnósticos, revisa el escalón terapéutico y disponibilidad de fármacos intravítreos (*Fardeau et al. 2015*).

En un estudio experimental con conejos, la inyección de bevacizumab intravítreo puede resultar eficaz en controlar la inflamación en la fase aguda de la uveítis, cuando el tratamiento con corticoides estuviese contraindicado (*Ayyıldız et al. 2014*).

Un estudio revisa los implantes de acetónido de fluocinolona (Retisert) tras 187 inyecciones del mismo, observando consecuencias en casos de múltiples implantes (*Freitas-Neto et al. 2014*).

Un total de 934 especialistas en uveítis y retina en EE.UU. priorizaron la toma de decisiones en el tratamiento de las uveítis intermedias y posteriores (*Ozzello et al. 2014*).

Se describe un caso de un paciente con vasculitis oclusiva bilateral en el contexto de enfermedad de Behçet, en el que el tratamiento asociado inicial de corticoide sistémico e infliximab produce un rápido control del cuadro (*Bañeros-Rojas et al. 2014*).

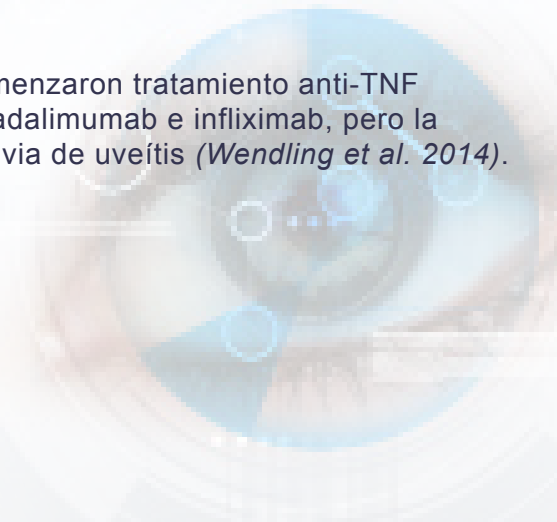
Otro estudio analiza el beneficio del implante de Ozurdex en pacientes con edema macular, en uveítis no infecciosas, asociado a trombosis venosa y edema macular diabético (*Lozano et al. 2015*).

Editorial que incide en el papel que juega el etanercept en el desarrollo de uveítis, estableciendo recomendaciones de uso en pacientes con espondilitis anquilosante que presentan uveítis (*Brito-Zerón et al. 2015*).

Se describe la eficacia del golimumab en 3 pacientes en los que otros anti-TNF previamente no resultaron eficaces (*Calvo-Río et al. 2014*).

Un trabajo estudia la eficacia del tratamiento con dexametasona tópica en el manejo del edema macular uveítico (*Krag et al. 2014*).

Un estudio revisa el riesgo de desarrollar uveítis en pacientes que comenzaron tratamiento anti-TNF por su espondilitis anquilosante. No se encontraron diferencias entre adalimumab e infliximab, pero la incidencia resultó mayor para etanercept, en pacientes sin historia previa de uveítis (*Wendling et al. 2014*).



BIBLIOGRAFÍA

- Tomkins-Netzer O, Talat L, Bar A, Lula A, Taylor SR, Joshi L, Lightman S. Long-term clinical outcome and causes of vision loss in patients with uveitis. *Ophthalmology*. 2014 Dec;121(12):2387-92.
- Accorinti M, Gilardi M, Pirraglia MP, Amorelli GM, Nardella C, Abicca I, Pesci FR. Cytomegalovirus anterior uveitis: long-term follow-up of immunocompetent patients. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*. 2014 Nov;252(11):1817-24.
- Nicholson BP, Zhou M, Rostamizadeh M, Mehta P, Agrón E, Wong W, Wiley H, Nussenblatt R, Sen HN. Epidemiology of epiretinal membrane in a large cohort of patients with uveitis. *Ophthalmology*. 2014 Dec;121(12):2393-8.
- Wang Y, Huang XF, Yang MM, Cai WJ, Zheng MQ, Mao G, Pang CP, Jin ZB. CFI-rs7356506 is a genetic protective factor for acute anterior uveitis in Chinese patients. *Br J Ophthalmol*. 2014 Nov;98(11):1592-6.
- Kuiper JJ, Van Setten J, Ripke S, Van 'T Slot R, Mulder F, Missotten T, Baarsma GS, Francioli LC, Pulit SL, De Kovel CG, Ten Dam-Van Loon N, Den Hollander AI, Huis in het Veld P, Hoyng CB, Cordero-Coma M, Martín J, Llorenç V, Arya B, Thomas D, Bakker SC, Ophoff RA, Rothova A, De Bakker PI, Mutis T, Koeleman BP. A genome-wide association study identifies a functional ERAP2 haplotype associated with birdshot chorioretinopathy. *Hum Mol Genet*. 2014 Nov 15;23(22):6081-7.
- Jakob E, Max R, Zimmermann S, Dalpke AH, Alle W, Becker M, Mackensen F. Three years of experience with QuantiFERON-TB gold testing in patients with uveitis. *Ocul Immunol Inflamm*. 2014 Dec;22(6):478-84.
- Albert K, Masset M, Bonnet S, Willermain F, Caspers L. Long-term follow-up of herpetic non-necrotizing retinopathy with occlusive retinal vasculitis and neovascularization. *J Ophthalmic Inflamm Infect*. 2015 Feb 28;5:6
- Annamalai R, Biswas J. Bilateral choroidal tuberculoma in miliary tuberculosis - report of a case. *J Ophthalmic Inflamm Infect*. 2015 Feb 13;5:4.
- Barut K, Rzayev T, Canpolat N, Ozluk Y, Tugal-Tutkun I, Kasapcopur O. Acute granulomatous iridocyclitis in a child with tubulointerstitial nephritis and uveitis syndrome. *J Ophthalmic Inflamm Infect*. 2015 Feb 13;5:3.
- Shetty SB, Bawtag MA, Biswas J. A case of subretinal tubercular abscess presenting as disc edema. *Indian J Ophthalmol*. 2015 Feb;63(2):164-6.
- Mine I, Ishikawa S, Takeuchi M. Varicella zoster virus-associated anterior uveitis in a seronegative adult without a history of chickenpox. *Clin Ophthalmol*. 2015 Feb 26;9:399-402.
- Matsumoto K, Fukunari K, Ikeda Y, Miyazono M, Kishi T, Matsumoto R, Fukuda M, Uchiumi S, Yoshizaki M, Nonaka Y, Kanaya A. A report of an adult case of tubulointerstitial nephritis and uveitis (TINU) syndrome, with a review of 102 Japanese cases. *Am J Case Rep*. 2015 Feb 28;16:119-23.
- Heiligenhaus A, Minden K, Föll D, Pleyer U. Uveitis in juvenile idiopathic arthritis. *Dtsch Arztebl Int*. 2015 Feb 6;112(6):92-100.
- Freitas-Neto CA, Boonsopon S, Dhanireddy S, Maghsoudlou A, Silpa-Archa S, Foster CS. Birdshot retinochoroidopathy review. *Arq Bras Oftalmol*. 2015 Jan-Feb;78(1):56-61

REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA: NOVIEMBRE 2014-FEBRERO 2105

Dr Manuel Sorribas
Hospital Xeral-Ciés de Vigo



Sociedad Española
de Inflamación Ocular

- Klaska IP, Forrester JV. Mouse models of autoimmune uveitis. *Curr Pharm Des.* 2015;21(18):2453-67.
- Agrawal R, Bhan K, Balaggan K, Lee RW, Pavesio CE, Addison PK. Unilateral acute maculopathy associated with adult onset hand, foot and mouth disease: case report and review of literature. *J Ophthalmic Inflamm Infect.* 2015 Feb 1;5:2.
- Das D, Das K, Islam S, Bhattacharjee K, Bhattacharjee H, Das SM, Deka A. A rare case of anterior chamber dirofilariasis. *Oman J Ophthalmol.* 2015 Jan-Apr;8(1):50-3.
- Or C, Kirker AW, Forooghian F. Uveitic crystalline maculopathy. *J Ophthalmic Inflamm Infect.* 2015 Feb 14;5:5.
- Fang J, Chen L, Tang J, Hou S, Liao D, Ye Z, Wang C, Cao Q, Kijlstra A, Yang P. Association Between Copy Number Variations of TLR7 and Ocular Behçet's Disease in a Chinese Han Population. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 2015 Feb 3;56(3):1517-23.
- Rose-Nussbaumer J, Li Y, Lin P, Suhler E, Asquith M, Rosenbaum JT, Huang D. Aqueous cell differentiation in anterior uveitis using fourier-domain optical coherence tomography. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 2015 Feb 3;56(3):1430-6.
- Le Reun S, Poulain M, Perlat A, Mortemousque B. Role of PET-scan in the positive diagnosis of sarcoidosis in the work-up of uveitis. *J Fr Ophtalmol.* 2015 Feb;38(2):103-11.
- Ohtsuka M, Hashida N, Hozumi K, Nishida K. Diagnostic evaluation of sarcoid choroidal granuloma using high-penetration optical coherence tomography. *Nihon Ganka Gakkai Zasshi.* 2014 Dec;118(12):1013-9.
- Kataria P, Kumar A, Bansal R, Sharma A, Gupta V, Gupta A, Singh R, Sharma K. devR PCR for the diagnosis of intraocular tuberculosis. *Ocul Immunol Inflamm.* 2015 Feb;23(1):47-52.
- Gupta V, Shoughy SS, Mahajan S, Khairallah M, Rosenbaum JT, Curi A, Tabbara KF. Clinics of ocular tuberculosis. *Ocul Immunol Inflamm.* 2015 Feb;23(1):14-24.
- Cunningham ET Jr, Rathinam SR, Albini TA, Chee SP, Zierhut M. Tuberculous uveitis. *Ocul Immunol Inflamm.* 2015 Feb;23(1):2-6.
- Jee D, Kim KS, Lee WK, Kim W, Jeon S. Clinical Features of Ocular Toxocariasis in Adult Korean Patients. *Ocul Immunol Inflamm.* 2015 Jan 7:1-10.
- Cho H, Pillai P, Nicholson L, Sobrin L. Inflammatory Papillitis in Uveitis: Response to Treatment and Use of Optic Nerve Optical Coherence Tomography for Monitoring. *Ocul Immunol Inflamm.* 2014 Dec 30:1-13.
- Alvarez C, de-la-Torre A, Vargas M, Herrera C, Uribe-Huertas LD, Lora F, Gómez-Marín JE. Striking Divergence in Toxoplasma ROP16 Nucleotide Sequences From Human and Meat Samples. *J Infect Dis.* 2014 Dec 23.
- Fujimoto K, Hiraoka M, Inatomi S, Ohguro H. Association of cryptogenic organizing pneumonia in bilateral anterior uveitis. *Case Rep Ophthalmol.* 2014 Nov 13;5(3):365-72.
- Chen P, Tucker W, Hannes S, Liu B, Si H, Gupta A, Lee RW, Sen HN, Nussenblatt RB. Levels of blood CD1c+ mDC1 and CD1chi mDC1 subpopulation reflect disease activity in noninfectious uveitis. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 2014 Dec 16;56(1):346-52.
- Takase H, Okada AA, Goto H, Mizuki N, Namba K, Ohguro N, Sonoda KH, Tomita M, Keino H, Kezuka T, Kubono R, Mizuuchi K, Shibuya E, Takahashi H, Yanai R, Mochizuki M. Development and validation of new diagnostic criteria for acute retinal necrosis. *Jpn J Ophthalmol.* 2015 Jan;59(1):14-20.

REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA: NOVIEMBRE 2014-FEBRERO 2105

Dr Manuel Sorribas
Hospital Xeral-Ciés de Vigo



Sociedad Española
de Inflamación Ocular

- Moshirfar M, Fenzl CR, Li Z. What we know about ocular manifestations of Ebola. *Clin Ophthalmol*. 2014 Nov 21;8:2355-7.
- Pandya VB, Hooper CY, Essex RW, Cook M. Tattoo-associated uveitis. *Am J Ophthalmol*. 2014 Dec;158(6):1355-6.
- Arevalo JF, Lasave AF, Al Jindan MY, Al Sabaani NA, Al-Mahmood AM, Al-Zahrani YA, Al Dhibi HA; KKESH Uveitis Survey Study Group; KKESH Uveitis Survey Study Group. Uveitis in Behçet disease in a tertiary center over 25 years: the KKESH Uveitis Survey Study Group. *Am J Ophthalmol*. 2015 Jan;159(1):177-84.
- Moradi A, Salek S, Daniel E, Gangaputra S, Ostheimer TA, Burkholder BM, Leung TG, Butler NJ, Dunn JP, Thorne JE. Clinical features and incidence rates of ocular complications in patients with ocular syphilis. *Am J Ophthalmol*. 2015 Feb;159(2):334-43.
- Martín-Escuer B, Cordero-Coma M, Pérez-Díez E, Garzo-García I, Valverde-Romero E. Bilateral herpetic keratouveitis in an immunocompetent patient. *Arch Soc Esp Oftalmol*. 2015 Jan;90(1):30-2.
- Lieberman P, Gauro F, Berger O, Urzua CA. Causes of Uveitis in a Tertiary Center in Chile: A Cross-sectional Retrospective Review. *Ocul Immunol Inflamm*. 2014 Dec 1:1-7.
- Kuiper J, Rothova A, de Boer J, Radstake T. The immunopathogenesis of birdshot chorioretinopathy; a bird of many feathers. *Prog Retin Eye Res*. 2015 Jan;44:99-110.
- Yu H, Liu Y, Zhang L, Wu L, Zheng M, Cheng L, Luo L, Kijlstra A, Yang P. FoxO1 gene confers genetic predisposition to acute anterior uveitis with ankylosing spondylitis. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2014 Nov 20;55(12):7970-4.
- Cunningham ET Jr, van Velthoven ME, Zierhut M. Spectral-domain-optical coherence tomography in uveitis. *Ocul Immunol Inflamm*. 2014 Dec;22(6):425-8.
- Learned D, Nudleman E, Robinson J, Chang E, Stec L, Faia LJ, Wolfe J, Williams GA. Multimodal imaging of west nile virus chorioretinitis. *Retina*. 2014 Nov;34(11):2269-74.
- Davis JL. Ocular syphilis. *Curr Opin Ophthalmol*. 2014 Nov;25(6):513-8.
- Agrawal R, Lee C, Phatak S, Pavesio C. Immunopharmacotherapy of non-infectious uveitis: where do we stand? *Expert Opin Biol Ther*. 2014 Dec;14(12):1719-22.
- Zarranz-Ventura J, Carreño E, Johnston RL, Mohammed Q, Ross AH, Barker C, Fonollosa A, Artaraz J, Pelegrin L, Adan A, Lee RW, Dick AD, Sallam A. Multicenter study of intravitreal dexamethasone implant in noninfectious: indications, outcomes, and reinjection frequency. *Am J Ophthalmol*. 2014 Dec;158(6):1136-1145.
- Mesquida M, Molins B, Llorenç V, Sainz de la Maza M, Adán A. Long-term effects of tocilizumab therapy for refractory uveitis-related macular edema. *Ophthalmology*. 2014 Dec;121(12):2380-6.
- Goldberg NR, Lyu T, Moshier E, Godbold J, Jabs DA. Success with single-agent immunosuppression for multifocal choroidopathies. *Am J Ophthalmol*. 2014 Dec;158(6):1310-7.
- Reddy AK, Cabrera M, Yeh S, Davis JL, Albin TA. Optical coherence tomography-guided ranibizumab injection for cystoid macular edema in well-controlled uveitis: twelve-month outcomes. *Retina*. 2014 Dec;34(12):2431-8.
- Sen HN, Vitale S, Gangaputra SS, Nussenblatt RB, Liesegang TL, Levy-Clarke GA, Rosenbaum JT, Suhler EB, Thorne JE, Foster CS, Jabs DA, Kempen JH. Periocular corticosteroid injections in uveitis: effects and complications. *Ophthalmology*. 2014 Nov;121(11):2275-86.

REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA: NOVIEMBRE 2014-FEBRERO 2105

Dr Manuel Sorribas
Hospital Xeral-Ciés de Vigo



Sociedad Española
de Inflamación Ocular

Bajwa A, Aziz K, Foster CS. Safety and efficacy of fluocinolone acetonide intravitreal implant (0.59 mg) in birdshot retinochoroidopathy. *Retina*. 2014 Nov;34(11):2259-68.

Calvo-Río V, Blanco R, Beltrán E, Sánchez-Bursón J, Mesquida M, Adán A, Hernandez MV, Hernandez Garfella M, Valls Pascual E, Martínez-Costa L, Sellas-Fernández A, Cordero Coma M, Díaz-Llopis M, Gallego R, Salom D, García Serrano JL, Ortego N, Herreras JM, Fonollosa A, García-Aparicio AM, Maíz O, Blanco A, Torre I, Fernández-Espartero C, Jovani V, Peiteado-Lopez D, Pato E, Cruz J, Fernández-Cid C, Aurrecoechea E, García M, Caracuel MA, Montilla C, Atanes A, Hernandez FF, Insua S, González-Suárez S, Sánchez-Andrade A, Gamero F, Linares L, Romero-Bueno F, García AJ, Almodovar R, Minguez E, Carrasco Cubero C, Olive A, Vázquez J, Ruiz Moreno O, Jiménez-Zorzo F, Manero J, Muñoz Fernández S, Rueda-Gotor J, González-Gay MA. Anti-TNF- α therapy in patients with refractory uveitis due to Behçet's disease: a 1-year follow-up study of 124 patients. *Rheumatology (Oxford)*. 2014 Dec;53(12):2223-31.

Wu D, Guo YY, Xu NN, Zhao S, Hou LX, Jiao T, Zhang N. Efficacy of anti-tumor necrosis factor therapy for extra-articular manifestations in patients with ankylosing spondylitis: a meta-analysis. *BMC Musculoskelet Disord*. 2015 Feb 10;16:19.

Khurana RN, Porco TC. Efficacy and safety of dexamethasone intravitreal implant for persistent uveitic cystoid macular edema. *Retina*. 2015 Feb 14.

Liu X, Zhang M. Uveitic macular edema and the pharmacotherapy. *Zhonghua Yan Ke Za Zhi*. 2015 Feb;51(2):151-4.

Munk MR, Ram R, Rademaker A, Liu D, Setlur V, Chau F, Schmidt-Erfurth U, Goldstein DA. Influence of the vitreomacular interface on the efficacy of intravitreal therapy for uveitis-associated cystoid macular oedema. *Acta Ophthalmol*. 2015 Feb 23.

Abbouda A, Tortorella P, Restivo L, Santoro E, De Marco F, La Cava M. Follow-Up Study of Over Three Years of Patients with Uveitis after Cataract Phacoemulsification: Outcomes and Complications. *Semin Ophthalmol*. 2015 Feb 20:1-10.

Onishi SM, Asahi MG, Chou C, Gallemore RP. Topical difluprednate for the treatment of Harada's disease. *Clin Ophthalmol*. 2015 Jan 21;9:157-67.

Khachatryan N, Kempen JH. Immunosuppressive therapy and cancer risk in ocular inflammation patients: fresh evidence and more questions. *Ophthalmology*. 2015 Feb;122(2):219-21.

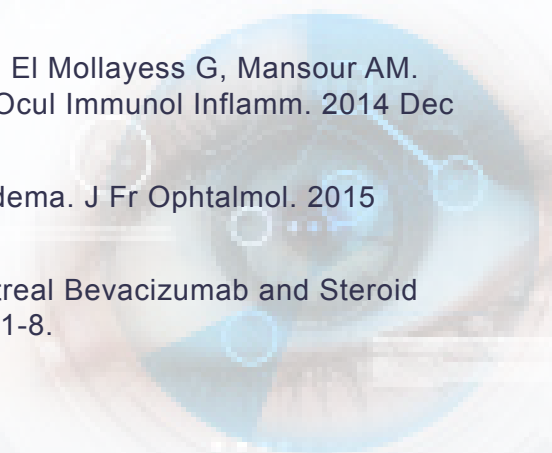
Agrawal R, Gupta B, Gonzalez-Lopez JJ, Rahman F, Phatak S, Triantafyllopoulou I, Addison PK, Westcott M, Pavesio CE. The role of anti-tubercular therapy in patients with presumed ocular tuberculosis. *Ocul Immunol Inflamm*. 2015 Feb;23(1):40-6.

Lou SM, Montgomery PA, Larkin KL, Winthrop K, Zierhut M, Rosenbaum JT; Uveitis Specialists Study Group. Diagnosis and treatment for ocular tuberculosis among uveitis specialists: the international perspective. *Ocul Immunol Inflamm*. 2015 Feb;23(1):32-9.

Hamam RN, Barikian AW, Antonios RS, Abdulaal MR, Alameddine RM, El Mollayess G, Mansour AM. Intravitreal Adalimumab in Active Noninfectious Uveitis: A Pilot Study. *Ocul Immunol Inflamm*. 2014 Dec 30:1-8.

Fardeau C, Champion E, Massamba N, LeHoang P. Uveitic macular edema. *J Fr Ophtalmol*. 2015 Jan;38(1):74-8.

Ayyıldız O, Durukan AH, Ozgurtas T, Gunal A. A Comparison of Intravitreal Bevacizumab and Steroid Activity in an Experimental Uveitis Model. *Curr Eye Res*. 2014 Dec 29:1-8.



REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA: NOVIEMBRE 2014-FEBRERO 2105

Dr Manuel Sorribas
Hospital Xeral-Cíes de Vigo



Sociedad Española
de Inflamación Ocular

- Freitas-Neto CA, Maghsoudlou A, Dhanireddy S, Payal A, Boonsopon S, Ratwatt MD, Foster CS. Outcome of Multiple Implants and Dissociation of Fluocinolone Acetonide Intravitreal Implant (Retisert) in a Series of 187 Consecutive Implants. *Ocul Immunol Inflamm*. 2014 Dec 26:1-5.
- Ozzello DJ, Palestine AG. Factors affecting therapeutic decisions in intermediate and posterior uveitis. *Am J Ophthalmol*. 2015 Feb;159(2):213-20.
- Bañeros-Rojas P, Berrozpe-Villabona C, Peraza-Nieves JE, Díaz-Valle D. Early treatment with infliximab in bilateral occlusive vasculitis as a presenting manifestation of Behçet' disease. *Arch Soc Esp Oftalmol*. 2014 Nov 20.
- Lozano López V, Serrano García M, Mantolán Sarmiento C, Pareja Ríos A, Losada Castillo MJ, Cordovés Dorta L, Quijada Fumero E, Virgós Aller T, Bullejos Molina M. A cost-effectiveness study of dexamethasone implants in macular edema. *Arch Soc Esp Oftalmol*. 2015 Jan;90(1):14-21.
- Brito-Zerón P, Perez-Alvarez R, Ramos-Casals M; BIOGEAS Study Group. Etanercept and uveitis: friends or foes? *Curr Med Res Opin*. 2015 Feb;31(2):251-2.
- Calvo-Río V, de la Hera D, Blanco R, Beltrán-Catalán E, Loricera J, Cañal J, Ventosa J, Cifrián JM, Ortiz-Sanjuán F, Rueda-Gotor J, González-Vela MC, González-López M, González-Gay MA. Golimumab in uveitis previously treated with other anti-TNF-alpha drugs: a retrospective study of three cases from a single centre and literature review. *Clin Exp Rheumatol*. 2014 Nov-Dec;32(6):864-8.
- Krag S, Hessellund A. Topical dexamethasone-cyclodextrin microparticle eye drops for uveitic macular oedema. *Acta Ophthalmol*. 2014 Dec;92(8):e689-90.
- Wendling D, Joshi A, Reilly P, Jalundhwala YJ, Mittal M, Bao Y. Comparing the risk of developing uveitis in patients initiating anti-tumor necrosis factor therapy for ankylosing spondylitis: an analysis of a large US claims database. *Curr Med Res Opin*. 2014 Dec;30(12):2515-21.

