

UVEÍTIS: LO MEJOR DE LOS ÚLTIMOS 4 MESES (Julio a Octubre de 2014)

Ester Carreño
Bristol Eye Hospital,
University Hospital Bristol NHS Foundation Trust.
e-mail: carregnito@gmail.com

.....



A continuación presentamos un resumen de lo más importante publicado en UVEÍTIS en los últimos 4 meses en revistas indexadas en Pubmed. Hemos agrupado las publicaciones en 4 temas: 1. Etiología y pronóstico, 2. Tratamientos, 3. Imagen, 4. Revisiones de interés. Al final del documento encontraréis las referencias completas de los trabajos revisados.

1. ETIOLOGÍA DE LAS UVEÍTIS Y PRONÓSTICO DE ENTIDADES CONCRETAS:

.....

En un trabajo se analizó los resultados clínicos y las causas de pérdida de visión en pacientes con uveítis, incluyendo 1076 pacientes. La agudeza visual media se mantuvo estable desde el inicio hasta el final del seguimiento en el caso de uveítis tanto anteriores como no anteriores. 19,2% de los pacientes sufrieron pérdida de visión, con una incidencia de pérdida de visión moderada por año y ojo de 0,01 y de pérdida de visión severa también de 0,01 por año y ojo. Los pacientes con mayor riesgo de pérdida de visión fueron aquellos con uveítis no anteriores, opacidades vítreas, desprendimiento de retina, edema macular, cicatriz macular, agujero macular, neuropatía óptica, o isquemia macular (*Tomkins-Netzer et al. 2014*).

Un análisis para caracterizar la hipertensión ocular en uveítis, incluyó 200 ojos con uveítis, de los cuales 42 (21%) desarrollaron hipertensión ocular. En más de la mitad de los casos (52.4%) se asoció con uveítis anteriores. Se encontró un mayor riesgo de desarrollar hipertensión ocular en los pacientes mayores de 60 años, pacientes con sinequias anteriores periféricas de más de 180 grados y el uso de glucocorticoides tópicos (*Mahajan et al. 2014*).

Se estudió el riesgo de desarrollo de uveítis en pacientes tratados con moxifloxacino, levofloxacino y ciprofloxacino, mediante un estudio de casos y controles que incluyó 13.313 casos de uveítis y 133.130 controles. Se encontró un riesgo relativo de 2,98 de desarrollar uveítis en los pacientes tratados por primera vez con moxifloxacino y de 1,96 para los tratados con ciprofloxacino con respecto al control, pero no en aquellos tratados con levofloxacino (*Eadie et al. 2014*).

También se describió la asociación de uveítis con nuevos fármacos como el Vemurafenib, usado en el tratamiento del melanoma metastásico. El tiempo medio desde el inicio del tratamiento a la aparición de los síntomas fue de 5,6 meses, los signos de inflamación intraocular fueron bilaterales en todos los casos, con un espectro de manifestaciones incluyendo desde uveítis leves de localización anterior hasta uveítis severas complicadas con desprendimiento de retina (*Guedj et al. 2014*).

Un estudio acerca de la calidad de vida en pacientes en tratamiento inmunomodulador por uveítis, demostró un incremento estadísticamente significativo en la puntuación de un cuestionario de calidad de vida (NEI-VFQ 25) tras empezar tratamiento con fármacos inmunomoduladores en uveítis posteriores o panuveítis (*Kaleemunnisha et al. 2014*).

Otro estudio valoró las características de los pacientes que presentaron el primer episodio de uveítis con ≥ 60 años. Se incluyeron 68 pacientes, el 75% de los cuales presentaban uveítis anteriores, que fueron

UVEÍTIS: LO MEJOR DE LOS ÚLTIMOS 4 MESES (Julio a Octubre de 2014).

Ester Carreño

Bristol Eye Hospital,
University Hospital Bristol NHS Foundation Trust.
e-mail: carregnito@gmail.com



Sociedad Española
de Inflamación Ocular

idiopáticas en el 33,8% y presuntamente herpéticas también en el 33,8%. Se halló elevación de la PIO en el 17,7%, edema macular en el 11,1% y cicatriz corneal en el 11,1% (*Nalcacioglu-Yuksekkaya et al. 2014*).

En cuanto a la epidemiología de las membranas epirretinianas en uveítis, en un trabajo se estudiaron 598 pacientes. El 41% presentaban membranas epirretinianas en al menos un ojo con SD-OCT. 28,1% de los casos fueron uveítis anteriores, 57% intermedias y 43,3% uveítis posteriores y panuveítis. Se asoció con la presencia de membrana epiretiniana: edad avanzada, uveítis intermedia, uveítis posterior y panuveítis, e historia de cirugía de cataratas (*Nicholson et al. 2014*).

En el campo de las uveítis no infecciosas se evaluó el riesgo de aparición de uveítis en pacientes con espondilitis anquilosante sin uveítis en el momento de empezar tratamiento con un anti-TNF. El estudio incluyó 2.115 pacientes. La mediana para el tiempo desde el inicio del tratamiento al primer episodio de uveítis fue de 191 días (243 días para Adalimumab y 144 para Etanercept). La tasa de incidencia de uveítis por año fue de 2,4% para Adalimumab, mientras que fue del 4,5% para el caso de Etanercept. El riesgo de desarrollar uveítis en el grupo tratado con Etanercept fue 1,9 veces mayor que para el grupo tratado con Adalimumab (*Wendling et al. 2014*).

Se valoró también las características de la presentación extra-articular en el contexto de la espondilitis anquilosante. De 216 pacientes con espondilitis anquilosante incluidos 18% tenía historia de uveítis anterior en el momento de inclusión, la historia de uveítis estuvo asociada con el aumento de la edad, mayor duración de los síntomas y un mayor daño radiográfico. El desarrollo de uveítis en aquellos pacientes que no tenían historia de uveítis al inicio del estudio se relacionó con niveles más altos de proteína C reactiva durante el seguimiento (*Essers et al. 2014*).

Un estudio sobre el fenotipo de la inflamación ocular asociada con la enfermedad granulomatosa sistémica juvenil (o síndrome de Blau) mostró que la inflamación ocular en esta enfermedad se caracteriza por la presencia de panuveítis bilateral con una apariencia nodular en la zona peripapilar (presente en el 81% de los ojos) (*Carreño et al. 2014*).

En otro trabajo se valoró las características de las uveítis asociadas con esclerosis múltiple. De 113 pacientes, 73% fueron mujeres con una media de presentación de 40,6 años, con una agudeza visual media a la presentación de 20/39 y 80% se presentaron con uveítis intermedia. Comparando estos casos con los pacientes con uveítis intermedia idiopática, se encontró que los pacientes con esclerosis múltiple eran significativamente de mayor edad y más frecuentemente mujeres (*Messenger et al. 2014*).

En cuanto a uveítis infecciosas se propuso una nueva clasificación para la tuberculosis intraocular, definida como confirmada, probable o posible, en función de los signos clínicos, y pruebas diagnósticas (*Gupta et al. 2014*). Otro estudio mostró la ausencia de consenso entre los especialistas de uveítis (USA) en el tratamiento de la tuberculosis ocular (*Lou et al. 2014*).

Un estudio en 50 pacientes diagnosticados con sífilis (31 hombres, 19 mujeres), encontró un 34% de co-infección con el VIH y 24% asociaban manifestaciones sistémicas de sífilis. La presentación ocular más frecuente fue la papilitis en un 33,3%. De los ojos que se presentaron con edema macular, un 50% tuvieron una disminución de agudeza visual durante el seguimiento, mientras que los que no tenían edema macular sólo en el 7,1% de los casos se observó disminución de visión (*Fonollosa et al. 2014*).

Con respecto a la coriorretinitis por toxoplasma, un estudio retrospectivo que incluyó 84 pacientes, estimó un número medio de 0.29 recurrencias por año durante el seguimiento. La mediana para el tiempo libre de recurrencia después de un episodio fue de 2,52 años, siendo el riesgo de recurrencia más alto en el primer año después del episodio más reciente, con una disminución del riesgo con la duración del periodo libre de recurrencia. El riesgo de recurrencia también disminuyó con la duración de la enfermedad. El tratamiento en el primer episodio y la edad del paciente en el primer episodio o en la última recurrencia influyó el riesgo de recurrencia. Los autores proponen profilaxis de las recurrencias durante el primer año después de un episodio, especialmente en el caso de la primera lesión, y en pacientes mayores,

UVEÍTIS: LO MEJOR DE LOS ÚLTIMOS 4 MESES (Julio a Octubre de 2014).

Ester Carreño
Bristol Eye Hospital,
University Hospital Bristol NHS Foundation Trust.
e-mail: carregnito@gmail.com



Sociedad Española
de Inflamación Ocular

especialmente si es la primera lesión (*Reich et al. 2014*).

En cuanto a las características de la uveítis por citomegalovirus (CMV) en pacientes inmunocompetentes, en un trabajo se estudiaron 16 pacientes con PCR positiva para CMV en cámara anterior. La media de edad en el momento del primer episodio de uveítis fue de 52 años, 68,8% de los ojos tenían inflamación intraocular de 1+ o menos, 50% tenían atrofia sectorial de iris asociada, y 12,5% heterocromía, 68,8% tenían una PIO elevada, 43,8% fueron diagnosticados de síndrome de Posner-Schlossman basándose en las características clínicas y 18,8% diagnosticados de ciclitis heterocrómica de Fuchs (*Woo et al. 2014*). Otro estudio con 15 casos encontró que los pacientes con PCR positiva para CMV, 60% fueron previamente diagnosticados de síndrome de Posner-Schlossman, y un 20% de ciclitis de Fuchs. El número medio de brotes de uveítis tras el tratamiento anti-CMV disminuyó significativamente, sin diferencias significativas entre los pacientes tratados sólo tópicamente o en combinación con tratamiento oral. Un aumento crónico de la PIO se observó en 86,6% de los pacientes, siendo necesaria la cirugía de glaucoma en el 60% (*Accorinti et al. 2014*).

2. TRATAMIENTO DE LAS UVEÍTIS:

Con respecto al tratamiento de las uveítis no infecciosas se describieron nuevos resultados del uso de Certolizumab pegol en el tratamiento de uveítis en un estudio que incluyó 7 pacientes con uveítis activas tras el fallo de otros anti-TNF-alpha, tratados al menos 6 meses con Certolizumab. Este estudio demostró un control de la inflamación en 5 casos (71,4%) (*Llorenç et al. 2014*). Igualmente para el caso de Golimumab en 3 pacientes previamente tratados con otros anti-TNF-alpha demostró un control de la uveítis sin recurrencias de la enfermedad durante los 3 meses de seguimiento en todos los pacientes (*Calvo-Rio et al. 2014*).

Los biológicos como el Tocilizumab también fueron evaluados. En un estudio que incluyó 7 pacientes refractarios a Adalimumab o Infliximab, con un seguimiento medio de 8 meses, Tocilizumab demostró una mejoría clínica en el 75% de los pacientes (*Papo et al. 2014*). Otro estudio también con Tocilizumab, valoró en particular el efecto sobre el edema macular uveítico. Siete pacientes (11 ojos) fueron incluidos, con una mejoría significativa en la agudeza visual media desde el inicio a los 12 meses. Tocilizumab se suspendió en 2 pacientes dada la buena respuesta clínica tras un año de tratamiento, con una recidiva del edema macular en ambos casos a los 3 meses de la retirada del tratamiento (*Mesquida et al. 2014*). Un estudio menor incluyendo 3 pacientes con uveítis refractarias a tratamiento convencional también demostró buena respuesta del Tocilizumab (*Calvo-Rio et al. 2014*).

Adalimumab (12 semanas de tratamiento) disminuyó el número de brotes de uveítis en pacientes con espondilitis anquilosante en 77 pacientes, con una disminución de la tasa de recurrencias del 80% (*van Denderen et al. 2014*).

En un trabajo sobre Adalimumab en uveítis severas asociadas a enfermedad de Behçet en 12 pacientes este fármaco consiguió una remisión del 92% con mejoría de la agudeza visual en al menos un ojo, la media de brotes de uveítis disminuyó de 2 a 0,42 y la dosis de corticoides diaria fue disminuida en el 92% de los pacientes, con completa suspensión de los corticoides en 58% (*Interlandi et al. 2014*). Otro estudio similar incluyendo 124 pacientes con uveítis asociada a enfermedad de Behçet tratados con Infliximab o Adalimumab durante al menos 1 año, observó un 67,7% de los pacientes con uveítis inactiva a un año de seguimiento (*Calvo-Rio et al. 2014*).

Un estudio retrospectivo valoró los resultados del tratamiento de las coroiditis multifocales (incluyendo coroidopatía tipo birdshot, coroiditis multifocal con panuveítis y coroidopatía punteada interna) con un solo fármaco inmunomodulador en 27 pacientes. La dosis de prednisolona se disminuyó en el 95% de los pacientes, y se suspendió en el 11% de los pacientes a los 2 años de tratamiento. Se observó éxito del tratamiento (entendido como no actividad de la enfermedad con una dosis de prednisolona ≤ 10 mg) a los

UVEÍTIS: LO MEJOR DE LOS ÚLTIMOS 4 MESES (Julio a Octubre de 2014).

Ester Carreño
Bristol Eye Hospital,
University Hospital Bristol NHS Foundation Trust.
e-mail: carregnito@gmail.com



Sociedad Española
de Inflamación Ocular

2 años con un solo fármaco en 74% de los casos, un 21% más se controló con la adición de un segundo fármaco (*Goldberg et al. 2014*).

En cuanto al uso de los glucocorticoides periorbitales en el tratamiento de uveítis un estudio incluyó 914 pacientes (1192 ojos), 31,3% con uveítis anteriores, 33,3% uveítis intermedias, y 35,4% uveítis posteriores y panuveítis. En menos de 6 meses el 72,2% de los ojos demostraron un control de la inflamación y 49,7% mostraron una mejoría de la visión a $\geq 20/40$. A 12 meses de seguimiento la incidencia acumulativa de ≥ 1 visita con una PIO de ≥ 24 mmHg fue del 34% y ≥ 30 mmHg del 15%; la cirugía de glaucoma sólo fue necesaria en 2,4% de los ojos. De los pacientes fágicos al inicio del estudio con visión $\geq 20/40$ la incidencia de disminución de visión ($< 20/40$) atribuible a la catarata fue del 20,2%, realizándose cirugía de cataratas en el 13,8% de los ojos inicialmente fágicos (*Sen et al. 2014*).

Un estudio multicéntrico sobre el uso de Ozurdex en uveítis en la vida real, que incluyó 63 pacientes (82 ojos, 142 inyecciones), mostró que la probabilidad de mejoría de agudeza visual (una mejoría ≥ 0.3 logMAR) fue del 39% al mes, 52% a los 6 meses y 58% a los 12 meses. En los casos de ojos con vitritis en el momento del tratamiento la mejora de 2 escalones en el grado de opacidad vítrea, ó 0,5+ a 0, se observó en 41% de los pacientes a las 2 semanas, en un 63% al mes, en un 79% a los 6 meses y en un 88% al año. En los pacientes que completaron 1 año de seguimiento (54 ojos), 40,7% recibieron al menos 2 inyecciones, y el tiempo medio a la segunda inyección fue de 6.6 meses (*Zarranz-Ventura et al. 2014*).

También se observó control de la inflamación en 11 pacientes con enfermedad de birdshot tratados con un implante intraocular de fluocinolona. Se encontró una disminución significativa de la inflamación intraocular presente en el 54,4% de los casos al inicio y en el 0% a los 3 años, con una reducción del edema macular al 20%, siendo posible la disminución de la terapia inmunomoduladora en la mayoría de los pacientes. Se observó un aumento de la PIO en 54,4% de los casos y el desarrollo de cataratas fue del 100% (*Bajwa et al. 2014*).

Otro estudio valoró el uso de Ranibizumab intravítreo en el tratamiento del edema macular en uveítis controladas. Se incluyó 5 ojos, con una media de 6,4 inyecciones durante el seguimiento, se observó un aumento medio de 12 letras en la agudeza visual, con un aumento significativo de la agudeza visual con respecto al tiempo de seguimiento y una disminución del espesor medido por OCT (*Reddy et al. 2014*).

En cuanto al tratamiento quirúrgico de las uveítis, en el caso del tratamiento quirúrgico de las complicaciones severas de la uveítis asociada a AIJ se describieron buenos resultados quirúrgicos, con mejoría de la agudeza visual a los 6 y 12 meses en 11 ojos de 7 pacientes tras vitrectomía completa con pelado de la membrana limitante interna asociada a lensectomía o facoemulsificación. No hubo recidiva de la uveítis en los primeros 6 meses, aunque 5 ojos recidivaron entre el mes 7 y el 19. Cinco ojos desarrollaron glaucoma a los 16 meses de media tras la cirugía (*Langner-Wegscheider & de Smet 2014*).

Un metanálisis valoró los resultados publicados de la cirugía de cataratas en pacientes con uveítis concluyendo que la agudeza visual final tras cirugía estuvo dentro de los niveles normales en la mayoría de los casos. El control preoperatorio de la inflamación, el uso de lentes acrílicas o HSM y el diagnóstico de uveítis de Fuchs estuvieron asociados con un mejor pronóstico (*Mehta et al. 2014*).

3. DIAGNÓSTICO POR IMAGEN EN UVEÍTIS:

Se describió el patrón de autofluorescencia en maculopatías inflamatorias en un estudio en el que se incluyeron 30 ojos con enfermedades inflamatorias maculares tales como: neurorretinopatía macular aguda, epitelopatía pigmentada multifocal posterior aguda, coroiditis serpiginosa, coroiditis multifocal y corioidopatía punteada interna. La fase activa en la mayoría de estas enfermedades se caracterizó por lesiones hiperautofluorescentes (*Lee et al. 2014*).



UVEÍTIS: LO MEJOR DE LOS ÚLTIMOS 4 MESES (Julio a Octubre de 2014).

Ester Carreño
Bristol Eye Hospital,
University Hospital Bristol NHS Foundation Trust.
e-mail: carregnito@gmail.com



Sociedad Española
de Inflammation Ocular

Un análisis con el nuevo Swept-source OCT del grosor retiniano y coroideo de 3 pacientes con coroiditis placoide relentless unilateral no demostró cambios significativos en el grosor coroideo o retiniano en comparación con el ojo contralateral (*Dolz-Marco et al. 2014*).

4. REVISIONES DE INTERÉS:

Revisiones destacadas de estos meses nos recuerdan las uveítis inducidas por fármacos (*Cordero-Coma et al. 2014*), nuevas líneas de tratamiento en uveítis autoinmunes y revisión de las opciones actuales (*Barry et al. 2014; Lee et al. 2014; Lee et al. 2014; Pleyer & Stubiger 2014*) y actualización sobre las manifestaciones oculares del Dengue (*Ng & Teoh 2014*).



UVEÍTIS: LO MEJOR DE LOS ÚLTIMOS 4 MESES (Julio a Octubre de 2014).

Ester Carreño
Bristol Eye Hospital,
University Hospital Bristol NHS Foundation Trust.
e-mail: carregnito@gmail.com



Sociedad Española
de Inflamación Ocular

BIBLIOGRAFÍA

Accorinti M, M Gilardi, MP Pirraglia, GM Amorelli, C Nardella, I Abicca & FR Pesci (2014): Cytomegalovirus anterior uveitis: long-term follow-up of immunocompetent patients. Graefe's archive for clinical and experimental ophthalmology = Albrecht von Graefes Archiv fur klinische und experimentelle Ophthalmologie.

Bajwa A, K Aziz & CS Foster (2014): SAFETY AND EFFICACY OF FLUOCINOLONE ACETONIDE INTRAVITREAL IMPLANT (0.59 mg) IN BIRDSHOT RETINOCHOROIDOPATHY. Retina 34: 2259-2268.

Barry RJ, QD Nguyen, RW Lee, PI Murray & AK Denniston (2014): Pharmacotherapy for uveitis: current management and emerging therapy. Clinical ophthalmology 8: 1891-1911.

Calvo-Rio V, R Blanco, E Beltran, J Sanchez-Burson, M Mesquida, A Adan, MV Hernandez, M Hernandez Garfella, E Valls Pascual, L Martinez-Costa, A Sellas-Fernandez, M Cordero Coma, M Diaz-Llopis, R Gallego, D Salom, JL Garcia Serrano, N Ortego, JM Herreras, A Fonollosa, AM Garcia-Aparicio, O Maiz, A Blanco, I Torre, C Fernandez-Espartero, V Jovani, D Peiteado-Lopez, E Pato, J Cruz, C Fernandez-Cid, E Aurrecochea, M Garcia, MA Caracuel, C Montilla, A Atanes, FF Hernandez, S Insua, S Gonzalez-Suarez, A Sanchez-Andrade, F Gamero, L Linares, F Romero-Bueno, AJ Garcia, R Almodovar, E Minguez, C Carrasco Cubero, A Olive, J Vazquez, O Ruiz Moreno, F Jimenez-Zorzo, J Manero, S Munoz Fernandez, J Rueda-Gotor & MA Gonzalez-Gay (2014): Anti-TNF-alpha therapy in patients with refractory uveitis due to Behcet's disease: a 1-year follow-up study of 124 patients. Rheumatology.

Calvo-Rio V, D de la Hera, E Beltran-Catalan, R Blanco, M Hernandez, L Martinez-Costa, J Loricera, J Canal, J Ventosa, F Ortiz-Sanjuan, T Pina, MC Gonzalez-Vela, P Rodriguez-Cundin & MA Gonzalez-Gay (2014): Tocilizumab in uveitis refractory to other biologic drugs: a study of 3 cases and a literature review. Clinical and experimental rheumatology 32 Suppl 84: 54-57.

Calvo-Rio V, D de la Hera, R Blanco, E Beltran-Catalan, J Loricera, J Canal, J Ventosa, JM Cifrian, F Ortiz-Sanjuan, J Rueda-Gotor, MC Gonzalez-Vela, M Gonzalez-Lopez & MA Gonzalez-Gay (2014): Golimumab in uveitis previously treated with other anti-TNF-alpha drugs: a retrospective study of three cases from a single centre and literature review. Clinical and experimental rheumatology.

Carreno E, CM Guly, M Chilov, A Hinchcliffe, JI Arostegui, RW Lee, AD Dick & AV Ramanan (2014): Optic nerve and retinal features in uveitis associated with juvenile systemic granulomatous disease (Blau syndrome). Acta ophthalmologica.

Cordero-Coma M, R Salazar-Mendez, I Garzo-Garcia & T Yilmaz (2014): Drug-induced uveitis. Expert opinion on drug safety: 1-16.

Dolz-Marco R, A Rodriguez-Raton, P Hernandez-Martinez, I Pascual-Camps, M Andreu-Fenoll & R Gallego-Pinazo (2014): Macular retinal and choroidal thickness in unilateral relentless placoid chorioretinitis analyzed by swept-source optical coherence tomography. Journal of ophthalmic inflammation and infection 4: 24.

Eadie B, M Etmnan & FS Mikelberg (2014): Risk for Uveitis With Oral Moxifloxacin: A Comparative Safety Study. JAMA ophthalmology.

Essers I, S Ramiro, C Stolwijk, M Blaauw, R Landewe, D van der Heijde, F Van den Bosch, M Dougados & A van Tubergen (2014): Characteristics associated with the presence and development of extra-articular manifestations in ankylosing spondylitis: 12-year results from OASIS. Rheumatology.

UVEÍTIS: LO MEJOR DE LOS ÚLTIMOS 4 MESES (Julio a Octubre de 2014).

Ester Carreño
Bristol Eye Hospital,
University Hospital Bristol NHS Foundation Trust.
e-mail: carregnito@gmail.com



Sociedad Española
de Inflamación Ocular

Fonollosa A, L Martinez-Indart, J Artaraz, A Martinez-Berriotxo, K Agirrebengoa, M Garcia, L Lopez-Soria, M Sorribas, D Diaz-Valle, R Blanco, J Rueda-Gotor, A Adan, V Llorenc, M Cordero-Coma, L Distefano, A Segura & A Blanco (2014): Clinical Manifestations and Outcomes of Syphilis-associated Uveitis in Northern Spain. *Ocular immunology and inflammation*: 1-6.

Goldberg NR, T Lyu, E Moshier, J Godbold & DA Jabs (2014): Success With Single-Agent Immunosuppression for Multifocal Choroidopathies. *American journal of ophthalmology*.

Guedj M, A Queant, E Funck-Brentano, N Kramkimel, J Lellouch, D Monnet, C Longvert, A Gantzer & AP Brezin (2014): Uveitis in Patients With Late-Stage Cutaneous Melanoma Treated With Vemurafenib. *JAMA ophthalmology*.

Gupta A, A Sharma, R Bansal & K Sharma (2014): Classification of Intraocular Tuberculosis. *Ocular immunology and inflammation*: 1-7.

Interlandi E, P Leccese, I Olivieri & L Latanza (2014): Adalimumab for treatment of severe Behcet's uveitis: a retrospective long-term follow-up study. *Clinical and experimental rheumatology* 32 Suppl 84: 58-62.

Kaleemunnisha S, S Sudharshan & J Biswas (2014): Quality of life in non-infectious uveitis patients on immunosuppressive therapy. *Middle East African journal of ophthalmology* 21: 225-231.

Langner-Wegscheider BJ & MD de Smet (2014): Surgical Management of Severe Complications Arising from Uveitis in Juvenile Idiopathic Arthritis. *Ophthalmologica. Journal international d'ophtalmologie. International journal of ophthalmology. Zeitschrift fur Augenheilkunde*.

Lee CS, AY Lee, F Forooghian, CS Bergstrom, J Yan & S Yeh (2014): Fundus autofluorescence features in the inflammatory maculopathies. *Clinical ophthalmology* 8: 2001-2012.

Lee K, A Bajwa, CA Freitas-Neto, JL Metzinger, BA Wentworth & CS Foster (2014): A comprehensive review and update on the biologic treatment of adult noninfectious uveitis: part II. Expert opinion on biological therapy 14: 1651-1666.

Lee K, A Bajwa, CA Freitas-Neto, JL Metzinger, BA Wentworth & CS Foster (2014): A comprehensive review and update on the non-biologic treatment of adult noninfectious uveitis: part I. Expert opinion on pharmacotherapy 15: 2141-2154.

Llorenc V, M Mesquida, M Sainz de la Maza, R Blanco, V Calvo, O Maiz, A Blanco, JR de Dios-Jimenez de Aberasturi & A Adan (2014): Certolizumab Pegol, a New Anti-TNF-alpha in the Armamentarium against Ocular Inflammation. *Ocular immunology and inflammation*: 1-6.

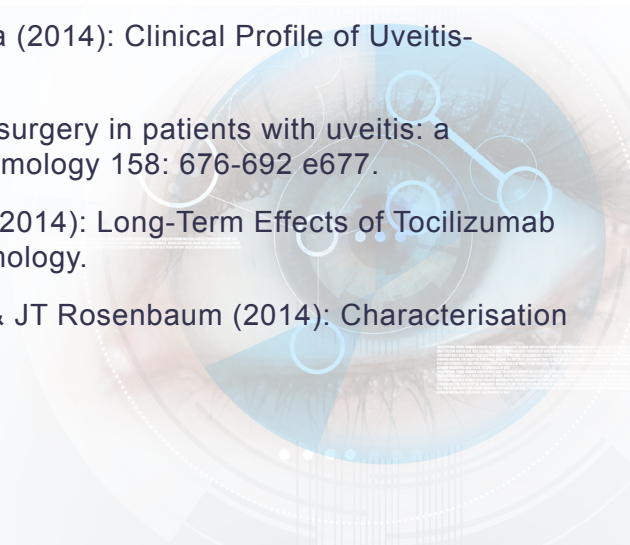
Lou SM, KL Larkin, K Winthrop, JT Rosenbaum & G members of Uveitis Specialists Study (2014): Lack of Consensus in the Diagnosis and Treatment for Ocular Tuberculosis among Uveitis Specialists. *Ocular immunology and inflammation*: 1-7.

Mahajan D, R Sharma, SP Garg, P Venkatesh, R Sihota & T Dada (2014): Clinical Profile of Uveitis-Related Ocular Hypertension. *International ophthalmology*.

Mehta S, MM Linton & JH Kempen (2014): Outcomes of cataract surgery in patients with uveitis: a systematic review and meta-analysis. *American journal of ophthalmology* 158: 676-692 e677.

Mesquida M, B Molins, V Llorenc, M Sainz de la Maza & A Adan (2014): Long-Term Effects of Tocilizumab Therapy for Refractory Uveitis-Related Macular Edema. *Ophthalmology*.

Messenger W, L Hildebrandt, F Mackensen, E Suhler, M Becker & JT Rosenbaum (2014): Characterisation



UVEÍTIS: LO MEJOR DE LOS ÚLTIMOS 4 MESES (Julio a Octubre de 2014).

Ester Carreño
Bristol Eye Hospital,
University Hospital Bristol NHS Foundation Trust.
e-mail: carregnito@gmail.com



Sociedad Española
de Inflamación Ocular

of uveitis in association with multiple sclerosis. The British journal of ophthalmology.

Nalcacioglu-Yuksekkaya P, PC Ozdal, A Yazici & H Tirhis (2014): Clinical and Demographic Characteristics of Patients with Uveitis Starting Later in Life. Ocular immunology and inflammation: 1-7.

Ng AW & SC Teoh (2014): Dengue eye disease. Survey of ophthalmology.

Nicholson BP, M Zhou, M Rostamizadeh, P Mehta, E Agron, W Wong, H Wiley, R Nussenblatt & HN Sen (2014): Epidemiology of Epiretinal Membrane in a Large Cohort of Patients with Uveitis. Ophthalmology.

Papo M, P Bielefeld, H Vallet, P Seve, B Wechsler, P Cacoub, P Le Hoang, T Papo, B Bodaghi & D Saadoun (2014): Tocilizumab in severe and refractory non-infectious uveitis. Clinical and experimental rheumatology 32 Suppl 84: 75-79.

Pleyer U & N Stubiger (2014): New pharmacotherapy options for noninfectious posterior uveitis. Expert opinion on biological therapy: 1-17.

Reddy AK, M Cabrera, S Yeh, JL Davis & TA Albin (2014): OPTICAL COHERENCE TOMOGRAPHY-GUIDED RANIBIZUMAB INJECTION FOR CYSTOID MACULAR EDEMA IN WELL-CONTROLLED UVEITIS: Twelve-Month Outcomes. Retina.

Reich M, M Ruppenstein, MD Becker & F Mackensen (2014): Time Patterns of Recurrences and Factors Predisposing for a Higher Risk of Recurrence of Ocular Toxoplasmosis. Retina.

Sen HN, S Vitale, SS Gangaputra, RB Nussenblatt, TL Liesegang, GA Levy-Clarke, JT Rosenbaum, EB Suhler, JE Thorne, CS Foster, DA Jabs & JH Kempen (2014): Periocular Corticosteroid Injections in Uveitis: Effects and Complications. Ophthalmology.

Tomkins-Netzer O, L Talat, A Bar, A Lula, SR Taylor, L Joshi & S Lightman (2014): Long-Term Clinical Outcome and Causes of Vision Loss in Patients with Uveitis. Ophthalmology.

van Denderen JC, IM Visman, MT Nurmohamed, MS Suttorp-Schulten & IE van der Horst-Bruinsma (2014): Adalimumab significantly reduces the recurrence rate of anterior uveitis in patients with ankylosing spondylitis. The Journal of rheumatology 41: 1843-1848.

Wendling D, A Joshi, P Reilly, YJ Jalundhwala, M Mittal & Y Bao (2014): 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. Current medical research and opinion: 1-7.

Woo JH, WK Lim, SL Ho & SC Teoh (2014): Characteristics of Cytomegalovirus Uveitis in Immunocompetent Patients. Ocular immunology and inflammation: 1-6.

Zarranz-Ventura J, E Carreno, RL Johnston, Q Mohammed, AH Ross, C Barker, A Fonollosa, J Artaraz, L Pelegrin, A Adan, RW Lee, AD Dick & A Sallam (2014): Multicenter Study of Intravitreal Dexamethasone Implant in Noninfectious Uveitis: Indications, Outcomes, and Reinjection Frequency. American journal of ophthalmology.

