

Discusión del caso

Alteración visual en una paciente con EII

Rocío Álvarez Marín

FEA Enfermedades Infecciosas - HUVRocío



Datos relevantes de la historia

AP:

- Ell estable. **Upadacitinib**.
- Espondiloartropatía ¿activa? **Leflunomida + PDN 5**

EA:

- Síntomas **exclusivamente** visuales (visión borrosa, fotopsias y miodesopsias)
- Instauración **subaguda**
- **Unilateral**

EF:



Datos relevantes de la historia

AP:

- Ell estable. **Upadacitinib**.
- Espondiloartropatía ¿activa? **Leflunomida + PDN 5**

EA:

- Síntomas **exclusivamente** visuales (visión borrosa, fotopsias y miodesopsias)
- Instauración **subaguda**
- **Unilateral**

EF:

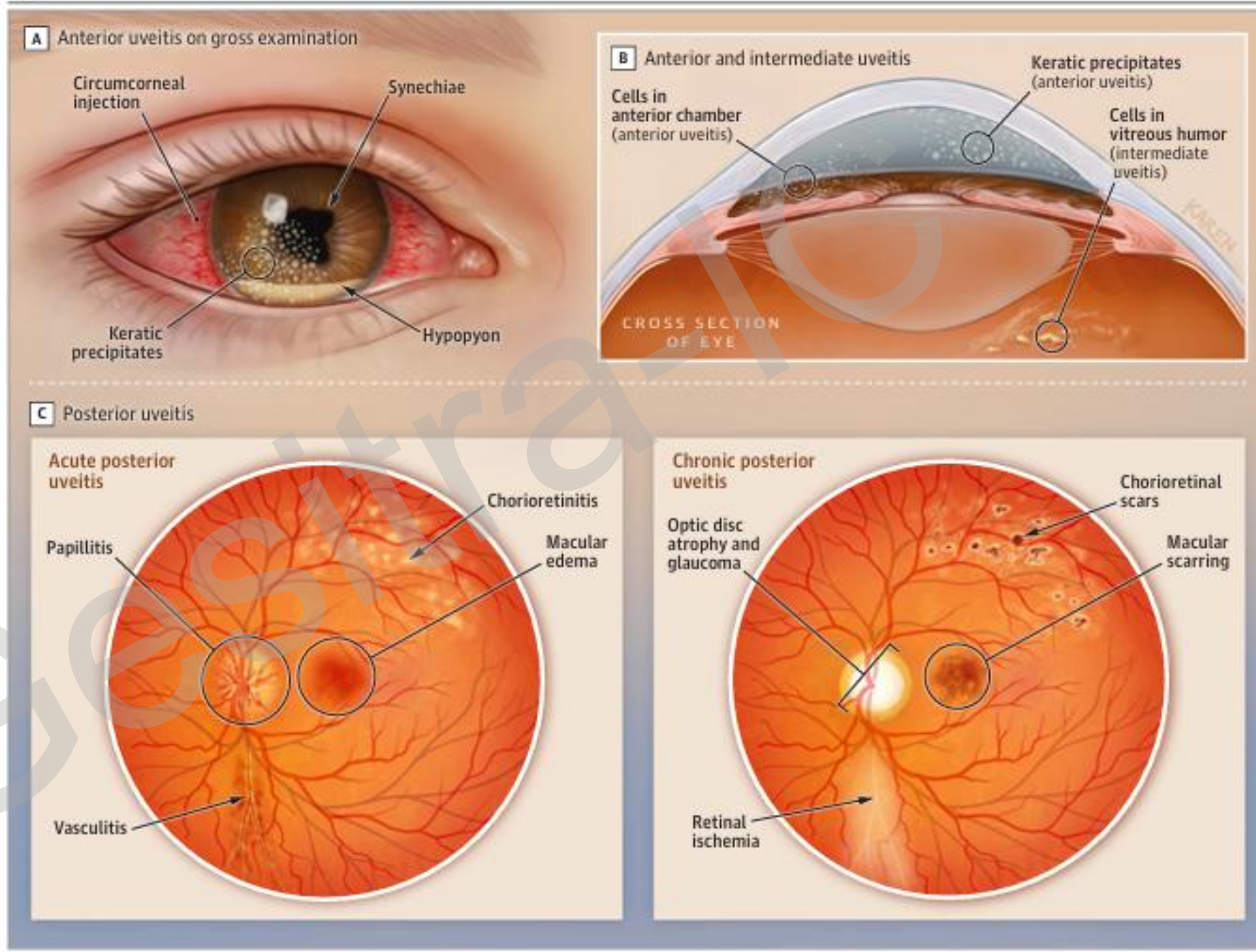


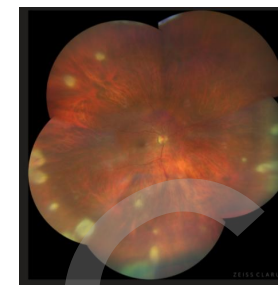
Diagnóstico sindrómico
Uveítis posterior / panuveítis
Retinitis



Exploración oftalmológica

Uveitis in Adults A Review
Maghsoudlou, P. *et al.*
JAMA 2025





Diagnóstico diferencial etiológico

Causas no infecciosas

Noninfectious (52%-79%):

With known systemic association: sarcoidosis, Behçet disease, Vogt-Koyanagi-Harada syndrome,^a juvenile idiopathic arthritis, tubulointerstitial nephritis with uveitis, IgA nephropathy, multiple sclerosis, HLA-B27-associated (axial spondyloarthritis, reactive arthritis, psoriatic arthritis, inflammatory bowel disease)

With no known systemic association: Fuchs' heterochromic uveitis, Posner-Schlossman syndrome, multifocal choroiditis with panuveitis, punctate inner choroidopathy, acute posterior multifocal placoid pigment epitheliopathy, serpiginous choroidopathy, birdshot chorioretinopathy, acute zonal occult outer retinopathy, multiple evanescent white dot syndrome, sympathetic ophthalmia, idiopathic retinal vasculitis, and neuroretinitis syndrome

Idiopathic (27%-51%): No identifiable cause despite full workup



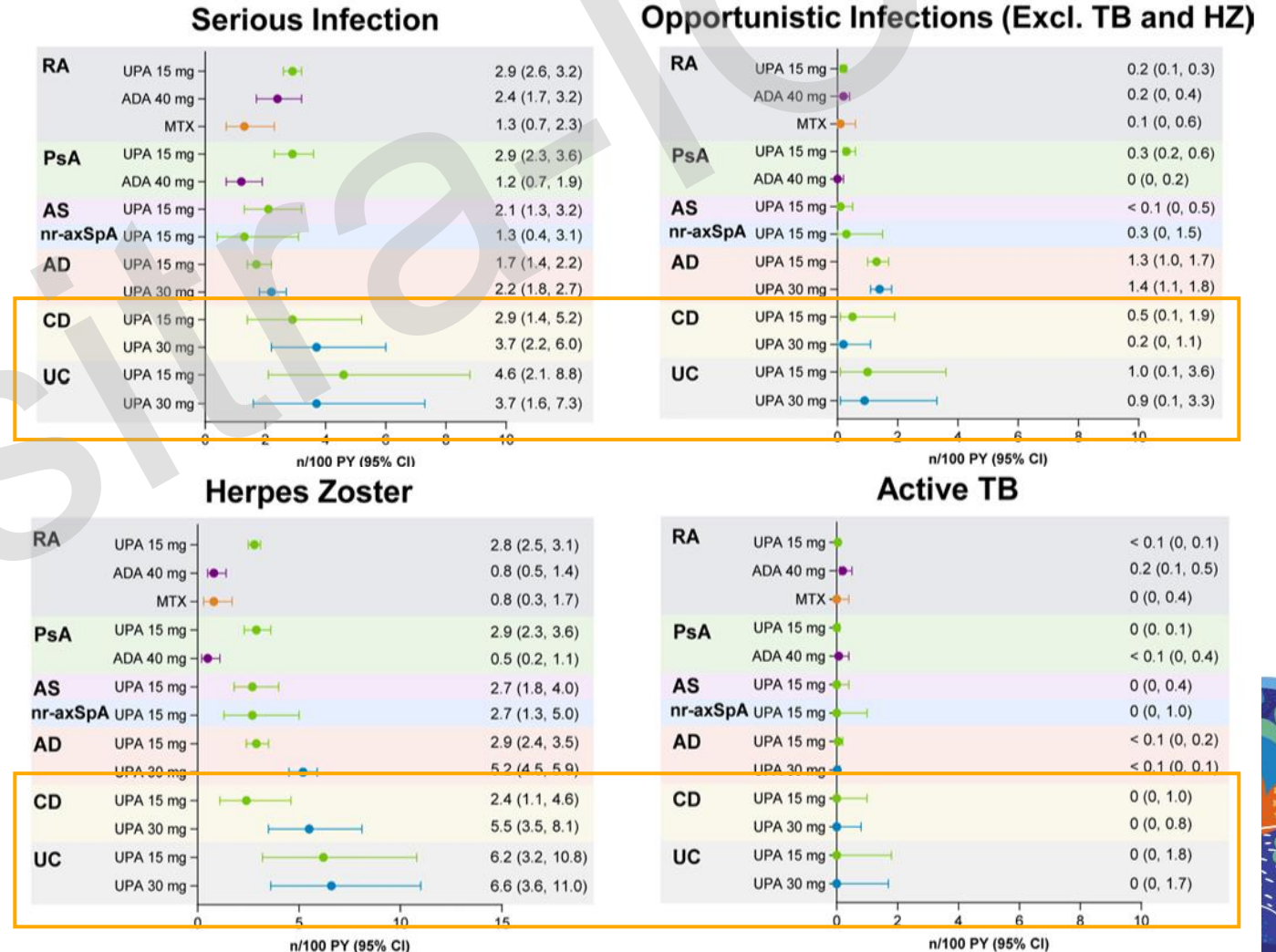
Diagnóstico diferencial etiológico

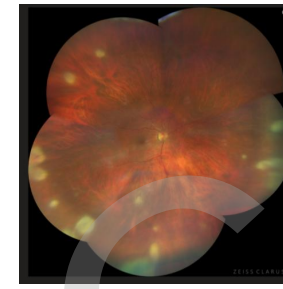
Causas infecciosas

Upadacitinib → Inhibidor de la JAK1
 Vía oral
 Principales riesgos
 infecciosos
 asociados:

Safety Profile of Upadacitinib: Descriptive Analysis in Over 27,000 Patient-Years Across Rheumatoid Arthritis, Psoriatic Arthritis, Axial Spondyloarthritis, Atopic Dermatitis, and Inflammatory Bowel Disease

Gerd R. Burmester · Atul Deodhar · Alan D. Irvine · Remo Panaccione · Kevin L. Winthrop ·
 Ruth Ann Vleugels · Gweneth Levy · Smitha Suravaram · Hannah Palac · Lani Wegrzyn · Sharanya Ford ·
 Sebastian Meerwein · Emma Guttman-Yassky
 Adv Ther (2025) 42:5215–5237





Diagnóstico diferencial etiológico

Causas infecciosas

Upadacitinib → Inhibidor de la JAK1

Vía oral

Principales **riesgos infecciosos** asociados: **total de infecciones, HZ**

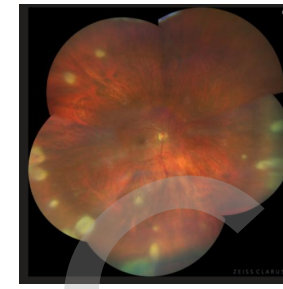
Leflunomida → Inmunosupresión celular

Efectos secundarios frecuentes: diarrea, náuseas, alopecia, hipertensión, elevación de enzimas hepáticas y exantema cutáneo.

Riesgo de infecciones: se han descrito todo tipo de infecciones asociadas, pero riesgo menor que otros IS. **Neutropenia.**

Prednisona



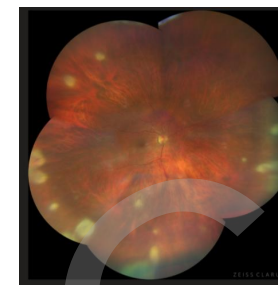


Diagnóstico diferencial etiológico

Causas infecciosas

- Endoftalmitis endógena / exógena
- **Bacterias: tuberculosis (1-13%), neurosífilis (1-4%),** otras: enfermedad de Lyme, lepra, bartonelosis, leptospirosis, enfermedad de Whipple.
- **Virus: VHS o VVZ (5-15%), CMV (1-5%), VIH (1-14%),** otros: Chikungunya, Zika, HTLV-1, West Nile, sarampión, rubeola, dengue, Ebola.
- **Parásitos: toxoplasmosis (5-7%),** toxocariasis (<1%), otros: cisticercosis, oncocercosis
- **Hongos: *Candida* spp.(<1%),** otros: aspergilosis, histoplasmosis, *Pneumocystis jirovecii*, *Cryptococcus* spp.





Vacunas:

- Hepatitis A y B
- Neumococo pauta secuencial
- **Herpes zóster (2022)**
- Gripe y SARS-COV2 anuales



Estudio de infección tuberculosa:

- Mantoux y booster negativos 2014, 2016 y 2019
- **IGRA: negativo 2021 y 2023**

• Serologías urgentes:

- VIH: negativa
- Sífilis prueba treponémica IgG: negativa
- Toxoplasma IgM e IgG negativas
- VHS (1,2): IgM e IgG negativas
- **VVZ: serología previa positiva (IgG)**
- **CMV: serología previa positiva (IgG)**



Diagnóstico diferencial etiológico

Causas infecciosas

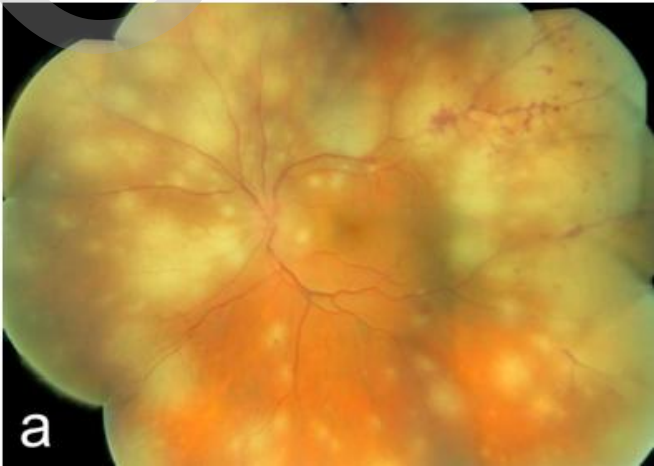
Review

Varicella-Zoster Virus and the Eye: Clinical Spectrum, Management, and Vaccination

Wendong Gu ¹, Yaru Zou ¹, Mingming Yang ¹, Jing Zhang ¹, Zizhen Ye ¹, Jiaxin Deng ¹, Yuan Zong ^{1,2}, Kyoko Ohno-Matsui ¹ and Koju Kamoi ^{1,*}

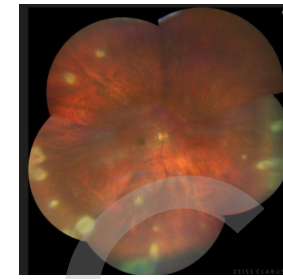
Pathogens **2026**, *15*, 157

Anatomical Site	Typical Manifestations	Key Clinical Features
Anterior uvea	Anterior uveitis with keratic precipitates, sectoral iris atrophy, secondary glaucoma	One of the most frequent intraocular manifestations; characterized by recurrent inflammation and episodes of markedly elevated intraocular pressure, typically attributed to trabeculitis [10,15].
Posterior uvea and retina	Acute retinal necrosis, progressive outer retinal necrosis, multifocal chorioretinitis	Necrotizing retinitis with occlusive vasculitis and vitritis in immunocompetent hosts (ARN) and rapidly PORN with minimal inflammation in severely immunosuppressed patients [34,35].
Retinal vasculature	Occlusive retinal vasculitis, peripheral non-perfusion, ischemic complications	Arteriolar and venous narrowing, vascular sheathing, hemorrhages, and capillary drop-out; fluorescein angiography is essential to detect non-perfusion and to guide management [36].



Mayer, C.S. Acute Retinal Necrosis: Signs, Treatment, Complications and Outcome. Diagnostics 2022

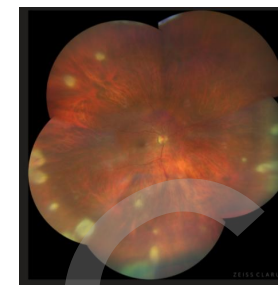




Necrosis retiniana aguda

#	Sex	Age	Eye	BCVA at Onset	Local Tx	Systemic Tx	Pathogen	Complications	Timepoint of 2nd Involvement	BCVA after 3 Months
1	M	53	OD	0.6	vitrectomy	Aciclovir	HSV	none	3 months later	0.2
			OS	0.2	vitrectomy			IOL luxation	-	0.1
2	M	54	OD	0.5	IVT Ganciclovir	Aciclovir	EBV, VZV	none	7 weeks later	0.8
			OS	0.1	vitrectomy + IVT			cataract surgery	-	0.2
3	M	65	OS	0.063	IVT Ganciclovir	Aciclovir	HSV	multiple retinal detachments	-	hand motion
4	M	59	OD	1.0	IVT Ganciclovir	Aciclovir	VZV	none	1 month later	1.0
			OS	0.6	vitrectomy + IVT Ganciclovir			retinal detachment	-	0.2
5	M	66	OD	0.3	IVT Ganciclovir	Aciclovir	VZV	retinal detachment	-	0.2
6	F	86	OD	0.4	vitrectomy + IVT Ganciclovir	Aciclovir	-	Vitreous hemorrhage, vitr. Silicone oil tamponade, endophthalmitis, secondary glaucoma, retinal branch occlusion	same time	0.4
			OS	0.1	vitrectomy + IVT Ganciclovir			Vitreous hemorrhage, vitr. Silicone oil tamponade	-	0.5
7	F	76	OD	0.5	IVT Ganciclovir	Aciclovir	CMV	none	same time	light perception
			OS	0.1	vitrectomy + IVT Ganciclovir			Recurrence 3 months later	-	light perception
8	F	77	OD	0.4	IVT Aciclovir	Aciclovir	VZV	none	same time	0.5
			OS	hand motion	vitrectomy + IVT Ganciclovir			retinal detachment	-	counting fingers
9	F	60	OS	hand motion	vitrectomy + IVT Ganciclovir	Aciclovir	VZV	retinal detachment	-	light perception
10	F	32	OD	0.6	IVT Ganciclovir	Aciclovir	VZV	retinal detachment	-	counting fingers





Classification criteria for tubercular uveitis

The Standardization of Uveitis Nomenclature (SUN) Working Group^{*,1,2,3}

Am J Ophthalmol. 2021



Figure 3.
Fundus photograph of retinal vasculitis due to tuberculosis, demonstrating intraretinal hemorrhage and vascular sheathing.

Criteria

1. Evidence of a tubercular uveitis compatible uveitic syndrome

- a. anterior uveitis with iris nodules
- b. serpiginous-like tubercular choroiditis
- c. choroidal nodule (i.e. tuberculoma)
- d. in individuals with active systemic tuberculosis, multifocal choroiditis
- e. occlusive retinal vasculitis

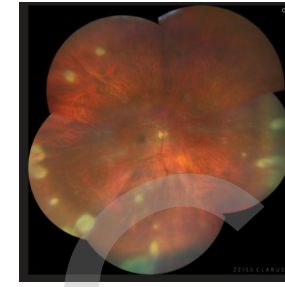
AND

2. Evidence of infection with *Mycobacterium tuberculosis*, either

- a. histologically- or microbiologically-confirmed infection with *M. tuberculosis*^{*} OR
- b. positive interferon- γ release assay (IGRA)[†] OR
- c. positive tuberculin skin test[‡]

Exclusions

- 1. Positive serology for syphilis using a treponemal test
- 2. Positive biopsy for sarcoidosis (and therefore an absence of histological or microbiologic confirmation of infection with *M. tuberculosis*)
- 3. Uveitic syndrome compatible with either sarcoidosis-associated uveitis or tubercular uveitis and bilateral hilar adenopathy on chest imaging without histological or microbiologic confirmation of the diagnosis of infection with *M. tuberculosis*[§]



Diagnóstico de presunción

Uveítis posterior – necrosis retiniana de etiología infecciosa

- Probablemente viral: VVZ > CMV > VHS
- Poco probable: tuberculosis

Pruebas complementarias

- Punción vítrea urgente para toma de muestras: TAAN de VVZ, CMV y VHS-1/2 +/- PCR de *M. tuberculosis* y cultivo de micobacterias
- Carga viral de CMV en sangre
- IGRAS



Con los datos que describes en una **paciente inmunodeprimida con fotopsias, miodesopsias, visión borrosa, Tyndall anterior +++**, **vitritis leve y en fondo de ojo múltiples placas blanquecino-amarillentas con vasculitis periférica**, el cuadro es muy sugestivo de una retinitis infecciosa oportunista, siendo prioritario descartar **necrosis retiniana viral**.

Diagnósticos más probables

1. Necrosis Retiniana Aguda (ARN)

Etiología: Varicella-zoster virus, Herpes simplex virus

Hallazgos típicos:

- Lesiones blanquecinas periféricas
- **Vasculitis retiniana oclusiva**
- Vitritis variable
- Fotopsias y miodesopsias
- Evolución rápida con riesgo de desprendimiento de retina

2. Necrosis Retiniana Externa Progresiva (PORN)

Etiología habitual: Varicella-zoster virus

Más frecuente en inmunodeprimidos severos.

Diferencias:

- Vitritis **mínima o ausente**
- Lesiones multifocales profundas
- Progresión muy rápida.

3. Retinitis por citomegalovirus

Etiología: Cytomegalovirus

Características:

- Lesiones blanquecinas con hemorragias ("pizza pie")
- **Vitritis mínima**
- Vasculitis menos marcada que en ARN.

