

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**“VASCULITIS RETINIANA IDIOPÁTICA, UN RETO
DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO. REPORTE DE
CASO”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTOR: SERGIO MARCELO CHICO MANCERO

DIRECTOR: LUIS ALBERTO CERVANTES ANAYA

CUENCA - ECUADOR

2024

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**“VASCULITIS RETINIANA IDIOPÁTICA, UN RETO
DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO. REPORTE DE
CASO”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTOR: SERGIO MARCELO CHICO MANCERO

DIRECTOR: DR. LUIS ALBERTO CERVANTES ANAYA

CUENCA - ECUADOR

2024

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD

Sergio Marcelo Chico Mancero portador de la cédula de ciudadanía N° **0105195374**. Declaro ser el autor de la obra: **“Vasculitis retiniana idiopática, un reto diagnóstico y terapéutico. Reporte de caso”**, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, 8 de febrero de 2024

F:



Sergio Marcelo Chico Mancero

C.I. 0105195374

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR / TUTOR

Certifico que el presente trabajo denominado "**Vasculitis retiniana idiopática, un reto diagnóstico y terapéutico. Reporte de caso**" realizado por **Sergio Marcelo Chico Mancero** con documento de identidad No. **0105195374**, previo a la obtención del título profesional de Médico, ha sido asesorado, supervisado y desarrollado bajo mi tutoría en todo su proceso, cumpliendo con la reglamentación pertinente que exige la Universidad Católica de Cuenca y los requisitos que determina la investigación científica.

Cuenca, 8 de febrero de 2024

F:



DR. LUIS ALBERTO CERVANTES A.
Especialista Oftalmología
SENECYT: 1921164195
C. I. 0151673365

Dr. Luis Alberto Cervantes Anaya

DIRECTOR / TUTOR

DEDICATORIA

Este artículo científico está dedicado a todos los pacientes con vasculitis retiniana, los cuales cursan con dificultades para el establecimiento de su etiología, y consecuentemente para su respectivo tratamiento.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis padres y hermano, quienes me han apoyado en cada aspecto de mi vida, permitiéndome salir adelante y no rendirme tras cualquier adversidad, motivándome y aconsejándome. También agradezco a mis mentores y especialmente a mi tutor de tesis, Dr. Luis Cervantes Anaya, quien ha colaborado con la realización de este trabajo y me impulsó a elegirlo desde el inicio. Finalmente, al Dr. Goethe Sacoto, médico especialista tratante de la paciente del caso clínico, mismo que mediante su experticia ha logrado la estabilización del cuadro clínico de la misma, y ha colaborado múltiples veces en la redacción de este artículo.

RESUMEN

Antecedentes: Las vasculitis retinianas pueden tener múltiples etiologías, siendo extremadamente raro no poderlas delimitar a un agente causal, quedando como un diagnóstico idiopático; por este motivo se considera especialmente complejo su terapia y seguimiento.

Presentación del caso: Se presenta una paciente femenina de 55 años de edad, acude por disminución de la agudeza visual y miodesopsias, posteriormente presenta complicaciones hemorrágicas y glaucomatosas, por esta razón, se realizan múltiples evaluaciones diagnósticas en varios centros médicos de Ecuador y Colombia, donde se le diagnostica de vasculitis retiniana idiopática bilateral. Por lo que se inicia tratamiento sistémico inmunomodulador, demostrando resultados alentadores con la remisión parcial de las hemorragias por cerca de 2 años.

Conclusiones: La vasculitis retiniana idiopática es poco común, y existe escasa bibliografía que la estudie a profundidad, tras la incapacidad de delimitar su causa, se dificulta su plan terapéutico.

Palabras clave: Vasculitis retiniana, idiopático, Metotrexato, hemorragia retinal

ABSTRACT

Background: Retinal vasculitis can have multiple etiologies, and it is extremely rare not to be able to delimit it to a causal agent, leaving it as an idiopathic diagnosis; for this reason, its therapy and monitoring is considered especially complex.

Case presentation: A 55-year-old female patient comes due to decreased visual acuity and myodesopsias, subsequently presenting hemorrhagic and glaucomatous complications. For this reason, multiple diagnostic evaluations are performed in several medical centers in Ecuador and Colombia, where she was diagnosed with bilateral idiopathic retinal vasculitis. Therefore, systemic immunomodulatory treatment was performed, demonstrating encouraging results with partial remission of hemorrhages for about 2 years.

Conclusions: Idiopathic retinal vasculitis is rare, and there is little literature that studies it in depth; after the inability to define its cause, its therapeutic plan is difficult.

Keywords: Retinal vasculitis, idiopathic, Methotrexate, retinal hemorrhage

ÍNDICE

RESUMEN	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN	10
REPORTE DEL CASO	12
DISCUSIÓN	16
CONCLUSIONES	19
CONFLICTO DE INTERESES	19
BIBLIOGRAFÍA	20
ANEXOS	23

INTRODUCCIÓN

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), existen aproximadamente 2.200 millones de pacientes con algún tipo de deficiencia visual, siendo prevenible aproximadamente la mitad de estos (1). Por cada 10.000 habitantes hay 1 a 2 pacientes con vasculitis retiniana, la mitad presentan una enfermedad sistémica asociada (2), con una incidencia de cerca de 2:1 en el sexo masculino de edades mayores a 60 años (3). La vasculitis se define como la inflamación de las paredes vasculares, existiendo diferentes tipos de clasificaciones de las mismas en torno a su etiología, presencia de inflamación, localización, órganos afectados, tipo y calibre del vaso, cuadro clínico y carga genética (4).

Su etiología no se ha logrado entender a fondo, por la complejidad y variedad de vasculitis, presentándose retos en la metodología implicada en el proceso diagnóstico de las mismas. De esta manera se destaca la importancia de una historia clínica detallada con exploración física minuciosa y pruebas complementarias correspondientes con la información obtenida (4). Según la Conferencia de Consenso Internacional de Chapel Hill (CHCC) se las clasifica a las vasculitis en infecciosas (secundaria a una gran variedad de agentes etiológicos) y no infecciosas (primarias o idiopáticas) y las subdivide mediante el tamaño de los vasos alterados, teniendo afectación de vasos de pequeño tamaño como capilares, vénulas, arterias intraparenquimatosas y arteriolas; vasos de tamaño intermedio como arterias y venas viscerales principales; y vasos de gran calibre como la aorta y sus ramas principales (4,5).

Estas patologías pueden presentar complicaciones de gran severidad, puesto que pueden provocar hipoperfusión por oclusión vascular, hemorragias pre retinianas (incluyendo hemorragias vítreas) (6), y neovascularización glaucomatosa con pobre estructura vascular

(3); consecuentemente llevando a una ceguera irreversible por incremento de la presión intraocular (PIO) que provoca el desprendimiento de la retina (3,8). En un estudio de la revista "Ocular Immunology and Inflammation" de 76 pacientes con vasculitis retiniana, las hemorragias vítreas estuvieron presentes en 27% de los participantes; entre otras complicaciones constan las maculopatías, neuritis y atrofia óptica, las cuales también pueden generar ceguera mediante inflamación y degeneración de nervio ocular (6,9). Para identificar la vasculitis retiniana, se recomienda el uso de exámenes oftalmológicos que incluyen el fondo de ojo, la angiografía con fluoresceína, y la tomografía de coherencia óptica (OCT) retiniana, además de examen de la agudeza visual periódica y toma de la presión intraocular (PIO) (para evaluar posibles complicaciones) (10–12). La fluorangiografía permite el diagnóstico diferencial con otras entidades como posibles causas de pérdida de la visión (un resultado compatible con vasculitis es la presencia de fuga periférica leve). La OCT retiniana puede mostrar adelgazamiento de las capas internas de la retina, lo cual indica una posible asociación con la vasculitis (11).

Para el diagnóstico etiológico se utiliza analítica de laboratorio general (hemograma completo, tiempos de coagulación, función hepática, función renal, VSG, PCR, Glucemia, análisis de orina y análisis de LCR (cuando sea necesario) y otros exámenes según la orientación clínica del paciente, posterior se debe investigar serología para enfermedades infecciosas (Sífilis, VIH, Herpes Virus, Virus Hepatitis, Toxoplasma y tuberculosis) (7). Tras descartar lo anterior, se debe investigar etiología no infecciosa mediante pruebas inmunológicas: HLA B27, HLA B51, medición de la enzima convertidora de angiotensina (ECA), calcemia, anticuerpos antifosfolipídicos (síndrome antifosfolipídico), anticuerpos antinucleares (ANA), anticuerpos Anti-DNA, factor reumatoide, crioglobulinas séricas, anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA: citoplasmático, perinuclear y atípico) y la electroforesis de proteínas (11,13).

Es una afección de baja incidencia, sin embargo, presenta alto riesgo por la severidad de sus complicaciones, generando ceguera permanente en pacientes graves (3,5); el presente caso es de gran interés por la rareza de su naturaleza actualmente delimitada a idiopática, tras rigurosos estudios no concluyentes, por lo cual representa un gran reto terapéutico.

REPORTE DEL CASO

Paciente femenina de 55 años de edad, etnia mestiza, con antecedentes de HTA, Síndrome de TAKO TSUBO en tratamiento sintomático con mononitrato de isosorbide SOS 10mg y ASA 100mg dos veces por semana, desde hace 4 años (2019) presenta cada tres meses hemorragias preretinianas con neovascularización ocular, manejadas con medidas para precipitación de la hemorragia (inclinación de 45grados en la cama), fotocoagulación, y administración de antiangiogénico (bevacizumab); en octubre del mismo año se le diagnostica vasculopatía periférica idiopática severa bilateral y desprendimiento de hialoides posterior por lo que se le realizó vitrectomía con colocación de corticoide intravitreo e inmunosupresión oral con Imurán (Azatioprina) 50 mg/24 h. Ante sospecha de patología inmunológica es derivada al servicio de reumatología.

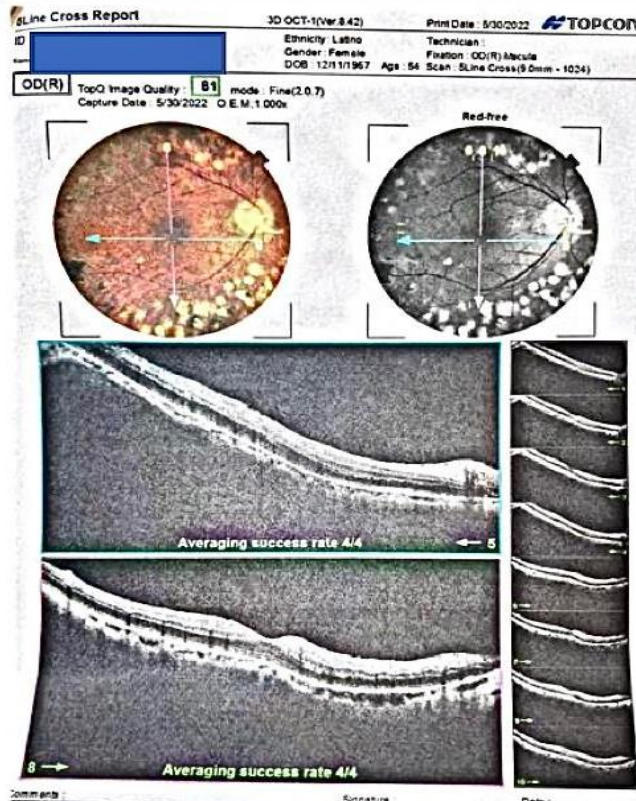
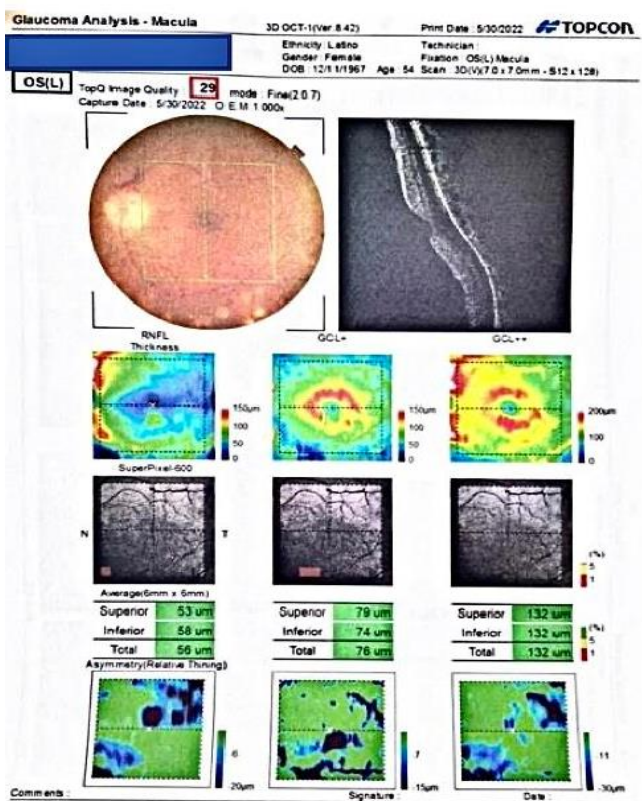
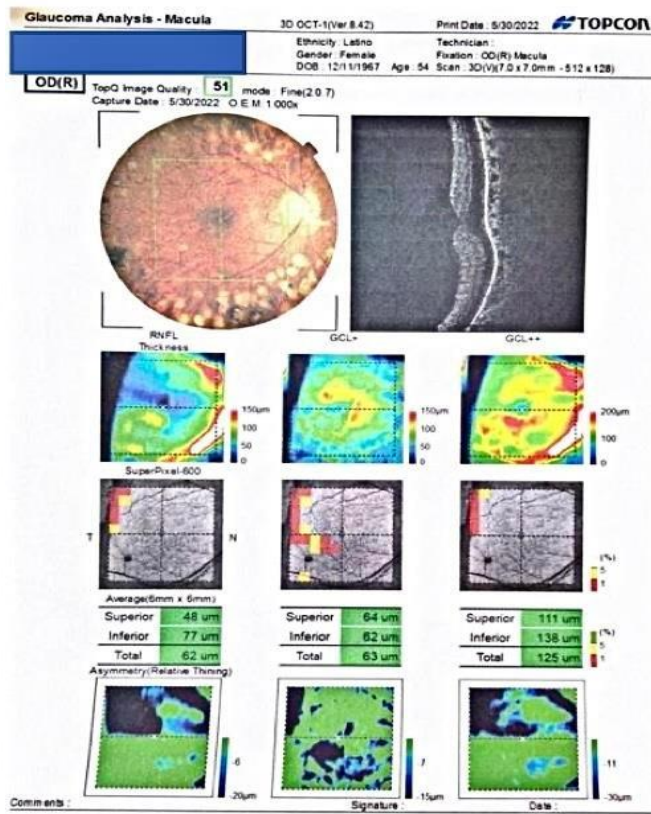
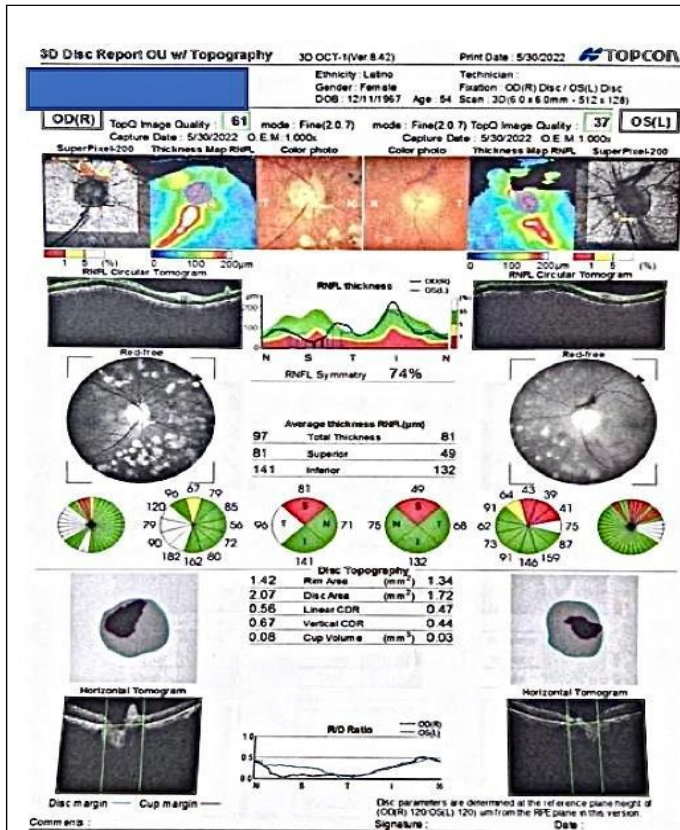
En examen físico presentó TA: 130/80; T°: 36,5; FC: 78 lpm; FR: 18 rpm; SatO2: 95%; Peso: 62kg; Talla: 154cm; IMC: 26,1 m2 (Sobrepeso), Perímetro abdominal: 88cm. Agudeza visual de lejos sin corrección: ojo derecho de 20/200 y ojo izquierdo de 20/70, y con corrección: ojo derecho 20/20 y ojo izquierdo 20/20; refracción: OD: 1,25 dioptrías y OI: 1 dioptría; presión intraocular 22 mmHg. Se le realizan exámenes de gabinete y serologías para descartar enfermedades simuladoras (incluyendo hepatitis B y C, VIH,

tuberculosis y endocarditis infecciosa), obteniendo resultados negativos. La evidencia oftalmológica de fondo de ojo, flouoroangiografía y OCT de retina, confirma la presencia de vasculitis de órgano único con localización retiniana de vasos pequeños; posteriormente se indica exámenes para detección de anticuerpos ANA, ANCA, mismos con resultados negativos, concluyendo el diagnóstico de Vasculitis retiniana idiopática. Tras evento hemorrágico se adiciona la administración Vigamox + Fotorretin + Prednefrin forte (colirios), posteriormente se cambia el fotorretin por Sophidix (Ciprofloxacino y dexametasona) + Lagricel (Hialuronato de sodio) y Deflazacort.

En agosto del mismo año, ocurre nuevo evento hemorrágico ocular bilateral, resuelto con inyección de antiangiogénico, tras este insatisfactorio resultado en el control de las complicaciones, reumatología instauro tratamiento sistémico experimental con la administración de Metotrexato 2,5mg (una toma semanal de 6 tab el día lunes) + ácido fólico de 5mg cada 24h (excepto el día Lunes) + Aflazacort 6mg (cada 24h un mes, posterior disminución progresiva de la dosis hasta suspender).

La paciente muestra una remisión parcial de la enfermedad, con un único evento hemorrágico preretiniano tras la retirada del corticoide en mayo del 2022, se realiza OCT de nervio óptico y mácula, evidenciando: ojo derecho con pérdida de fibras nerviosas en un cuadrante, presenta cambios en morfología del diámetro papilar por proliferación fibrosa, mácula conservado promedio de RNFL y CGL (en nervio óptico), y ligero aumento de grosor macular en región parafoveal temporal, aparenta línea hiperrefléctica de fotoreceptores discontinua (en mácula); ojo izquierdo con pérdida de fibras nerviosas en un cuadrante y restos de hemorragia, mácula conservada (en nervio óptico), y ligero aumento de grosor macular generalizado parafoveal con aumento de separación de capas internas de retina por evidencia de cortes de pequeños quistes, ligera alteración

intermitente de la línea hiperreflética de fotorreceptores. Razón por la cual se retomó la administración del corticoide.



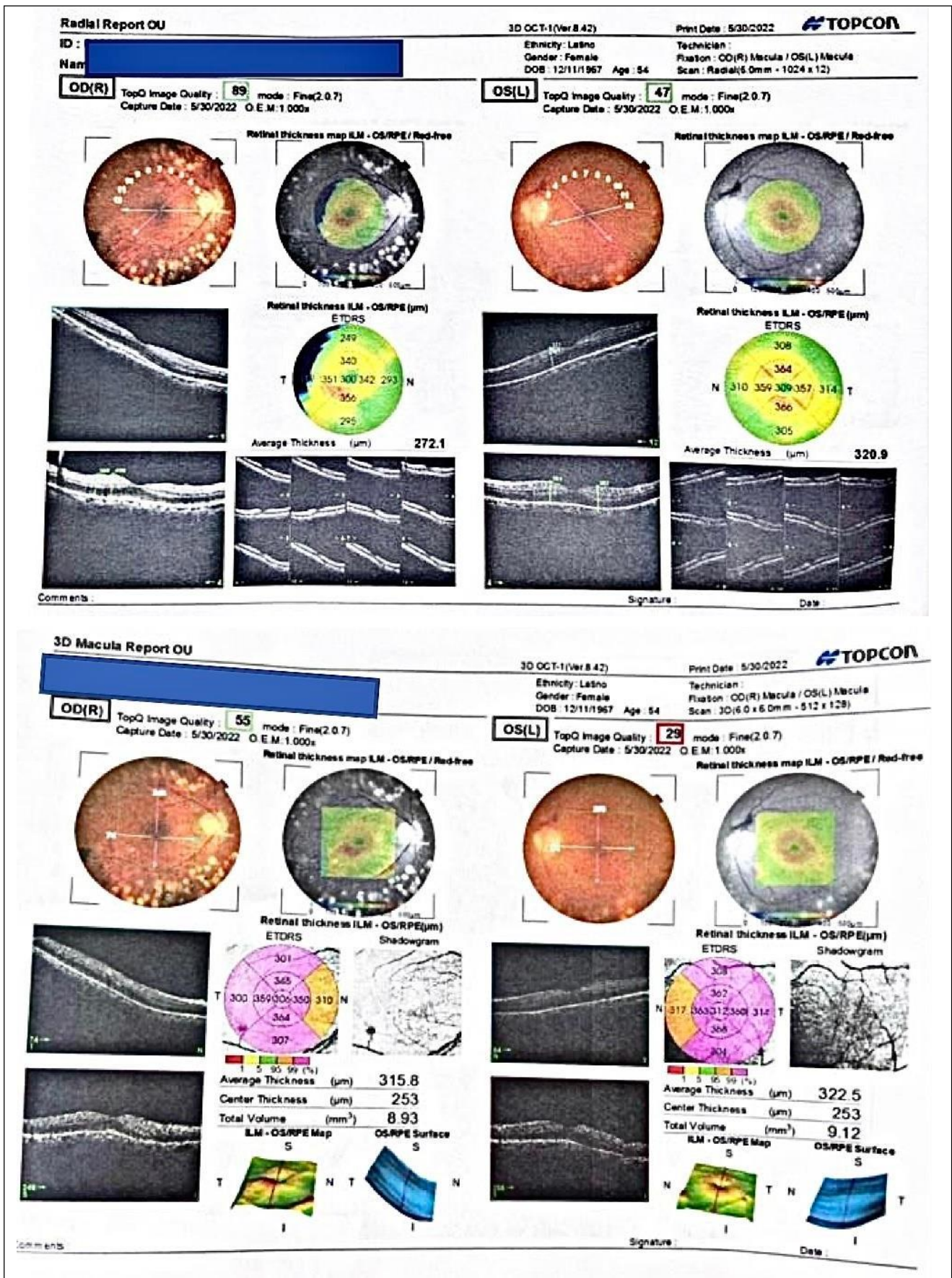


Figura 1: OCT de nervio óptico y mácula. Fuente: Historia clínica

Hasta la actualidad se conserva el diagnóstico de Vasculitis retiniana idiopática, mostrando buena adherencia al plan terapéutico, con resultados alentadores tras el periodo de remisión que se mantiene y mejorando significativamente la calidad de vida de la paciente. Se realizan observaciones periódicas de reumatología cada 3 meses y cada 6 meses por parte de oftalmología hasta la fecha.

DISCUSIÓN

El presente caso muestra gran complejidad debido a que, tras los distintos análisis diagnósticos, no se ha logrado delimitar su etiología. En el reporte de caso de vasculitis retiniana idiopática de Neumann y Arie-Weintrob (14) de 6 años de evolución, se muestra similitud con este caso expuesto, contemplando un tratamiento con corticoides, metotrexato y micofenolato de mofetilo, presentando un control relativo de la enfermedad, conservando la visión, pero con limitaciones en la aparente presencia de fugas vasculares retinianas y sintomatología. En un reporte de caso de la revista cubana de oftalmología, Velázquez Villares, et al. (2), se presenta sintomatología similar, como la disminución de la agudeza visual, miodesopsias, hemorragias intravítreas y presencia de neovascularización periretiniana; sin embargo, también se presenta periflebitis obliterativa; se menciona la importancia de una oftalmoscopia posterior y de la fluorangiografía para realizar el diagnóstico de vasculitis retiniana, además de las diferentes pruebas serológicas para descartar causas infecciosas, presencia de enfermedades sistémicas y causas autoinmunes, por lo cual se le delimitó un diagnóstico discutido de enfermedad de EALES, y su tratamiento incluyó fotocoagulación, corticoides locales y sistémicos, e infiltración de antiinflamatorios y antiangiogénicos a demanda.

Los anticuerpos ANCA de patrón atípico (a-ANCA), son los anticuerpos mayormente asociados a las vasculitis, se cree que su patogenia principalmente actúa sobre las células

B, alteraciones de neutrófilos y desequilibrio en los subtipos de células T, junto con la acción inflamatoria por parte de redes de citocinas y quimiocinas (15). En contraste, el caso expuesto en este artículo fue evaluado en base a la actualización de vasculitis de los doctores Fanlo y Flores (4), y el artículo de la Dra. Rosa Barbosa (5) iniciando por el diagnóstico definitivo de vasculitis, luego se investiga si se trata de una causa primaria o de etiología sospechada, descartando las causas infecciosas, y otras enfermedades simuladoras, también se la delimitó a una vasculitis retiniana, puesto que no ha mostrado sintomatología fuera de esta localización, siendo afectados vasos pequeños, tras pruebas inmunológicas no concluyentes, repetidas múltiples veces y en diferentes laboratorios ha quedado como diagnóstico idiopático.

La vasculitis retiniana no infecciosa localizada, puede ameritar tratamiento sistémico, para lo cual la terapia inmunomoduladora puede contemplar el uso de metotrexato, azatioprina, micofenolato, mofetilo, ciclofosfamida o agentes antifactor de necrosis tumoral alfa (7,9). Un artículo sobre vasculitis asociadas a ANCA establece que el mantenimiento de la remisión se puede lograr con azatioprina oral, así como con ciclofosfamida; por otro lado, resalta que la administración de metotrexato se puede permitir en pacientes sin afectación renal (16). El metotrexato es un antimetabolito indicado en pacientes sometidos a quimioterapia y terapia autoinmune; en enfermedades autoinmunes puede inhibir la enzima (AICAR) transformilasa (dificulta el metabolismo de la adenosina y la guanina), tiene acción antiinflamatoria de la adenosina, disminuye la activación de las células T, regula las células B (aumentando la sensibilidad de las células T CD-95), y detiene la actividad de la metiltransferasa mediante la inhibición de la unión de la interleucina beta-1 a su receptor de superficie (17).

La Azatioprina es un inmunomodulador análogo de la purina, al ingerirse forma diversos metabolitos activos, que inhiben la formación endógena de purina, se incorpora en la replicación de ADN y frena la división celular; está indicado en el tratamiento de la artritis

reumatoide, otras enfermedades autoinmunes y prevención postrasplante hepático (18). Los corticoesteroides están indicados para la etapa inflamatoria activa, a una dosis inicial de 1-2 mg/kg de peso corporal por vía oral, posteriormente se reduce periódicamente según la remisión de la vasculitis (12). El tratamiento inicial de este caso clínico contempló la administración de Azatioprina (Imuran) en conjunto con corticoides, sin embargo, estos no mostraron resultados alentadores, presentando episodios hemorrágicos intravítreos; posterior se optó por una terapia con metotrexato como inmunosupresor, en conjunto con corticoides y ácido fólico, logrando la remisión parcial de los eventos hemorrágicos, y mejorando la calidad de vida de la paciente.

El protocolo diagnóstico y terapéutico para vasculitis retinianas y behçet, indica que los pacientes con vasculitis retiniana en tratamiento con inmunomoduladores y corticoide, los cuales presenten más de 2 recaídas anuales, tienen como alternativa el uso de inhibidores del factor de necrosis tumoral (infliximab y adalimumab) (9); estos anticuerpos monoclonales han demostrado mejoría en la vasculitis retiniana, sin la necesidad de corticoides orales (19). El Rituximab es un anticuerpo monoclonal que ataca los receptores CD20 de las células B, muestra mejoría en el tratamiento de linfomas de células B, la artritis reumatoide y vasculitis asociadas a los anticuerpos ANCA (efecto similar a la ciclofosfamida) (3,7). Se ha reportado una asociación entre la administración de Brolocizumab intravítreo, en el tratamiento de la neovascularización por degeneración macular por la edad, y la posterior aparición de vasculitis retiniana; el manejo de las complicaciones locales consta de cirugía laser, anti VGF, ozurdex y la vitrectomía (9,20). Los fármacos biológicos mencionados anteriormente son considerados para el tratamiento de la paciente en el caso de que inicie a fallar la terapia inmunomoduladora, constando de una alternativa terapéutica.

CONCLUSIONES

Las vasculitis retinianas pueden tener una gran variedad de agentes causales, siendo excepcional la probabilidad de mantenerlo con diagnóstico idiopático, el presente caso pasó por un minucioso proceso diagnóstico, el cual permitió delimitar la patología y su localización, sin embargo no precisó su etiología; por la complejidad de las complicaciones que esta ha mostrado la paciente se optó por un tratamiento inmunosupresor, el cual ha mostrado resultados alentadores en la evolución de la patología, en conjunto con la resolución ocasional de complicaciones mediante fotocoagulación, administración de antiangiogénico a nivel retiniano y controles trimestrales por parte de oftalmología y reumatología.

CONFLICTO DE INTERESES

No existió algún conflicto de interés por parte de los investigadores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mundial de la Salud O. Informe mundial sobre la visión. 2019.
2. Velázquez Villares Y, Rodríguez Rodríguez V, Hernández Martínez R, Chiang Rodríguez C, González Díaz R, Chang Rodríguez. Instituto Cubano de Oftalmología. Retinal vasculitis. Vol. 31, Revista Cubana de Oftalmología. 2018.
3. Agarwal A, Rübsam A, Bonsen L Zur, Pichi F, Neri P, Pleyer U. A Comprehensive Update on Retinal Vasculitis: Etiologies, Manifestations and Treatments. Vol. 11, Journal of Clinical Medicine. MDPI; 2022
4. Mateo PF, Flores-Suárez LF. Vasculitis. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2021;13(34):1943–53.
5. Barbosa-Cobos RE, Recillas-Gispert C, Arellanes-García L. Manifestaciones oculares de las vasculitis primarias sistémicas. Reumatol Clin. 2011; 7(SUPPL. 3).12-7.
6. Cunningham ET, Zierhut M. Retinal Vasculitis. Vol. 28, Ocular Immunology and Inflammation. Taylor and Francis Ltd.; 2020. p. 1159–62.
7. Datto O’Keefe GA, Rao N. Retinal vasculitis: A framework and proposal for a classification system. Vol. 66, Survey of Ophthalmology. Elsevier Inc.; 2021. p. 54–67.
8. Baldivieso Hurtado O, Viscarra Fernández E, Murillo Sasamoto M, Roca Fernández JA. Retina. Pan-American Association of Ophthalmology; 2019. 133–8 p.
9. García-Sáenz MC. Protocolo diagnóstico y terapéutico en vasculitis retinianas y

Behçet.

10. Gascon P, Jarrot PA, Matonti F, Kaplanski G. Vascularites rétinienes et maladies systémiques. *Rev Med Interne*. 2018;39(9):721–7.
11. Brydak-Godowska J, Dróbecka-Brydak E. [Retinal vasculitis--causes, diagnosis, treatment]. *Klin Oczna* [Internet]. 2007 [cited 2023 May 11];109(1–3):71–3. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17687919/>
12. Shrestha J K KDLGKS. Retinal Vasculitis. *Revista Nepalí de oftalmología*. 2009;
13. Rosenbaum JT, Sibley CH, Lin P. Retinal vasculitis. Vol. 28, *Current Opinion in Rheumatology*. Lippincott Williams and Wilkins; 2016. p. 228–35.
14. Neumann R, Arie-Weintrob Y. Idiopathic retinal vasculitis - the interplay between a chronic idiopathic ocular disease, its therapy and the patient. *Harefuah*. 2019 Feb;158(2):105-108.
15. Ross C, Makhzoum JP, Pagnoux C. Updates in ANCA-associated vasculitis. *Eur J Rheumatol*. 2022; 9(3):153–66.
16. Ozaki S. ANCA-associated vasculitis: diagnostic and therapeutic strategy. *Allergol Int*. 2007; 56(2):87–96.
17. Malakouti M, Hoxie D, No DJ, Jacob SE. Methotrexate. *J Dermatol Nurses Assoc*. 2023; 10(2):92–4.
18. Espín S, García-Fernández AJ. Azathioprine. *Encyclopedia of Toxicology: Third Edition*. 2022; 347–50.
19. Samalia P, Sims J, Deva N. Idiopathic Retinal Vasculitis, Aneurysms and Neuroretinitis: Clinical Improvement with Infliximab. *Ocul Immunol Inflamm*.

2023; 31(2):437-44.

20. Bauman CR, Spaide RF, Vajzovic L, Freund KB, Walter SD, John V, et al. Retinal Vasculitis and Intraocular Inflammation after Intravitreal Injection of Brodalizumab. *Ophthalmology*. 2020; 127(10):1345–59.

ANEXOS



Universidad
Católica
de Cuenca

HOJA INFORMATIVA PARA EL/LA PACIENTE

TÍTULO DE LA PUBLICACION CIENTÍFICA:

"Vasculitis retiniana idiopática. Un reto diagnóstico y terapéutico"

INVESTIGADORES:

Estudiante: Sergio Marcelo Chico Mancero

Dr. Especialista en Oftalmología. Luis Alberto Cervantes Anaya

Dr. Especialista en Reumatología. Gothe Salomón Sacoto Flores

Este documento tiene por objeto ofrecerle información con la finalidad de **pedir su autorización** para recoger datos sobre el problema de salud de Eulalia Ximena Mancero Rodríguez por el que, fue tratada/o en este centro.

Si decide autorizar, debe recibir información personalizada del profesional que solicita su consentimiento, **leer antes este documento** y hacer todas las preguntas que precise para comprender los detalles sobre el mismo. Si así lo desea, puede llevarse el documento, consultarlo con otras personas y tomarse el tiempo necesario para decidir si autoriza o no.

Su decisión es completamente **voluntaria**. Ud. puede decidir no autorizar el uso de sus datos de salud. Le aseguramos que esta decisión no afectará a la relación con el profesional que se lo solicita ni a la asistencia sanitaria a la que Ud. y sus familiares tienen derecho.

¿Cuál es el propósito de esta petición?

Nuestro interés es exponer SU problema de salud como "**caso clínico**" a la comunidad científica, con la finalidad de dar a conocer a otros profesionales cómo ha sido tratada y cómo ha evolucionado. Esta información podría ser de utilidad en el futuro para otras personas con un problema de salud como el suyo.

¿Qué me están solicitando?

Usted fue atendida/o en el Hospital del Río de la ciudad de Cuenca, Ecuador; en el Centro oftalmológico "Clínica Barraquer" de Bogotá, Colombia; y Actualmente en el Hospital Santa Inés de Cuenca, Ecuador, por presentar una enfermedad de Vasculitis retiniana idiopática.

Si firma este documento, nos autoriza para recoger datos de su historia clínica y realizar una publicación científica sobre el problema de salud que se describe.

Entre la información que queremos recoger, es necesario antecedentes patológicos personales, evolución intrahospitalaria pre y postquirúrgica (Historia clínica, evolución, exámenes complementarios, diagnóstico y medidas terapéuticas). La publicación

científica puede ser de varios tipos, por ejemplo: una conferencia, una comunicación a un congreso, un artículo en una revista científica o incluso una actividad docente.

¿Obtendré algún beneficio o inconveniente?

No se espera que Usted ni sus familiares obtengan beneficio, ni se expongan a ningún riesgo. Con su colaboración contribuirá a aumentar el conocimiento científico.

¿Se publicarán los datos del caso clínico?

Sí, en publicaciones científicas dirigidas a profesionales de la salud. Ha de saber que algunas de estas publicaciones pueden ser de acceso libre en internet, por lo que también pueden ser leídas por muchas otras personas ajenas al mundo sanitario. No se transmitirá ningún dato de carácter personal, tal como se describe en el punto siguiente. Si es de su interés, se le podrá facilitar la publicación realizada.

¿Cómo se protegerá la confidencialidad de mis datos?

Solamente los autores de la publicación científica tendrán acceso a todos sus datos de identificación personal, que se recogerán **anonimizados**, es decir, sin ningún dato de carácter personal. Le garantizamos que no recogeremos nombre y apellidos, ni fecha de nacimiento, ni cédula de identidad, pasaporte, ni número de historia clínica, ni código de identificación personal contenido en su carnet de salud.

Vamos a utilizar datos de su historia clínica. Los profesionales autores de la publicación científica no recibirán retribución específica por la dedicación al estudio. Ud. no será retribuido por autorizar el uso de los datos de salud.

Puede retirar su consentimiento en cualquier momento sin dar explicaciones, pero una vez que el caso clínico haya sido aceptado para su publicación no habrá posibilidad de cambiar de parecer.

Si tiene alguna duda puede contactar con: Sergio Marcelo Chico Mancero

Teléfono: 0996239800

Correo-electrónico:

sergiochicomancero@gmail.com

Muchas gracias por su colaboración

**CONSENTIMIENTO INFORMADO POR PACIENTE / POR REPRESENTANTE LEGAL
PARA REVISIÓN DE HISTORIA CLÍNICA Y PUBLICACIÓN CIENTÍFICA**

TÍTULO: "Vasculitis retiniana idiopática. Un reto diagnóstico y terapéutico"

Yo: Eulalia Ximena Mancero Rodríguez, con cédula de identidad: 0102673993. Leí la información contenida en este documento y autorizo a que se utilicen mis datos personales de historia clínica en las condiciones que se describen.

Se incluye fotografías de Estudios de laboratorio de rutina, serología, Fondos de ojo, angiografías con fluoresceína y tomografías de ochehrcia optica de retina (OCT) sin nombres del encabezado.

Deseo se me permita ver y leer la versión final del documento y autorizo su publicación científica resguardando la confidencialidad de mis datos personales

Deseo conocer el documento científico una vez que se haya publicado.

Firma.: La representante legal

Firma.: Investigador/a que solicita el consentimiento

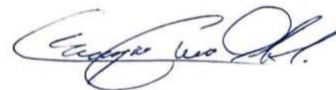


Nombre y apellidos:

Eulalia Ximena Mancero Rodríguez

C.C. 0102673993

Fecha:



Nombre y apellidos:

Sergio Marcelo Chico Mancero

C.C. 0105195374

Fecha:

**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL
REPOSITORIO INSTITUCIONAL**

Sergio Marcelo Chico Mancero portador de la cédula de ciudadanía N° **0105195374**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación **“Vasculitis retiniana idiopática, un reto diagnóstico y terapéutico. Reporte de caso”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, **8 de Febrero de 2024**

F:



SERGIO MARCELO CHICO MANCERO

C.I. 0105195374