

Nombre de la política	Política clínica: Implantes de corticosteroides
Número de la política	1346.00
Departamento	Estrategia Clínica
Subcategoría	Administración médica
Fecha de aprobación original	01/05/2022
Fecha de aprobación de MPC/CMO actual	07/09/2025
Fecha de entrada en vigencia actual	12/01/2025

Entidades de la compañía compatibles (Seleccione todas las opciones que correspondan):

☒ Superior Vision Benefit Management
☒ Superior Vision Services
☒ Superior Vision of New Jersey, Inc.
☒ Block Vision of Texas, Inc., nombre comercial: Superior Vision of Texas
☒ Davis Vision
 (Denominadas en conjunto "Versant Health" o "la Compañía")

SIGLAS

BCVA	Agudeza visual mejor corregida
CME	Edema macular cistoide
IVFA	Angiografía con fluoresceína intravenosa
OCT	Tomografía de coherencia óptica
RVO	Oclusión de la vena retiniana

PROPÓSITO

Proporcionar los criterios de necesidad médica que respalden las indicaciones para los implantes e inyectables de. También se definen los códigos de procedimientos vigentes.

POLÍTICA

A. Antecedentes

Los corticosteroides inhiben la inflamación intraocular. La política se refiere a los corticosteroides que pueden administrarse mediante una inyección o un implante del sistema de administración de medicamentos.

La Tabla 1 resume las condiciones aprobadas por la FDA para estos medicamentos. La eficacia de los corticosteroides en el tratamiento de diversas condiciones se evalúa mediante la mejora de la agudeza visual, la resolución del edema macular y la capacidad de reducir los corticosteroides orales.

Todos los usos de corticosteroides oculares requieren¹ que se descarten infecciones sistémicas y que se realice una monitorización continua y un posible tratamiento del aumento de la presión intraocular.

B. Medicamento necesarias

1. **Iluvien** (implante intravítreo de acetónido de fluocinolona 0,19 mg) puede ser medicamento necesario² para el tratamiento del edema macular diabético y la uveítis crónica no infecciosa del segmento posterior.
 - a. El tratamiento inicial con Iluvien puede ser medicamento necesario cuando:
 - i. El diagnóstico de edema macular diabético o uveítis crónica no infecciosa del segmento posterior se confirma mediante OCT o IVFA; y
 - ii. El paciente ha tenido ensayos de tratamiento previos con corticosteroides, ya sea como terapia tópica, inyección intravítrea o implante intravítreo, y,
 - iii. Para la uveítis posterior crónica no infecciosa, la historia clínica documenta que la afección tiene una duración de al menos un año; y
 - iv. El plan médico incluye control de la presión intraocular con o sin tratamiento para el glaucoma.³
 - b. El retratamiento con Iluvien para el edema macular diabético puede ser medicamento necesario cuando⁴:
 - i. El edema macular diabético ha persistido durante al menos doce meses; y
 - ii. Hay una pérdida de cinco letras en BCVA; o
 - iii. Hay evidencia de empeoramiento del edema, como un aumento en el grosor de la retina en comparación con el mejor estado anterior;
 - iv. El plan médico incluye control de la presión intraocular con o sin tratamiento para el glaucoma.
 - c. El retratamiento con Iluvien para la uveítis crónica no infecciosa del segmento posterior puede ser medicamento necesario cuando:
 - i. Han transcurrido al menos 36 meses desde la terapia inicial; y

¹ Pleyer, 2024.

² Campochiaro, 2011.

³ Seibold, 2022.

⁴ Campochiaro, 2011 y Kodjikian, 2021.

- ii. La documentación de la terapia inicial demuestra la eficacia en la reducción de los diagnósticos iniciales.
 - iii. El plan médico incluye control de la presión intraocular con o sin tratamiento para el glaucoma.
- d. Iluvien is contraindicated when:
- i. There is evidence of coincident viral or fungal infection; or,
 - ii. The posterior lens capsule is not intact and the patient has an anterior or scleral intraocular lens; or,
 - iii. The pattern of uveitis is iritis or iridocyclitis; or,
 - iv. The patient has hypersensitivity to fluocinolone acetonide or any of the components of Iluvien.
- 2. Ozurdex** (implante de 0.7 mg de dexamethasone intravitreal) puede ser médicamente necesario⁵ para el tratamiento del edema macular diabético, el edema macular debido a oclusión de las venas retinianas, el edema macular cistoide después de la operación de cataratas y la uveítis posterior no infecciosa.
- a. El tratamiento inicial de Ozurdex (implante intravítreo de 0.7 mg de dexamethasone) puede ser médicamente necesario cuando:
- i. La evaluación oftalmológica completa incluyendo la tomografía computarizada oftálmica (OCT) o angiografía intravenosa de fluoresceína (IVFA) confirme los diagnósticos mencionados arriba; y
 - ii. El plan médico incluya el control de la presión intraocular con o sin tratamiento del glaucoma.
- b. La repetición del tratamiento con Ozurdex puede considerarse médicamente necesaria cuando⁶:
- i. Hayan pasado al menos tres meses desde la última inyección de Ozurdex; y
 - ii. Los diagnósticos iniciales sigan presentes; y
 - iii. El plan médico incluya el control de la presión intraocular con o sin tratamiento de glaucoma; y
 - iv. La OCT documente la persistencia del engrosamiento central de la retina; o
 - v. La OCT documente quistes retinianos persistentes; o
 - vi. La OCT documente un engrosamiento retiniano persistente fuera del subcampo central.
- c. Ozurdex se excluirá del tratamiento cuando:
- i. Haya evidencia de infección viral o fúngica coincidente; o
 - ii. La cápsula posterior del cristalino no esté intacta; o
 - iii. El patrón de la uveítis sea iritis o iridociclitis; o
 - iv. El paciente presente hipersensibilidad a la dexamethasone o a cualquiera de los componentes de Ozurdex.

⁵ Boyer, 2014, y Allergan, 2020

⁶ Boyer, 2014

- 3. Retisert** (implante intravítreo de 0.59 mg de fluocinolone acetónide) puede ser medicamento necesario para el tratamiento de la uveítis posterior crónica no infecciosa de al menos un año de duración.⁷ Retisert también puede ser medicamento necesario como tratamiento de uso no autorizado para el edema macular diabético.
- a. El tratamiento inicial con Retisert puede ser medicamento necesario cuando:
 - i. Una evaluación oftalmológica completa con OCT o IVFA apoye el diagnóstico de uveítis posterior crónica no infecciosa o edema macular diabético; y
 - ii. La historia médica documentada muestre que la uveítis posterior no infecciosa tiene al menos un año de duración; y
 - iii. El plan médico incluya el control de la presión intraocular con o sin tratamiento del glaucoma.
 - b. La repetición del tratamiento con Retisert puede considerarse medicamento necesaria cuando:
 - i. Hayan pasado al menos 30 meses desde la terapia inicial; y
 - ii. La documentación de la terapia inicial demuestre la eficacia en la reducción del grado de inflamación posterior crónica o edema macular diabético; y
 - iii. El plan médico incluya el control de la presión intraocular con o sin tratamiento del glaucoma.
 - c. Retisert se excluirá del tratamiento si:
 - i. Existe una infección viral o fúngica coincidente; o
 - ii. El paciente tiene o se sospecha que tiene una hipersensibilidad conocida a Retisert, o a cualquiera de sus componentes, o a otros corticosteroides.
- 4. Triesence** (suspensión inyectable de 40 mg/mL. de triamcinolone acetónide) está indicado para, uveítis, oftalmia simpática y edema macular diabético. También está indicado para otras condiciones inflamatorias oculares (ver Tabla 1) que no respondieron a los corticosteroides tópicos.⁸
- a. El tratamiento inicial de Triesence puede ser medicamento necesario cuando:
 - i. El plan de tratamiento inicial incluya una evaluación oftalmológica completa con OCT o IVFA para apoyar los diagnósticos mencionados arriba; y
 - ii. El plan médico incluya el control de la presión intraocular con o sin tratamiento del glaucoma.
 - b. La repetición del tratamiento con Triesence puede ser medicamento necesaria después de 3-4 meses y cuando:
 - i. Hayan pasado al menos tres meses desde la última inyección; y
 - ii. El diagnóstico inicial sigue presente; y
 - iii. La terapia inicial haya demostrado su eficacia; y
 - iv. El plan médico incluya el control de la presión intraocular con o sin tratamiento del glaucoma.
 - c. Triesence está contraindicado en pacientes con:

⁷ Campochiaro, 2020.

⁸ FDA, 2023.

- i. Infección ocular conocida o sospechada o infección fúngica sistémica; o
 - ii. Hipersensibilidad conocida o sospechada al triamcinolone acetonide o a cualquier componente del producto.
- 5. Xipere** (suspensión inyectable de 40 mg/mL de triamcinolone acetonide) puede ser médicamente necesario para el edema macular con uveítis no infecciosa.⁹
- a. El tratamiento inicial con Xipere puede ser médicamente necesario cuando:
 - i. El plan de tratamiento inicial incluya una evaluación oftalmológica completa con OCT o IVFA para apoyar el diagnóstico de edema macular con uveítis no infecciosa; y
 - ii. El plan médico incluya el control de la presión intraocular con o sin tratamiento del glaucoma.
 - b. La repetición del tratamiento con Xipere puede ser médicamente necesaria después de 3-4 meses y cuando:
 - i. Hayan pasado al menos tres meses desde la última inyección; y
 - ii. El diagnóstico inicial siga presente; y
 - iii. La terapia inicial haya demostrado su eficacia; y
 - iv. El plan médico incluya el control de la presión intraocular con o sin tratamiento del glaucoma.
 - c. Xipere está contraindicado en pacientes con:
 - i. Infecciones oculares o perioculares, incluyendo infecciones bacterianas, fúngicas y virales; o
 - ii. Hipersensibilidad conocida o sospechada al triamcinolone acetonide o a cualquier componente del producto.
- 6. Yutiq** (implante intravítreo de 0.18 mg de fluocinolone acetonide) puede ser médicamente necesario para el tratamiento de uveítis posterior crónica no infecciosa de al menos un año de duración.¹⁰
- a. El tratamiento inicial con Yutiq puede considerarse médicamente necesario cuando:
 - i. Una evaluación oftalmológica completa con OCT o IVFA apoye los diagnósticos de arriba; y
 - ii. Para la uveítis posterior crónica no infecciosa, la historia médica documente que la condición tiene una duración mínima de un año; y
 - iii. El plan médico incluya el control de la presión intraocular con o sin tratamiento del glaucoma.
 - b. La repetición del tratamiento con Yutiq puede ser médicamente necesaria cuando:
 - i. Hayan pasado al menos 36 meses desde la terapia inicial; y
 - ii. La documentación de la terapia inicial demuestre la eficacia en la reducción de los diagnósticos iniciales; y
 - iii. El plan médico incluya el control de la presión intraocular con o sin tratamiento del glaucoma.

⁹ FDA, 2023.

¹⁰ Boyer, 2014.

- c. Yutiq queda excluido del tratamiento si:
- Existe una infección viral o fúngica coincidente; o
 - El paciente tiene o se sospecha que tiene hipersensibilidad a yutiq o a cualquiera de sus componentes.

TABLE 1

Diagnóstico	Iluvien fluocinolone acetonide inyectable	Implante Ozurdex de dexamethasone	Retisert fluocinolone implante de acetonide	Triesence triamcinolone acetonide inyectable	Xipere triamcinolone acetonide inyectable	Yutiq fluocinolone implante de acetonide
Uveítis no infecciosa crónica (duración de 1 año o más)	X	X	X	X	X	X
CME después de operación de cataratas		X		X		
Edema macular diabético	X	X	X	X		
Edema de mácula y uveítis no infecciosa		X			X	
Uveítis no infecciosa		X		X		
RVO con edema		X		X		
Oftalmia simpática		X		X		

C. Documentación

La necesidad médica debe tener respaldo de documentación adecuada y completa de la historia clínica del paciente en la que se describen el procedimiento y la razón médica para hacerlo, como en los requisitos descritos arriba. Todos los artículos deben estar disponibles según se soliciten para iniciar o mantener los pagos anteriores. Para cualquier revisión retrospectiva, se requiere un informe operativo completo y/o el plan de atención clínica.

Cada página de la historia clínica debe ser legible e incluir información apropiada de identificación del paciente (p. ej., nombre completo, fechas de servicio). El médico debe autenticar los servicios prestados/solicitados con una firma manuscrita o electrónica. No se aceptan firmas estampadas.

Se requiere la siguiente documentación:

- a. Un examen del segmento anterior y del segmento posterior con los hallazgos pertinentes documentados; y
- b. La interpretación y el informe de los estudios diagnósticos realizados, como la OCT y la angiografía con fluoresceína, que incluyen:
- c. Resultados; y
- d. Diagnóstico clínico; y
- e. Datos comparativos (p. ej., el estado se deteriora, mejora o no cambia); y
- f. Gestión Clínica; y
- g. La impresión/plan debe indicar el corticosteroide específico que se inyectará por vía intravítrea; y las fechas y la frecuencia de administración, incluidos los usos anteriores; y
- h. Si no se puede visualizar el segmento posterior, se debe anotar en el examen y completar una gammagrafía B con los hallazgos, el diagnóstico, los datos comparativos y el manejo clínico.

D. Información sobre el procedimiento

Códigos CPT y códigos HCPCS	
67027	La implantación de un sistema de administración intravítrea de fármacos (por ejemplo, un implante de ganciclovir), incluye la extirpación concomitante del vítreo
67028	Inyección intravítrea de un agente farmacológico (procedimiento aparte)
67516	Inyección de agente farmacológico en el espacio supracoroideo (procedimiento separado)
J3299	Injection, triamcinolone acetone (Xipere), 1 mg
J3300	Inyección de acetónido de triamcinolona sin conservantes, 40 mg (Triesence)
J3301	Inyección de acetónido de triamcinolona, sin otra indicación (Kenalog)
J3490	Medicamentos no clasificados
J3590	Productos biológicos no clasificados
J7311	Acetónido de fluocinolona, implante intravítreo (Retisert)
J7312	Inyección, dexametasona, implante intravítreo, 0.1 mg (Ozurdex)
J7313	Inyección, acetónido de fluocinolona, implante intravítreo 0.01 mg (Iluvien)
J7314	Inyección, acetónido de fluocinolona, implante intravítreo, 0.18 mg (Yutiq)
J7999	Medicamento compuesto, sin otra clasificación
Modificadores requeridos	

RT	Lado derecho
LT	Lado izquierdo
50	Bilateral
JW o JZ	Con o sin residuos de medicamentos

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD y DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Esta política se ofrece solo con fines informativos y no constituye un consejo médico. Versant Health, Inc. y sus filiales (la "Compañía") no proporcionan servicios de atención médica y no pueden garantizar resultados ni desenlaces. Los médicos de cabecera únicamente son responsables de determinar qué servicios o tratamientos les proporcionan a sus pacientes. Los pacientes (miembros) siempre deben consultar con su médico antes de tomar decisiones sobre atención médica.

Sujeto a las leyes vigentes, el cumplimiento de esta Política de cobertura no es una garantía de cobertura ni de pago. La cobertura se basa en los términos de un documento del plan de cobertura en particular de una persona, que es probable que no cubra los servicios ni procedimientos tratados en esta Política de cobertura. Los términos del plan de cobertura específica de la persona siempre son determinantes.

Se hizo todo lo posible para asegurarse de que la información de esta política de cobertura sea precisa y completa; sin embargo, la Compañía no garantiza que no haya errores en esta política o que la visualización de este archivo en un sitio web no tenga errores. La compañía y sus empleados no son responsables de los errores, las omisiones ni de otras imprecisiones en la información, el producto o los procesos divulgados en este documento. Ni la Compañía ni los empleados manifiestan que el uso de dicha información, producto o procesos no infringirá los derechos de propiedad privada. En ningún caso la Compañía será responsable de los daños directos, indirectos, especiales, incidentales o resultantes que surjan del uso de dicha información, producto o proceso.

DECLARACIÓN DE DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL DE LA COMPAÑÍA Salvo los derechos de propiedad intelectual que se describen abajo, esta Política de cobertura es confidencial y de propiedad exclusiva y ninguna parte de esta Política de cobertura puede copiarse sin la aprobación previa, expresa y por escrito de Versant Health o de sus filiales correspondientes.

DECLARACIÓN DE DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL DE LA AMA Derechos de propiedad intelectual 2002-2025 de CPT© solamente, American Medical Association. Todos los derechos reservados. CPT™ es una marca registrada de la American Medical Association. El complemento de regulaciones para adquisiciones federales (FARS)/ complemento de regulaciones para adquisiciones federales para Defensa (DFARS) se aplican al uso del gobierno. Las listas de honorarios, las unidades de valor relativo, los factores de conversión o los componentes relacionados no los asigna la AMA ni forman parte de CPT, y la AMA no recomienda su uso. La AMA no ejerce directa ni indirectamente la medicina ni dispensa servicios médicos. La AMA no asume ninguna responsabilidad por los datos contenidos o no en este documento.

POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS	
1317	Inyecciones intravítreas
1348	Dextenza

ANTECEDENTES DE DOCUMENTOS		
Fecha de aprobación	Revisión	Fecha de entrada en vigencia
01/05/2022	Política inicial: contenido y criterios extraídos de la política 1317 como categoría terapéutica separada. Se ha añadido el nuevo medicamento Dextenza y una nueva indicación, el dolor posoperatorio. Para Ozurdex, ya no requiere un diagnóstico OCT y FA.	07/01/2022
07/06/2022	Eliminar Dextenza (ver 1348); sin cambios de criterio para otros fármacos y tratamientos.	01/01/2023
04/12/2023	Agregue nuevo medicamento Xipere más criterios; agregue criterios para Triesence; quite todas las instancias de mediciones de micrones necesarias; agregue criterios de repetición de tratamiento para todos los medicamentos.	10/01/2023
09/20/2023	Revisión administrativa para la norma final CMS 2024 Medicare Parte C equidad: sin cambios.	n/a
01/03/2024	Eliminar indicación de DME para la administración de Yutiq; añadir código CPT 67516 para uso con Xipere.	05/01/2024
07/10/2024	Elimine el código CPT 68851 por estar fuera del ámbito. No hay cambios en los criterios.	10/01/2024
07/09/2025	Se agregó indicación de uveítis crónica no infecciosa del segmento posterior para Iluvien; se agregó el código CPT 67027.	12/01/2025

BIBLIOGRAFÍA

1. Adán A, Cabrera F, Figueroa MS, et.al. Clinical-Decision Criteria to Identify Recurrent Diabetic Macular Edema Patients Suitable for Fluocinolone Acetonide Implant Therapy (ILUVIEN®) and Follow-Up Considerations/Recommendations. Clin Ophthalmol. 2020 Jul 24; 14:2091-2107. doi: 10.2147/OPHTH.S252359. PMID: 32801618; PMCID: PMC7398681.

2. Bodaghi B, Nguyen QD, Jaffe G, et.al. Preventing relapse in non-infectious uveitis affecting the posterior segment of the eye - evaluating the 0.2 µg/day fluocinolone acetonide intravitreal implant (ILUVIEN®). *J Ophthalmic Inflammatory Infect.* 2020 Nov 30;10(1):32. doi: 10.1186/s12348-020-00225-z. PMID: 33251553; PMCID: PMC7701203.
3. Boyer DS, Yoon YH, Belfort R Jr, et.al. Three-year, randomized, sham-controlled trial of dexamethasone intravitreal implant in patients with diabetic macular edema. *Ophthalmology.* 2014 Oct;121(10):1904-14. doi: 10.1016/j.ophtha.2014.04.024. Epub 2014 Jun 4. PubMed PMID: 24907062.
4. Bucolo C, Gozzo L, Longo L, et.al. Long-term efficacy and safety profile of multiple injections of intravitreal dexamethasone implant to manage diabetic macular edema: A systematic review of real-world studies. *J Pharmacol Sci.* 2018;138(4):219-232. doi:10.1016/j.jphs.2018.11.001.
5. Campochiaro PA, Brown DM, Pearson A, et.al. Long-term benefit of sustained delivery fluocinolone acetonide vitreous inserts for diabetic macular edema. *Ophthalmology.* 2011 Apr;118(4):626-635.e2. doi: 10.1016/j.ophtha.2010.12.028. PubMed PMID: 21459216.
6. Christensen LF, Hassing AK, Klefter ON, Vorum H. Efficacy and Safety of Fluocinolone Acetonide 0.19 mg Intravitreal Implant for the Treatment of Non-Infectious Uveitis: A Systematic Review of Real-World Evidence. *Ocul Immunol Inflamm.* 2025;33(4):683-694. doi:10.1080/09273948.2024.2435472. Fallico M, Maugeri A, Lotery A, et.al. Fluocinolone acetonide vitreous insert for chronic diabetic macular oedema: a systematic review with meta-analysis of real-world experience. *Sci Rep.* 2021 Feb 26;11(1):4800. doi: 10.1038/s41598-021-84362-y. PMID: 33637841; PMCID: PMC7910468.
7. Fusi-Rubiano W, Blow RR, Lane M, et.al. Correction to: Iluvien™ (Fluocinolone Acetonide 0.19 mg Intravitreal Implant) in the Treatment of Diabetic Macular Edema: A Review. *Ophthalmol Ther.* 2020 Mar;9(1):205. doi: 10.1007/s40123-020-00231-3. Erratum for: *Ophthalmol Ther.* 2018 Dec;7(2):293-305. PMID: 32034688; PMCID: PMC7054517.
8. Garweg JG, Zandi S. Retinal vein occlusion and the use of a dexamethasone intravitreal implant (Ozurdex®) in its treatment. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol.* 2016 Jul;254(7):1257-65. doi: 10.1007/s00417-016-3350-x. Epub 2016 May 13. PMID: 27178087; PMCID: PMC4917582.
9. Jain MA, Khanna A, Narendran V. Retinal injury following intravitreal injection of a dexamethasone implant in a non-vitreotomized eye. *Indian J Ophthalmol.* 2020 Jun;68(6):1178. doi: 10.4103/ijo.IJO 1618 19. PMID: 32461468; PMCID: PMC7508110.
10. Kapoor KG, Colchao JB. Safety of Consecutive Same-Day Bilateral Intravitreal Dexamethasone Implant (Ozurdex). *Retin Cases Brief Rep.* 2020 Spring;14(2):200-202. doi: 10.1097/ICB.0000000000000653. PMID: 29155696.
11. Kayıkcıoğlu Ö, Doğruya S, Sarıgül C, et.al. Anterior Chamber Migration of Ozurdex Implants. *Turk J Ophthalmol.* 2020 Apr 29;50(2):115-122. doi: 10.4274/tjo.galenos.2019.43778. PMID: 32367704; PMCID: PMC7204895.
12. Kodjikian L, Bellocq D, Mathis T. Pharmacological Management of Diabetic Macular Edema in Real-Life Observational Studies. *Biomed Res Int.* 2018 Aug 28; 2018:8289253. doi: 10.1155/2018/8289253. PMID: 30246026; PMCID: PMC6136521.
13. Kodjikian L, Baillif S, Creuzot-Garcher C, et.al., Real-World Efficacy and Safety of Fluocinolone Acetonide Inplant for Diabetic Macular Edema: A Systematic Review, *Pharmaceutics*, 2021 Jan;13(1):72
14. Mathis T, Lereuil T, Abukashabah A, et.al. Long-term follow-up of diabetic macular edema treated with dexamethasone implant: a real-life study. *Acta Diabetol.* 2020 Dec;57(12):1413-1421. doi: 10.1007/s00592-020-01561-1. Epub 2020 Jul 12. PMID: 32656710.

15. Monsellato R, Trovato E, Turchetti P, et.al. Ocular hypertension management in long-term treatments with intravitreal dexamethasone implants: a 3-year of experience. *Clin Ter.* 2020 Jan-Feb;170(1): e11-e14. doi: 10.7417/CT.2020.2182. PMID: 31850478.
16. Mukhtar S, Potter SM, Khurshid SG. Dexamethasone Intravitreal Implant for X-linked (Juvenile) Retinoschisis. *Retin Cases Brief Rep.* 2019 Winter;13(1):18-20. doi: 10.1097/ICB.0000000000000521. PMID: 30562235.
17. Multicenter Uveitis Steroid Treatment (MUST) Trial Research Group, Kempen JH, Altaweel MM, et al. Randomized comparison of systemic anti-inflammatory therapy versus fluocinolone acetonide implant for intermediate, posterior, and panuveitis: the multicenter uveitis steroid treatment trial [published correction appears in *Ophthalmology*. 2012 Feb;119(2):212]. *Ophthalmology*. 2011;118(10):1916-1926. doi:10.1016/j.ophtha.2011.07.027.
18. Nayak K, Misra M. PEGylated microemulsion for dexamethasone delivery to posterior segment of eye. *J Biomater Sci Polym Ed.* 2020 Jun;31(8):1071-1090. doi: 10.1080/09205063.2020.1740964. Epub 2020 Mar 20. PMID: 32149562.
19. Nguyen T, Liu Y. Response to: Combined Dexamethasone Intravitreal Implant and Glaucoma Drainage Device Placement for Uveitic Glaucoma. *J Glaucoma.* 2020 Oct;29(10): e120. doi: 10.1097/IJG.0000000000001614. PMID: 32740506.
20. Ong J, Davidoss NH, Bhosale A, et.al. Spontaneous extrusion of a dexamethasone intravitreal implant (Ozurdex). *BMJ Case Rep.* 2020 Nov 3;13(11): e235102. doi: 10.1136/bcr-2020-235102. PMID: 33148568; PMCID: PMC7640474.
21. Pleyer U, Pavesio C, Miserocchi E, et al. Fluocinolone acetonide 0.2 µg/day intravitreal implant in non-infectious uveitis affecting the posterior segment: EU expert user panel consensus-based clinical recommendations [published correction appears in *J Ophthalmic Inflamm Infect.* 2025 Jan 8;15(1):1. doi: 10.1186/s12348-024-00450-w.]. *J Ophthalmic Inflamm Infect.* 2024;14(1):22. Published 2024 May 30. doi:10.1186/s12348-024-00402-4.
22. [published correction appears in *J Ophthalmic Inflamm Infect.* 2025 Jan 8;15(1):1. doi: 10.1186/s12348-024-00450-w.]. *J Ophthalmic Inflamm Infect.* 2024;14(1):22. Published 2024 May 30. doi:10.1186/s12348-024-00402-4.
23. Rajesh B, Zarranz-Ventura J, Fung AT, et.al. for International Ozurdex Study Group. Safety of 6000 intravitreal dexamethasone implants. *Br J Ophthalmol.* 2020 Jan;104(1):39-46. doi: 10.1136/bjophthalmol-2019-313991. Epub 2019 Apr 30. PMID: 31040132.
24. Razeghinejad MR, Katz LJ. Steroid-induced iatrogenic glaucoma. *Ophthalmic Res.* 2012;47(2):66-80. doi:10.1159/000328630.
25. Rommel F, Ranjbar M, Grisanti S. Intraocular Suture of a Migrated ILUVIEN Implant into the Vitreous Cavity. *Ophthalmol Retina.* 2020 Aug;4(8):792. doi: 10.1016/j.oret.2020.04.005. PMID: 32768031.
26. Rosenblatt A, Udaondo P, Cunha-Vaz J, et.al. ARTES Study Group. A Collaborative Retrospective Study on the Efficacy and Safety of Intravitreal Dexamethasone Implant (Ozurdex) in Patients with Diabetic Macular Edema: The European DME (Diabetic Macular Edema) Registry Study. *Ophthalmology.* 2020 Mar;127(3):377-393. doi: 10.1016/j.ophtha.2019.10.005. Epub 2019 Oct 10. PMID: 31932090.
27. Tomkins-Netzer O, Talat L, Seguin-Greenstein S, et.al. Outcome of Treating Pediatric Uveitis with Dexamethasone Implants. *Am J Ophthalmol.* 2016 Jan; 161:110-5. e1-2. doi: 10.1016/j.ajo.2015.09.036. Epub 2015 Oct 22. PMID: 26478217.
28. Thorne JE, Sugar EA, Holbrook JT, et.al. Multicenter Uveitis Steroid Treatment Trial Research Group. Periocular Triamcinolone vs. Intravitreal Triamcinolone vs. Intravitreal Dexamethasone Implant for the Treatment of Uveitic Macular Edema: The Periocular vs. Intravitreal corticosteroids for uveitic macular edema (POINT) Trial. *Ophthalmology.* 2019

- Feb;126(2):283-295. doi: 10.1016/j.opht.2018.08.021. Epub 2018 Sep 27. PMID: 30269924; PMCID: PMC6348060.
29. Veritti D, Sarao V, Diplotti L, et.al. Fluocinolone acetonide for the treatment of diabetic macular edema. *Expert Opin Pharmacother*. 2017 Oct;18(14):1507-1516. doi: 10.1080/14656566.2017.1363182. Epub 2017 Aug 9. PMID: 28764565.
 30. Vieira R, Sousa-Pinto B, Figueira L. Efficacy and Safety of Corticosteroid Implants in Non-infectious Uveitis: A Systematic Review with Network Meta-analysis. *Ocul Immunol Inflamm*. 2022 Jan 2;30(1):215-222. doi: 10.1080/09273948.2020.1787463. Epub 2020 Aug 18. PMID: 32809890.
 31. Vujosevic S, Toma C, Villani E, et.al. Diabetic macular edema with neuro retinal detachment: OCT and OCT-angiography biomarkers of treatment response to anti-VEGF and steroids. *Acta Diabetol*. 2020 Mar;57(3):287-296. doi: 10.1007/s00592-019-01424-4. Epub 2019 Sep 21. PMID: 31541333.
 32. Williams GA, Haller JA, Kuppermann BD, et.al. Dexamethasone DDS Phase II Study Group. Dexamethasone posterior-segment drug delivery system in the treatment of macular edema resulting from uveitis or Irvine-Gass syndrome. *Am J Ophthalmol*. 2009 Jun;147(6):1048-54, 1054.1-2. doi: 10.1016/j.ajo.2008.12.033. Epub 2009 Mar 9. PMID: 19268890.
 33. Yeh S, Khurana RN, Shah M, et.al. PEACHTREE Study Investigators. Efficacy and Safety of Suprachoroidal CLS-TA for Macular Edema Secondary to Noninfectious Uveitis: Phase 3 Randomized Trial. *Ophthalmology*. 2020 Jul;127(7):948-955. doi: 10.1016/j.opht.2020.01.006. Epub 2020 Jan 10. PMID: 32173113.

FUENTES

1. CMS Article A54750. Billing and Coding: FDA approves Iluvien for Diabetic Macular Edema. [https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/view/article.aspx?articleId=54750#:~:text=Submit%20HCPCS%20code%20J7313%20\(fluocinolone%20acetonide%20intravitreal%20implant%2C0.19%20mg%20\).](https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/view/article.aspx?articleId=54750#:~:text=Submit%20HCPCS%20code%20J7313%20(fluocinolone%20acetonide%20intravitreal%20implant%2C0.19%20mg%20).) Accessed 5/2025.
2. Iluvien prescribing information. https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2025/201923s006lbl.pdf. Accessed 6/2025.
3. Ozurdex prescribing information. https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2014/022315s009lbl.pdf . Accessed 5/2025.
4. Retisert Prescribing Information. https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2025/021737s026lbl.pdf . Accessed 5/2025..
5. Seibold, LK, Steroid Induced Glaucoma, AAO, EyeWiki. March 2022. https://eyewiki.aao.org/Steroid-Induced_Glaucoma. Accessed 5/2025.
6. Trience™ Prescribing Information. https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2007/022223,022048lbl.pdf Accessed 5/2025.
7. XIPERE™ Prescribing information. https://www.bausch.com/globalassets/pdf/packageinserts/vision-care/xipere_prescribing_information.pdf. Accessed 5/2025.
8. YUTIQ® Prescribing information; https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/appletter/2018/210331Orig1s000ltr.pdf. Accessed 5/2025.

