

Uveítis

A. ROMÁN PASCUAL¹, M. MEDRANO SAN ILDEFONSO², B. MAGALLARES LÓPEZ³ Y E. QUESADA-MASACHS⁴

RESUMEN

La uveítis es una comorbilidad asociada a la artritis idiopática juvenil (AIJ) cuya importancia radica en sus posibles secuelas si no se trata rápida y agresivamente. Entre el 10 y el 30% de los pacientes con AIJ desarrollarán afectación ocular en forma de uveítis a lo largo de la enfermedad. La aparición de uveítis se relaciona con factores como la edad de inicio de la enfermedad, el sexo, el tiempo de evolución y el tipo de AIJ. En todos los pacientes con AIJ es preciso realizar revisiones oftalmológicas para la detección precoz de la uveítis, y la frecuencia de estas revisiones viene determinada por los factores comentados previamente. El correcto manejo de la uveítis asociada a la AIJ precisa de una estrecha colaboración entre oftalmólogo y reumatólogo pediátrico. Su tratamiento depende de la actividad de la enfermedad y puede ser tópico o sistémico, incluyendo corticoides, inmunosupresores o incluso tratamiento biológico. Las principales complicaciones a evitar son: sinequias, hipertensión ocular, cataratas, queratopatía en banda y edema macular quístico.

Palabras clave: Artritis idiopática juvenil. Uveítis.

ABSTRACT

Uveitis is associated with juvenile idiopathic arthritis (JIA) and it is important due to its possible consequences if not treated quickly and aggressively. Between 10 to 30% of patients with JIA develop ocular involvement in the form of uveitis. The onset of uveitis is related to factors such as age, sex, time of evolution of the disease, and the type of JIA. In all patients with JIA, eye tests must be carried out for early detection of uveitis, and frequency of these reviews is determined by the factors previously discussed. Proper management of uveitis associated with JIA requires close collaboration between ophthalmologists and pediatric rheumatologists. Treatment depends on the activity of the disease and may be topical or systemic, including corticosteroids, immunosuppressants, or biological treatment. The main complications to avoid are: synechiae, glaucoma, cataracts, band keratopathy, and cystoid macular edema. (DOLOR. 2015;30:129-32)

Corresponding author: Berta Magallares López, berpauma@hotmail.com

Key words: Juvenile idiopathic arthritis. Uveitis.

¹Servicio de Reumatología
Hospital General de Villalba
Madrid

²Servicio de Reumatología
Hospital Universitario Miguel Servet
Zaragoza

³Servicio de Reumatología
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Barcelona

⁴Servicio de Reumatología
Hospital Vall d'Hebron
Barcelona

Dirección para correspondencia:
Berta Magallares López
E-mail: berpauma@hotmail.com

DEFINICIÓN Y TÉRMINOS

Anatómicamente, en el ojo se pueden distinguir tres capas, que de fuera a dentro son la córnea y esclera, la úvea y la retina. A su vez, en la úvea distinguimos dos partes: la anterior, que incluye el iris y el cuerpo ciliar, y la posterior, que incluye la coroides.

Uveítis es el término utilizado para describir aquellos cuadros clínicos en los que existe inflamación de la úvea.

Las uveítis pueden clasificarse siguiendo varios criterios: según su etiología, su forma de inicio, su duración, su evolución y la localización de la inflamación. Así, podemos distinguir los siguientes tipos de uveítis:

- Según la etiología:
 - No clasificadas o primarias (idiopáticas): aquellas que no pueden asociarse a ninguna condición conocida, a pesar de realizar un examen dirigido completo.
 - Clasificadas o secundarias.
- Según la forma de inicio:
 - Brusco.
 - Insidioso.
- Según su duración:
 - Limitada: duración inferior o igual a tres meses.
 - Persistente: duración superior a tres meses.
- Según su curso evolutivo:
 - Aguda: inicio brusco y duración limitada.
 - Recurrente: episodios repetidos separados por periodos de inactividad sin tratamiento de al menos tres meses.
 - Crónica: uveítis persistente con recaída en menos de tres meses tras la suspensión del tratamiento.
- Según la localización de la inflamación:
 - Anterior: afecta a la cámara anterior del ojo. Se incluyen la iritis, la iridociclitis y la ciclitis anterior.
 - Intermedia: afecta al vítreo. Se incluyen: *pars planitis*, vitritis posterior e hialitis.
 - Posterior: afecta a la retina o coroides. Incluye la coriorretinitis, la retinocoroiditis, la retinitis y la neurorretinitis.
 - Panuveítis: afecta a las tres cámaras.

Tabla 1. Riesgo de uveítis en función del subtipo de AIJ

Subtipo de AIJ	% pacientes con uveítis
Oligoarticular	30
Poliarticular con FR negativo	15
Psoriásica	10
Poliarticular con FR positivo	< 1
Sistémica	< 1
Artritis relacionada con entesitis	< 1 (uveítis anterior aguda)

EPIDEMIOLOGÍA

Aproximadamente el 5-10% de todas las uveítis aparecen en la población pediátrica; de ellas, aproximadamente el 30% son uveítis asociadas a AIJ.

Entre el 10 y el 30% de la población de pacientes con AIJ desarrollarán afectación ocular en forma de uveítis a lo largo de la evolución de la enfermedad².

FACTORES DE RIESGO

La aparición de uveítis en los pacientes con AIJ se relaciona claramente con la presencia de algunos de los factores de riesgo que se enumeran a continuación:

- Sexo: el sexo femenino supone un factor de riesgo para el desarrollo de uveítis asociada a AIJ. La relación de uveítis en niñas respecto a niños con AIJ es de 4,4 a 1.
- Edad de inicio de la artritis: cuanto más precoz sea el debut de la enfermedad, mayor riesgo existe de desarrollar uveítis; la edad de corte establecida para estratificar el riesgo son los seis años.
- Categoría de la AIJ: las categorías con mayor riesgo de desarrollar uveítis son la forma oligoarticular, la poliarticular seronegativa y la psoriásica (Tabla 1).
- Duración de la artritis: la uveítis asociada a AIJ aparece en los primeros años tras el diagnóstico de la enfermedad; pasados cuatro años, el riesgo disminuye.
- Anticuerpos: la presencia de anticuerpos antinucleares (ANA) es un factor de riesgo para el desarrollo de uveítis, mientras que la presencia de factor reumatoide (FR) es un factor protector (Tabla 2).
- Antígenos leucocitarios humanos (HLA): la presencia del haplotipo DR5 es un factor de riesgo, mientras que la presencia del DR1 es un factor protector.

Por tanto, las niñas con formas oligoarticulares, de corta edad y enfermedad de corta evolución, con

Tabla 2. Riesgo de uveítis

Otras características	
Niñas:niños	4,4:1
– FR positivo	< 1%
– ANA positivos	80%

ANA y DR5 positivo son el grupo de mayor riesgo para el desarrollo de uveítis.

En función de todos estos factores, podemos estratificar el riesgo (Tabla 3) y se han elaborado protocolos de seguimiento para estos pacientes³.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La uveítis asociada a AIJ es asintomática, anterior, bilateral y crónica. Esto puede condicionar un retraso en el diagnóstico y la aparición de secuelas, si no se lleva a cabo un seguimiento adecuado de estos pacientes.

Hay un grupo pequeño de pacientes con AIJ que presentan una forma de uveítis diferente, anterior, aguda y sintomática, equivalente a la uveítis asociada a las espondiloartropatías del adulto. Este tipo de uveítis aparece en los pacientes con artritis relacionada con entesitis, habitualmente varones y con HLA-B27 positivo.

DIAGNÓSTICO

El abordaje diagnóstico de un paciente con AIJ y posible afectación ocular debe incluir, siempre, la exploración de ambos ojos y las siguientes pruebas diagnósticas⁴:

- Determinación de la agudeza visual. Se utilizarán diferentes test en función de la edad del niño (< 2 años: Teller; 2-4 años: Pigassou; > 4 años: Snellen).

Tabla 4. Cuantificación de células en la cámara anterior según el grupo SUN

Células en la cámara anterior: Tyndall	
Grado	Células/campo
0	< 1
0,5+	1-5
1+	6-15
2+	16-25
3+	26-50
4+	> 50

Tabla 3. Estratificación del riesgo de desarrollo de uveítis en pacientes con AIJ

	Riesgo bajo	Riesgo alto
Sexo	Varón	Mujer
Edad de inicio	> 6 años	< 6 años
Categoría de AIJ	Sistémica	Oligoarticular
Duración de la artritis	> 4 años	< 4 años
ANA	Negativos	Positivos
FR	Positivo	Negativo
HLA-DR1	Presente	Ausente
HLA-DR5	Ausente	Presente

- Exploración del polo anterior del ojo con una lámpara de hendidura para cuantificar la presencia de células (Tyndall) y de proteínas (Flare) en la cámara anterior en función de los criterios del *Standardization of Uveitis Nomenclature Working Group* (SUN) (Tablas 4 y 5).
- Exploración del polo posterior del ojo mediante la realización del fondo de ojo.
- Medición de la presión intraocular.
- Realización de una tomografía de coherencia óptica.

SEGUIMIENTO

En todos los pacientes con AIJ es preciso realizar revisiones oftalmológicas para la detección precoz de la uveítis. La frecuencia de las revisiones depende del riesgo de cada paciente, que depende a su vez de los factores descritos anteriormente (Fig. 1).

En caso de existir un brote o un nuevo episodio de uveítis, la frecuencia de las visitas se individualizará según el criterio del grupo médico del paciente. Es preciso realizar en cada visita todas las exploraciones diagnósticas explicadas anteriormente.

Tabla 5. Cuantificación de proteínas en la cámara anterior según el grupo SUN

Proteínas en la cámara anterior: Flare	
Grado	Descripción
0	Nada
1+	Trazas
2+	Moderado
3+	Marcado
4+	Intenso

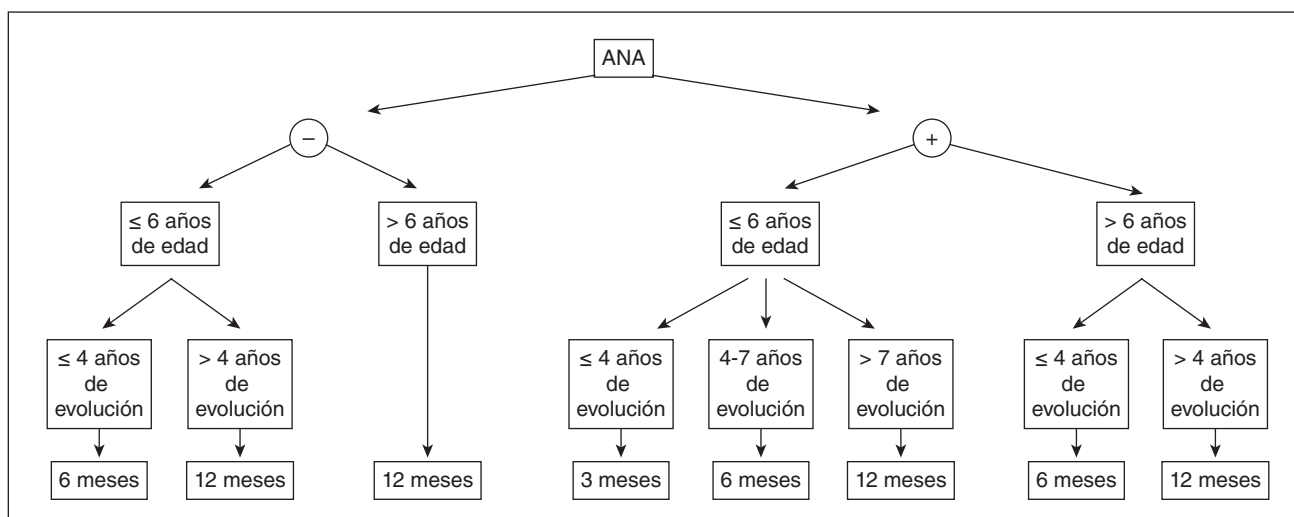


Figura 1. Protocolo de seguimiento oftalmológico en pacientes con AIJ.

TRATAMIENTO

El tratamiento de los pacientes con uveítis asociada a AIJ comienza con la estrecha colaboración entre el oftalmólogo y el reumatólogo pediátrico, para poder optimizar así al máximo los tratamientos y minimizar los efectos adversos derivados de la medicación utilizada⁵.

El uso de la misma nomenclatura, la comunicación fluida entre especialistas y la toma de decisiones conjuntas deben ser la base del tratamiento.

El tratamiento instaurado dependerá de la actividad de la enfermedad, tanto a nivel ocular como articular.

Hay múltiples tratamientos disponibles para la uveítis asociada a AIJ; de forma escalonada podrían resumirse de la siguiente manera:

- Corticoides tópicos (acetato de prednisolona al 1%) y ciclopéjicos.
- Corticoides sistémicos (prednisona, metilprednisolona).
- Corticoides subtenonianos (acetónido de triamcinolona).
- Inmunosupresores (ciclosporina, metotrexato, azatioprina, tacrolimus, etc.). El más utilizado en la práctica clínica es metotrexato, por vía oral o subcutánea.
- Terapia biológica: antifactor de necrosis tumoral (adalimumab, infliximab, golimumab, certolizumab), antilinfocitos T (abatacept), antilinfocitos B (rituximab), antiinterleucina 6 (tocilizumab). En la práctica clínica, los más utilizados son adalimumab e infliximab. Etanercept, a diferencia de lo que

sucede en el control de la artritis, ha demostrado menor eficacia que adalimumab e infliximab. En los últimos años, la experiencia con el resto de fármacos biológicos ha aumentado, pero sigue sin haber ensayos clínicos controlados que demuestren su eficacia.

En algunos casos, además del tratamiento médico, pueden ser necesarias las técnicas quirúrgicas para el manejo de las complicaciones asociadas.

COMPLICACIONES

El retraso en el diagnóstico, así como la agresividad de la enfermedad y los efectos adversos de los fármacos utilizados para su control, pueden incurrir en el desarrollo de complicaciones oculares en estos pacientes. Las más frecuentes son la aparición de sinequias, hipertensión ocular, cataratas, queratopatía en banda y edema macular quístico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sabri K, Saurenmann RK, Silverman ED, Levin AV. Course, complications, and outcome of juvenile arthritis-related uveitis. *J AAPOS*. 2008;12(6):539-45.
2. Carvounis P, Herman D, Cha S, Burke JP. Incidence and outcomes of uveitis in juvenile rheumatoid arthritis, a synthesis of the literature. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*. 2006;244(3):281-90.
3. Rodríguez-García A. The importance of an ophthalmologic examination in patients with juvenile idiopathic arthritis. *Reumatol Clin*. 2014. pii: S1699-258X(14)00169-7.
4. Vastert SJ, Bhat P, Goldstein DA. Pathophysiology of JIA-associated Uveitis. *Ocul Immunol Inflamm*. 2014;22(5):414-23.
5. Bou R, Iglesias E, Antón J. Treatment of uveitis associated with juvenile idiopathic arthritis. *Curr Rheumatol Rep*. 2014;16(8):437.