

# Comunicación en e-póster

Patología / Farmacología

17-02-2012 • 10:45 - 11:00 → T 4 • 267

## Uveítis en la artritis crónica juvenil

### Autores:

Santalla Rivera, Noemi - Narón <sup>(1)</sup>

Instituciones: <sup>(1)</sup> Universidad Europea de Madrid.

La uveítis asociada a la artritis crónica juvenil (ACJ) es la causa más frecuente de uveítis en la población pediátrica.

Es una inflamación asintomática, que en la mayoría de los casos suele pasar desapercibida, y con un correcto seguimiento periódico por parte de ópticos-optometristas y oftalmólogos puede prevenir futuras complicaciones

Signos que nos podemos encontrar son: inyección ciliar, tyndall, flare y precipitados retroqueráticos.

### COMPLICACIONES

Catarata, glaucoma, edema macular, ptisis bulbi, sinequias, queratopatía en banda y pérdida de visión.

Es muy importante una correcta anamnesis y, si se sospecha de artritis, se hace un estudio de los anticuerpos antinucleares (ANA) para identificar niños con ACJ y con alto riesgo de desarrollar uveítis anterior.

Estos pacientes deben hacerse revisiones periódicas, dependiendo del estado de la artritis y anticuerpos nucleares, porque suelen cursar con ojo blanco.

### CASO CLÍNICO

Paciente varón de 14 años con ACJ desde los 3 años en tratamiento con metrotexato<sup>®</sup>. Presenta brotes repetidos de

uveítis anterior en el OI desde los 10 años. Último brote con pico tensional, en tratamiento con Maxidex<sup>®</sup>. Acuden para valorar iridectomía.

Refracción: OD: +0.50Esf -0.75Cil x 110° AV: 1.25; OI: +0.50Esf AV: 0.70

Polo posterior: OD: Sin alteraciones; OI: Brillo celofánico macular

Pupilas isocóricas y reactivas

Motilidad sin limitaciones

Presión intraocular (PIO) 17:00 OD: 19mmHg OI: 14mmHg Goldman

Paquimetría: OD: 595µm OI: 585µm

Polo anterior: conjuntiva normal en ambos ojos; córnea OD normal, OI pequeños precipitados retroqueráticos; cristalino OD transparente, OI resto de pigmento en cristaloides anterior; cámara anterior ambos ojos grado III en OI Tyndall +++.

### DIAGNÓSTICO

Uveítis anterior sin sinequias irido-cristalinianas con valores tensionales dentro de la normalidad, por lo que no se realiza iridectomía.

Se pauta tratamiento corticoideo.

El paciente tuvo brotes recurrentes como muestra la gráfica (Figura 1). El paciente es un alto respondedor a los corticoides, con lo que aumenta la PIO y se crea un daño trabecular crónico. Aunque la inflamación esté estable, mantiene una PIO elevada.



Con la gonioscopia podemos observar que no se aprecian sinequias ni cierre angular. El paciente desarrolló un glaucoma uveítico.

Como consecuencia de los episodios de inflamación, se realizaron numerosos controles de seguimiento en los que fuimos viendo cómo varía la agudeza visual (AV) y la PIO. (Figuras 2 y 3).

A modo de resumen, el paciente sufrió un descontrol de la PIO, por lo que se le realizó una trabeculectomía; a continuación, a causa de las numerosas inflamaciones se le realizó una facoemulsificación, con implante de lente en saco, monofocal; meses después se le realizó una capsulotomía YAG por opacificación de cápsula posterior.

El tratamiento de base son los corticoides para la inflamación. En caso de cuadro agudo, se suele añadir ciclopléjico, y si la inflamación no se controla se añade corticoide oral. En caso de cuadros crónicos, en que persista la inflamación aún con los corticoides, se añaden inmunosupresores. En este momento, en primera línea de tratamiento están los inhibidores anti-TNF.

**CONCLUSIÓN**

Debido al gran número de enfermedades que pueden cursar con uveítis, es necesario hacer una buena anamnesis y exploración para conseguir un correcto diagnóstico diferencial.

Es muy importante hacer un correcto seguimiento para prevenir las posibles dificultades que pueden surgir con esta enfermedad.

