

Exploraciones oftalmológicas en los niños con artritis reumatoide juvenil

James Cassidy, MD, Jane Kivlin, MD, Carol Lindsley, MD, James Nocton, MD; Section on Rheumatology y Section on Ophthalmology

Al contrario que la articular, la afectación ocular en la artritis reumatoide juvenil suele ser asintomática, aunque la inflamación puede provocar morbilidad grave con pérdida de visión. Las exploraciones del oftalmólogo con lámpara de hendidura, pautadas a intervalos fijos, pueden detectar tempranamente la enfermedad ocular, y el rápido tratamiento puede prevenir la pérdida de visión.

La uveítis crónica es una complicación importante, a veces devastadora, de la artritis reumatoide juvenil¹⁻³ (ARJ). La inflamación intraocular afecta principalmente al iris y a los cuerpos filiares (iridociclitis), aunque también puede dañar a la coroides⁴. La frecuencia global oscila del 2% al 34% de los niños con ARJ⁵⁻⁸. No es posible establecer el diagnóstico de afectación temprana mediante la oftalmoscopia directa, pero la exploración con la lámpara de hendidura revelará la presencia o la ausencia de células inflamatorias y el aumento de proteínas en la cámara anterior del ojo.

La morbilidad consiste en cataratas, glaucoma, queratopatía en banda, la ptisis bulbar y la pérdida de la visión^{7,9}. El resultado visual ha mejorado en los últimos 20 años; la mayoría de los niños tiene un pronóstico relativamente bueno cuando la alteración se detecta y trata tempranamente^{9,10}. Sin embargo, la uveítis de los niños con ARJ sigue siendo una causa importante de pérdida de visión y de ceguera en Estados Unidos.

FACTORES DE RIESGO DE LA UVEÍTIS CRÓNICA

Aspectos articulares

La clasificación de la ARJ describe un grupo heterogéneo de alteraciones en las que predomina la artritis periférica y se presenta antes de los 16 años de edad. Los 3 tipos principales de presentación definidos por las manifestaciones clínicas durante los 6 primeros meses de la enfermedad son el oligoarticular (pauciarticular), el poliarticular y el sistémico¹¹. El tipo de presentación está determinado por las manifestaciones sistémicas de la enfermedad y por el número de articu-

laciones con artritis al diagnóstico. La ARJ oligoarticular está definida por la afectación de 4 articulaciones como máximo; la ARJ poliarticular está definida por la afectación de más de 4 articulaciones (por lo general 10-20), y la ARJ de presentación sistémica está definida por fiebre diaria durante las 6 primeras semanas de la enfermedad, casi siempre asociada con un exantema característico. Menos del 1% de los niños con ARJ de presentación sistémica desarrolla una uveítis crónica^{5,7}. La mayoría de los niños con uveítis tiene una presentación oligoarticular^{1,2,7}.

La uveítis crónica puede detectarse al establecer el diagnóstico de artritis; sin embargo, si falta en la presentación, suele aparecer durante los 4 a 7 años siguientes^{7,12}. El período de máximo riesgo abarca los 4 años siguientes a la presentación de la artritis, aunque el riesgo nunca desaparece por completo^{7,12}. La afectación ocular precede a la afectación de las articulaciones en cerca del 5% de los casos.

Los niños con ARJ siguen en riesgo de desarrollar uveítis hasta la edad adulta. Existen informes de uveítis diagnosticada por primera vez más de 20 años después de la aparición de la artritis¹³. La actividad de la inflamación uveal no es paralela a la de la enfermedad articular^{14,15}.

Edad

Los niños en máximo riesgo de desarrollar uveítis son los afectados por una ARJ de presentación oligoarticular^{1,2,13}. La edad de máxima presentación de la artritis en la oligoartritis es de 1 a 5 años¹².

Marcadores inmunogenéticos y serológicos

El marcador serológico asociado más intensamente a la uveítis crónica es la presencia de anticuerpos antinucleares^{1,2,16}. Del 65% al 90% de los niños con uveítis crónica presentan anticuerpos antinucleares, que son un importante factor de riesgo para su desarrollo^{7,17}. Suelen detectarse con títulos bajos o moderados en las células Hep-2 y tienen una especificidad antigénica desconocida. Los niños con ARJ, incluso los afectados de uveítis, no

TABLA 1. Frecuencia de la exploración oftalmológica en los pacientes con ARJ

Tipo	ANA	Edad al inicio (años)	Duración de la enfermedad (años)	Categoría de riesgo	Frecuencia de la exploración ocular (meses)
Oligoartritis o poliartitis	+	≤ 6	≤ 4	Alto	3
	+	≤ 6	> 4	Moderado	6
	+	≤ 6	> 7	Bajo	12
	+	> 6	≤ 4	Moderado	6
	+	≤ 6	> 4	Bajo	12
	—	≤ 6	≤ 4	Moderado	6
	—	≤ 6	> 4	Bajo	12
	—	> 6	NA	Bajo	12
Forma sistémica (fiebre, exantema)	NA	NA	NA	Bajo	12

La recomendación de seguimiento continúa durante la infancia y la adolescencia. ANA: anticuerpos antinucleares; NA: no aplicable.

suelen presentar factor reumatoide. Los factores inmunogenéticos pueden predisponer al desarrollo de uveítis crónica. Los alelos asociados están localizados predominantemente en la región del complejo mayor de histocompatibilidad (MHC) del cromosoma 6, e implican especificidad en las regiones HLA-DR, DP y DQ¹⁸.

Características clínicas

La presentación de la inflamación ocular es insidiosa y asintomática en la mayoría de los niños pequeños^{1,2,17}. Dada la ausencia de síntomas y del reconocimiento cognitivo por el niño, suele ser difícil determinar el momento exacto del inicio de la afectación ocular. Esta observación subraya la necesidad de la exploración de un oftalmólogo con lámpara de hendidura, tanto al establecer el diagnóstico como periódicamente con posterioridad.

Los signos o síntomas en los niños de mayor edad, aun siendo raros, pueden consistir en enrojecimiento ocular, disminución de la visión, anisocoria, dolor ocular y cefaleas, y deberían desembocar en una exploración ocular urgente. La mayoría de los casos de uveítis son bilaterales (70 a 80%); la enfermedad unilateral puede progresar a la afectación bilateral.

Los datos recogidos antes de la generalización del tratamiento con metotrexato y con bloqueadores del factor de necrosis tumoral indican que el pronóstico era bueno en el 25% de los casos y que el 25% de los niños respondían mal al tratamiento o necesitaban cirugía por cataratas o glaucoma³. Cerca del 50% de los pacientes necesitaba un tratamiento prolongado por una inflamación crónica moderada o grave; el pronóstico visual de estos pacientes era reservado. El tratamiento temprano y enérgico de la inflamación intraocular ayudó a disminuir la morbilidad de la enfermedad ocular¹⁹.

FRECUENCIA DE LAS EXPLORACIONES OFTALMOLÓGICAS EN LOS NIÑOS CON ARJ

La tabla 1 muestra la frecuencia sugerida de las visitas oftalmológicas a los niños con ARJ sin uveítis al diagnóstico y durante el seguimiento. Una vez diagnosticada la uveítis, el oftalmólogo pediátrico determinará la frecuencia de las exploraciones según la respuesta al tratamiento y las complicaciones. Como un número sustancial de pacientes puede presentar la enfermedad ocular antes o poco después del diagnóstico de la artritis, deben someterse a la exploración ocular inicial antes de

transcurrido 1 mes del diagnóstico de la artritis en vez de esperar a la primera cita disponible.

BIBLIOGRAFÍA

- Rosenberg AM. Uveitis associated with childhood rheumatic diseases. *Curr Opin Rheumatol*. 2002;14:542-7.
- Petty RE. Current knowledge of the etiology and pathogenesis of chronic uveitis accompanying juvenile rheumatoid arthritis. *Rheum Dis Clin North Am*. 1987;13:19-36.
- Kanski JJ. Juvenile arthritis and uveitis. *Surv Ophthalmol*. 1990;34:253-67.
- Chadwick AJ, Rosen ES. Papillitis and Still's disease. *Am J Ophthalmol*. 1968;65:784-7.
- Chylack LT Jr, Beinfeld DC, Bellows AR, Stillman JS. Ocular manifestations of juvenile rheumatoid arthritis. *Am J Ophthalmol*. 1975;79:1026-33.
- McGill NW, Gow PJ. Juvenile rheumatoid arthritis in Auckland: a long term follow-up study with particular reference to uveitis. *Aust N Z J Med*. 1987;17:305-8.
- Chalom EC, Goldsmith DP, Koehler MA, et al. Prevalence and outcome of uveitis in a regional cohort of patients with juvenile rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 1997;24:2031-4.
- Kotaniemi K, Kaipiainen-Seppanen O, Savolainen A, Karma A. A population-based study on uveitis in juvenile rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol*. 1999;17:119-22.
- Cabral DA, Petty RE, Malleson PN, Ensworth S, McCormick AQ, Shroeder ML. Visual prognosis in children with chronic uveitis and arthritis. *J Rheumatol*. 1994;21:2370-5.
- Wolf MD, Lichter PR, Ragsdale CG. Prognostic factors in the uveitis of juvenile rheumatoid arthritis. *Ophthalmology*. 1987;94:1242-8.
- Cassidy JT, Levinson JE, Bass JC, et al. A study of classification criteria for a diagnosis of juvenile rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 1986;29:274-81.
- Guillaume S, Prieur A, Coste J, Job-Deslandre C. Long-term outcome and prognosis in oligoarticular-onset juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis Rheum*. 2000;43:1858-65.
- Cassidy JT, Sullivan DB, Petty RE. Clinical patterns of chronic iridocyclitis in children with juvenile rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 1977;20(2 suppl):224-7.
- Rosenberg AM, Oen KG. The relationship between ocular and articular disease activity in children with juvenile rheumatoid arthritis and associated uveitis. *Arthritis Rheum*. 1986;29:797-800.
- Cimaz RG, Fink CW. The articular prognosis of pauciarticular onset juvenile arthritis is not influenced by the presence of uveitis. *J Rheumatol*. 1996;23:357-9.
- Dana MR, Merayo-Llones J, Schaumberg DA, Foster CS. Visual outcomes prognosticators in juvenile rheumatoid arthritis-associated uveitis. *Ophthalmology*. 1997;104:236-44.
- Kotaniemi K, Kautiainen BA, Karma A, Aho K. Occurrence of uveitis in recently diagnosed juvenile chronic arthritis: a prospective study. *Ophthalmology*. 2001;108:2071-5.

18. Melin-Aldana H, Giannini EH, Taylor J, et al. Human leukocyte antigen-DRB1*1104 in the chronic iridocyclitis of pauciarticular juvenile rheumatoid arthritis. J Pediatr. 1992; 121:56-60.
19. Kotaniemi K, Savolainen A, Karma A, Aho K. Recent advances in uveitis of juvenile idiopathic arthritis. Surv Ophthalmol. 2003;48:489-502.

Section on Ophthalmology, 2004-2005

Edgard Buckley, MD, Presidente
James Ruben, MD
Jane Kivlin, MD
Stephen Glaser, MD
Gregg Lueder, MD
David Granet, MD
Steven Lichtenstein, MD, Presidente anterior

Personal

S. Niccole Alexander, MPP

Section on Rheumatology, 2004-2005

Michael Henrickson, MD, Presidente
John Bohnsack, MD
Harry Gewanter, MD
Kathleen Haines, MD
Mary Moore, MD
James Nocton, MD
Carlos Rosé, MD
Charles Spencer, MD, Presidente anterior

Personal

Laura Laskosz, MPH