

# Uveítis en el paciente pediátrico. ¿Qué debe saber el pediatra?

PILAR TEJADA PALACIOS

Sección de Oftalmología Infantil. Hospital 12 de Octubre. Madrid. España.

Profesor Asociado Universidad Complutense. Madrid. España.

ptejada.hdoc@salud.madrid.org

## Introducción

El término uveítis engloba las enfermedades inflamatorias del tracto uveal. Estrictamente define una inflamación del iris, cuerpo ciliar y coroides; aunque pueden estar involucradas otras estructuras del globo como la base del vítreo, la retina o la papila del nervio óptico. The *International Uveitis Study Group* (IUSG), en 1987, clasificó las uveítis en anteriores, intermedias, posteriores y panuveítis de acuerdo a la

localización predominante de la inflamación. En la uveítis anterior, la afectación se produce en la cámara anterior. Incluye los términos de iritis e iridociclitis. La afectación del vítreo se da en la uveítis intermedia, incluyendo el término *parsplanitis*. En la uveítis posterior, la afectación es de la retina o la coroides y en ella se incluyen coroiditis, retinitis y coriorretinitis. Y finalmente en la panuveítis, la afectación es tanto de cámara anterior, vítreo y retina o coroides. Según el grupo de trabajo SUN (*Standardization of Uveitis Nomenclature*)<sup>1</sup> se estratifica el grado de uveítis en función de las células en cámara anterior entre 0 y 4+. Y el grado de actividad inflamatoria vítreo según el grado de opacidad del vítreo entre 0 y 4+. Dentro de las uveítis anteriores se consideran no granulomatosas aquellas que presentan precipitados queráticos finos. Y uveítis granulomatosas aquellas en las que los precipitados son gruesos «en grasa de carnero». Según la forma de inicio y la duración de la inflamación, las uveítis se clasifican en agudas y crónicas. Uveítis aguda se considera la de inicio súbito y duración menor de 3 meses. Y uveítis crónica, toda uveítis cuya duración es mayor de 3 meses.

### Puntos clave

- La uveítis es una enfermedad infrecuente en los niños pero grave desde el punto de vista ocular por el elevado porcentaje de complicaciones y secuelas visuales.
- La duración de la enfermedad en los niños es larga y suele acompañar al niño durante toda su etapa de desarrollo visual, de ahí la importancia del diagnóstico precoz y de un tratamiento efectivo que minimice las complicaciones.
- La mayoría de las uveítis infantiles son idiopáticas, debiendo descartar enfermedades sistémicas y por supuesto una etiología infecciosa.
- El carácter asintomático en muchos casos retrasa el diagnóstico, empeorando el pronóstico visual.
- Las pruebas diagnósticas se orientarán según la combinación de hallazgos oculares y sistémicos que se encuentren en el paciente.
- Los tratamientos prolongados tienen un impacto sobre el niño en pleno desarrollo. En muchas ocasiones se requieren fármacos inmunosupresores para el control de la inflamación y para ahorrar corticoides, tan nocivos en esta etapa de la vida.

## Uveítis infantil

Se considera uveítis infantil la que se presenta en menores de 16 años. Suponen el 5-10% de todas las uveítis, son bilaterales en el 73% de los casos y crónicas en el 83%. Es una enfermedad grave desde el punto de vista ocular pues puede desembocar en ceguera o en déficit visual grave. Se producen complicaciones en el 76% de los pacientes y se estima que un 20% de los pacientes presentarán ceguera legal (agudeza visual igual o menor de 0,1) en al menos un ojo cuando el seguimiento sobrepasa los 3 años<sup>2</sup>. La uveítis más frecuente en los niños es la anterior (36%), seguida de la intermedia (24%), panuveítis (21%) y la posterior (19%).

La uveítis infantil presenta unas características propias que la diferencian de la del adulto. La asociación con enfermedades sistémicas es diferente en el niño y, así, la artritis idiopática juvenil (AIJ) ANA+ está presente en el 41% de los casos uveítis anteriores del niño. En el niño, el cristalino, la mácula y el disco óptico son más susceptibles de desarrollar daño irreversible. El uso de medicamentos sistémicos como corticoides y fármacos inmunosupresores, muchas veces necesarios para el control de la uveítis, tienen un impacto importante sobre los huesos y el sistema inmunitario inmaduro de los niños. El comienzo de la inflamación ocular es a menudo asintomático, lo que retrasa el diagnóstico, encontrándose secuelas importantes ya en la primera visita al oftalmólogo. La gran duración de la enfermedad en muchos casos contribuye a una morbilidad ocular significativa. En niños por debajo de 8-10 años, siempre debe considerarse la ambliopía (ojo vago), ya que la enfermedad ocular interfiere con su desarrollo visual normal, complicando el pronóstico visual final. Los resultados de los procedimientos quirúrgicos de las complicaciones como catarata o glaucoma son menos exitosos que en los adultos.

### Etiología

La uveítis es una manifestación de un proceso infeccioso o una disfunción del sistema inmunitario. La mayoría de las uveítis en los niños son idiopáticas. Se relacionan con una enfermedad sistémica en el 29% de los casos cifrándose en torno al 13% una etiología infecciosa<sup>3</sup>. Entre las uveítis anteriores de presentación aguda se pueden considerar, aparte del traumatismo, la enfermedad de Kawasaki, las espondiloartropatías HLA B27 y el síndrome TINU o nefritis tubulointersticial y uveítis en niñas adolescentes<sup>4</sup>. Aparte de la AIJ pueden producir uveítis anterior crónica la sarcoidosis y la iridociclitis de Fuchs. Entre las causas de uveítis intermedia, la más común es la idiopática, siendo el subtipo *parsplanitis* el más representativo<sup>4</sup>. Las uveítis posteriores crónicas no infecciosas y panuveítis son raras en niños, y destacan como causas la sarcoidosis, el síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada, la enfermedad de Behçet y la oftalmía simpática<sup>4</sup>. Entre las uveítis infecciosas<sup>3</sup> destaca por su frecuencia la retinocoroiditis toxoplásmica, que supone el 50% de todas las uveítis posteriores. Muy frecuente en países en desarrollo y en aumento en países desarrollados es la uveítis por tuberculosis, que puede provocar afectación a cualquier nivel; lo más típico tubérculos coroides y panuveítis. La uveítis por toxocara, rara en nuestro medio, cursa con granulomas en vítreo. La enfermedad de Lyme puede presentar uveítis anterior, intermedia y panuveítis. Y la enfermedad por arañazo de gato, retinocoroiditis. El virus varicela-zóster puede ser el responsable del síndrome de necrosis retiniana aguda.

### Manifestaciones clínicas

En las uveítis anteriores de presentación aguda, los signos y síntomas son los de cualquier uveítis como ojo rojo, inyección ciliar, dolor ocular y visión bo-

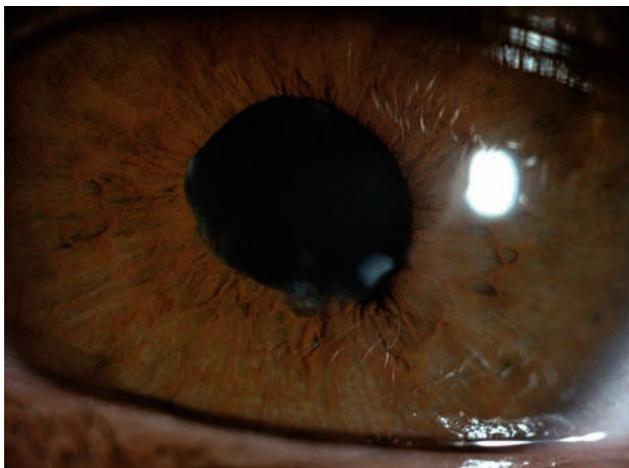
rrrosa. En los casos de uveítis posterior siempre hay pérdida de visión o sensación de metamorfopsias o moscas volantes que llaman la atención del niño de una cierta edad. Muchas uveítis infantiles son de comienzo insidioso, con ojo blanco y asintomáticas, en las que el niño no se queja y los padres no encuentran signos externos por los que preocuparse. Es en estos casos en los que se retrasa el diagnóstico y cuando llegan al oftalmólogo ya tienen secuelas importantes.

### Complicaciones

La duración de la uveítis y el grado de inflamación de la misma van a influir en la aparición y gravedad de las complicaciones. El tipo de uveítis va a determinar también la aparición de determinadas complicaciones, así en la uveítis de la AIJ son muy frecuentes las sinequias, incluso en el momento del diagnóstico. La inflamación en el segmento anterior del globo puede dar lugar a sinequias posteriores del iris al cristalino que deforman la pupila e impiden su dilatación y a sinequias periféricas del iris que obstruyen la salida del acuoso (fig. 1). La queratopatía en banda es el depósito de calcio sobre el epitelio corneal que se produce en las inflamaciones mantenidas en el tiempo, provocando fotofobia y que pueden afectar a la visión si se acerca al centro de la córnea. Los niños son muy susceptibles a presentar catarata en presencia de inflamación mantenida de la cámara anterior, a lo que contribuye también el tratamiento con corticoides. Cuando se requiere cirugía, debe realizarse tras un período de 3 meses sin actividad inflamatoria y la cirugía reviste más complejidad y peor pronóstico que la del adulto<sup>2</sup>. La hipotonía y el glaucoma uveítico son complicaciones de difícil manejo que en ocasiones también pueden requerir cirugía<sup>2</sup>. La inflamación vítrea puede producir edema macular quístico (EMQ) por la acumulación de líquido en el área macular, provocando el deterioro consecuente de la agudeza visual<sup>2</sup>.

### Diagnóstico

La historia clínica es fundamental en el paciente con uveítis. Se deben recoger datos como lugar de procedencia, viajes realizados, convivencia o contacto con animales, hábitos dietéticos como comer carne poco cocinada o ensaladas sin lavar. Anotar si ha tenido alguna picadura de animal. En cuanto a los antecedentes familiares: preguntar por enfermedades articulares de la piel, intestinales y oculares. Y en los personales, recoger todas las enfermedades que ha tenido el niño y a poder ser en qué momento de su vida. Se debe preguntar por síntomas y signos como dolores articulares, cojera al caminar, cansancio, fiebre, disminución de peso, manchas o alteraciones en la piel, problemas intestinales, aftas bucales o genitales, entre otros. Existen signos oculares que orientan al diagnóstico diferencial, como por ejemplo la presencia de queratopatía en banda que nos hará pensar en AIJ, los nódulos en el iris en sarcoidosis o tuberculosis. Si el ojo está blanco, sin inyección ciliar, orientará a AIJ o *parsplanitis*. Si la uveítis es granulomatosa, se ha de pensar en sarcoidosis o tuberculosis. Por fin, la combinación de hallazgos oculares



**Figura 1.** Deformación pupilar por sinequia posterior del iris al cristalino.

y sistémicos guiarán los pasos a seguir. Es importante, tras el diagnóstico de uveítis, descartar las posibles causas infecciosas y diferenciar así entre uveítis infecciosas y sistémicas con afectación en otros órganos de las enfermedades limitadas al ojo<sup>5</sup>.

Las peticiones de pruebas diagnósticas se harán siguiendo todo lo anterior:

— En uveítis anterior: analítica de sangre, Mantoux. Si es granulomatosa: ECA, lisozima, calcio, radiografía de tórax (tuberculosis, sarcoidosis). Niña con uveítis crónica: anticuerpos antinucleares (ANA) e interconsulta a reumatología (AIJ). Si tiene dolor de espalda: HLA B27 e interconsulta a reumatología (espondiloartropatías). En niños mayorcitos: analítica de orina (TINU).

— En uveítis intermedias: en *parsplanitis*, sólo analítica de sangre y Mantoux. En el resto: enzima de conversión de angiotensina (ECA), lisozima, calcio, radiografía de tórax (tuberculosis, sarcoidosis) y serología de toxoplasma, toxocara, Lyme y sífilis en adolescentes.

— En uveítis posteriores y panuveítis: a las peticiones previas, añadir serología de virus. Si hay afectación del nervio óptico: serología de *Borrelia burgdorferi* (Lyme) y *Bartonella henselae* (enfermedad por arañazo de gato). Realizar ANA, FR, C3, C4 y ANCA ante sospecha de enfermedad autoinmune.

Describiremos algunas de las uveítis más características de la edad pediátrica: la uveítis asociada a la AIJ y la uveítis intermedia idiopática.

## Uveítis asociada a la artritis idiopática juvenil

La uveítis es una de las manifestaciones extraarticulares más importantes de la AIJ, y se produce en el 10-30% de los pacientes<sup>6</sup>. La uveítis en la AIJ es crónica, recurrente y bilateral en un 80%. Suele aparecer en los 4 primeros años tras el diagnóstico de la artritis, pero puede presentarse más tarde e incluso antes de artritis<sup>7</sup>. Es una uveítis anterior de comienzo insidioso, asintomática, que se ca-

racteriza por su agresividad y frecuencia de complicaciones: sinequias, catarata y EMQ en un alto porcentaje de pacientes<sup>8</sup>. Se consideran de riesgo para presentar uveítis las formas oligoarticulares, la edad temprana de comienzo de la enfermedad y la presencia de ANA+. Por su gravedad y por su carácter asintomático está justificado el cribado de uveítis en pacientes con AIJ, en función del grado de uveítis de los distintos subgrupos<sup>9</sup>. Existe un protocolo de seguimiento y tratamiento de la uveítis asociada a la AIJ de la Sociedad Española de Reumatología Pediátrica (2008) que es una verdadera guía para el manejo de estos pacientes.

## Uveítis intermedia idiopática en niños

Es un tipo de uveítis relativamente más común en niños y adolescentes. La inflamación primariamente afecta al vítreo, retina periférica y pars plana. Se postula un origen autoinmune. La uveítis intermedia es bilateral en el 80-85%, aunque la gravedad puede ser diferente<sup>10</sup>. En 2005, la *Standardization of Uveitis Nomenclature* (SUN)<sup>1</sup> definió *parsplanitis* como una uveítis intermedia unilateral o bilateral, idiopática, sin asociación con enfermedad sistémica, en la que se observan *snow-banks* sobre la *pars plana* en al menos un ojo. La inflamación de la cámara anterior suele ser de suave a moderada, suele cursar con turbidez vítrea. Son característicos los *snow-balls* (opacidades vítreas como copos de nieve) flotando en el vítreo periférico inferior; frecuentemente se encuentran exudados en *pars plana* o *snow-banks* que cubren la *pars plana*. Los *snow-banks* pueden fibrosarse, producir tracción y desprender la retina. Es frecuente también encontrar vasculitis retiniana periférica que puede dar hemorragia vítrea. Así mismo es frecuente el edema del disco óptico y el EMQ. Se debe descartar sarcoidosis y tuberculosis en primer término, así como toxoplasmosis, toxocariasis, borreliosis y, en jóvenes, sífilis<sup>11</sup>. Es una de las uveítis de mayor duración suele tener un curso crónico con períodos de exacerbaciones y remisiones. El pronóstico para la visión se relaciona más con la intensidad de la inflamación que con la duración. El tratamiento está marcado por la unilateralidad o bilateralidad, la agudeza visual y la gravedad de la inflamación.

## Síndromes mascaradas

Son enfermedades oculares que mimetizan la uveítis y que es preciso conocer por su gravedad y porque del correcto diagnóstico puede depender la vida del niño<sup>3</sup>. Entre ellas:

— El retinoblastoma es el tumor ocular más frecuente en la infancia. Las células tumorales pueden pasar a la cámara anterior y simular hipopión.

— Leucemia linfoblástica aguda y mieloide aguda en niños. Las células leucémicas en cámara anterior simulan una uveítis, incluso con hipopión.

## Tratamiento

En los niños es muy importante prevenir la catarata, el glaucoma secundario, el edema macular y la ambliopía<sup>4,5,12</sup>. Existen ciertos principios en el tratamiento de la uveítis en niños:

— Se debe ser agresivo en la reducción de las células de la cámara anterior en la uveítis de la AIJ<sup>13</sup>. No se debe tolerar la inflamación pues de ello dependerá que se eviten complicaciones como catarata, glaucoma o sinequias que empobrecen el pronóstico visual de estos niños.

— También se debe ser intolerante con la inflamación de la cámara anterior siempre que se vaya a proceder a cirugía de catarata o glaucoma<sup>4</sup>.

— Se deben reducir intensamente las células en el vítreo cuando hay daño en la mácula.

— Los corticoides tópicos contribuyen a la formación de catarata, por lo que se deberían de evitar cuando se inicie su formación. También son causantes de glaucoma corticoideo en un porcentaje de niños respondedores a corticoides, por lo que en estos casos se debe prescindir de su uso<sup>12</sup>.

— Los corticoides sistémicos tienen graves efectos sobre los niños en crecimiento: disminución de la talla, osteoporosis, Cushing y sobre la formación de catarata si se usan en dosis elevadas y durante un tiempo largo; por lo que a veces se necesita añadir fármacos inmunosupresores como fármacos ahorradores de corticoides. Se utilizarán por tanto los corticoides orales como puente en los casos graves hasta que los tratamientos con inmunosupresores hagan su efecto<sup>12,13</sup>.

**1. Corticoides.** Representan la primera línea del tratamiento de las uveítis no infecciosas en niños:

— Corticoides tópicos: colirio de dexametasona o colirio de acetato de prednisolona. Están indicados en las uveítis anteriores. Durante su uso debe controlarse la presión intraocular (PIO) por el riesgo de glaucoma corticoideo además del glaucoma uveítico por la enfermedad en sí. Ya se conoce su efecto sobre la formación de catarata.

— Corticoides perioculares: inyección periorcular o subtenoniana de triamcinolona. En casos de afectación monolateral con inflamación vítrea o edema macular.

— Corticoides orales: prednisolona a 1-2 mg/kg/día con descensos escalonados de la dosis. Se usan en casos de inflamación grave en los que el tratamiento tópico y/o periorcular no ha sido suficiente y siempre en períodos cortos de tiempo. Si no se consigue controlar la inflamación o no se permite bajar la dosis de Cushing, será necesario añadir inmunosupresores.

**2. Colirios ciclopléjicos.** Se utilizan cuando hay inflamación de la cámara anterior, sobre todo en las uveítis sinequiantes como las de la AIJ.

**3. Metrotrexato (MTX).** Es el agente inmunosupresor más usado en las uveítis infantiles y se considera más seguro a largo plazo que los corticoides sistémicos<sup>14</sup>.

**4. Ciclosporina A y micofenolato mofetilo (MMF).** Menos experiencia en niños que en adultos. Tienen una eficacia limitada en la uveítis de la AIJ, pero parecen eficaces en la uveítis intermedia y en las panuveítis<sup>10,15</sup>.

**5. Azatioprina.** Más efectos secundarios que los anteriores en niños.

**6. Agentes alquilantes: ciclofosfamida y clorambucilo.** Sólo en situaciones de emergencia por su acción rápida en casos graves de enfermedad de Behçet u otras vasculitis sistémicas.

**7. Agentes biológicos: antifactor de necrosis tumoral alfa.** Estos fármacos han demostrado su eficacia en distintos cuadros inflamatorios, entre los que se incluyen las uveítis. Su uso se inició con la AIJ, obteniendo buena respuesta en la artritis con etanercept pero no así en la uveítis<sup>17</sup>. Infliximab y adalimumab han demostrado su eficacia en la uveítis, estando este último aprobado para su uso en la AIJ por la FDA<sup>18,19</sup>. Actualmente se está utilizando en uveítis resistentes con resultados alentadores<sup>20-26</sup>. Recientemente se han publicado casos de uveítis resistentes tratadas con abatacept<sup>27</sup> y rituximab con alguna respuesta favorable.

## Bibliografía



● Importante      ●● Muy importante

■ Epidemiología

■ Metanálisis

- The Standardization of Uveitis Nomenclature (SUN) Working Group. Standardization of uveitis nomenclature for reporting clinical data. Results of the first international workshop. *J Ophthalmol*. 2005;140:509-16.
- De Boer J, Wulfraat N, Rothova A. Visual loss in uveitis of childhood. *Br J Ophthalmol*. 2003;87:879-84.
- Madigan WP, Raymond WR, Wroblewski KJ, Thebpatiphat N, Birdsong RH, Jaafar MS. A review of pediatric uveitis: part I. Infectious causes and the masquerade syndromes. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus*. 2008;45:140-9.
- Levy GA, Nusseblatt RB, Smith J. Management of chronic pediatric uveitis. *Curr Opin Ophthalmol*. 2005;16:281-8.
- Foster CCS, Opremac EM, Vitale AT. Uveitis. Diagnosis and therapy. Course annual Meeting American Academy of Ophthalmology; 2007. p. 1-119.
- Qian Y, Acharya R. Juvenile idiopathic arthritis-associated uveitis. *Curr Opin Ophthalmol*. 2010;21:468-72.
- Grassi A, Corona F, Casellato A, Carnelli V, Bardare M. Prevalence and outcome of juvenile idiopathic arthritis-associated uveitis and relation to articular disease. *J Rheumatol*. 2007;34:1139-45.
- Heiligenhaus A, Niewerth M, Ganser G, Heinz C, Minden K, German Uveitis in Childhood Study Group. Prevalence and complications of uveitis in juvenile idiopathic arthritis in a population-based nation-wide study in Germany: suggested modification of the current screening guidelines. *Rheumatology*. 2007;46:1015-9.
- Cassidy D, Nocton J, Linddsley C, Nocton J. Ophthalmologic examinations in children with juvenile rheumatoid arthritis. *Pediatrics*. 2006;117:1843-5.
- Arellanes L, Navarro P, Concha LE, Unzueta JA. Idiopathic intermediate uveitis in childhood. *Int Ophthalmology Clinics*. 2008;48:61-74.
- Madigan WP, Raymond WR, Wroblewski KJ, Thebpatiphat N, Birdsong RH, Jaafar MS. A review of pediatric uveitis: part II. Autoimmune diseases and treatment modalities. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus*. 2008;45:202-19.

12. Zierhut M, Doycheva D, Biester S, Stubiger N, Kummerle J, Deuter C. Therapy of uveitis in children. *Int Ophthalmol Clin.* 2008;48:131-52.
13. ● **Rabinovich CE. Treatment of juvenile idiopathic arthritis- associated uveitis: challenges and update. *Curr Opin Rheumatol.* 2011;23:432-6.**
14. Malik AR, Pavesio C. The use of low dose methotrexate in children with chronic anterior and intermediate uveitis. *Br J Ophthalmol.* 2005;89:806-8.
15. Tappeiner C, Roesel M, Heinz C. Limited value of cyclosporine A for the treatment of patients with uveitis associated with juvenile idiopathic arthritis. *Eye.* 2009;23:1192-8.
16. Goebel JC, Roesel M, Heinz C, Michels H, Ganser G, Heiligenhaus A. Azathioprine as a treatment option for uveitis in patients with juvenile idiopathic arthritis. *Br J Ophthalmol.* 2011;95:209-13.
17. Heiligenhaus A, Miserocchi E, Heinz C, Gerloni V, Kotaiemi K. Treatment of severe uveitis associated with juvenile idiopathic arthritis with anti-CD20 monoclonal antibody (rituximab). *Rheumatology.* 2011;50:1390-4.
18. Simonini G, Taddio A, Cattalini M, Caputo R, De Libero C, Naviglio S, et al. Prevention of flare recurrences in childhood-refractory chronic uveitis: an open-label comparative study of adalimumab versus infliximab. *Arthritis Care & Res.* 2011;63:612-8.
19. Tynjälä P, Kotaiemi K, Lindahl P, Iatva K, Aalto K, Honkanen A, et al. Adalimumab in juvenile idiopathic arthritis-associated chronic anterior uveitis. *Rheumatology.* 2008;47:339-44.
20. Kahn P, Weiss K, Imundo LF. Favorable response to high-dose infliximab for refractory childhood uveitis. *Ophthalmology.* 2006;113:860-4.
21. Vazquez-Cobian LB, Flynn T, Lehman TJ. Adalimumab therapy for childhood uveitis. *J Pediatr.* 2006;149:572-5.
22. Tugal I, Ayrancı O, Kasapçopur O, et al. Retrospective analysis of children with uveitis treated with infliximab. *J AAPOS.* 2008;12:611-3.
23. Saurenmann RK, Levin AV, Rose JB, Parker S, Rabinovitch T, Tyrrell PN, et al. Tumor necrosis factor alpha inhibitors in the treatment of childhood uveitis. *Rheumatology.* 2006;45:982-9.
24. Gallagher M, Quinones K, Cervantes RA, Yilmaz T, Foster S. Biological response modifier therapy for refractory childhood uveitis. *Br J Ophthalmol.* 2007;91:1341-4.
25. Simonini G, ZanninME, Caputo R, Falcini F, De martino M, Zulian F, et al. Loss of efficacy during long-term infliximab therapy for sight-threatening childhood uveitis. *Rheumatology.* 2008;47:1510-4.
26. Mansour AM. Adalimumab in the therapy of uveitis in childhood. *Br J Ophthalmol.* 2007;91:274-6.
27. Kenaway N, Cleary G, Mewar D. Abatacept: a potential therapy in refractory cases of juvenile idiopathic arthritis - associated uveitis. *Gaefes Arch Clin Exp Ophthalmol.* 2011;249:297-300.

## Bibliografía recomendada

Cassidy D, Nocton J, Linddsley C, Nocton J. Ophthalmologic examinations in children with juvenile rheumatoid arthritis. *Pediatrics.* 2006;117:1843-5.

*El comienzo de la inflamación es insidioso y asintomático en la mayoría de los casos, por lo que se hace imprescindible el cribado de la uveítis en los pacientes con AIJ.*

De Boer J, Wulfraat N, Rothova A. Visual loss in uveitis of childhood. *Br J Ophthalmol.* 2003;87:879-84.

*Se producen complicaciones en el 76% de las uveítis infantiles y ceguera legal en el 19%.*

Madigan WP, Raymond WR, Wroblewski KJ, Thebpatiphat N, Birdsong RH,

Jaafar MS. A review of pediatric uveitis: part I. Infectious causes and the masquerade syndromes. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus.* 2008;45:140-9.

*Son infecciosas el 13% de las uveítis infantiles. Hay enfermedades que simulan uveítis como leucemias y retinoblastoma.*

Rabinovich CE. Treatment of juvenile idiopathic arthritis- associated uveitis: challenges and update. *Curr Opin Rheumatol.* 2011;23:432-6.

*La identificación de los pacientes con mayor riesgo es importante para aplicarles tratamientos más agresivos y así disminuir el número de complicaciones. Los tratamientos para evitar usar corticoides mucho tiempo incluyen antimetabolitos y terapias biológicas.*