

UGC - Oftalmología

Complejo Hospitalario Torrecárdenas
Almería (España)

Sección de Formación



WWW.torrecardenas.es
WWW.eloculista.es

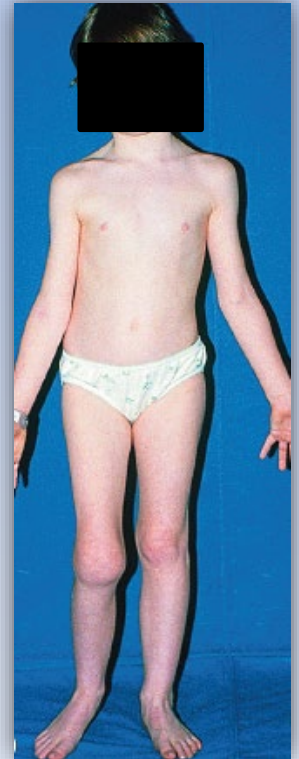


M.D. Valdearenas Martín

UVEÍTIS ASOCIADA A ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL

PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO

Manuel Diego Valdearenas Martín
Laura Sebastián Chapman
Lucia Ocaña Molinero
Daniel Ríos Simón



**UVEÍTIS ASOCIADA
A
ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL**

INTRODUCCIÓN

Manuel Diego Valdearenas Martín

Laura Sebastián Chapman
Lucía Ocaña Molinero
Daniel Ríos Simón



UVEITIS EN NIÑOS

IMPORTANCIA

1

Diagnóstico y Tratamiento difícil

2

Pocos síntomas y signos iniciales: Demora en el Diagnóstico

3

Complicaciones SEVERAS

4

Secuelas que afectan a la capacidad visual

UVEITIS EN NIÑOS

EPIDEMIOLOGÍA

1

30/100,000 (93/100,000 en adultos)
10% de los pacientes con Uveitis

2

Niñas \geq Niños

3

70% Uveitis Anterior

4

47% Asociados a Artritis Idiopática Juvenil

UVEITIS EN NIÑOS

EPIDEMIOLOGÍA

La Uveitis Anterior es la Forma de presentación más Frecuente

6 SECTION

12

La Etiología más frecuente es Idiopática

Tipo Uveitis Etiología

Table 81.1: Studies on pediatric uveitis

Authors/Year	Location	Sample size	Anterior uveitis	Intermediate uveitis	Posterior uveitis	Panuveitis	Idiopathic uveitis*	JIA	Toxoplasmic uveitis
Kimura et al./1954 ⁹	San Francisco, USA	251	7.5%	49%	2%	35.3%	5.6%	39.4%	
Cross/1965 ¹⁷	London, United Kingdom	59	17%	—	22%	61%	59%	13.5%	
Perkins/1966 ¹⁰	London, United Kingdom	150	49.2%	—	39.3%	11.3%	43.3%	20.6%	
Kazdan et al./1967 ¹⁸	Toronto, Canada	117	47%	17.9%	50.4%	2.6%	35%	23%	
Makley et al./1969 ¹⁹	Ohio, USA	75	10.8%	20%	67.7%	1.5%	46.7%	29.2%	
Kanski and Shun-Shin/1984 ²⁰	London, United Kingdom	340	100%	—	—	—	6.2%	81.5%	
Tugal-Tutkun et al./1996 ²¹	Boston, USA	130	58.4%	20%	13.8%	7.6%	36.8%	7.7%	
Pivetti-Pezzi/1996 ²²	Rome, Italy	267	33.3%	25.1%	26.6%	15%	54.3%	11.6%	
Soylu et al./1997 ²³	Adana, Turkey	90	33.3%	8.9%	23.3%	34.4%	34.4%	25.6%	
Paivönsalo-Hietanen et al./2000 ⁷	Turku, Finland	55	90.9%	1.8%	5.5%	1.8%	47.3%	5.5%	
Stoffel et al./2000 ²⁴	Bern, Switzerland	70	57%	—	14%	29%	54%	—	
Benezra et al./2001 ¹	Jerusalem, Israel	276	13.4%	—	—	—	25.4%	7.2%	
Edelsten et al./2003 ³	London, United Kingdom	249	70%	—	30%	—	44%	2%	
Kadayifcilar et al./2003 ¹²	Ankara, Turkey	219	43.38%	11.87%	31.05%	13.70%	36.07%	21%	
de Boer et al./2003 ¹³	Utrecht, Netherlands	123	36%	24%	19%	21%	53.66%	10%	
Azar and Martin/2004 ²	Sydney, Australia	40	66%	5.7%	13.2%	15.1%	60%	2.5%	
Rosenberg et al./2004 ⁴	Miami, USA	148	30.4%	27.7%	23.7%	18.2%	26.4%	7.4%	
Kump et al./2005 ⁵	Boston, USA	269	56.88%	20.82%	6.32%	15.99%	51.67%	3.35%	
Hamade et al./2009 ²⁵	Riyadh, Saudi Arabia	163	42%	20%	7%	31%	—	4.3%	
Paroli et al./2009 ¹⁵	Rome, Italy	257	47.8%	19.4%	24.9%	7.8%	12.8%	15.1%	
Smith et al./2010 ¹⁴	Bethesda, USA	527	44.6%	28.08%	14.42%	12.9%	45.9%	5.1%	

*Pars planitis was characterized as idiopathic uveitis. (Abbreviation: JIA: Juvenile idiopathic arthritis)

La Frecuencia de AIJ ha aumentado con los años

La Etiología Toxoplásmica ha disminuido

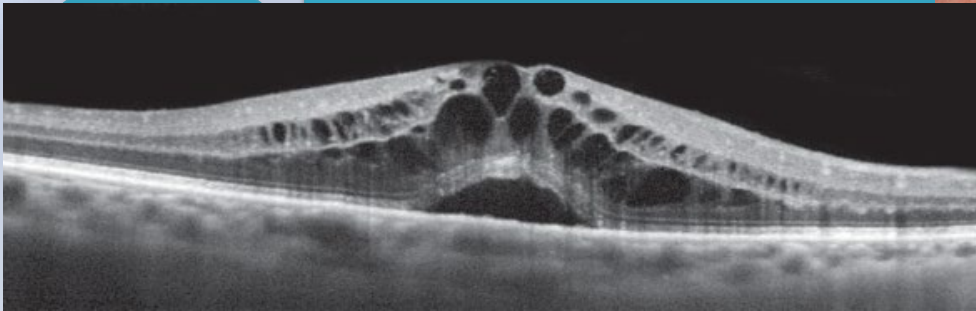
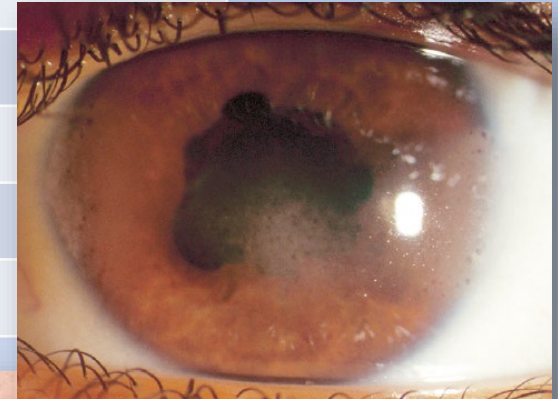
UVEITIS EN NIÑOS

COMPLICACIONES

1

Alto % de complicaciones: 94% al menos 1 complicación

Complicación	Porcentaje (%)
Catarata	64
Sinequias Posteriores	58
Queratopatía en Banda	46
Edema Macular Quístico	35
Glaucoma	25
Hipotonía	25



índice de actividad y se relaciona con el % de complicaciones

UVEITIS EN NIÑOS

PRONÓSTICO VISUAL

1

1960 – 30% de los niños con Uveitis CIEGOS

2

Relacionado con tiempo transcurrido desde inicio enfermedad hasta tratamiento diferente a los **corticoides** : 5.01 años de media

3

En el momento del diagnóstico 17 % tienen AV < 0,1

4

Peor en la AIJ

UVEITIS EN ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL

DEFINICIÓN

1

Inflamación crónica de las articulaciones
Paciente EDAD < 16 AÑOS
Duración > 6 semanas

2

Enfermedad Sistémica Autoinmune

3

Patogénesis multifactorial:
Predisposición genética (Diferente según el tipo de AIJ)
Desencadenada por un contacto microbiano.

UVEITIS EN ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL

CLASIFICACIÓN (ILAR)

1

Sistémica

NO Uveitis (afectación ocular < 2%)

Asociada a Gen DRB1*11

2

Poliarticular

Uveitis en el 5%

Asociada a Gen DRB1*08

3

Oligoarticular.

Uveitis en el 20 %

Asociada a Gen DRB1*08 – DRB1*13 (Artritis Psoriásica) –
DRB1*02 (HLA-DR5)

UVEITIS EN ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL

CLASIFICACIÓN (ILAR)

1

Sistémica

NO Uveitis (afectación ocular < 2%)
Asociada a Gen DRB1*11

- > 5 articulaciones afectadas
- Articulaciones pequeñas (muñeca, dedos...)
- Afectación simétrica
- > Niñas

2

Poliarticular

Uveitis en el 5%
Asociada a Gen DRB1*08

- < 4 articulaciones afectadas
- Articulaciones (Rodillas, Codos, Tobillos...)
- > Niños
- Afectación Ocular > Niñas

3

Oligoarticular.

Uveitis en el 20 %
Asociada a Gen DRB1*08 – DRB1*13 (Artritis Psoriásica) –
DRB1*02 (HLA-DR5)

- Fiebre Elevada
- Erupción Cutánea > Torax y Muslos
- Inflamación Articulaciones

UVEITIS EN ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL

CUADROS INDISTINGUIBLES DE AIJ EN NIÑOS

1

Artritis Relacionada con Entesitis

HLA-B27+

Artritis + 2 o más características:

2

Artritis Psoriásica

Uveítis en el 7%

- *Artritis + Psoriasis en el paciente*
- *Artritis + historia familiar de psoriasis en pariente de primer grado.*
- *Dactilitis*
- *Anomalías Ungueales*

- *Sensibilidad articular sacroilíaca*
- *Dolor inflamatorio espinal*
- *HLA B27 +*
- *Hª familiar + de uveítis anterior con dolor, espondiloartropatía o EII*
- *Uveítis anterior asociada con dolor, enrojecimiento o fotofobia*



UVEITIS EN ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL

CARACTERÍSTICAS DE LA UVEITIS

1

SILENTE (Al contrario de la mayoría de Uveitis: dolor + enrojecimiento)

2

Paciente ASINTOMÁTICO (sin sospecha de patología ocular)

3

Desarrollo de Complicaciones severas

4

Tratamiento difícil

UVEÍTIS ASOCIADA
A
ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL

PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO

Manuel Diego Valdearenas Martín
Laura Sebastián Chapman

Lucia Ocaña Molinero

Daniel Ríos Simón



PROTOCOLO SE SEGUIMIENTO DE LA UVEÍTIS ASOCIADA A AIJ

SEGUIMIENTO

Todo paciente diagnosticado de AIJ debe realizar visitas periódicas en Oftalmología

Muy importante informar a los padres de la importancia de dichas visitas de seguimiento y asegurar buen cumplimiento

Primera visita por Oftalmología para *screening de uveítis*: **PRIMER MES** de diagnóstico de una nueva AIJ

Visitas de seguimiento se harán en función del grado de riesgo de uveítis

PROTOCOLO SE SEGUIMIENTO DE LA UVEÍTIS ASOCIADA A AIJ

SEGUIMIENTO

1

RIESGO ELEVADO

ANA +

- AIJ oligoarticular
- AIJ poliarticular FR-
- Artritis psoriásica



Paciente ≤ 6 años y ≤ 4 años de evolución



VISITA CADA 3 MESES

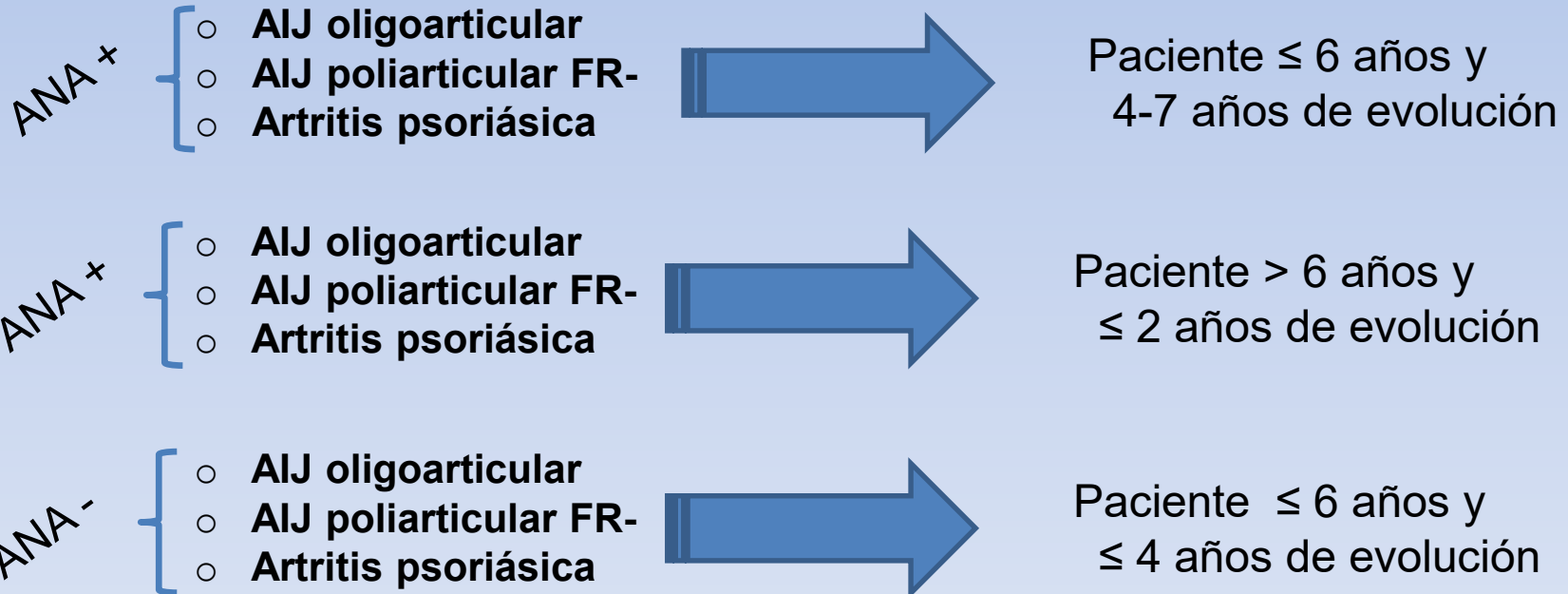


PROTOCOLO SE SEGUIMIENTO DE LA UVEÍTIS ASOCIADA A AIJ

SEGUIMIENTO

2

RIESGO MODERADO



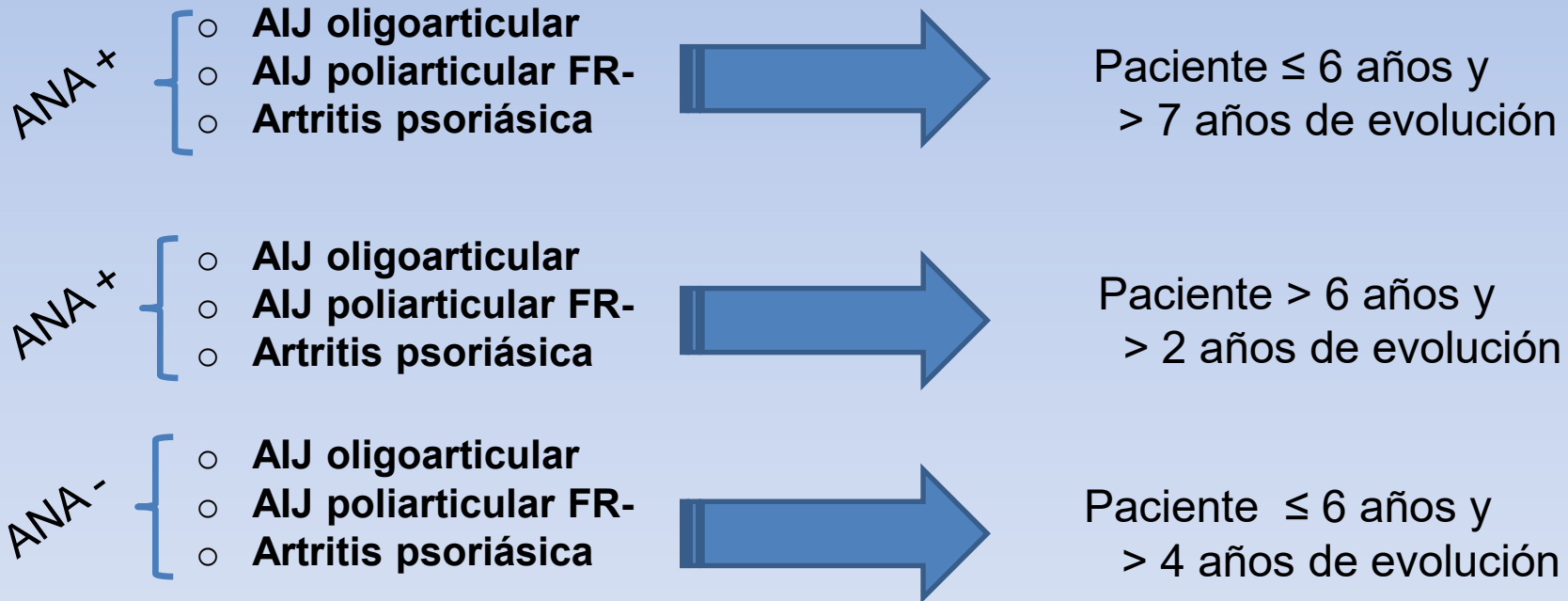
VISITA CADA 6 MESES

PROTOCOLO SE SEGUIMIENTO DE LA UVEÍTIS ASOCIADA A AIJ

SEGUIMIENTO

3

RIESGO BAJO



- AIJ oligo, poli FR- o psoriásica ANA- en paciente > 6 años
- AIJ de inicio sistémico, artritis relacionada con entesitis, poli FR+

VISITA CADA 12 MESES

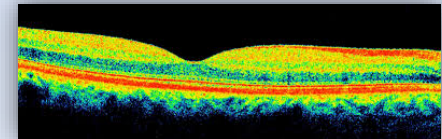
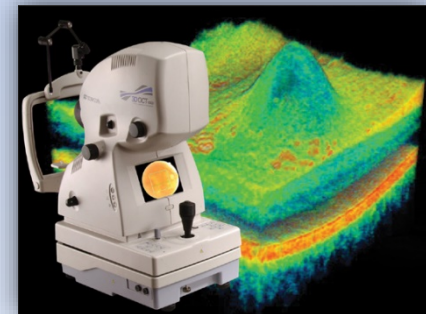
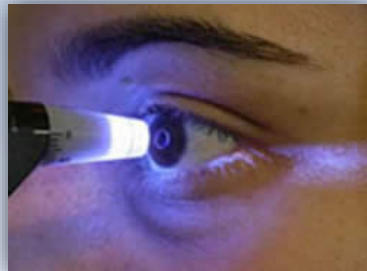
PROTOCOLO SE SEGUIMIENTO DE LA UVEÍTIS ASOCIADA A AIJ

SEGUIMIENTO

4

Visita a Oftalmología

1. Cálculo de la mejor **agudeza visual corregida** para cada ojo
2. **Biomicroscopía** de polo anterior
3. **Presión intraocular (PIO)**
4. **Funduscopia**
5. **OCT** (Tomografía de Coherencia Óptica): al diagnóstico de la uveítis o si hay nuevo brote, y posteriormente cada 3 meses



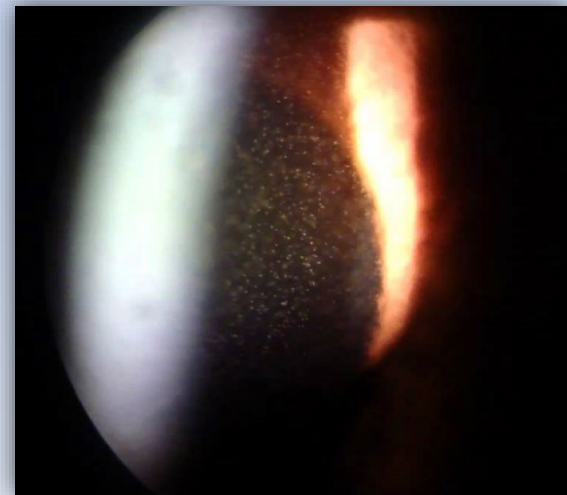
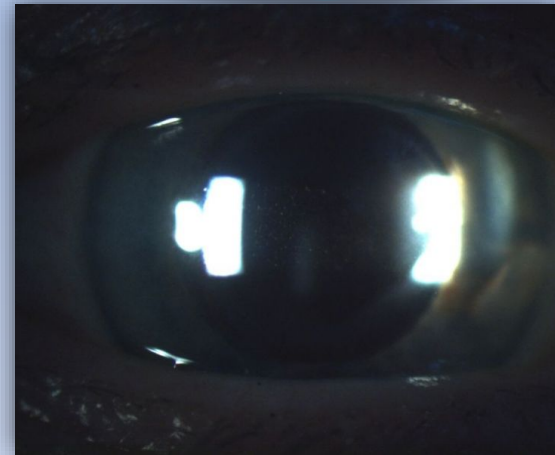
PROTOCOLO SE SEGUIMIENTO DE LA UVEÍTIS ASOCIADA A AIJ

SEGUIMIENTO

Actividad de la Uveitis

Células en cámara anterior
(efecto Tyndall)

Grado	Células por campo(1x1 mm en lámpara de hendidura)
0	<1
0.5+	1-5
1+	6-15
2+	16-25
3+	26-50
4+	>50



PROTOCOLO SE SEGUIMIENTO DE LA UVEÍTIS ASOCIADA A AIJ

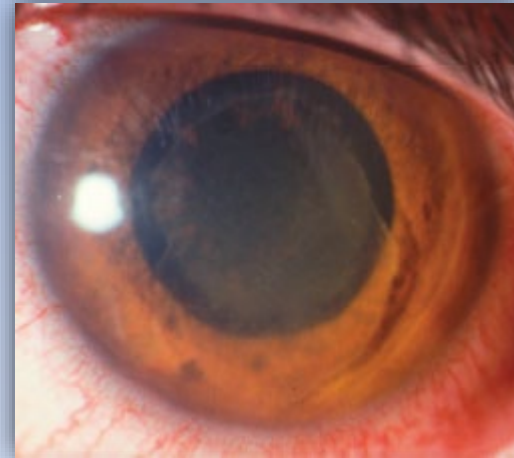
SEGUIMIENTO

Actividad de la Uveitis

Grado de flare

(proteínas que se extravasan en el humor acuoso por la ruptura de la barrera hemato-ocular)

Grado	Presencia de proteínas
0	Nada
1+	Trazas
2+	Moderado (detalles iris y cristalino claros)
3+	Marcado (detalles iris y cristalino turbios)
4+	Intenso (mallas de fibrina)



PROTOCOLO SE SEGUIMIENTO DE LA UVEÍTIS ASOCIADA A AIJ

SEGUIMIENTO

Actividad de la Uveitis

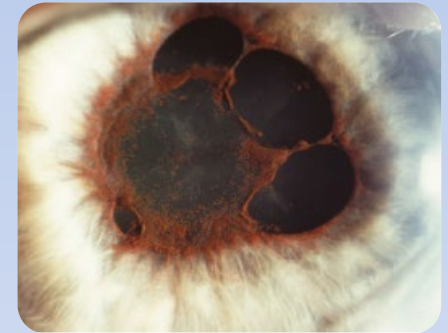
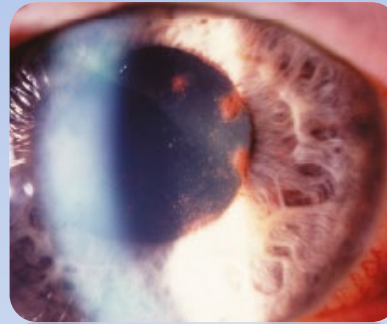
Complicaciones estructurales:

a) Presión intraocular

(hipotonía, hipertensión +/-glaucoma)

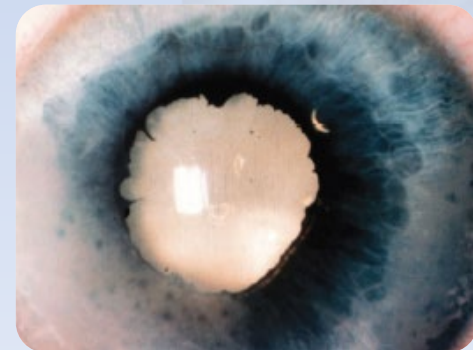
b) Formación de sinequias:

Grado 0	Ausencia
Grado 1	$\leq 90^\circ$
Grado 2	90-180°
Grado 3	180-360°



c) Presencia de cataratas:

	Gradación
Nuclear	No/leve/moderada/grave
Cortical	No/leve/moderada/grave
Subcapsular posterior	No/leve/moderada/grave



PROTOCOLO SE SEGUIMIENTO DE LA UVEÍTIS ASOCIADA A AIJ

SEGUIMIENTO

Se recomienda hacer constar el grado de cada parámetro

Complicaciones estructurales:

d) Queratopatía en banda

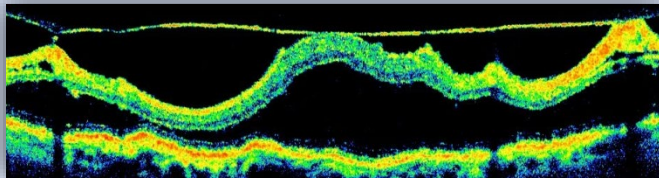
(central o periférica)

e) Edema macular

(funduscopia+/-OCT)

f) Formación de membrana epirretiniana

(por funduscopia +/- OCT)



PROTOCOLO SE SEGUIMIENTO DE LA UVEÍTIS ASOCIADA A AIJ

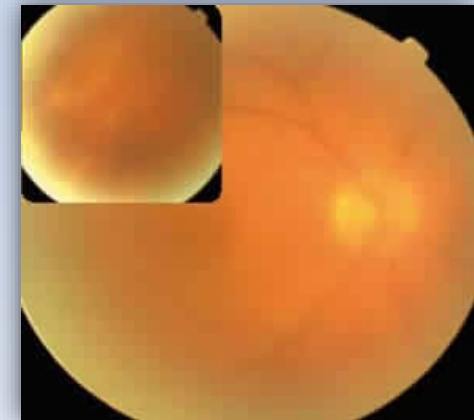
SEGUIMIENTO

Se recomienda hacer constar el grado de cada parámetro

Complicaciones estructurales:

g) Turbidez vítrea

Grado	
0	Nula
0.5+	Mínima (polo posterior visible, si se enfoca vítreo células +)
1+	Leve (detalles polo posterior ligeramente turbios)
2+	Moderada(detalles polo posterior muy turbios. Sólo disco óptico y vasos de primer orden)
3+	Severa (detalles polo posterior escasamente visibles. Sólo disco óptico, no vasos)
4+	Muy severa (sólo fulgor. No detalles de fondo)

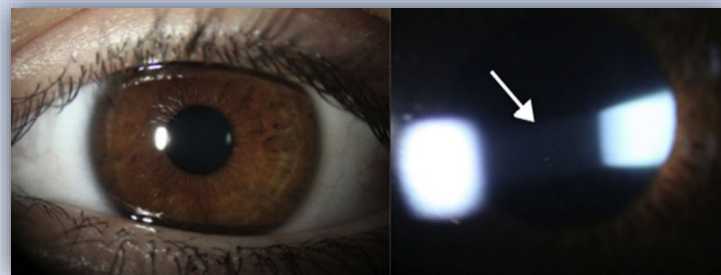
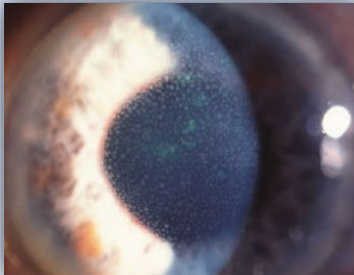


PROTOCOLO SE SEGUIMIENTO DE LA UVEÍTIS ASOCIADA A AIJ

SEGUIMIENTO

En el momento de detectarse la uveítis se modificará la frecuencia de visitas:

Al diagnóstico de nueva uveítis	Controles oftalmológicos semanales
Si grado 3+ o 4+	Controles semanales hasta mejoría
Si grado 1+ o 2+ estable en 2 visitas sucesivas	Idealmente controles cada 2 semanas; si no es posible, no más de cada 6 semanas
Si grado $\leq 0.5+$ estable en 2 visitas sucesivas	Idealmente controles cada 6 semanas; si no es posible, no más de cada 3 meses



**UVEÍTIS ASOCIADA
A
ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL**

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO

Manuel Diego Valdearenas Martín

Laura Sebastián Chapman

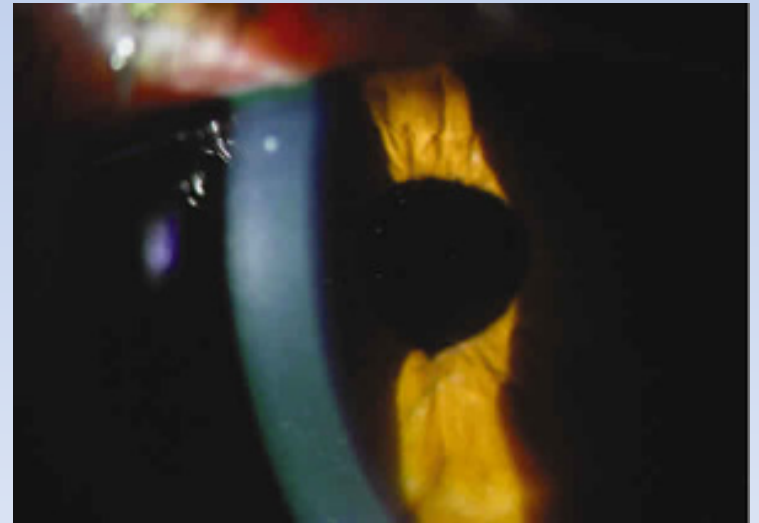
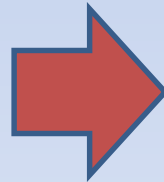
Lucía Ocaña Molinero
Daniel Ríos Simón



**¿CÓMO LO
TRATAMOS?**

“OBJETIVO 0”

0 Cél Camara Ant.



5 Niveles Terapéuticos

1er Nivel

- Tratamiento Tópico

2º Nivel

- Metotrexate

3er Nivel

- Adalimumab

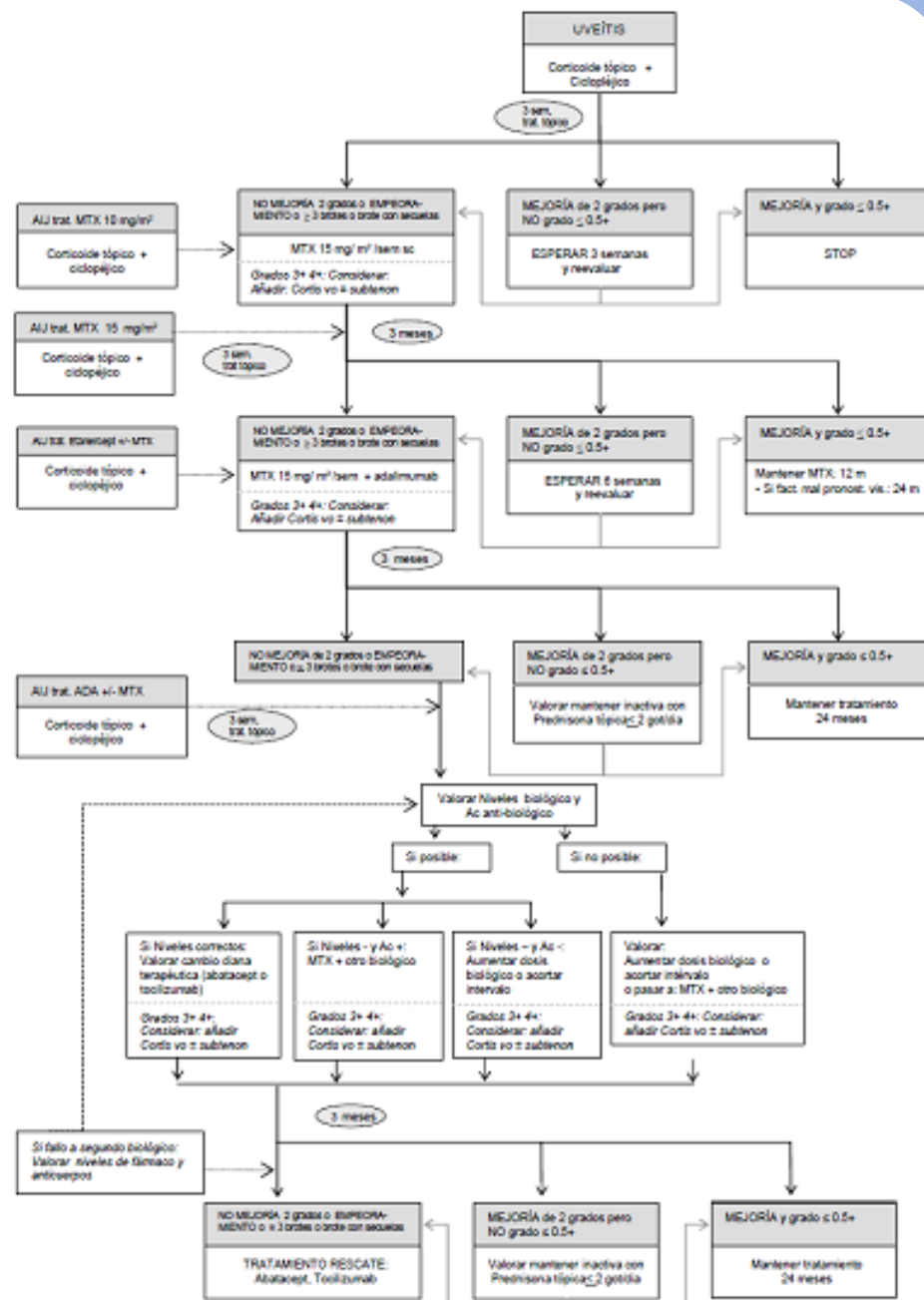
4º Nivel

- Infliximab

5º Nivel

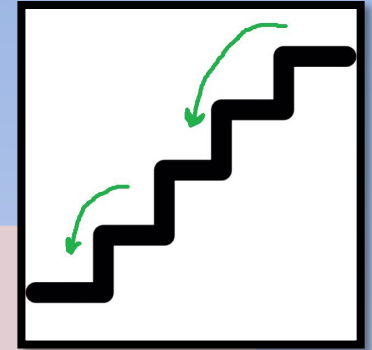
- Tto de Rescate

PROCOLO



**¿CÓMO
EVALUAMOS
RESPUESTA
TTO?**

Estratificación en función grado actividad:



Inactivo

- Grado 0

Empeoramiento

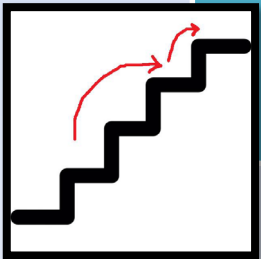
- Aumento 2 grados
- Aumento +3 a +4

Mejoría

- Disminución 2 grados
- Descenso Grado 0

Remisión

- 0 cél. > 3 meses sin tto



CASO CLÍNICO:

- Niña 6 años
- Diagnóstico:
Octubre 2010 → AIJ ANA +, FR –
- Comienza tratamiento METOTREXATO
Dosis Inicial:
 - ❑ 15mg/m² subcutáneo 1 vez /semanaMantenimiento:
 - ❑ 12 meses
 - ❑ 24 meses si mal pronóstico visual (cataratas, glaucoma...)
- Efectos 2ºs: náuseas, vómitos, malestar GI
- Controles:
 - ❑ Suplemento Ácido Fólico
 - ❑ Analítica previa, al mes y post. cada 2- 3 meses

CASO CLÍNICO:

•Febrero 2011 →

❑HIPERTRANSAMINASEMIA + BIOPSIA HEPÁTICA = HEPATITIS AUTOINMUNE

❑Se suspende tratamiento METOTREXATO

❑Se cambia tratamiento base a AZATIOPRINA

•Marzo 2011 →

❑1er brote UVEITIS

❑Añade tto tópico

Acetato Prednisolona: Pred- Forte

Efectos 2os: aumento PIO, cataratas

Ciclopléjico:

Relajación músculo Ciliar

Evita Sinequias posteriores

Efectos 2os: somnolencia, alteración de la acomodación, ambliopía

Grado +0.5 a +2

- Tropicamida 1g/8 horas

Grado +3 a +4:

- Ciclopentolato 1g/8 horas

CASO CLÍNICO:

•Febrero 2011 →

HIPERTRANSAMINASEMIA + BIOPSIA HEPÁTICA = HEPATITIS AUTOINMUNE

Se suspende tratamiento METOTREXATO

Se cambia tratamiento base a AZATIOPRINA

•Marzo 2011 →

1er brote UVEITIS

Añade tto tópico

Acetato Prednisolona: Pred- Forte

Efectos 2os: aumento PIO, cataratas

Ciclopléjico:

Relajación músculo Ciliar

Evita Sinequias posteriores

Efectos 2os: somnolencia, alteración de la acomodación, ambliopía

Grado 0.5

•1 gota/12 horas

Grado 1

•1 g/8 h

Grado 2

•1 g/6 h

Grado 3

•1g/4h

Grado 4

•1g/2h + pomada noct.

CASO CLÍNICO:

•Controles sucesivos →

Mejoría AIJ y Hepatitis

Empeoramiento uveítis

2º cambio tto de base: AZATIOPRINA → MICROFENOLATO + CORTIC. ORALES

TÓPICOS

Pred-Forte



ORALES

Prednisona 1-2 mg/kg/día

Grados +3/+4:

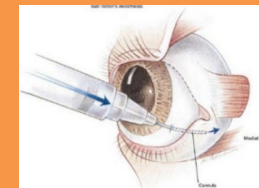
- sin mejoría tópicos
- Cambio tto sistémico
- Calcio + VitD

SUBTENONIANOS

Betametasona

Grados +3/+4

- Orales > 2 semanas sin mejoría

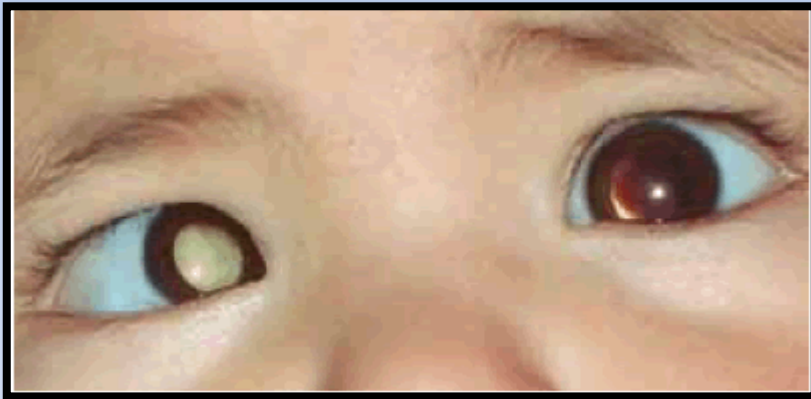


Con TODOS importancia CONTROL PIO FRECUENTE !!

CASO CLÍNICO:

•Enero 12':

- ❑ Cataratas → LENSECTOMÍA + VITRECTOMÍA OD
- ❑ Sin LIO por actividad inflamatoria → Gafas bifocales



CASO CLÍNICO:

•Controles sucesivos →

- Ante persistencia MAL CONTROL UVEITIS
- Se añade ADALIMUMAB (anti-TNF, Ac monoclonal)

¿Porqué ADALIMUMAB?

Adalimumab in the therapy of uveitis in childhood

Sabine Biester, Christoph Deuter, Hartmut Michels, Renate Haefner, Jasmin Kuemmerle-Deschner, Dshka Doycheva, Manfred Zierhut

Br J Ophthalmol 2007;91:319–324. doi: 10.1136/bjo.2006.103721

1. Similar eficacia Etanercept Artritis
2. Adalimumab e Infliximab más efectivos Etanercept en uveítis
3. Mayor comodidad administración que Infliximab
4. Infliximab a partir de 6 años

CASO CLÍNICO:

Adalimumab

•Dosis:

- Pacientes 2-3 años: 24mg/m² s.c. cada 2 semanas (> 20mg)
- Paciente 4- 12 años: 24mg/m² s.c. cada 2 semanas (>40mg)
- Paciente >13 años: 40 mg s.c. cada 2 semanas

•Mantenimiento: 24 meses

•No mejoría:

(Medir niveles AC)

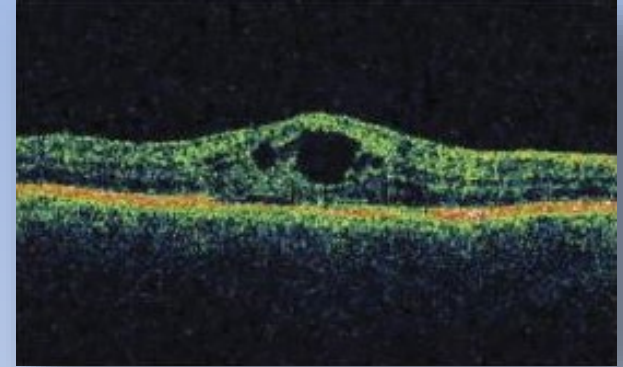
- Niveles correctos: cambio diana terapéutica
- Niveles bajos y Ac+: cambio a infliximab
- Niveles bajos y Ac-: aumentar dosis o número

•PPD + Rx tórax antes de comenzar el tratamiento

•Analítica cada 2- 3 meses

CASO CLÍNICO:

- Enero 13':
 - LENSECTOMÍA + VITRECTOMÍA OI
- Marzo 2013→
 - ✓ Se detecta aumento PIO
- Agosto 2014 →
 - ✓ Falta respuesta uveítica
 - ✓ Cambia diana terapéutica a TOCILIZUMAB (TERAPIA DE RESCATE)
 - ✓ Hasta actualidad buena respuesta con Tocilizumab!



Long-Term Effects of Tocilizumab Therapy for Refractory Uveitis-Related Macular Edema

Marina Mesquida, MD,¹ Blanca Molins, PhD,² Victor Llorenç, MD, PhD,¹ Maite Sainz de la Maza, MD, PhD,¹ Alfredo Adán, MD, PhD¹

Tocilizumab for Severe Chronic Anterior Uveitis Associated with Juvenile Idiopathic Arthritis in a Pediatric Patient

Adrian C. Tsang, BHSc^{1,2}, Johannes Roth, MD³, and Chloe Gottlieb, MD^{1,2,4}

Efectividad Tocilizumab en Uveitis refractaria a otros tratamientos

CASO CLÍNICO:

Tocilizumab

•Dosis:

- ✓ <30kg: 12mg/kg iv cada 2 semanas
- ✓ >30 kg: 8mgr/kg iv cada 2 semanas

•Efectos 2os:

- ✓ Hipertransaminasemia, neutropenia, plaquetopenia, alergia

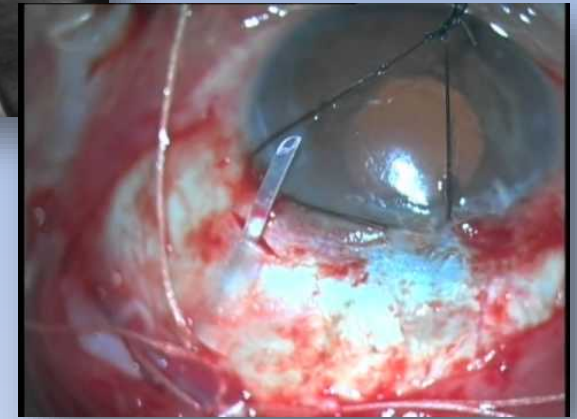
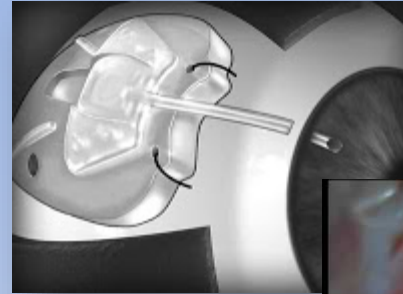
Otras terapias de rescate

- ✓ Abatacept
- ✓ Rituximab

CASO CLÍNICO:

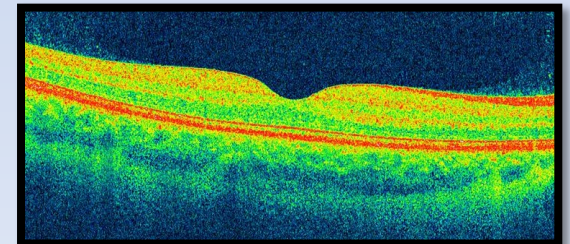
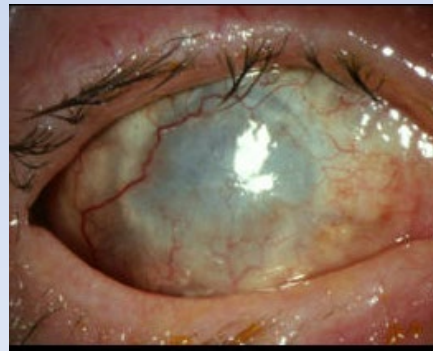
•Diciembre 14':

- Válvula Ahmed AO



•Marzo 15':

- ENDOFTALMITIS OD 2º HAEMOPHILUS INFLUENZAE
- Pérdida funcional OD
- Continúa buen control uveítis con Tocilizumab



CASO CLÍNICO:

- Los últimos meses ha presentado cuadros de dolor abdominal, diarrea, aftas orales...

- Agosto 15:

- se realiza estudio + biopsia = ENF. CROHN

- OI = Ojo Único→ IMPRESCINDIBLE CONTROL UVEITIS!!!

**Enfermedad de Crohn que tiene de forma 2ª Artritis y
Uveitis asociada??
AIJ asociada a EII??**



**Reunión multidisciplinaria donde se decide:
Añadir infliximab al tto con Tocilizumab**



REVIEWS IN MEDICINE

ROBERT WEINBERG, EDITOR

Inflammatory Bowel Disease and the Eye

Faruque D. Ghanchi MS, FRCOphth,¹ and Bjorn J. Rembacken MRCP²

¹*Bradford Teaching Hospitals, Royal Infirmary, Bradford, West Yorkshire; and* ²*Leeds General Infirmary, Leeds, West Yorkshire, UK*

Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease

S. Ardizzone^{a,*}, P. Sarzi Puttini^b, A. Cassinotti^a, G. Bianchi Porro^a

^a*Chair of Gastroenterology, "L. Sacco" University Hospital, Milan, Italy*

^b*Rheumatology Unit, "L. Sacco" University Hospital, Milan, Italy*

CASO CLÍNICO:

Extra-intestinal Manifestations of IBD⁵⁶

Skin: Erythema nodosum Pyoderma gangrenosum Cutaneous vasculitis	Pulmonary: Vasculitis Fibrosing alveolitis
Mouth: Stomatitis, glossitis	Cardiac: Myocarditis Pericarditis
Hepato-biliary: Hepatitis Cholangitis Cirrhosis	Musculoskeletal: Myositis Dermatomyositis
Bone: Osteopenia Osteoporosis	Neurological: Peripheral neuropathy Perineuritis Stroke Epilepsy
Joints: Arthritis Arthralgia Ankylosing spondylitis Sacroiliitis	Hematological: Anemia Neutropenia Thrombocytosis Coagulation disorders
Vascular: Thrombophlebitis Vasculitis Polyarteritis nodosa Takayasu's arteritis Giant cell arteritis	Renal: Nephrolithiasis Hypertension Glomerulonephritis
Pancreas: Pancreatitis Insufficiency	Malignancy: Lymphoma Myelodysplasia

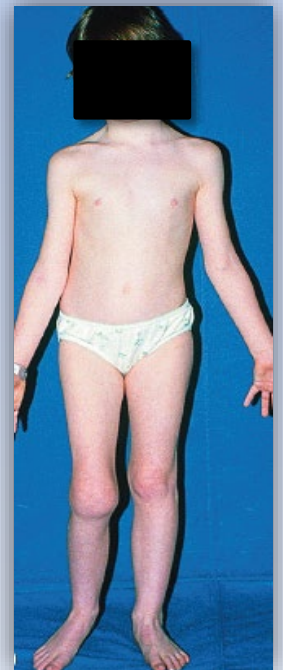
- Afectación ocular más frec.:
 - Epiescleritis/ Escleritis
Modifica según actividad inflamatoria intestinal
 - Uveítis
No se modifica con actividad inflamatoria intestinal

**UVEÍTIS ASOCIADA
A
ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL**

TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES

Manuel Diego Valdearenas Martín
Laura Sebastián Chapman
Lucía Ocaña Molinero

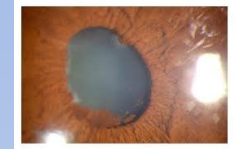
Daniel Ríos Simón



MANEJO DE LAS COMPLICACIONES

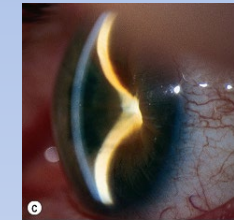
1

CATARATAS



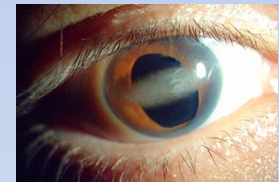
2

GLAUCOMA



3

QUERATOPATÍA EN BANDA



4

EDEMA MACULAR QUÍSTICO



5

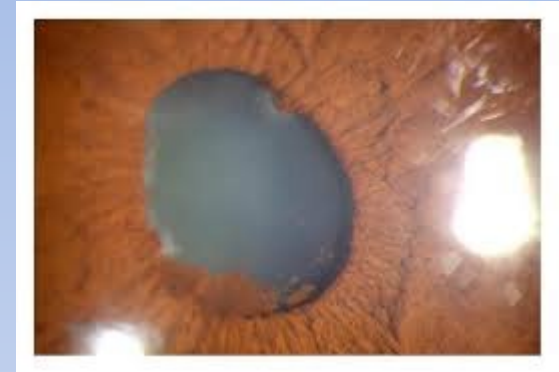
HIPOTONÍA



MANEJO DE LAS COMPLICACIONES

1

CATARATAS



❖ La catarata 2º a uveítis anterior se relaciona con:

La duración y actividad de la inflamación intraocular (Rotura prolongada de la barrera hematoacuosa y hematovítrea).

El uso de corticoides por vía tópica y sistémica.

❖ El hallazgo más precoz es un brillo policromático en el polo posterior de la lente. Si la inflamación persiste, aparecen opacidades subcapsulares anteriores y posteriores y puede evolucionar a una forma madura. Las opacificaciones del cristalino parecen progresar más rápidamente **si existen sinequias**.

MANEJO DE LAS COMPLICACIONES

1

CATARATAS

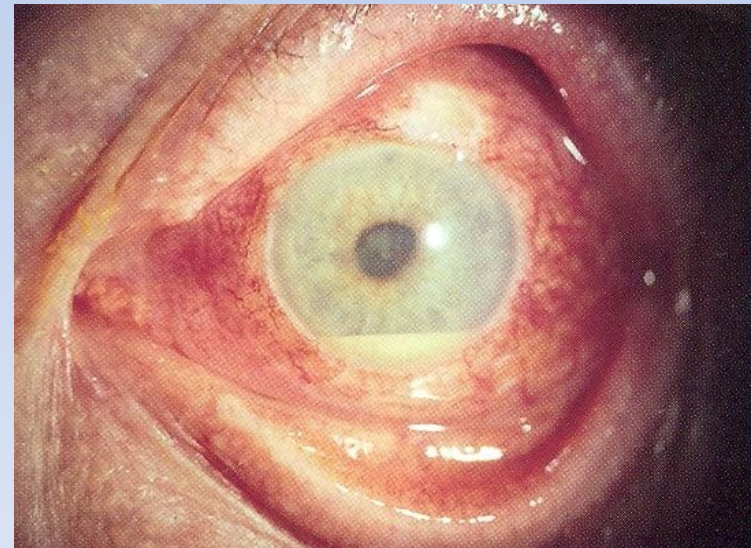
- ❖ A pesar del muy buen pronóstico de la cirugía de cataratas en sujetos sin enfermedad ocular concomitante, **la cirugía y los cuidados post-operatorios en cataratas por uveitis requieren de un manejo especial.**
- ❖ Importante escoger el momento de intervenir una catarata e implantar una lente intraocular. Asegurar un mínimo de **4-6 meses en el que el ojo esté tranquilo.**
- ❖ Valorar posibilidad de administrar **bolus de corticoides endovenosos o corticoides intraoculares** en el momento de la intervención.

MANEJO DE LAS COMPLICACIONES

1

CATARATAS

❖ Uveítis agresivas y con difícil control, **mejor no implantar la lente.**



MANEJO DE LAS COMPLICACIONES

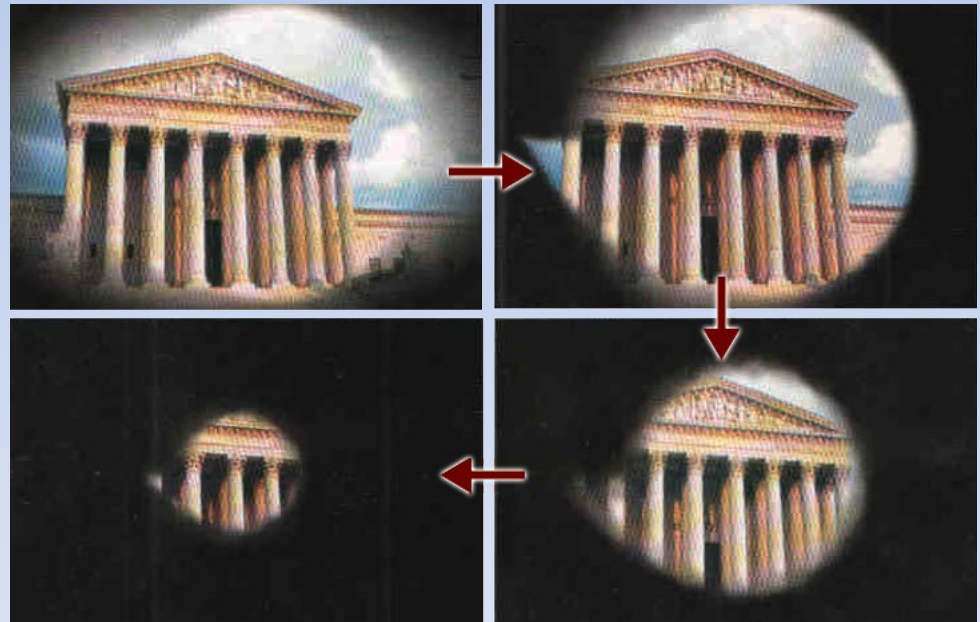
2

GLAUCOMA

❖ El glaucoma secundario es la **causa más frecuente** de ceguera en los niños y adultos jóvenes con uveítis anterior crónica.

❖ Aunque en algunos casos el aumento de la PIO es transitorio e inocuo, por lo general es **persistente y gravemente lesiva**.

❖ Aumenta con la **cronicidad y la gravedad** de la enfermedad.



MANEJO DE LAS COMPLICACIONES

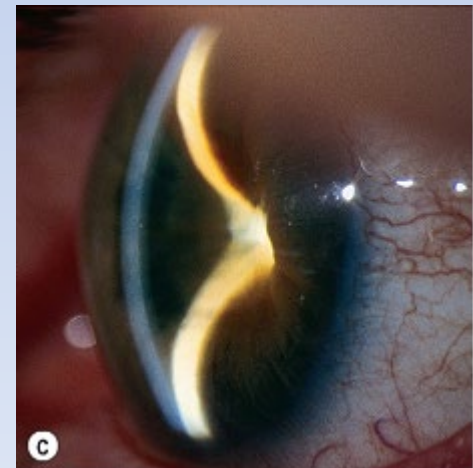
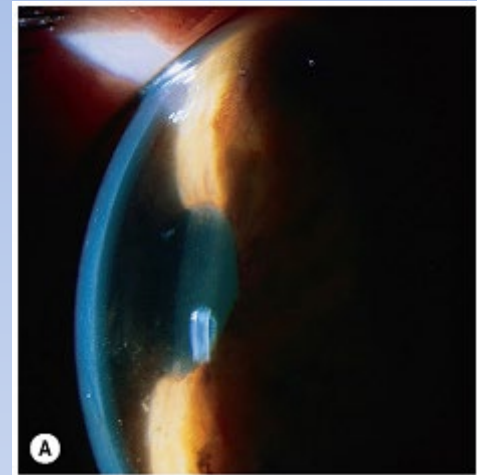
2

GLAUCOMA

1. Cierre del ángulo con bloqueo pupilar:

Causado por sinequias posteriores que se extienden 360°, **obstruyendo el paso de humor acuoso** desde la CP a la CA.

El aumento de la presión resulta en un iris bombé con disminución de PCA y aposición del iris al trabéculum y a la córnea.



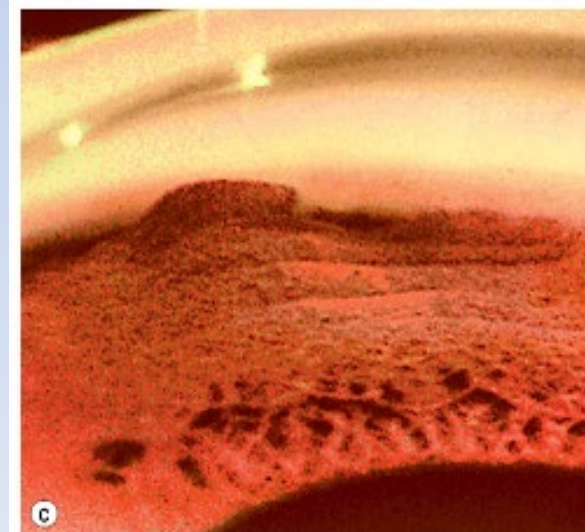
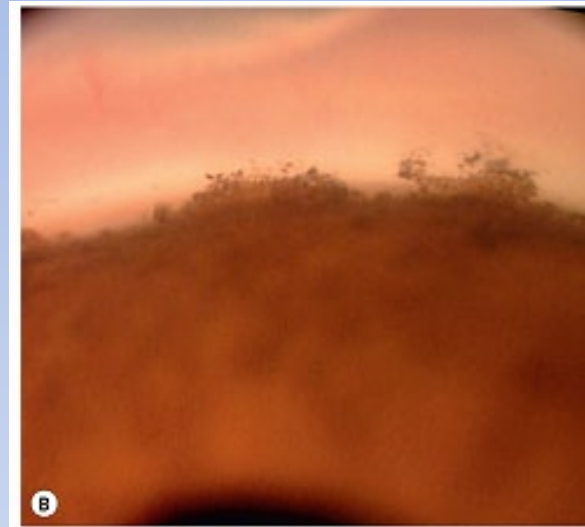
MANEJO DE LAS COMPLICACIONES

2

GLAUCOMA

2. Cierre del ángulo sin bloqueo pupilar:

UAC causa depósito de **residuos inflamatorios en el ángulo**, estirando el iris periférico sobre el trabéculum y causando un cierre gradual y progresivo del ángulo por sinequias.



MANEJO DE LAS COMPLICACIONES

2

GLAUCOMA

3. Ángulo abierto:

Combinación de **obstrucción trabecular** por células y desechos inflamatorios, con un aumento de la **viscosidad del humor acuoso** debido a la pérdida de proteínas de los vasos sanguíneos del iris inflamado; trabeculitis aguda con inflamación y edema de la red trabecular.

MANEJO DE LAS COMPLICACIONES

2

GLAUCOMA

TRATAMIENTO

- ❖ Es más probable conseguir control médico de la PIO si es **ángulo abierto**.
- ❖ En los respondedores a **corticoides**, es importante no sacrificar Control de la inflamación por miedo a inducir PIO por corticoides.
- ❖ El efecto hipotensor es **menos previsible** en las uveítis que en otros tipos de glaucoma.
- ❖ **Análogos de prostaglandinas** no se usan por el riesgo de desencadenar episodio de uveítis y EMC.

MANEJO DE LAS COMPLICACIONES

2

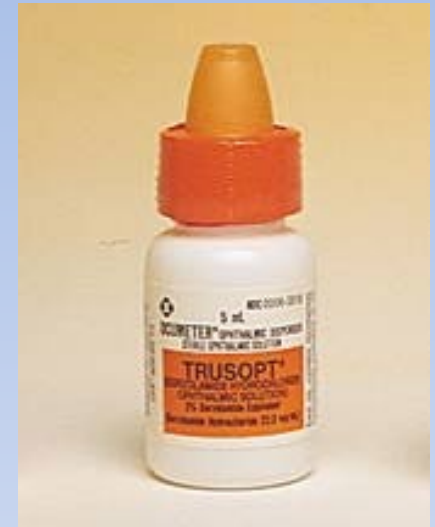
GLAUCOMA

Inhibidores anhidrasa carbónica (Trusopt-->dorzolamida)

❖ **Dosificación: 1 gota cada 8 horas.**

❖ **Efectos secundarios:**

- Visión borrosa
- Irritación y prurito ocular



MANEJO DE LAS COMPLICACIONES

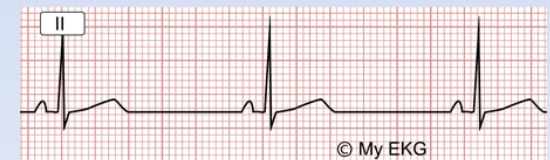
2

GLAUCOMA



Beta-bloqueantes (Timolol)

- ❖ Dosificación: **1 gota cada 12 horas**
- ❖ Efectos secundarios:
 - Visión borrosa, irritación ocular
 - Bradicardia
 - Broncoespasmo
 - En < 2 años riesgo de apnea.
 - Precaución en pacientes asmáticos, bloqueo cardíaco.



MANEJO DE LAS COMPLICACIONES

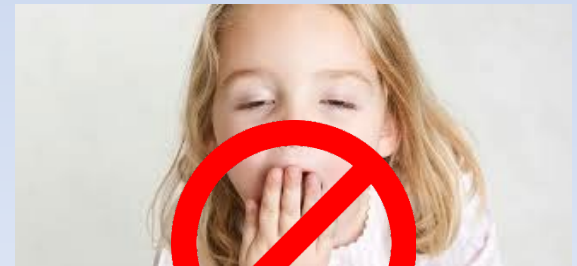
2

GLAUCOMA



Simpaticomimético (Brimonidina)

- ❖ Dosificación: **1 gota cada 12 horas**
- ❖ Efectos secundarios:
 - Irritación ocular
 - Somnolencia, astenia
 - **Contraindicado en < 6 años**



MANEJO DE LAS COMPLICACIONES

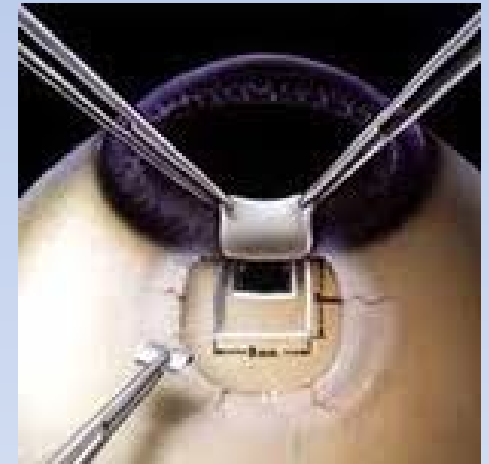
2

GLAUCOMA

CIRUGÍA

❖ Trabeculectomía + mitomicina:

- Cirugía combinada de glaucoma y catarata no es deseable, catarata unos 6 meses después de la trabe.
- Uso de **Mitomicina C** es necesario por el riesgo de fracaso en descenso de la PIO.
- Riesgo de **hipotonía postoperatoria** por el delicado equilibrio entre la producción reducida de humor acuoso y un drenaje de humor acuoso muy restringido.
- Después de la trabeculectomía los **corticoides** se reducen según el grado de inflamación y la aparición de la ampolla de filtración, y suelen interrumpirse a los 3-6 meses.



MANEJO DE LAS COMPLICACIONES

2

GLAUCOMA

Implantación de válvula de Ahmed:

- ❖ En glaucomas donde han fracasado otros tipos de cirugías filtrantes. Ofrece **mejores resultados** que otras técnicas quirúrgicas como en el glaucoma neovascular o inflamatorio.
- ❖ Al ser valvulado, presenta un **menor riesgo de hipotonía profunda y aplanamiento de la cámara anterior** en el postoperatorio inmediato comparado con la trabeculectomía o con dispositivos de drenaje no valvulados.

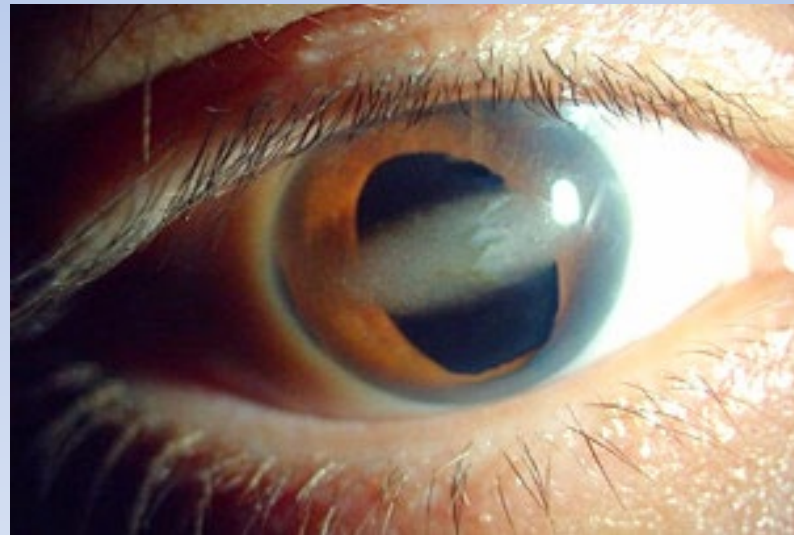


MANEJO DE LAS COMPLICACIONES

3

QUERATOPATÍA EN BANDA

Deposito de calcio en capa de Bowman, membrana basal y estroma anterior.



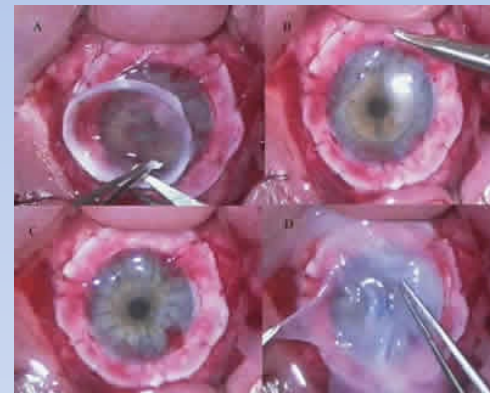
MANEJO DE LAS COMPLICACIONES

3

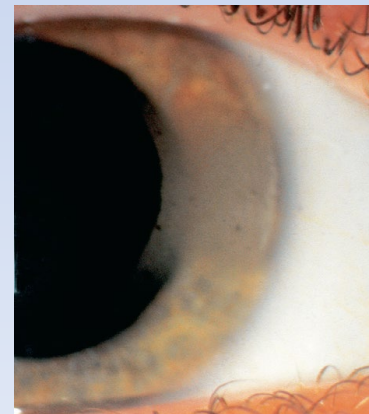
QUERATOPATÍA EN BANDA

CIRUGÍA:

❖ Queratectomía superficial + quelado con colirio de EDTA 0.35% + Trasplante de membrana amniótica



❖ Láser Excímer



MANEJO DE LAS COMPLICACIONES

4

EDEMA MACULAR QUÍSTICO

❖ Consecuencia de la **acumulación de líquido en las capas plexiforme externa y nuclear interna de la retina** con la formación de cambios de tipo quístico. Es una manifestación inespecífica secundaria a multitud de patologías, entre ellas la uveítis.

❖ *Diagnóstico:* **visión borrosa y distorsión**, pérdida depresión foveal. AGF y OCT alteradas. Puede ser signo de actividad, por lo que se debe intentar mejorar el control de la uveítis.



MANEJO DE LAS COMPLICACIONES

4

EDEMA MACULAR QUÍSTICO

❖ Corticoides intraoculares:

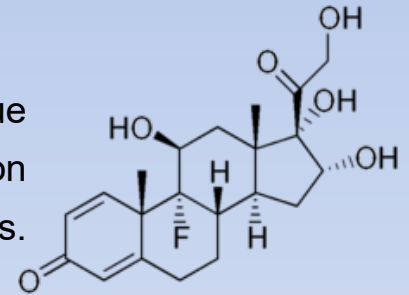
- *Triamcinolona subtenoniana 20 mg, Triamcinolona intravítrea 4 mg*

Riesgo de aumento de la presión intraocular, catarata...

- *Dispositivo de liberación retardada de dexametasona: Ozurdex®*

Menor tasa de aumento de presión intraocular y mayor duración que triamcinolona intravítrea. Especialmente indicado en pacientes con hipertensión ocular secundaria a corticoides y vitrectomizados.

Complicaciones: migración del dispositivo a cámara anterior.



❖ Bevacizumab: anti-VEGF intravítreo (2.5mg Avastin®)

❖ Corticoides sistémicos

❖ Inhibidores de la anhidrasa carbónica sistémicos



MANEJO DE LAS COMPLICACIONES

5

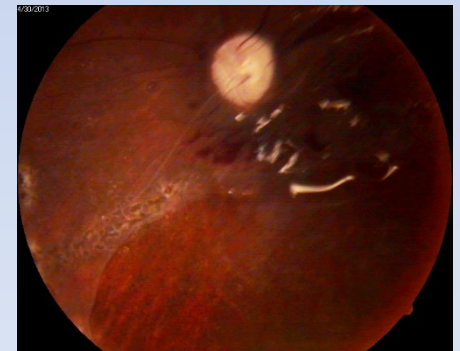
HIPOTONÍA

❖ El **colapso del cuerpo ciliar** causado por una reagudización de una uveítis anterior crónica suele dar lugar a una disminución de la PIO, además de **iatrogénico** por tratamiento.

MANEJO:

Vitrectomía pars plana y alguna de las siguientes:

- Gas intravítreo / taponamiento con aceite de silicona
- Disección membrana ciclítica o segmentación membrana
- Corticoides sistémicos
- Triamcinolona intravítrea 4 mg



BIBLIOGRAFÍA

- Heiligenhaus A, Niewerth M, Ganser G, Heinz C, Minden K, Group GU in CS. 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 (Oxford)*. 2007;46(6):1015–1019.
- Cassidy J, Kivlin J, Lindsley C, Nocton J. Ophthalmologic examinations in children with juvenile rheumatoid arthritis. *Pediatrics*. 2006;117(5):1843–5. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16651348>. Accessed November 11, 2013.
- Jabs DA, Nussenblatt RB, Rosenbaum JT. Standardization of uveitis nomenclature for reporting clinical data. Results of the First International Workshop. *Am. J. Ophthalmol.* 2005;140(3):509–16. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16196117>. Accessed November 11, 2013.
- Chylack LT, Leske MC, McCarthy D, Khu P, Kashiwagi T, Sperduto R. Lens opacities classification system II (LOCS II). *Arch. Ophthalmol.* 1989;107(7):991–7. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2751471>. Accessed November 11, 2013.
- Nussenblatt RB, Palestine AG, Chan CC, Roberge F. Standardization of vitreal inflammatory activity in intermediate and posterior uveitis. *Ophthalmology*. 1985;92(4):467–71. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4000641>. Accessed November 11, 2013.
- Plataforma Uptodate: classification of juvenile arthritis. Thomas JA Lehman, MD
- Plataforma Uptodate: Oligoarticular juvenile idiopathic arthritis.
- Oftalmología clínica. Jack J. Kanski, Brad Bowling
- Atlas of Uvetis and Scleritis, Sudha K. Ganesh, 2005
- Diagnosis and Treatment of Uveitis, C. Stephen Foster, 2013
- Les uveites Rapport SFO, Antoine P. Brezin, 2010
- Ocular Inflammatory Disease and Uveitis Manual Diagnosis and Treatment, John J. Huang, 2010
- Uveitis y Escleritis, diagnóstico y Tratamiento, Manuel Díaz Llopis, SEO, 2014
- Uveitis, Nicholas Jones, 2013

UGC - Oftalmología

Complejo Hospitalario Torrecárdenas
Almería (España)

Sección de Formación



WWW.torrecardenas.es
WWW.eloculista.es



M.D. Valdearenas Martín