

Uveítes e artrites

Fernando Oréfice¹ & Marco Antonio P. Carvalho²

SUMMARY: UVEITIS AND ARTHRITIS

JUVENILE RHEUMATOID ARTHRITIS SYSTEMIC FORM

20% of patients with J.R.A. usually below 6 years of age; no preference of sex; variables arthritis; intermittent fever; pink macular and temporary rash; hepatosplenomegaly; generalized lymphadenopathy Uveítis: occasional; leucocytoses; raised erythrocyte sedimentation R.F., positive A.N.A.; rarely positive.

JUVENILE RHEUMATOID ARTHRITIS POLYARTICULAR FORM

30% of patients with J.R.A.; no preference of age; sex: female (2-3:1) generalized articular involvement; variable systemic involvement; Uveítis less frequent; raised erythrocyte sedimentation; R.F.: positive in 20% A.N.A.: usually negative.

JUVENILE RHEUMATOID ARTHRITIS PAUCIARTICULAR FORM

50% of patients with J.R.A.; incidence: about 5-6 years; sex: female (5:1); arthritis: usually lower members; systemic involvement: not frequent; Uveítis: 20-25% of patients; anaemia and leucocytoses rarely; raised erythrocyte sedimentation; A.N.A.: positive (30-40%); R.F.: usually positive: < 10%.

CHRONIC IRIDOCYCLITIS IN YOUNG GIRL — PERKIN'S SYNDROME

Onset: about 13 years old; female; without juvenile rheumatoid arthritis; HLA-B27: negative; A.N.A. and R.F.: negative.

Eye: Iridocyclitis non-granulomatous; chronic; bilateral. Complications: recurrent; band keratopathy; posterior synechias; cataracts; secondary glaucoma

ADULT ANKYLOSING SPONDYLITIS

Sex: males 4:1/7:1; onset: 15-30 years; sacroiliac joints; lumbar column; A.N.A. and R.F.: negative; HLA-B27 = 90%.

JUVENILE ANKYLOSING SPONDYLITIS

Onset: before 16 years old; boy: 5:1/7:1; sacroiliac form: later; peripheral joints (lower member) 50-60%; raised erythrocyte sedimentation; R.F.: negative; A.N.A.: negative; HLA-B27 = 90%.

Acute form

Unilateral; painful — mechanical ptosis; diffusely red; photophobic lacrimating eye; exacerbations and remissions; never keratic precipitates mutton fat; flare/cells: intense; iris: succulent; posterior synechias: rare; anterior vitreous: cells rare.

Eye: Iridocyclitis non-granulomatous; acute; chronic; bilateral. Complications: recurrent; posterior synechias; cataracts; macular edema (A.A.S.); retinal detachment; glaucoma.

SERONEGATIVE SPONDARTHROITIDES

Reiter's syndrome; ulcerative colitis; Crohn's disease; Whipple's disease; Behçet's syndrome.

REITER'S SYNDROME

Iridocyclitis: recurrent; acute; chronic; bilateral; males-females; age 20-40 years: HLA-B27: 90%.

Conjunctivitis: Clinic form: joints: knee, ankle... (asymmetrical); non-specific urethritis; dysenteric form; mouth lesions; penile lesions; keratoderma.

Infective agent: Mycoplasma; Yersinia; Shigella; Chlamydia.

ANKYLOSING SPONDYLITIS: Oréfice (OPHTH.), Carvalho (RHEUM.) Brasil, 1985.

45 patients — A.S. 31 males (68,9%); 14 females (31,1%) = 2:1; Onset: 16-59 years (27,5%); Evolution: 06 months — 34 years (9.2 years).

45 patients — 10: anterior uveítis (22,2%); 8 males; 2 females (20%). 09 patients: first A.S.; 01 patient: first A.U.

Classification New York (1966).

INTRODUÇÃO

O trato uveal anterior é a sede dos processos inflamatórios decorrentes das artropatias. O aspecto geral ocular é caracterizado por uma Iridociclite Não-Granulomatosa, Crônica, Bilateral, com algumas fases de Agudização. Exceção Doença Behçet.

Carvalho, Oréfice e Moreira (1980), estudaram em um grupo de doenças reumáticas tipo inflamatórias, de forma crônica, as alterações mais comuns na área ocular. Este estudo constou de exame oftalmológico realizados em 100 pacientes portadores de doenças reumáticas inflamatórias crônicas e alterações imputadas à patologia de base ocorreram em 15 pacientes (15%). Em 59 casos de artrite reumatóide, ou clássica, encontraram-se alterações em 12 (20,34%), sendo hiposecreção lacrimal em 7, esclerite difusa em iridociclite em 2, esclerite difusa gelatinosa, com iridociclite, em 1, réliquat de iridociclite, olho direito, em 1 e ceratopatia em faixa em 1 paciente. De 12 pacientes portadores de poliartrite crônica juvenil, encontraram-se alterações oculares em 2 (16,67%), sendo 1 caso de conjuntivite crônica folicular e 1 de ceratopatia em faixa bilateral com atrofia bulbar do olho direito.

Em um paciente portador de doença de Reiter, encontrou-se conjuntivite folicular. Nos 12 pacientes portadores de espondilite anquilosante, 7 portadores de espondilite anquilosante juvenil, 5 portadores de lupus eritematoso sistêmico, 3 portadores de condrocalcinoses articular difusa e 1 portador de esclerose sistematizada progressiva — não se encontraram alterações oculares.

Areal, 1980, em seu trabalho sobre Manifestações Oculares nas Colagenosas, apresentou resultados diferentes dos nossos.

1 Prof. Adjunto da Clínica Oftalmológica da Fac. Medicina da UFMG. Chefe do Serviço de Uveíte.

2 Prof. Assistente da Clínica Reumatológica da Fac. Medicina UFMG. Prof. Regente da Clínica Reumatológica da Fac. de Ciências Médicas de Minas Gerais.

Endereço: Fernando Oréfice — Rua Espírito Santo, 1634/102 — 30.000 Belo Horizonte — BRASIL.

ARTRITE REUMATÓIDE JUVENIL (A.R.J.)

Existem 3 formas básicas de artrite juvenil: 1) artrite reumatóide juvenil tipo oligo ou pauciarticular (menos de 4 articulações envolvidas). Nessas crianças é comum uma incidência dos anticorpos nucleares positivos (30-40%), fator reumatóide negativo, hemossedimentação elevada e alta incidência de iridociclite crônica; 2) artrite reumatóide juvenil poliarticular, que se assemelha à forma do adulto (ANA = 30%, FR = 20%); 3) artrite reumatóide sistêmica (doença de Still-Chauffard) — febre é intermitente em 1 ou 2 picos, rush cutâneo e acometimento visceral importante, particularmente serosites.



Artrite Reumatóide Juvenil (Forma Sistêmica)

Artrite Reumatóide Juvenil (Pauciarticular)

A forma pauciarticular alberga o grupo mais numeroso de crianças com artrite reumatóide juvenil. Hoje este grupo é subdividido em 2 subgrupos. O primeiro compreende crianças geralmente abaixo dos 6 anos de idade, artrite habitualmente de joelhos, tornozelos ou cotovelos, positividade para os anticorpos antinucleares em torno de 40%, fator reumatóide negativo e em cerca de 25% dos casos o achado de uma iridociclite crônica e bilateral. O 2.º subgrupo, que corresponde a cerca de 15% dos casos, apresenta crianças geralmente acima dos 8 anos de idade, artrite de membros inferiores, negatividade para o fator reumatóide e anticorpos antinucleares e em importante percentagem a pesquisa de antígenos HLA-B27 é positiva.

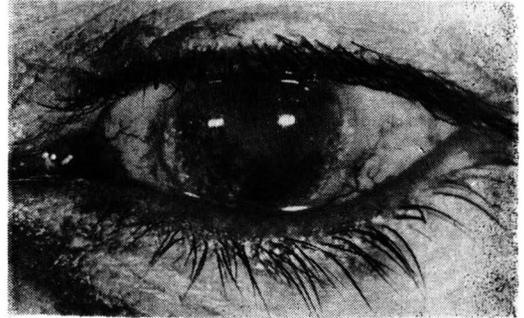
Kimura (1975), mostrou que a maioria dos pacientes com alteração ocular tipo iridociclítico crônica era do sexo feminino, adolescente e apresentava a forma pauciarticular da artrite reumatóide juvenil.

Perkins, 1966, encontrou uma porcentagem elevada de jovens adolescentes, do sexo feminino, com iridociclite crônica não-gra-

nulomatosa, sem a presença de artrite ou outra doença geral (**Síndrome de Perkins, ou Síndrome de Iridociclite crônica não-granulomatosa da adolescente**).

Kimura, 1977, demonstrou a ausência de aumento do antígeno de histo-compatibilidade HLA-B27 em pacientes com artrite reumatóide juvenil, iridociclite crônica e também em pacientes com Síndrome de Perkins. Entretanto, ambos os grupos apresentaram aumento da incidência de anticorpos nucleares, porém com predominância no grupo com artrite reumatóide juvenil.

Manifestações oculares: ambos os grupos apresentam iridociclite crônica não-granulomatosa, bilateral, insidiosa, com sinéquias posteriores quando o quadro tem uma evolução longa. Como complicações: **ceratopatia em faixa**, catarata complicada, glaucoma secundário.



Artrite Reumatóide Juvenil (Forma Pauciarticular) Ceratopatia em Faixa.

Tratamento: na fase de agudização: recomendamos o uso de corticosteróides orais, na dose antiinflamatória, associada com corticosteróides locais e cicloplégicos.

Na fase crônica: devemos evitar o uso de corticosteróides orais, pois os mesmos irão acelerar o aparecimento de catarata, já que, como se sabe, num olho inflamado, essas drogas facilitam o desenvolvimento da catarata e levam a estados de osteoporoses generalizadas, mais freqüentemente axiais.

Observação: esses são casos que, geralmente, não conseguimos eliminar totalmente as células e flare da câmara anterior e do corpo vítreo, entretanto, o olho parece que vive bem neste estado anormal.

Doença de Still Clássica: Início precoce, inclusive a partir do primeiro ano de vida, muito raro após os 10 anos de idade.

Quadro clínico: febre alta, em 1 ou 2 picos diários, estado geral debilitado, erupção cutânea em forma de exantema róseo máculo-papular de aspecto fugaz, esplenomegalia, linfadenopatia generalizada e pe-

ricardite. Geralmente há uma poliartrite simétrica, com acometimento das pequenas articulações das mãos e punhos.

Quadro laboratorial: fase aguda: anemia normocrômica e normocítica, hemossedimentação elevada. Fator reumatóide negativo e é ocasional a presença de anticorpos antinucleares. Rx das mãos, para estudo das periostites.

Quadro ocular: não é freqüente e também não é benigno.

Manifestação ocular: Iridociclite crônica, bilateral, insidiosa, com evolução longa e com aparecimento rápido de ceratopatia em faixa, sinéquias posteriores, catarata complicada e glaucoma secundário.

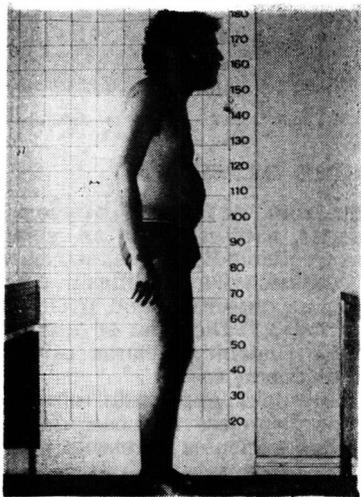
Tratamento: idêntico ao da artrite reumatóide juvenil, formas poliarticular e oligoarticular.

Diagnóstico diferencial: Espondilite Anquilosante Juvenil, Lupus Eritematoso Disseminado e Doença Reumática e Leucoses.

ESPONDILOARTROPATIAS SORO NEGATIVAS

São assim chamadas por apresentarem a pesquisa do fator reumatóide (teste do látex e reação de Waaler Rose negativas). Essas doenças eram, até há alguns anos, consideradas variantes da artrite reumatóide. Hoje são tidas como entidades à parte. São chamadas "espondilo", devido ao comprometimento da coluna em especial da coluna lombar, e também das articulações sacroilíacas. São doenças HLA-B27 positivas, com variações de cerca de 90% na espondilite anquilosante, até cerca de 50% na espondilite psoriásica.

Fazem parte do grupo:



Espondilite Anquilosante Adulto.

A — Espondilite anquilosante do adulto (E.A.A.) — Predomínio dos 15 aos 30 anos. Incidência de 2-7 homens para 1 mulher. A incidência da uveíte anterior na espondilite anquilosante varia de 18% (Perkins — 1961) até 37,5% (Lenoch — 1959).

Oréface & Carvalho (1985), estudaram 45 pacientes portadores de espondilite anquilosante de acordo com os critérios de New York (1966). Pacientes: Masculinos: 31 pacientes (68,9%); Femininos: 14 pacientes (31,1%) = 2:1. Tempo de evolução: média de 9,2 anos (variação de 6 meses e 34 anos); Idade de início da doença: média de 27,5 anos (variação de 17-59 anos. Uveíte: pacientes masculinos: 8 (25,8%); pacientes femininos: 2 (14,3%), total de pacientes: 10 (22,2%). Em 7 pacientes masculinos a uveíte apareceu posteriormente às manifestações articulares e nos 2 femininos. Em um paciente, sexo masculino, a uveíte em AO de modo alternado, precedeu as manifestações articulares em 8 anos, tendo se iniciado aos 9 anos de idade. Nos pacientes em que o acometimento ocorreu em AO, este foi de modo alternado.

Manifestação ocular aguda: unilateral, ptose mecânica, olho vermelho, dor, fotofobia, lacrimejamento, precipitados ceráticos do tipo *Mutton fat*, *flare* intenso na câmara anterior, células intensas na câmara anterior, raras sinéquias (desde que seja medicado com urgência), íris tumefeita, cristalino normal, corpo vítreo com raras células mais a associação do HLA-B27 — Fundo de Olho = papila congesta.

Nesses quadros oculares deve-se sempre pesquisar a possibilidade da presença de doença reumática associada.

O tratamento de quadros como esses, deve ter o caracter de urgência, pois, do contrário, teremos a formação de sinéquias posteriores severas.

A remissão da sintomatologia está na máxima dilatação da pupila, o que é obtido com a infiltração subconjuntival de corticosteróide, além do uso da atropina 1% tópica mais midriático (4 vezes, nas primeiras 24 horas); temos um Humor Aquoso mais denso (coagulação do Humor Aquoso) do que no dia anterior, dando a impressão de piora do quadro ocular; isso, entretanto, é explicado pela passagem do material protéico existente na íris tumefeita para a câmara anterior e também pela diminuição da temperatura do globo ocular. Usamos administrar, ao mesmo tempo, corticoesteróide oral, na dose de ataque de 40mg de prednisona. Com a melhora do quadro vamos diminuindo tanto a medicação local como a oral, mantendo uma dose de manutenção de 5mg diária durante 30 dias, mesmo que o

olho esteja tranqüilo. A nossa experiência demonstra que esta dose de manutenção ajuda a diminuir o perigo das recaídas, ou mesmo das recidivas.

Manifestação ocular crônica: olho branco, bilateral, finos precipitados ceráticos, câmara anterior com raras células e *flare*, formação lenta de sinéquias posteriores e presença de membranas pré-lenticulares (Iridociclite Não-Granulomatosa).

Complicações: a Seclusão pupilar, catarata complicada, glaucoma secundário e edema de mácula.

Tratamento: o mesmo usado na A.R.J. Manter o paciente consciente das metamorfopsias e das complicações.

Não tentar eliminar as raras células que possam permanecer na câmara anterior.



Espondilite Anquilosante Juvenil.

B — Espondilite anquilosante juvenil (E.A.J.) — Início da doença antes dos 16 anos de idade, predominância do sexo masculino.

Quadro articular: as características clínicas iniciais da doença dividem-se em 2 grupos: um com dor lombar e outro com artrite periférica, porém ao exame radiológico identifica-se uma sacrolite típica. Frequentemente encontra-se acometimento de coxofemorais, joelhos, tornozelos, calcânhar e Tendão de Aquiles.

Quadro laboratorial: Hemossedimentação elevada, fator reumatóide e pesquisa dos anticorpos antinucleares negativos e o HLA-B27 positivo em 90% dos casos.

Quadro ocular: Iridociclite Não Granulomatosa semelhante do E.A.A. (Ladd 1971 e Schaller 1977). Carvalho, Oréfica e Moreira (1985), estudaram 8 casos de E.A.J. e tive-

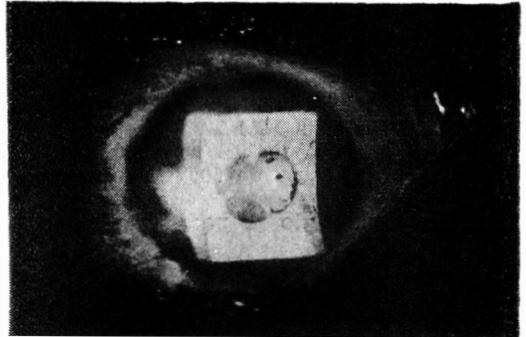
ram 2 casos com Iridociclite Não-Granulomatosa bilateral, crônica, com várias crises agudas. Os dois casos foram tratados com corticoesteróides orais e imunossuppressores (Clorambucil) com resultados ruins.

Tratamento: O mesmo usado na E.A.A. Manter o paciente consciente das metamorfopsias e das complicações.

Não tentar eliminar as raras células que possam permanecer na câmara anterior.



Espondilite Anquilosante: Juvenil e Adulto (Forma Aguda)



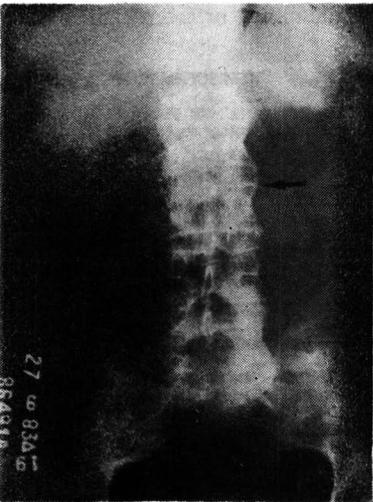
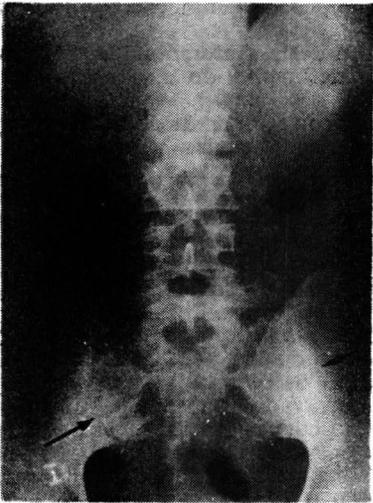
Espondilite Anquilosante Adulto e Juvenil (Sinéquias posteriores).

SÍNDROME DE REITER

A Síndrome de Reiter é caracterizada por uma artrite, habitualmente de membros inferiores, frequentemente assimétrica, com pacientes com uma das seguintes manifestações clínicas: 1) Conjuntivite ou uveíte; 2) Uretrite/cervicite; 3) Diarréia; 4) Alterações mucocutâneas (balanite, úlceras orais, ceratodermia, blenorragia).

Embora possa apresentar remissões completas nos primeiros 12 meses de doença, a maioria dos pacientes apresentam surtos de recidiva da doença.

Csonka — 1958, descreve este quadro com inflamação da úvea anterior (irite).



RX: ESPONDILITE ANQUILOSANTE
Sacroilíacas mostram acentuada esclerose de bordas, irregularidade das interlinhas articulares (Sacroilíte grau III bilateral) Sindesmófitos em T12-L1.

Quadro articular: poliartrite assimétrica, localizada de preferência nas grandes articulações dos membros inferiores.

Quadro sistêmico: febre, perda de peso e mal estar geral.

Quadro gênito-urinário: secreção mucopurulenta ou mucoide, com disúria, prostatite e cistite.

Quadro cutâneo: ceratodermia blenorragica, úlceras superficiais no pênis, envolvimento na palma das mãos e na sola dos pés, úlceras da mucosa bucal que são indolores e superficiais.

Na forma crônica da doença, frequentemente, a coluna lombar e articulações sacroilíacas são atingidas, daí considerada como uma variante da espondilite anquilosante.

Estudamos 7 pacientes com Doença de Reiter: 6 homens e 1 mulher; idade de 25 a 45 anos; 7 com artropatias; 4 casos com uveítes anteriores (2 casos unilaterais e 2 casos bilaterais); 3 casos de conjuntivites; 6 casos com uretrites e 1 caso com cistite (mulher); 2 casos com dermatose; 4 casos com HLA-B27 positivos, 2 casos com HLA-B17 positivos e 1 caso com HLA negativo para o locus B.

Quadro ocular: Conjuntivite papilar bilateral com escassa secreção mucóide, às vezes se apresenta como uma conjuntivite folicular, ceratite superficial, e num segundo estágio, temos a possibilidade da presença de uma inflamação da úvea anterior; irite simples ou uma iridociclite severa.

No caso de uma irite simples, ela é geralmente bilateral, branda, sem deixar réliquat. Nos casos de iridociclite severa, também é geralmente bilateral, grave e pode levar às seguintes complicações: seclusão pupilar, catarata complicada, glaucoma secundário.

Quadro laboratorial: Soro negativo — HLA-B27 positivo, (em torno de 60% dos casos). Pródromos: a) relação sexual: uretrite inespecífica; b) relação alimentar: diarreia ou desinterias. Elementos precipitantes: a) *Yersinia enterocolitica*; b) *Shigella flexner*; c) *Micoplasma (PPLP) pneumoniae*; d) *Chlamida*; e) *Salmonella*.

Tratamento: conjuntivite papilar: vasoconstritores tópicos. Conjuntivite folicular: tetraciclina (1,5g diária durante 15 a 21 dias), via oral; Irite: ciclopégico e corticóide local; Iridociclite severa; infiltração subconjuntival de corticoesteróide, atropina a 1%, corticóide oral e, nos casos rebeldes, imunossupressores.

Espondilite nas enteropatias: Colite ulcerativa; doença de Crohn (iliíte regional); doença de Whipple: Ellis — 1964 — Iridociclite recorrente em colite ulcerativa; Koulitz — 1967 — Irites e doença de Crohn.

Não tivemos oportunidade até esse momento de estudar qualquer dessas 3 doenças.

Colite ulcerativa: O diagnóstico diferencial com a doença de Crohn se torna, às vezes, difícil, especialmente na fase inicial da doença, e principalmente quando o íleo e o cólon estão afetados.

Quadro clínico: febre, decaimento, náuseas, vômitos, anorexias, perda de peso, anemia, cólicas associadas às evacuações, dores contínuas com exacerbações periódicas.

puxo e tenesmo retal, diarreia com muco e sangue.

A idade do início da doença oscila entre 20 e 60 anos e o sexo é indiferente.

Quadro ocular: Iridociclite bilateral recorrente, com sinéquias posteriores, precipitados ceráticos finos, edema de mácula e esclerite. Pode também ser observado ceratite periférica e herpética.

Quadro associado: artrites e eritema nodoso.

Distribuição topográfica: o reto está invadido, na maioria dos casos, enquanto que o íleo é raramente afetado.

Patogênese: considera-se um quadro de hipersensibilidade, resultante de mecanismo de auto imunidade.

Tratamento: corticoesteróide oral e tóxico.

Doença de Crohn

Sinonímia: Enterite Regional, Ileite terminal, Ileite regional, ileojejunite, enterite cicatrizante, colite regional, fleocolite granulomatosa e gastrite granulomatosa.

Quadro clínico: diarreia, dor abdominal, perda de peso, febre, tumor palpável, preferencialmente na fossa ilíaca direita, hemorragia intestinal, enfraquecimento, emaciação, nervosismo, amenorréia, anemia e atraso de crescimento.

Lesões perianais precedem este quadro clínico, às vezes, por anos. A forma de abscesso, fístulas e fissuras são, frequentemente, presentes.

Esta doença não escolhe sexo e idade.

Diagnóstico: o exame radiológico é básico e o sinal mais patognomônico é o sinal do barbante. As lesões caracterizam-se por serem segmentares, podem se localizar em qualquer altura do intestino.

Quadro ocular: iridociclite bilateral recorrente, conjuntivite, úlcera corneana periférica, ceratite, blefarite, síndrome de Sjögren, episclerite, esclerite, miosite, retinopatia serosa, orbitopatia, neurite reto bulbar e hialite.

Quadro associado: artrite, espondilites anquilosantes e úlceras orais.

Patogênese: desconhecida.

Tratamento: corticoesteróide oral e tóxico.

Doença de Whipple

É considerada uma alteração de má absorção intestinal. Esta doença tem uma predileção especial pelo sexo masculino e geralmente atinge pessoas de mais de 50 anos de idade.

Quadro clínico: composto por uma inflamação crônica, caracterizada por febre,

perda de peso, anemia, diarreia, dor abdominal.

Além desta sintomatologia há também o comprometimento do sistema nervoso central.

Quadro ocular: Iridociclite recorrente, vitreites, hemorragias vítreas, hemorragias retinianas e papiledema.

A angioretinografia fluoresceínica mostra hemorragias retinianas, exsudatos e áreas não-perfusão capilar, dilatação dos capilares do nervo óptico e dobras da coróide.

Quadro associado: artrites, espondilite, eritema nodosum e dermatite de contato.

Etiologia: admite-se, hoje, que esta doença seja produzida por bactérias (organismo em forma de cone). Estas bactérias já foram encontradas na camada interna da retina e no corpo vítreo.

Patogênese: caracteriza-se por um fenômeno de hipersensibilidade, tendo como sede inicial o jejuno.

Tratamento: antibióticos de largo espectro (tetraciclina, eritromicina e cloranfenicol).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS SELECIONADAS

1. AREAL, M. A. E. & HOULI, J. e col. — Manifestações nas colagenoses. J.B.M., fevereiro, 9-14, 1980.
2. BACON, P. A. — Diagnóstico de las afecciones reumáticas. Documenta Geigy, 1979.
3. BEWERTON, D. A. & JAMES, D. C. O. — The histocompatibility antigen. (HLA-B27) and disease. Seminars in Arthritis and Rheumatism., 4 (3): 191-207, 1975.
4. CARVALHO, M. A. P.; ORÉFICE, F.; MOREIRA, C. — Alterações oculares nas doenças reumáticas inflamatórias crônicas. Rev. Bras. Reumat., 20 (3): 37, 1980.
5. ————. Espondilite anquilosante juvenil. Rev. Bras. Reumat., 20 (2): 65-68, 1980.
6. CAMPINCHI, R. P. — Immunologic and Allergic Phenomena. 574-585, 1970.
7. DUKE-ELDER. — System of Ophthalmology — Vol IX, 1966.
8. ELLIS, P. P. & GENTY, J. H. — Ocular complications of ulcerative colitis. Amer. J. Ophthal., 58: 779, 1964.
9. HOGAN, M. — Immunopathology of Uveitis — 39-63, 1964. Ed. A.E. Maumne and Arthur Silverstein, Williams and Wilkins, Baltimore.
10. KANSKI, J. J. — Anterior uveitis in juvenile rheumatoid arthritis. Arch. Ophthalmol., 95: 1794-1797, 1977.
11. KIMURA, S.; HOGAN, M.; O'CONNOR, R. & EPSTEIN, W. — Uveitis and joint diseases. Arch. Ophthal., 77: 309-316, 1967.
12. ————. Uveitis and joint diseases. Tr. Am. Ophth Soc., 64: 291-310, 1966.
13. KORELITZ, B. I. & COLES, R. S. — Uveitis (iritis) associated with ulcerative and granulomatous colitis. Gastroenterology, 52: 78, 1967.
14. LEHNER, T. & BERNES, C. G. — Behçet's Syndrome, clinical and immunological features. Ed. T. Lehner and C. G. Barnes, Academic Press, 1979.
15. MAPSTONE, R. & WOODROW, J. C. — HLA-B27 and acute anterior uveitis. Brit. J. Ophthal., 59: 270-275, 1975.
16. OHNO, S.; KIMURA, S.; O'CONNOR, R. & CHAR, D. H. — HLA antigens and antinuclear antibody titres in juvenile chronic iridocyclitis. Brit. J. Ophthal., 61: 5 (61, 1977).

17. ————. — HLA antigens and uveitis. *Brit. J. Ophthal.*, 61: 62-64, 1977.
18. QUEIROZ, J. M. — Colagenos em oftalmologia. *Anais XII Cong. Bras. Oftal.* 189-207, 1962.
19. ROCHA, H. & GALVAO, P. G. — Livro Jubilar do Prof. Ivo Corrêa Meyer. 165-234, 1969.
20. STANWORTH, S. & SHARP, J. — Uveitis and rheumatic diseases. *Ann. Rheum. Dis.*, 15: 140-151, 1956.
21. TOLEDO, M. A.; HIRATA, P. S.; EELFORT, R. Jr.; NETO, S. D. — Uveitis em São Paulo. *Arq. Bras. Oftal.*, 43: 10-16, 1980.
22. WILLIAMSON, J. — Ocular Hazards In Connective Tissue Disease. *Recent Advances in Rheumatology*. Ed. W. Watson Buchanan and W. Carson Dick Churchill Livingstone, 147-192, 1976.
23. AVILA, M. P. et al. — Manifestations of Whipple's Disease in the Posterior Segment of the Eye. *Arch Ophthalmol*, 102: 384-390, 1984.
24. MACOUL, K. L. — Ocular Changes in Granulomatous Ileocolitis. *Arch Ophthal.* 84: 95-97, 1970.

Glaucoma secundario a uveitis

Eugenio Maul*

INTRODUCCIÓN

La elevación de la presión ocular aparece en el 20 a 50% de los pacientes con uveitis activa o inactiva¹. La presencia de glaucoma complica aún más, las dificultades de manejo que suelen existir en el cuadro de uveitis subyacente. En el manejo del glaucoma asociado a uveitis, es necesario en primer lugar establecer el mecanismo patogénico de la hipertensión con el objeto de seleccionar el método para manejarlo y lograr así la correcta decisión terapéutica.

PATOGENIA DEL GLAUCOMA EN LA UVEITIS.

En la mayoría de los casos la causa del glaucoma es obvia, a pesar de ello, existen numerosas situaciones clínicas en que los mecanismos responsables del glaucoma son combinados, diferentes en la etapa activa de la etapa inactiva de la enfermedad. Al analizar la patogenia es necesario establecer inicialmente si se trata de un glaucoma de ángulo abierto o de ángulo cerrado mediante el examen gonioscópico de los pacientes (ver tabla 1).

A) Glaucoma de ángulo abierto.

1. Obstrucción al drenaje de humor acuoso. La disminución de la facilidad de salida se produce por la presencia de elementos inflamatorios, células y proteínas, en el humor acuoso secundario. Generalmente se asocia algún grado de inflamación del trabéculo. Este mecanismo es responsable del glaucoma cuando existe una uveitis activa, existe un fenómeno de Tindall en el humor acuoso,

precipitados queráticos y el ojo aparece inflamado con variable grado de inyección periquerática.

2. Precipitados trabeculares. Este también es un mecanismo presente en uveitis activa. Existe una inflamación del trabéculo con formación de precipitados sobre el área trabecular visible gonioscópicamente. En estos casos el humor acuoso está claro y el ojo generalmente blanco. Este tipo de glaucoma aparece en pacientes jóvenes, puede ser uni o bilateral. Este mecanismo puede pasar desapercibido si no se efectúa un acuoso examen gonioscópico y el paciente puede ser considerado un caso de glaucoma primario¹.
3. Fibrosis trabecular. Se produce debido a la presencia de células inflamatorias y detritus que terminan alterando la estructura y función trabecular. Este mecanismo está presente en aquellos casos de glaucoma de ángulo abierto en uveitis inactiva, la hipertensión es crónica.
4. Corticoesteroides. Independiente de la uveitis puede producirse un glaucoma debido a los esteroides usados para el tratamiento de la enfermedad tanto en su forma aguda como para mantener inactivas formas crónicas de uveitis. Aproximadamente un 4 a 6% de pacientes con presión intraocular normal sin historia familiar de glaucoma puede desarrollar presiones intraoculares sobre 30 mm Hg. cuando se efectúa tratamiento con dexametasona 0.1% administrado 4 veces al día durante 4 a 6 semanas¹. El porcentaje de respondedores a los esteroides será mayor si es que existen an-

* Unidad Docente Asociada de Oftalmología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. Financiado en parte por proyecto DIUC 107 — 83.
Dr. Eugenio Maul, Casilla 19, Santiago 10, Chile.