

# CASO CLÍNICO ALTA COMPLEJIDAD: ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL ANA NEGATIVO Y UVEITIS REFRACTARIA



Sara Manrique Arija  
FEA Reumatología  
Hospital Regional Universitario de Málaga  
28/04/2023  
Córdoba

# CONFLICTO DE INTERESES

- Honorarios por conferencias, formación y asistencia a congresos: Pfizer, Abbvie, MSD, UCB, Lilly, Novartis, Roche, Janssen, Sanofi, GSK.
- **Se comentan indicaciones fuera de ficha técnica AEMPS.**

# INTRODUCCIÓN DEL CASO

**Chica de 21 años en la actualidad:**

## **Antecedentes personales**

- NAMC
- Alimentación lactancia materna 6m
- Desarrollo psicomotriz adecuado hasta la fecha
- Calendario vacunal completo
- No ENFERMEDADES asociadas
- IQ: No

## **Antecedentes familiares**

Hermanos y padres SANOS.

# INTRODUCCIÓN DEL CASO

## Anamnesis:

### PRIMERA VISITA Reuma Pediátrica: junio 2005

- Clínica articular desde enero 2005:
  - Debut : artritis de rodilla derecha enero de 2005 (FN: 09/01/2004)
  - Posteriormente: afectación rodilla derecha y bilateral de tobillos.
  - No entesitis. No dolor lumbar . No psoriasis
- Clínica ocular desde marzo 2009.
  - Uveítis Anterior crónica .
- No refiere otra clínica sistémica asociada

# INTRODUCCIÓN DEL CASO

## Exploración Física primera visita

- General normal
- CyC, ACP, Abdomen y mmii: Sin hallazgos significativos
- Locomotor:
  - Periférico:
    - **Artritis rodilla derecha**
    - No dactilitis. No entesitis. No dolor lumbar
  - Axial: N
- Piel y Faeneras: No psoriasis. No onicopatía.

# INTRODUCCIÓN DEL CASO

## Pruebas complementarias en la primera visita

- Analítica:
  - Hemograma normal. BQ: normal.
  - Autoinmunidad: FR -, ANA -
  - Serologías: negativas.
  - Mantoux –
  
- Rx simple de torax: SHS
  
- Ecografía doppler:
  - **ECOGRAFÍA DE RODILLA DERECHA:** Hipertrofia sinovial receso suprapatelar y paraatelas con señal pd grado 2.  
Conclusion: **SINOVITIS RODILLA**

# APROXIMACION DIAGNÓSTICA

## ARTICULAR

Tabla . Comparación de los distintos criterios de clasificación utilizados en las artritis inflamatorias idiopáticas pediátricas

Clasificación	ACR (1977) <sup>3</sup>	EULAR (1977) <sup>2</sup>	ILAR (2001) <sup>1</sup>
Denominación	Artritis reumatoide juvenil	Artritis crónica juvenil	Artritis idiopática juvenil
Edad al inicio de la artritis	<16 años	<16 años	<16 años
Tiempo de evolución de la artritis	6 semanas	3 meses	6 semanas
Diagnóstico de exclusión	Sí	Sí	Sí
Incluye espondiloartropatías	No	Sí	Sí
Número de formas clínicas	3	6	7
Denominación formas clínicas	Sistémica	Sistémica	Sistémica
	Poliarticular	Poliarticular FR* (-)**	Poliarticular FR (-)
	-	-	Poliarticular FR (+)
	Pauciarticular	Pauciarticular	Oligoarticular
	-	-	Persistente
	-	-	Extendida
	-	Artritis psoriásica juvenil	Artritis psoriásica
	-	Espondilitis anquilosante juvenil	Artritis relacionada con entesitis
	-	Artritis asociada a EII***	-
	-	-	Artritis indiferenciada

## AIJ OLIGOARTICULAR

### DEFINICIÓN

Artritis que afecta entre una y cuatro articulaciones durante los primeros seis meses de enfermedad. Se reconocen dos subcategorías:

1. **Oligoartritis persistente**: no afecta a más de cuatro articulaciones durante todo el curso de la enfermedad.
2. Oligoartritis extendida: afecta a más de cuatro articulaciones después de los primeros seis meses de enfermedad.

# INTRODUCCIÓN DEL CASO

## Visita en Oftalmología 2009:

### **BMO:**

Tyndall OD: 1+; OI: 0,5+

**PIO:** Normal

### **Complicaciones estructurales:**

Cataratas incipientes bilaterales y sinequias posteriores

Queratopatía en banda OI que no afecta al eje visual

**JC : UVEITIS ANTERIOR CRONICA BILATERAL CON QUERATOPATÍA EN BANDA**



# APROXIMACION DIAGNÓSTICA OCULAR

- Uveítis: manifestación extrarticular importante en AIJ (10-30%) → Manejo terapéutico adecuado y precoz.
- La mayoría → **ASINTOMATICAS, BILATERALES Y RECURRENTES.**
- Generalmente **en los cuatro primeros años del diagnóstico** de AIJ, pero puede presentarse años después.
- **AEPED → PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO**

## PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO DE LA UVEÍTIS ASOCIADA A LA ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL

R Bou Torrent<sup>(1)</sup> y Grupo de la Reunión Nacional de uveítis asociada a AIJ

<sup>(1)</sup>Coordinadora. Unidad de Reumatología Pediátrica. Hospital Universitario Parc Taulí. Sabadell. Barcelona

Bou Torrent R y Grupo de la Reunión Nacional de uveítis asociada a AIJ. Protocolo de seguimiento y tratamiento de la uveítis asociada a la artritis idiopática juvenil.

Protoc diagn ter pediatr. 2014.1:57-70



## Protocolo de seguimiento y tratamiento de la uveítis asociada a la artritis idiopática juvenil

Beatriz Bravo Mancheño, Grupo de Trabajo de Uveítis asociada a AIJ y otras Uveítis no Infecciosas de la Sociedad Española de Reumatología Pediátrica  
Unidad de Reumatología Pediátrica. Hospital Virgen de las Nieves. Granada

Beatriz Bravo Mancheño, Grupo de Trabajo de Uveítis asociada a AIJ y otras Uveítis no Infecciosas de la Sociedad Española de Reumatología Pediátrica. Protocolo de seguimiento y tratamiento de la uveítis asociada a la artritis idiopática juvenil. Protoc diagn ter pediatr. 2020.2:101-114

# APROXIMACION DIAGNÓSTICA OCULAR

Periodicidad de los controles oftalmológicos en niños con AIJ sin antecedentes de uveítis<sup>17</sup>.  
 Recomendaciones de las Secciones de Reumatología y Oftalmología de la Academia Americana de Pediatría

Forma clínica	ANA	Edad al diagnóstico (años)	Duración de la enfermedad (años)	Riesgo	Frecuencia controles oftalmológicos
Oligoartritis o poliartritis	+	≤6	≤4	Alto	3 meses
	+	≤6	>4	Moderado	6 meses
	+	≤6	>7	Bajo	12 meses
	+	>6	≤4	Moderado	6 meses
	+	>6	>4	Bajo	12 meses
	-	≤6	≤4	Moderado	6 meses
	-	≤6	>4	Bajo	12 meses
	-	>6	No aplicable	Bajo	12 meses
Sistémica	No aplicable	No aplicable	No aplicable	Bajo	12 meses

**Tabla 1.** Frecuencia recomendada de revisiones oftalmológicas tras diagnóstico de una uveítis asociada a AIJ

Al diagnóstico de nueva uveítis	Controles 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 ≤0,5+ estable en 2 visitas sucesivas	Idealmente, controles cada 6 semanas; si no es posible, no más de cada 3 meses

## JUICIO DIAGNÓSTICO INICIAL (2005):

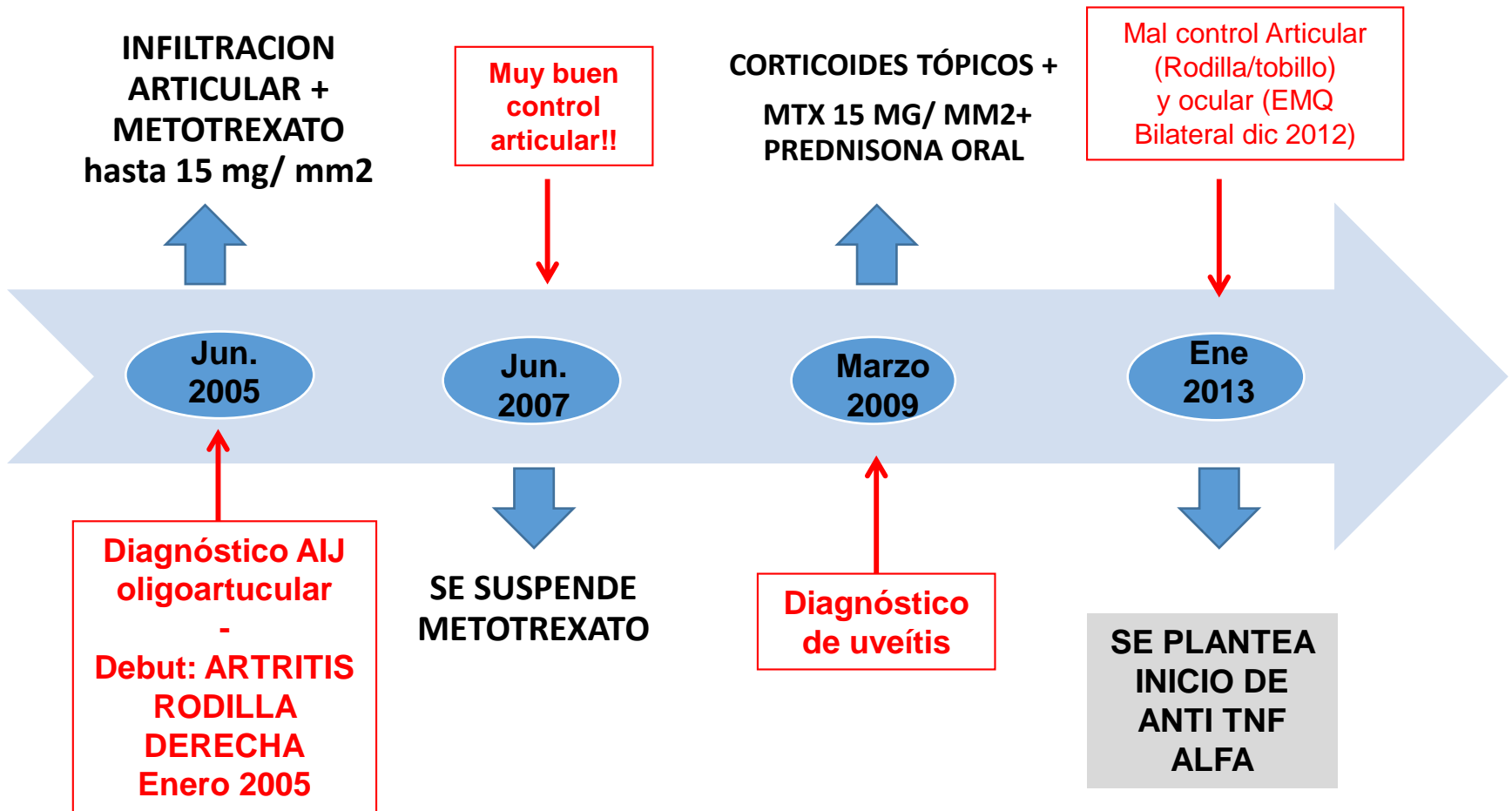
- AIJ Oligoarticular Persistente ANA - /FR-

## JUICIO DIAGNÓSTICO (2009):

- Uveítis anterior bilateral crónica  
(queratopatía en banda, sinequias , cataratas)



# MANEJO TERAPÉUTICO



**¿Qué Anti TNF alfa en  
Uveítis y AIJ?**

# Anti TNF ALFA EN UVEÍTIS

- El uso de anti TNF -a de **uveítis no infecciosa es cada vez más común.**
- Existen datos en la literatura que apoyan esta terapia, aunque su uso para el tratamiento de la uveítis **se mantiene fuera de ficha técnica en la mayoría de los países.**
- A pesar de esto **HAY razones claras para su uso** uveítis no infecciosas graves.

MEDICACIÓN Anti TNF ALFA	INDICACIONES APROBADAS EMA
<b>INFLIXIMAB</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Artritis reumatoide</li> <li>• Enfermedad de Crohn en adultos y pediatría en niños &gt;6</li> <li>• Colitis ulcerosa adultos y en pediatría en niños &gt;6 años,</li> <li>• Espondilitis anquilosante</li> <li>• Artritis psoriásica</li> <li>• Psoriasis</li> <li>• <b>AIJ: Uso compasivo</b></li> </ul>
<b>ADALIMUMAB</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Artritis reumatoide</li> <li>• <b>Artritis idiopática juvenil</b> : poliarticular a partir de los 2 años asociada a entesitis a partir de 6 años .</li> <li>• Espondiloartritis axial : Espondilitis anquilosante (EA) y axial no radiográfica</li> <li>• Artritis psoriásica</li> <li>• Psoriasis adultos y pediátrica en placas &gt; 4 AÑOS</li> <li>• Hidradenitis supurativa (HS)</li> <li>• Enfermedad de Crohn adultos y pediátrica</li> <li>• Colitis ulcerosa</li> <li>• <b>UVEITIS pediátrica no infecciosa&gt;2años</b></li> </ul>
<b>ETANERCEPT</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Artritis reumatoide</li> <li>• <b>Artritis idiopática juvenil</b> poliartitis y la oligoartritis extendida en niños a partir de 2 años , psoriásica a partir de 12 años y artritis relacionada con entesitis a partir de 12 años</li> <li>• Artritis psoriásica</li> <li>• Espondiloartritis axial : Espondilitis anquilosante (EA) y axial no radiográfica</li> <li>• Psoriasis en placas adultos y pediátrica a partir de 6 años.</li> </ul>
<b>GOLIMUMAB</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Artritis reumatoide</li> <li>• <b>Artritis idiopática juvenil poliarticular (AIJp)</b></li> <li>• Artritis psoriásica (APs)</li> <li>• Espondiloartritis axial Espondilitis anquilosante (EA) y axial no radiográfica</li> <li>• Colit</li> </ul>
<b>CERTOLIZUMAB</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Artr</li> <li>• Espo</li> <li>• Artr</li> <li>• <b>AIJ:</b></li> </ul>

Actualmente **excepto ADALIMUMAB**  
 Los anti TNF alfa fuera de ficha técnica para uveítis!!!  
No para las AIJ

# Protocolo de Tratamiento Uveítis asociada a AIJ

[www.aeped.es/protocolos/](http://www.aeped.es/protocolos/)

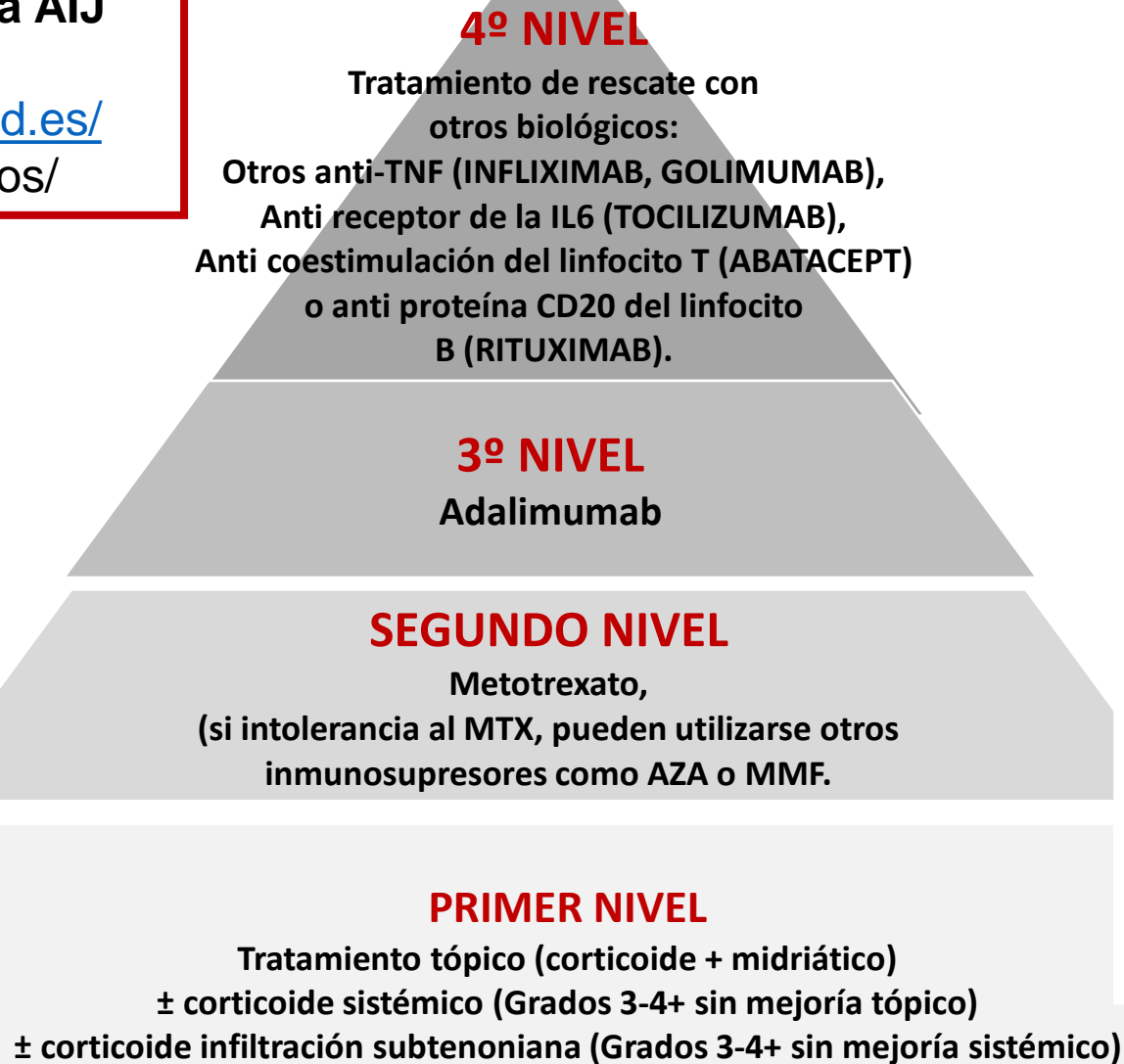


Tabla 2. Criterios para establecer la actividad inflamatoria (células-flare en cámara anterior),

Células en cámara anterior por campo (1 × 1 mm lámpara hendidura)	
Grado 0	<1
Grado 0,5+	1-5
Grado 1+	6-15
Grado 2+	16-25
Grado 3+	26-50
Grado 4+	>50
Flare (Presencia de proteínas)	
Grado 0	Nada
Grado 1+	Trazas
Grado 2+	Moderado (detalles de iris y cristalino claros)
Grado 3+	Marcado (iris y cristalino turbios)
Grado 4+	Intenso (mallas de fibrina)

Tabla 3. Criterios de evaluación de la actividad de la uveítis asociada a AIJ

Inactividad	Grado 0 de células y flare
Empeoramiento	Aumento en 2 grados del nivel de actividad o ascenso de grado 3+ a 4+
Mejoría	Descenso en 2 grados del nivel de actividad o descenso a grado 0
Remisión sin tratamiento	Inactividad después de ≥3 meses de suspender tratamiento
Remisión con tratamiento	Inactividad tras ≥6 meses en tratamiento



**SIGUIENDO CON EL CASO...**

**SE AÑADE A SU  
TRATAMIENTO ANTI TNF  $\alpha$**

**SE ASOCIA ANTI TNF ALFA**

**ADALIMUMAB**

Enero  
2013

**INICIO ADA 40/2 SEMANAS  
+MTX 15MG/MM2**

**JUNIO 2013 INYECCION  
TRIGON DEPOT →  
MAYO EMQ (↓ MTX  
INTOLERANCIA)**



- **ARTICULAR:** Dismetria Episodios de dolor inflamatorio de rodilla izquierda. algún episodio de Artritis de tobillo.
- **OCULAR:**
  - AV: OD: 0,2 . OI con corrección: 0,4
  - TYNDALL: OD: 1+ , OI: 0+
  - PIO: OD: 21, OI: 18
  - Catarata subcapsular post evolucionada(PEOR). Sinequias. Queratopatía en banda

Octubre  
2013

**ADALIMUMAB 40 SEMANAL  
+MTX 10MG/MM2**

**2014 Mantiene actividad UVEITIS  
→ CORTICOIDES SITEMICOS →  
IQ CATARATA → AFAQUIA + LC**

- ➔ **NUEVO EPISODIO DE UVEITIS BILATERAL:**
  - TYNDALL: OD: 1+ , OI: +/-
  - Destaca vitritis y EMQ bilateral

Feb  
2015

**SE SUSPENDE ADALIMUMAB**

# RESUMIENDO....

PACIENTE CON:

- **AIJ oligoarticular persistente** estable de su patología articular.

- **UVEITIS REFRACTARIA** a tto tópico y GC sistémicos , FAMEs y Adalimumab complicada con **EMQ BILATERAL y otras complicaciones oculares (Catarata/queratopatía en banda/sinequias)**

**¿Qué PODEMOS USAR EN UVEITIS  
ASOCIADAS A AIJ “REFRACTARIAS” A  
ANTITNF $\alpha$  HABITUALES?...**

# Protocolo de Tratamiento Uveítis asociada a AIJ

[www.aeped.es/protocolos/](http://www.aeped.es/protocolos/)

## 4º NIVEL

Tratamiento de rescate con otros biológicos:

Otros anti-TNF (INFLIXIMAB, GOLIMUMAB),  
Anti receptor de la IL6 (TOCILIZUMAB),  
Anti coestimulación del linfocito T (ABATACEPT)  
o anti proteína CD20 del linfocito B (RITUXIMAB).

## 3º NIVEL

Adalimumab

## SEGUNDO NIVEL

Metotrexato,  
(si intolerancia al MTX, pueden utilizarse otros  
inmunosupresores como AZA o MMF.

## PRIMER NIVEL

Tratamiento tópico (corticoide + midriático)  
± corticoide sistémico (Grados 3-4+ sin mejoría tópico)  
± corticoide infiltración subtenoniana (Grados 3-4+ sin mejoría sistémico)



Published in final edited form as:

Ann Eye Sci. 2021 June ; 6 : . doi:10.21037/aes-2019-dmu-10.

### Update on biologic therapies for juvenile idiopathic arthritis-associated uveitis

Table 1

Selected biologic treatments for JIA-U

Class	Drug	Dose	Side-effects	Evidence
TNF- $\alpha$ inhibitors	Adalimumab	<30 kg (20 mg every 2 weeks); $\geq$ 30 kg (40 mg every 2 weeks). *Higher than standard JIA doses may be needed—weekly endorsed by CARRA and ACR/AF (42)	Infections, gastrointestinal disorders, respiratory disorders, cataracts. Anti-TNF antibodies, reactivation of latent tuberculosis	RCT shows efficacy especially in addition to methotrexate. Retrospective studies demonstrating efficacy (48–50)
	Infliximab	10–20 mg/kg monthly	Infusion reactions, anti-TNF antibodies, reactivation of latent tuberculosis	Retrospective studies show efficacy at high doses (34,50–52)
IL-6 inhibitors	Tocilizumab	8 mg/kg at 4-week intervals. *Higher than standard JIA doses may be needed—dose every 2 weeks, not endorsed yet	Gastrointestinal toxicity, allergic reactions, autoimmune cytopenia	RCT did not meet primary end point but did show promise especially for tapering of corticosteroids. Retrospective and limited prospective studies show efficacy especially in patients with cystoid macular edema [31,53–58]
	Sarilumab	200 mg	Neutropenia, elevated alanine-amino-transferase levels	RCT in adults showed efficacy, but no similar study in pediatric patients (59)
Cell surface receptor targets	Abatacept	10 mg/kg at weeks 0, 2, 4 and then monthly	Nasopharyngitis, respiratory infections, gastrointestinal toxicity	Prospective study of 2 patients refractory to conventional treatment achieved remission without steroids. Retrospective study showed efficacy in refractory cases (60–64)
	Rituximab	1,000 mg/infusion on days 1 and 15 and then every 6 months	Infusion reaction, neutropenia	Varying reports on efficacy. Retrospective study showed efficacy in severely refractory cases, but there were recurrences (65–67)
JAK inhibitor	Tofacitinib	5 mg, twice daily in study	No systemic side effects noted in study	Efficacy shown in a case study in patient refractory to other therapies and another case in a patient with macular edema (32,68)
	Baricitinib	4–5 mg/day in study	No systemic side effects noted in study	Efficacy shown in 3 patients refractory to other therapies. Clinical trial in progress (32,69)

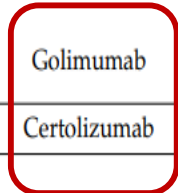
\*used in practice but not in official guidelines yet. JIA-U, juvenile idiopathic associated uveitis; JAK, janus kinase.



Review

### Perspectives of Therapeutic Drug Monitoring of Biological Agents in Non-Infectious Uveitis Treatment: A Review

Manuel Busto-Iglesias <sup>1,2,†</sup>, Lorena Rodríguez-Martínez <sup>2,†</sup>, Carmen Antía Rodríguez-Fernández <sup>2,3,†</sup>, Jaime González-López <sup>1,2</sup>, Miguel González-Barcia <sup>1,2</sup>, Begoña de Domingo <sup>4</sup>, Luis Rodríguez-Rodríguez <sup>5,\*</sup>, Anxo Fernández-Ferreiro <sup>1,2,\*</sup> and Cristina Mondelo-García <sup>1,2</sup>



Golimumab

TNF- $\alpha$

mAb, fully humanized

MD: 50 mg monthly  
Max. dose: 100 mg monthly

Refractory uveitis

[40,41]

Certolizumab

TNF- $\alpha$

mAb, fully humanized

200 mg every 2 weeks

Refractory uveitis

[44]

**CONTINUANDO CON EL CASO ....**  
**TRAS REVISAR LITERATURA DEL MOMENTO SE DECIDE POR EMQ Y**  
**AGRESIVIDAD DE UVEITIS**



**INICIO TOCILIZUMAB IV**  
**8MG/KG CADA 4 SEMANAS**

Indicación fuera de FT



Anti-Interleukin-6 Receptor Tocilizumab for Severe Juvenile Idiopathic Arthritis-Associated Uveitis Refractory to Anti-Tumor Necrosis Factor Therapy

A Multicenter Study of Twenty-Five Patients

Vanesa Calvo-Río,<sup>1</sup> Montserrat Santos-Gómez,<sup>1</sup> Inmaculada Calvo,<sup>2</sup> M. Isabel González-Fernández,<sup>2</sup> Berta López-Montesinos,<sup>2</sup> Marina Mesquida,<sup>3</sup> Alfredo Adán,<sup>3</sup> María Victoria Hernández,<sup>3</sup> Olga Maiz,<sup>4</sup> Antonio Atanes,<sup>5</sup> Beatriz Bravo,<sup>6</sup> Consuelo Modesto,<sup>7</sup> Gisela Díaz-Cordovés,<sup>2</sup> Natalia Palmou-Fontana,<sup>1</sup> Javier Loricera,<sup>1</sup> M. C. González-Vela,<sup>1</sup> Rosalía Demetrio-Pablo,<sup>1</sup> J. L. Hernández,<sup>1</sup> Miguel A. González-Gav,<sup>1</sup> and Ricardo Blanco<sup>1</sup>

Calvo-Río V, Blanco R. Arthritis Rheumatol. 2017 Mar;69(3):668-675.

**Table 2.** Literature review of studies of patients with refractory JIA-related uveitis treated with TCZ\*

	Author, year (ref.)				
	Tappeiner et al, 2012 (19)	Adán et al, 2013 (20)	Adán et al, 2014 (21)	Tsang et al, 2014 (22)	Present study
No. of patients	3	1	1	1	25
Sex, no. female/male	2/1	1/0	1/0	0/1	21/4
Age, mean ± SD years	18.3 ± 0.6	30	29	12	18.5 ± 8.3
Uveitis pattern	Bilateral in 2 and unilateral in 1; chronic anterior	Unilateral cystoid macular edema	Bilateral chronic anterior	Bilateral chronic anterior	Bilateral in 22 and unilateral in 3; anterior in 17, panuveitis in 4, intermediate in 2, and posterior in 2
Previous treatment	MTX, AZA, ETN, ADA, ABA	CSA, ADA, RTX, ABA	MTX, IFX, ADA	MTX, CSA, ETN, IFX, ADA, ABA, RTX	DMARDs, ADA, ETN, IFX, ABA, ANK, RTX
Main reason for using TCZ	Uveitis	Cystoid macular edema	Cystoid macular edema	–	Uveitis in 20, uveitis and arthritis in 5 (cystoid macular edema in 9)
TCZ regimen	8 mg/kg every 4 weeks	8 mg/kg every 4 weeks	8 mg/kg every 4 weeks	8 mg/kg every 2–4 weeks	8 mg/kg every 4 weeks in 21, 8 mg/kg every 2 weeks in 2, 8 mg/kg every 8 weeks in 1, and 162 mg SC every week in 1
Ocular inflammation following TCZ	Inactive in 2 and active in 1	Inactive	Inactive	Inactive	Inactive in 19
Adverse effects related to TCZ use	None	None	None	Neutropenia	Thrombocytopenia in 1, pneumonia, thrombocytopenia, and hemolytic anemia in 1, and viral conjunctivitis and bullous impetigo in 1
Months of treatment with TCZ	9†	7	12	NR	13 (5.5–24)‡
TCZ withdrawal	No	No	No	No	3 cases (1 because of inefficacy)
Outcome	Active in 1 and inactive in 2	Inactive	Inactive	Inactive	Active in 6 and inactive in 19

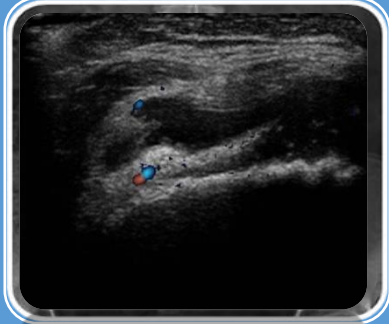
\* JIA = juvenile idiopathic arthritis; TCZ = tocilizumab; MTX = methotrexate; AZA = azathioprine; ETN = etanercept; ADA = adalimumab; ABA = abatacept; CSA = cyclosporin A; RTX = rituximab; IFX = infliximab; DMARDs = disease-modifying antirheumatic drugs; ANK = anakinra; SC = subcutaneously; NR = not reported.

† Mean.

‡ Median (interquartile range).

# BASAL TOCILIZUMAB

## Inicio 21/2/2015



### ARTICULARMENTE

PELOTEO ROTULIANO Y A LA EXPLORACION TOBILLOS SIN HS.

ECO Rodillas: HS Receso suprapatelar y lateral señal PD.

ECO Tobillo izq: HS y PD+.



### OCULAR

AV: OD: 0,15, OI: 0,3

BMO: TYNDAL OD +/-, OI 1+. VITRITIS

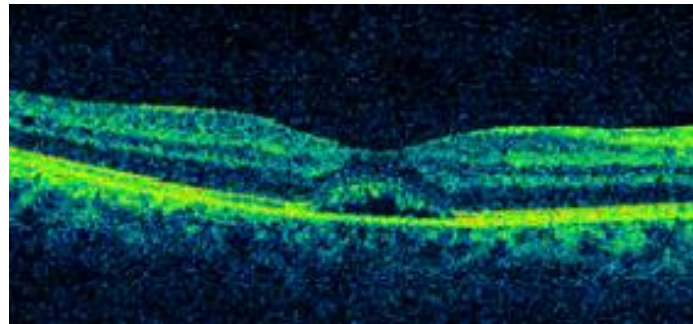
EMQ BILATERAL MEMBRANA EPIRETINANA OI

CATARATA BILATERAL

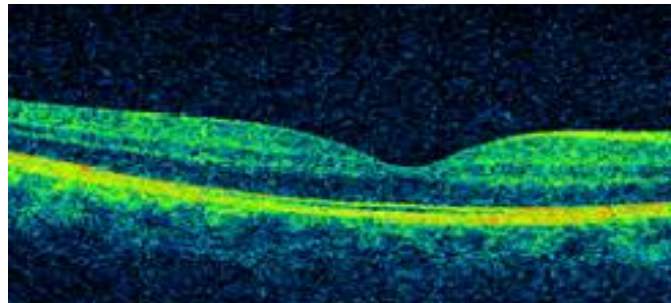
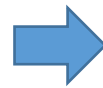
# 1 MES DE TOCILIZUMAB

	Tyndall	AV	PIO	OCT
Previo al tto con TOCILIZUMAB (con Adalimumab semanal, MTX 15 m/m2 sc, corticoide tópico)	<b>+ OD + /++ OI</b>	<b>OD: 0.2 OI: 0.4</b>	<b>14 OD/ 12OI</b>	<b>Edema macular bilateral</b>
Tras tto con Tocilizumab	<b>-/-</b>	<b>OD: 0,3. OI: 0,4</b>	<b>21 OD/ 19 OI</b>	<b>Normal.</b>

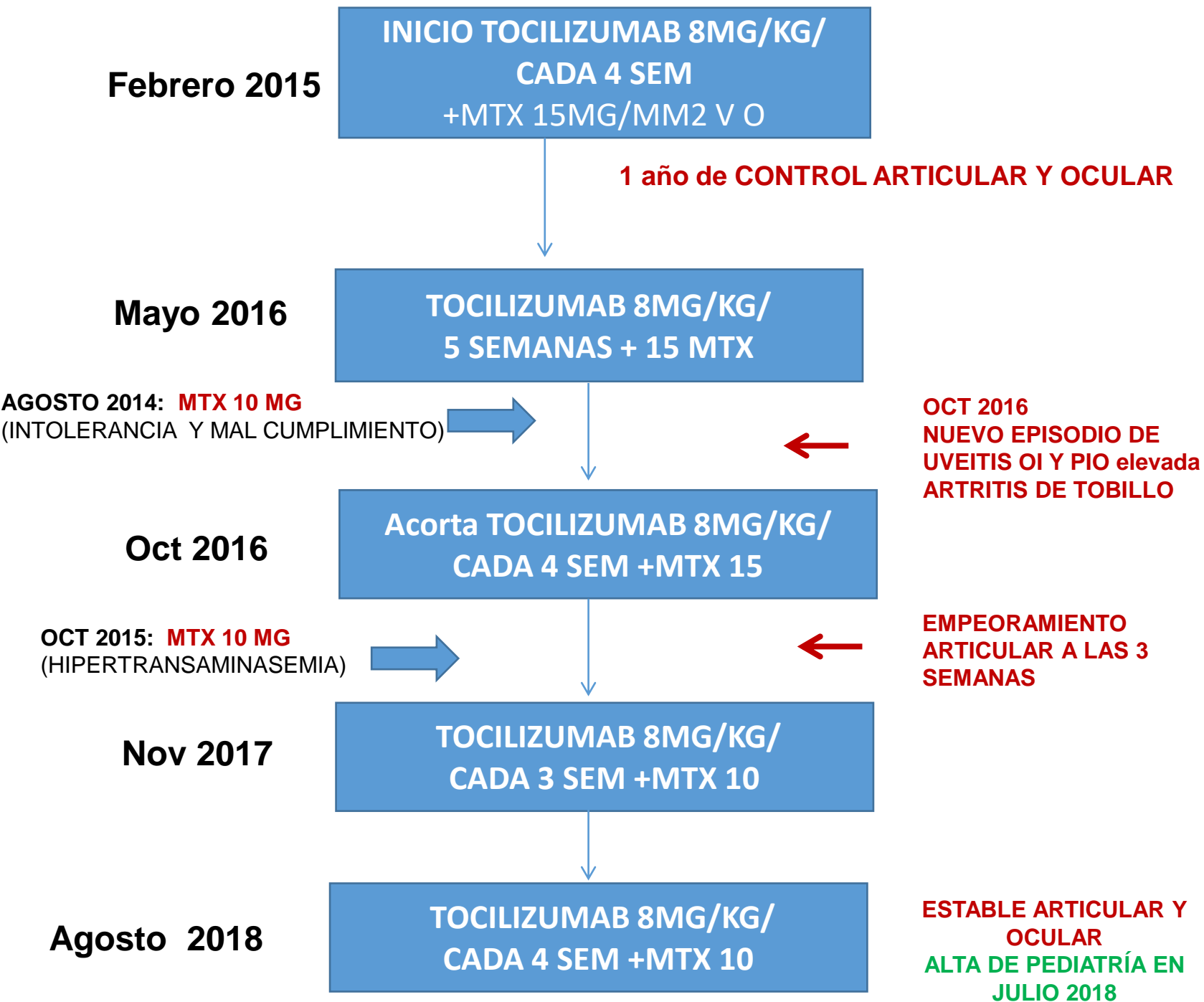
ANTES  
TOCILIZUMAB



1 MES TRAS  
TOCILIZUMAB



Disminución  
progresiva tto  
tópico



# VISITAS DE REVISIÓN

## REUMATOLOGIA ADULTOS 11/01/2020 (Dra DÍAZ-CORDOVÉS)

- **ARTICULAR: ASINTOMÁTICA CONTROL CLINICO Y ANALITICO**
- EXPLORACION LOCOMOTOR: NO SINOVITIS NO DOLOR. MOLESTIAS ATM Drcha
- DESVIACION COMISURA BUCAL IZQ RESIDUAL.
- EVA padres 1/10; VGM2/10; Rigidez 0

## OFTALMOLOGÍA 27 /03/2020 (Dra JODAR)

- AV: OD SINLENTE DE CONTACTO OJO DERECHO 0,3;OI: 0,8 CON SU GAFA.
- BMO: **NO TYNDAL EN NINGUN OJO.**
  - OD: **AFAQUIA CORRECTA** PUPILA FIJA MIDRIÁTICA YA DESCRITA.
  - OI: **QUERATOPATIA EN BANDA PERIFERICA SINEQUIA Y CATARATA** OI SIN CAMBIOS DESDE INICIO DE TOCILIZUMAB
- PIO: OD: 20; OI: 21
- FO : **NO EMQ**
- OCT MACULAR: OD: **Sin hallazgos significativos.** OI: **No se observa edema macular.**

### **DIAGNÓSTICO OFTALMOLOGÍA:**

- Uveitis crónica bilateral asociada a AIJ desde los 14 meses de vida, con secuelas oculares y baja visión en OD.
- Afaquia OD por catarata que precisó cirugía y lleva LC en ese ojo. Midriasis fija en OD por Sde Urrets-Zabalía.
- Postcirugía. Queratopatía cálcica corneal que no afecta eje visual
- Catarata OI no quirúrgica hasta el momento actual.

# ULTIMAS VISITAS

OFTALMOLOGÍA  
(09/04/2022)

**Evolución:** Actualmente en tratamiento con tocilizumab. Se pone cosopt y alphagan.

**Exploración:**

**AV OD:** 0.5 **AV OI:** 0.1 + e 0.5

**PIO:** 13/15 mmHg (con cosopt y alphagan)

**BMC OD:** pupila midriática arreactiva. Afaquia. Punto de sutura a las III. Sin hiperemia. Queratopatía en banda incipiente.

**BMC OI:** pupila sinequiada. Catarata subcapsular post. Queraotpatía en banda

**FO AAOO:** sin alteraciones.

**Juicio Clínico:**

UVEITIS CRÓNICA BILATERAL POR AIJ. GLAUCOMA SECUNDARIO

Afaquia OD por catarata que precisó cirugía y lleva LC en ese ojo.

Midriasis fija en OD por Sde Urrets-Zabalía postcirugía.

Queratopatía calcica corneal que no afecta eje visual Catarata OI no quirúrgica hasta el momento actual.

Reumatología  
(21/03/2023)

**Evolución:** TENIA CITA, NO ACUDE desde el COVID. SE PROGRAMA NUEVA CITA. Contactamos por teléfono con la paciente.

**Articularmente:** Asintomática

No otros síntomas extrarticulares

# CONCLUSIÓN

- La uveítis una manifestación extrarticular frecuente en AIJ.
- **Tto precoz para evitar complicaciones oculares.**
- Las mas frecuentes son las **UA crónicas bilaterales**, con queratopatía en banda.
- **Los antiTNF** son la **primera opción** en casos resistentes a FAMEs.
- El **Tocilizumab** parece ser una buena opción en pacientes con uveítis asociada a AIJ refractaria a FAMEs y anti TNF alfa, **especialmente en pacientes con EMQ.**
- **Otros fármacos: Goli, Certo, ABA y RITU. Prometedores JAK / inh il1.**



# MUCHAS GRACIAS

Unidad de Reumatología  
- Hospital Regional Universitario de Málaga -



Hospital Regional  
Universitario  
Málaga

@HRegionalMalaga



Salud y  
Consumo