

Uveíte associada à artrite reumatóide juvenil

Uveitis associated with juvenile rheumatoid arthritis

Stella Maria Rosa Olivalves⁽¹⁾
Ana Maria Noriega Petrille⁽²⁾
Maria Cristina Martins⁽³⁾
Myung Kyu Kim⁽⁴⁾
Mariza Toledo de Abreu⁽⁴⁾
Maria Odete Esteves Hilário⁽⁵⁾
Ana Maria Soares Rolim⁽⁶⁾

RESUMO

Foram estudados 54 pacientes com Artrite Reumatóide Juvenil (ARJ). Manifestações de Iridociclite crônica não granulomatosa foram encontradas em 5 casos, sendo que 2 tiveram complicações graves que levaram a atrofia do olho afetado.

Quatro (80%) destes casos, não apresentavam queixas ou sinais oftalmológicos antes do diagnóstico clínico de ARJ, mas ao serem encaminhadas ao setor de Uveítés, encontramos sinais de comprometimento ocular da doença. Salientamos a importância do diagnóstico precoce das alterações oculares que podem passar desapercebidas e serem responsáveis por complicações graves e irreversíveis.

Palavras-chave: Iridociclite, Artrite Reumatóide Juvenil, Pauciarticular.

INTRODUÇÃO

Os critérios diagnósticos para a Artrite Reumatóide Juvenil (ARJ), segundo a Associação Americana de Reumatologia são: idade de início até 16 anos, artrite de duração mínima de seis semanas e exclusão de outras patologias. Em relação à forma de início da doença, a ARJ se divide em três grupos: Sistêmica, Poliarticular e Pauciarticular (Decker, 1983).

A Iridociclite (IC) é rara na forma Sistêmica.

A forma Poliarticular aparece em cerca de 30 a 40% das crianças com ARJ. Caracteriza-se pelo acometimento de mais de quatro articulações. As manifestações oculares são de Iridociclite crônica, olho seco e esclerite.

A forma Pauciarticular ou Oligoarticular acomete cerca de 40 a 50% dos casos, caracterizando-se pelo acometimento de até quatro das articulações. Compromete crianças geralmente meni-

nas (6:1) abaixo de 4 anos de idade, com artrite habitualmente de joelhos, tornozelos e cotovelos, em distribuição assimétrica. Laboratorialmente o FR é negativo e o FAN é positivo em torno de 40%. Neste grupo é que se encontra o maior percentual de Uveítés, que é a manifestação extra-articular mais importante e debilitante da ARJ. A IC é bilateral em 50 a 75% dos casos, com formação de sinéquias posteriores de início geralmente insidioso. Podem ocorrer períodos de agudização caracterizados por pouca ou nenhuma reação periflimbar, precipitados corneanos brancos em pequena quantidade, disseminados no endotélio da córnea e câmara anterior com discreta reação inflamatória. Como complicações podemos encontrar: ceratopatia em faixa, sinéquias posteriores, catarata, glaucoma secundário e atrofia bulbar. Raramente envolve a retina. (Oréfice, Carvalho, Moreira, 1987; Nussenblatt & Palestine, 1989; Smith & Nozik, 1986).

(1) Oftalmologista do Setor de Uveítés do Depto. de Oftalmologia da Escola Paulista de Medicina (EPM) e Prof^a Assistente da Disciplina de Oftalmologia da Universidade São Francisco - Bragança Paulista.

(2) Pós-graduanda a nível de Doutorado do Depto. de Oftalmologia da EPM.

(3) Pós-graduando a nível de Doutorado do Depto. de Oftalmologia da EPM e Chefe do Setor de Uveítés da EPM.

(4) Prof^a Adjunta, Doutora em Oftalmologia do Depto. de Oftalmologia da EPM e Prof^a Titular da Disciplina de Oftalmologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Mogi das Cruzes.

(5) Professora Adjunta do Departamento de Pediatria da EPM.

(6) Médica Pediatria do Setor de Reumato-Pediatria da EPM.

Trabalho realizado no Setor de Uveítés do Departamento de Oftalmologia da Escola Paulista de Medicina.

Endereço para correspondência: Dra Stella M. R. Olivalves - Caixa Postal 516 - CEP 12.900-000 - Bragança Paulista.

TABELA 1
Distribuição dos 54 pacientes com ARJ, segundo o sexo e tipo de ARJ (forma inicial)

SEXO	FORMAS DE ARJ INICIAL			Total
	ARJ Sist	ARJ Pauci	ARJ Poli	
Masculino	06(11,11%)	14(25,92%)	06(11,11%)	26(48,14%)
Feminino	05(9,26%)	15(27,77%)	08(14,81%)	28(51,85%)
Total	11(20,37%)	29(53,70%)	14(25,92%)	54(100,00%)

MATERIAL E MÉTODOS

Examinamos 54 pacientes enviados pelo ambulatório de Reumato-Pediatria da Escola Paulista de Medicina, no período de setembro de 1989 a agosto de 1992, com idade entre 01 e 16 anos, com o diagnóstico clínico e laboratorial de ARJ.

Os diagnósticos reumatológicos foram baseados nos seis primeiros meses de evolução da doença reumática.

Os pacientes com ARJ da forma Pauciarticular foram acompanhados a cada 3 meses e nas outras formas a cada 6 meses. O Exame Oftalmológico consistiu da avaliação da acuidade visual usando a Tabela de Snellen e orifício estenopeíco quando a criança colaborou, avaliação pelo "cover" teste da musculatura ocular extrínseca, biomicroscopia, tonometria de aplanação quando possível e oftalmoscopia binocular indireta.

Analisamos também os exames laboratoriais solicitados pela Reumato-Pediatria. A técnica usada para o exame do FAN (Fator Anti -Núcleo), foi de Imunofluorescência Indireta, sendo que os抗ígenos usados para a detecção dos anticorpos foram das células de rim ou fígado de camundongo e a técnica HEp2 usando células de carcinoma de laringe, técnica mais precisa e com percentual mais alto de positividade.

RESULTADOS

Dos 54 pacientes com ARJ, 26 (48,14%) eram do sexo masculino e 28 (51,85%) do sexo feminino. Quanto às formas clínicas (Forma Inicial): 11

(20,37%) pacientes apresentaram ARJ Sistêmico, 29 (53,70%) com ARJ Pauciarticular, e 14 (25,92%) com ARJ Poliarticular. (Tabela 1).

Com o diagnóstico de Uveite anterior não-granulomatosa tivemos 5 casos (9,26%) todos do sexo feminino: sendo 4 pacientes (7,40%) com a forma Pauciarticular e 1 paciente (1,85%) com a forma Poliarticular.

Dos 29 pacientes com ARJ Pauciarticular, 8 casos (27,58%) apresentaram FAN Positivo e nenhum com Fator Reumatóide (FR) positivo.

Na tabela 2 mostramos os 5 casos de Uveites: a forma inicial de ARJ, a idade de aparecimento da ARJ em anos, a presença de queixas ou sinais oftalmológicos relatados pelos familiares antes do diagnóstico da ARJ, a presença de sinéquias posteriores, as complicações: ceratopatia em faixa, catarata, atrofia bulbar confirmada pelo ultra-som e acuidade visual final do olho afetado.

Os casos 1 e 2 apresentaram Uveite unilateral com sinéquias posteriores em 360°, ceratopatia em faixa e catarata. Nes-

tes dois casos, as manifestações articulares iniciaram-se antes dos dois anos de idade e em ambos, o olho contralateral não apresentou, até os últimos controles, sinais de Iridocilite, mantendo boa acuidade visual. Os casos 3 e 5, tiveram uveite bilateral com sinéquias posteriores importantes nos dois olhos mas mantiveram a acuidade visual boa. No caso 4 os sinais de Iridociclite foram brandos e observados apenas na primeira consulta, sendo unilateral com pouca reação de câmara anterior (células e flare++) e sem sinéquias.

DISCUSSÃO

As Uveites ocorrem mais freqüentemente nos adultos, porém nas crianças costumam ser mais graves levando à cegueira um maior número de casos. Por isso é importante o seu diagnóstico e tratamento precoce (Smith & Nozik, 1983).

Em nosso meio Petrilli et al. (1987), concluíram que a porcentagem de Uveites na infância por ARJ é de 1,54%.

A incidência de Uveite nos pacientes com ARJ, varia de 5,5% a 17% (Rosenberg, 1987). Encontramos 9,25% (5 casos) dos 54 pacientes com ARJ examinados.

Chylack, Dueker, Philaja, (1979) relatam que o risco de Iridocilite em pacientes do sexo feminino com ARJ Pauciarticular e FAN positivo, quando as manifestações articulares se iniciam antes de dois anos de idade, pode chegar a 95%. Em nosso trabalho, excluindo o exame de FAN, tivemos 4 crianças que se

TABELA 2
Distribuição dos 5 casos de uveite mostrando a forma inicial, a idade em anos de aparecimento da ARJ, as queixas ou sinais oftalmológicos iniciais relatados pelos familiares, lateralidade do olho comprometido, complicações, e acuidade final do olho afetado.

Pac. N°	Forma ARJ Inic.	Id.ap. (anos)	FAN	Queixas Oft.	Lateralidade	Cerat. em Faixa	Sinéquia Post.	Catarata	Atrofia	A.V. final
1	Pauci	<2	-	-	Uni	Sim	Sim	Sim	Sim	s/PL
2	Pauci	<2	-	Sim	Uni	Sim	Sim	Sim	Sim	s/PL
3	Pauci	5	+	-	Bi	-	Sim	-	NI.	1.0
4	Pauci	5	+	-	Uni	-	-	-	NI.	1.0
5	Poli	<2	-	-	Bi	-	Sim	-	NI.	1.0

enquadram neste grupo de risco, ocorrendo Uveite em dois (50%) casos.

Das 5 crianças com Uveite, em 3 (60%) as manifestações articulares se iniciaram antes de dois anos de idade. A idade média das crianças com ARJ e Uveite varia de 2,0 a 5,0 anos e sem Uveite a ARJ se manifesta mais tarde, já apesar de 5 anos de idade.

A literatura relata a bilateralidade da IC em 50 a 75% dos casos, mas nem sempre os dois olhos são simultaneamente comprometidos. Obtivemos 40% de bilateralidade, talvez pelo curto tempo de seguimento dos pacientes.

Em todos os nossos casos de Uveite e ARJ Pauciarticular, a articulação comprometida foi o joelho (Monoarticular) com acometimento moderado e leve. No caso 5 (forma Poliarticular) o comprometimento das articulações foi o mais grave enquanto que o comprometimento ocular foi moderado. Chylack et al (1975) observaram não existir relação entre a gravidade do quadro ocular e as manifestações articulares.

O FAN positivo foi encontrado em 8 casos (27,58%) dos 29 casos de ARJ Pauciarticular e em 2 casos (50%) dos 4 casos de Uveites neste grupo. No trabalho de Rosenberg (1987) o FAN positivo nas ARJ Pauciarticular com Uveite foi de 80%. Em nosso trabalho o FAN não se mostrou um índice seguro como fator de risco para o desenvolvimento de Uveite nas ARJ Pauciarticular, talvez pelo pequeno número de pacientes. Segundo Petty, Cassidy, Sullivan, (1973), o estímulo para a formação do FAN é desconhecido e não está associado à atividade, severidade, duração da doença articular ou ocular e nem ao sexo ou idade de aparecimento da ARJ.

Em 4 casos (75%) a Uveite sucedeu a artrite. Petty, Cassidy, Sullivan (1973); Chilack et al (1975); Rosenberg (1987) relatam que 75 a 88% dos pacientes de-

envolvem Iridociclite 2 meses a 12 anos após os sintomas da artrite.

Nenhum dos casos desenvolveu Uveite durante o seguimento médio de 16,58 meses. Os sinais da doença estavam presentes já na primeira consulta.

Rosenberg (1987) estudou a freqüência de cegueira entre os olhos com Uveite por ARJ, analisando seis trabalhos de diversos autores e obteve num total de 469 olhos, 54 (11,5%) de olhos cegos devido a complicações graves. Em nosso trabalho, do total de 10 olhos, 2 (20%) evoluíram para amaurose. No caso 1, embora sem queixa anterior, ao primeiro exame oftalmológico o olho apresentava opacificação total de cristalino e hipotonía com evolução rápida para atrofia bulbar. No caso 2, foi feita cirurgia de catarata associada à vitrectomia via pars plana após nove meses do diagnóstico em nosso serviço mas o olho evoluiu para a atrofia. Oréfice, Carvalho, Moreira (1987), relatam mal prognóstico quanto à facectomia nestes casos.

Como a Uveite causada pela ARJ é inicialmente assintomática, com pouca ou nenhuma hiperemia ocular, comprometendo faixa etária baixa, o seu diagnóstico é feito geralmente em fase tardia com complicações que muitas vezes levam à cegueira irreversível. Queremos salientar a importância da avaliação oftalmológica constante de todas as crianças com ARJ, pois o prognóstico da Uveite nestes casos é geralmente pobre mesmo com corticoterapia tópica, periocular ou sistêmica. Em casos graves utilizamos imunossupressores orais. O prognóstico melhora muito com o diagnóstico e terapia precoce, antes das complicações. Smith & Nozik (1986).

SUMMARY

We studied 54 patients with Juvenile Rheumatoid Arthritis (JRA).

From these, 5 had nongranulomatous Iridocyclitis and two with serious complications: the atrophy of the eye. Eighty per cent of the cases (4 cases) did not present any complain or had their ocular disease diagnosed before to be examined at the Ophthalmology Department. We emphasize the importance of early diagnosis, since there is usually no symptoms and the complications may cause blindness.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CHYLACK, L.T.; BIENFANG, D.C.; BELLOWS, A.R.; STILLMAN, S. - Ocular manifestations of juvenile rheumatoid arthritis. *Am. J. Ophthalmol.*, 79:1026-1033, 1975.
2. CHYLACK, L.T.; DUEKER, D.K.; PHILAJA, D.J. - Ocular manifestations of juvenile rheumatoid arthritis: Pathology, fluorescein iris angiography and patient care patterns. In: Miller JJ III: Littleton, PSG, pp 149-163, 1979.
3. DECKER, J.L. - Glossary Subcommittee of ARA Committee on Rheumatologic Practice: American Rheumatism Association Nomenclature and Classification of Arthritis and Rheumatism. *Arthr. Rheum.*, 26:1029-1032, 1983.
4. KEY, S.N. & KIMURA, S.J. - Iridocyclitis Associated with juvenile rheumatoid arthritis. *Am. J. Ophthalmol.* 80:425-429, 1975.
5. NUSSENBLATT, R.B. & PALESTINE A.G. - Anterior Uveites. In: _____ - *Uveitis: fundamentals and clinical practice*. Chicago, Year Book. Medical Publishers, 1989. p.172-176.
6. ORÉFICE, F.; CARVALHO M.A.P.; MOREIRA C. - Doenças Reumáticas. In: ORÉFICE, F. & BELFORT JR, R. - *Uveites*. 1.ed. São Paulo, Roca, 171-185, 1987.
7. ORÉFICE, F.; CARVALHO, M.A.P. - Uveites e Artrites. *Arq. Bras. Oftalmol.*, 48:123-128, 1985.
8. PETRILLI, A.M.N.; BELFORT JR, R.; MOREIRA, J.B.C.; NISHI M. - Uveites na infância em São Paulo. *Arq. Bras. Oftalmol.* 50:203-206, 1987
9. PETTY, R.E., CASSIDY JT, SULLIVAN D.B.: Clinical correlates of Antinuclear antibodies in Juvenile Rheumatoid Arthritis. *J. Pediatr.* 83:386-389, 1973.
10. ROSENBERG, A.M. - Uveitis associated with juvenile rheumatoid Arthritis. *Semin. Arthr. Rheum* 16:158-173, 1987.
11. SMITH, R.E.; NOZIK R.A - Juvenile rheumatoid arthritis. In: _____ - *Uveitis: A Clinical Approach to Diagnosis and Management*. 2.ed. Baltimore-Williams & Wilkins, p.175-177, 1986