

Manifestações oculares na artrite reumatóide juvenil

Ocular manifestations of juvenile rheumatoid arthritis

Norma Allemann ⁽¹⁾
Cláudio Luiz Lottenberg ⁽²⁾
Luísa H. P. Araújo ⁽³⁾
José Goldenberg ⁽⁴⁾
Mariza Toledo de Abreu ⁽⁵⁾

RESUMO

Artrite reumatóide juvenil (ARJ) é uma doença artrítica crônica que se associa a um quadro de uveíte anterior crônica, praticamente assintomática, mas potencialmente debilitante. Em estudo prospectivo de 77 pacientes com ARJ atendidos na Disciplina de Reumatologia da EPM, São Paulo, observou-se associação com uveíte em 10,4% dos casos, e considerando apenas o grupo pauciarticular, a associação foi de 62,5%. Fator reumatóide em casos de uveíte associada à ARJ foi negativo em 87,5% e o fator antinuclear teve positividade maior (25%) dentre os pacientes com acometimento ocular comparando-se aos com exame normal (5,8%). O tipo de acometimento ocular observado foi em 100% dos casos uma uveíte anterior não granulomatosa crônica associada ou não às complicações (presentes em 62,5% dos casos com comprometimento ocular). A importância do exame oftalmológico de rotina em crianças com ARJ é demonstrada para introdução precoce do tratamento diminuindo a ocorrência de complicações secundárias.

Palavras-chave: artrite reumatóide juvenil, forma pauciarticular, uveíte anterior, uveíte não granulomatosa, glaucoma, catarata.

INTRODUÇÃO

Artrite reumatóide juvenil (ARJ) ou artrite juvenil crônica ou artrite juvenil são os nomes dados à principal forma de doença artrítica crônica em crianças e essa classe geral deve ser dividida em três subtipos de acordo com o início das manifestações: sistêmica, pauciarticular e poliarticular (segundo o "JRA Criteria Subcommittee", 1977 e 1982). Sua etiologia permanece desconhecida, sendo classificada como uma espondiloartropatia soro-negativa por apresentar pesquisa do fator reumatóide (prova do látex e reação de Waaler-Rose) negativa segundo Oréfice ⁽¹⁰⁾.

Como critérios gerais para diagnóstico da artrite reumatóide juvenil (ARJ) há necessidade da presença de artrite persistente por, pelo menos, seis semanas em

uma ou mais articulações; e exclusão de outras causas de artrites (outras doenças reumatológicas, infecciosas, neoplásicas, hematológicas e psicogênicas).

O subtipo de início é determinado por manifestações durante os primeiros seis meses da doença e permanece sendo o mesmo ainda que, mais tarde, apareçam manifestações que se assemelhem mais às de outro subtipo. ARJ de início sistêmico é definida como artrite com febre persistente intermitente com ou sem "rash" cutâneo ou envolvimento de outro órgão. Esse diagnóstico é considerado provável enquanto não estiver presente a artrite. ARJ de início pauciarticular é definida como artrite em quatro ou menos articulações durante os primeiros seis meses da doença. E ARJ de início poliarticular é definida como artrite em cinco ou mais articulações durante os primeiros seis meses da doença.

⁽¹⁾ Pós-graduanda a nível de mestrado do Departamento de Oftalmologia da Escola Paulista de Medicina.

⁽²⁾ Pós-graduando a nível de doutorado do Departamento de Oftalmologia da EPM.

⁽³⁾ Pós-graduanda a nível de mestrado do Departamento de Pediatria da EPM.

⁽⁴⁾ Chefe do Departamento de Reumatologia da EPM

⁽⁵⁾ Professora-adjunta do Departamento de Oftalmologia da EPM.

Trabalho realizado no Setor de Úvea do Departamento de Oftalmologia em conjunto com o Setor de Reumatologia do Departamento de Pediatria da Escola Paulista de Medicina.

Endereço para correspondência: Rua Botucatu, 822 - Vila Clementino - São Paulo - S.P. - CEP 04023.

Dentre as manifestações extra-articulares da ARJ está a uveíte anterior não granulomatosa crônica potencialmente debilitante segundo Rosenberg (12). A incidência de uveíte em associação com ARJ é variável, de 8 a 18% se considerada a entidade como um todo segundo Galea (1), McGill (8), Rosenberg (12) e Oréfice (10), e de 19 a 34% se considerado apenas o subtipo pauciarticular por McGill (8). Em nosso meio, a ARJ é responsável por 1,54% das uveítes na infância (considerando de 0 a 16 anos) como verificado por Petrilli (11), por 5,2% e 2,36% das uveítes anteriores respectivamente encontrados por Oréfice (10) e Toledo (14).

A uveíte na ARJ pode-se apresentar com dor, lacrimejamento, fotofobia e injeção conjuntival, como sintomas agudos. Segundo Oréfice (10), mais frequentemente, no entanto, a iridociclite é crônica, bilateral, de início insidioso que permanece desconhecido até quando já podem estar presentes sérios e irreversíveis danos como catarata complicada, ceratopatia em faixa, sinéquias posteriores, glaucoma secundário, edema de mácula e degeneração cistóide de mácula (Galea (1)).

O objetivo deste estudo é o relato da incidência, em nosso meio, das alterações oftalmológicas em pacientes com ARJ, verificando sua ocorrência dentro dos subgrupos da patologia, o tipo de acometimento, a evolução e, quando possível, a terapêutica oftalmológica, seja clínica e/ou cirúrgica.

MATERIAL E MÉTODOS

Durante o período compreendido entre 1980 e 1989, os pacientes com diagnóstico de artrite reumatóide juvenil da Disciplina de Reumatologia da Escola Paulista de Medicina foram classificados nos três subgrupos da doença: sistêmico, pauciarticular e poliarticular, e tiveram avaliação oftalmológica completa no Departamento de Oftalmologia da Escola Paulista de Medicina, São Paulo.

Foram apenas considerados os pacientes com diagnóstico confirmado de

ARJ (baseando-se no exame clínico e em exames laboratoriais como fator reumatóide, fator antinuclear, dosagem de mucoproteínas e velocidade de hemossedimentação) que tiveram avaliação oftalmológica completa e sua última avaliação clínica dentro do período considerado. No total de 77 pacientes, 42 eram do sexo feminino (54,5%) e 35 do sexo masculino (45,5%). Considerou-se os seguintes valores como normais para os exames subsidiários: velocidade de hemossedimentação (VHS por Westergreen) até 20 mm na 1ª hora; mucoproteínas até 3,6 mg/ml; dosagem de hemoglobina entre 11,2 e 16,5 g%; contagem leucocitária total de 5000 a 10000/mm³, com diferencial de neutrófilos segmentados de 54 a 62% e linfócitos de 25 a 33%.

O exame oftalmológico constava da medida da acuidade visual após exame refracional (ou seja, com a melhor correção óptica), exame biomicroscópico, to-

nometria de aplanção quando possível e exame fundoscópico.

RESULTADOS

Foram analisados no total 77 pacientes com diagnóstico confirmado de artrite reumatóide juvenil, 54,5% do sexo feminino e 45,5% do sexo masculino.

A idade de início dos sintomas articulares variou de 6 meses a 15 anos e 10 meses, com idade média de 6 anos e 9 meses. Nos casos de ARJ associada a uveíte, a idade de início das manifestações gerais variou de 6 meses a 8 anos e 6 meses, com idade média de 4 anos e 5 meses. O tempo exato de aparecimento dos sintomas oculares não foi possível de se determinar.

A tabela I refere-se às características dos pacientes com exame oftalmológico alterado, classificados quanto ao subtipo de ARJ. Dentre o total de 77 pacientes

TABELA I
Apresentação dos casos de ARJ com exame oftalmológico alterado

Nº	I (a)	S	R	INÍCIO (a)	TIPO DE ARJ	EXAME OFTALMOLÓGICO
1	20a	m	b	8a6m	pauciarticular	iridociclite AO
2	8a	m	b	7a	pauciarticular	iridociclite AO
3	6a9m	f	p	3a4m	pauciarticular	iridociclite AO+ catarata AO+ sinéquias post.AO
4	9a4m	m	p	6a8m	pauciarticular	iridociclite AO
5	10a11m	f	b	1a8m	poliarticular	iridociclite AO catarata AO+ sinéquias post. AO+ ceratop. faixa AO
6	12a	f	b	6m	poliarticular	iridociclite AO+ catarata AO+ sinéquias post. AO+ glaucoma AO
7	5a6m	f	b	1a7m	poliarticular	iridociclite AO+ sinéquias post. AO
8	8a	f	b	7a	pauciarticular	iridociclite AO+ catarata AO+ sinéquias post. AO (mais grave em OE)

Nº: número do paciente para identificação; I: idade em anos e meses (a e m); S: sexo masculino/feminino (m/f); R: raça branca/parda (b/p); INÍCIO: idade de início em anos e meses (a e m); TIPO DE ARJ: tipo de acometimento da ARJ (classificação); EXAME OFTALMOLÓGICO: ambos olhos (AO), olho direito (OD), olho esquerdo (OE), posteriores (post.)

com diagnóstico confirmado de ARJ no período de 1980 a 1989, a classificação quanto aos subtipos foi: sistêmica, 10 pacientes (12,9%); pauciarticular, 38 pacientes (49,4%); e poliarticular, 29 pacientes (37,7%).

Em relação ao diagnóstico global de ARJ, 8 pacientes apresentaram comprometimento ocular (10,4%). O comprometimento ocular não foi constatado em nenhum caso de ARJ sistêmica, e dentre o total de 8 crianças com manifestações oculares, 5 tinham o diagnóstico de ARJ tipo pauciarticular (62,5%) e 3 de poliarticular (37,5%).

Quanto ao tipo de acometimento oftalmológico, 8 pacientes apresentaram, durante algum exame oftalmológico, uveíte anterior ou iridociclite do tipo não granulomatosa (100% dos pacientes com manifestações oftalmológicas). Entre os pacientes que apresentavam, ao exame, iridociclite não associada a complicações, não havia queixas visuais ou estas eram subjetivas, como discreta fotofobia e discreto embaçamento visual (3 pacientes: 37,5%). Os pacientes com iridociclite já associada a complicações (5 pacientes: 62,5%) apresentavam queixas relacionadas a estas seqüelas do processo inflamatório crônico de íris e corpo ciliar há vários anos sem tratamento: opacificação de cristalino, ceratopatia em faixa, sinéquias posteriores e glaucoma.

Os dados referentes aos exames subsidiários encontram-se na tabela II, considerados os pacientes da tabela I, ou seja, com diagnóstico de ARJ e com acometimento ocular (8 pacientes). Em relação à determinação do fator reumatóide (FR), 7 pacientes tiveram resultado negativo (87,5%) e 1 paciente não teve seu exame realizado. Quanto ao fator antinuclear (FAN), 4 foram negativos (50%), 2 foram positivos (25%) e 2 não tiveram seu exame realizado.

Dentre os pacientes com ARJ e sem acometimento ocular (69 pacientes), 55 foram negativos para o FR (79,7%), 7 foram positivos (10,15%) e 7 não realizaram o exame (10,15%). Quanto ao resultado do FAN, 52 foram negativos (75,4%),

4 foram positivos (5,8%) e 13 não realizaram o exame (18,8%). Em relação à positividade do FAN tem-se, dentro dos três subgrupos: sistêmico (90% negativos; 10% não realizados); pauciarticular (27 pacientes - 71,1% - negativos; 4 pacientes - 10,5% - positivos; e 7 pacientes - 18,4% - não realizados); e poliarticular (20 pacientes - 68,9% - negativos; 2 pacientes - 6,9% - positivos; e 7 pacientes - 24,2% - não realizados).

Os exames hematológico, dosagem de mucoproteínas e velocidade de hemossedimentação (VHS) foram realizados para demonstração de atividade inflamatória sistêmica. A dosagem de mucoproteínas foi encontrada elevada em 8 pacientes (100% daqueles com acometimento ocular), demonstrando atividade inflamatória exacerbada nestes pacientes no momento do exame. Observou-se, em nosso estudo, uma baixa dosagem de hemoglobina em 3 crianças (37,5%), e linfocitose relativa em 3 crianças (37,5%), ambos podendo ser manifestações sistêmicas de um processo inflamatório crônico.

Em relação ao tratamento, apenas um paciente foi submetido a tratamento cirúrgico de uma complicação ocular, o paciente 5, que foi submetido a uma facectomia em olho esquerdo e apresenta acuidade

visual final corrigida de 0,7, na escala decimal. Todos os pacientes que apresentavam iridociclite foram tratados com esteróides e midríaticos tópicos e realizavam controles bi ou trimestrais (se necessário, até mais freqüentes) de acordo com a gravidade do quadro, no Setor de Úvea do Departamento de Oftalmologia da EPM. O midríatico usado foi o tropicamide, de preferência.

DISCUSSÃO

A incidência de 10,4% de comprometimento ocular nesta série de 77 pacientes é comparável à reportada por Galea⁽¹⁾, McGill⁽⁸⁾, Oréfice⁽¹⁰⁾, Rosenberg⁽¹²⁾ e Saudan⁽¹³⁾.

Segundo a literatura, a uveíte ocorre mais frequentemente em pacientes com o tipo pauciarticular de artrite, em geral do sexo feminino, e sem manifestações sistêmicas, com positividade para anticorpos antinucleares e negatividade para fator reumatóide (Galea⁽¹⁾ e Oréfice⁽¹⁰⁾). Kanski^(5,6) considera como fatores de risco para uveíte na ARJ o gene feminino, o início pauciarticular de artrite, a presença de anticorpos antinucleares circulantes, e considera que aproximadamente 20%

TABELA II
Exames subsidiários em pacientes com ARJ e exame oftalmológico alterado

Nº	Hb/leucócitos	FR	FAN	mucoproteínas	VHS
1	13,8 9600 (53%-33%)	não realizado	negativo	3,2	25
2	12,8 4600 (40%-42%)	negativo	negativo	4,6	33
3	10,0 8200 (58%-38%)	negativo	não realizado	5,4	94
4	11,4	negativo	não realizado	3,5	33
5	não realizado	negativo	1/100	8,2	59
6	10,4	negativo	negativo	6,1	21
7	9,7	negativo	negativo	5,7	55
8	11,6 10800 (49%-36%)	negativo	1/40	4,2	36

Nº: número de identificação do paciente; Hb: dosagem de hemoglobina (g%); Leucócitos: n° de leucócitos (10³/mm³) com porcentagens correspondentes ao n° relativo de neutrófilos segmentados e linfócitos; FR: fator reumatóide (prova do látex); FAN: fator antinuclear; Mucoproteínas: dosagem de mucoproteínas (mg/ml); VHS: velocidade de hemossedimentação (mm na 1ª hora)

dos pacientes com ARJ e negativos para o fator reumatóide IGM desenvolvem a uveíte associada. Em nosso estudo, o acometimento ocular foi, de fato, mais freqüente no sexo feminino (62,5%) e no subgrupo de ARJ tipo pauciarticular (62,5%), subgrupo este que, segundo Key⁽⁷⁾ apresenta iridociclite em 29% dos casos e que em nosso estudo apresentou a incidência de 13,2%. Outros estudos com o de Galea⁽¹⁾, Kanski^(4,5,6), Key⁽⁷⁾, McGill⁽⁸⁾, Messerli⁽⁹⁾, Oréfice⁽¹⁰⁾ e Rosenberg⁽¹²⁾ demonstraram ser o acometimento ocular realmente mais freqüente no subgrupo pauciarticular. Na forma sistêmica da ARJ, conforme Oréfice⁽¹⁰⁾, o comprometimento ocular não é freqüente e também não é benigno.

Dentre as crianças com comprometimento ocular, 87,5% apresentaram resultado negativo para fator reumatóide (FR) de acordo com o estudo de Galea⁽¹⁾, que também observou ser freqüente a negatividade deste fator nos casos de uveíte associada à ARJ. A seropositividade para FR parece estar associada a um menor risco de uveíte, semelhante ao que ocorre na artrite reumatóide do adulto, conforme referido por Kanski⁽⁴⁾. Segundo Messerli⁽⁹⁾, a ARJ positiva para FR é rara e parece não ter correlação com uma incidência aumentada de uveíte. Na ARJ associada à uveíte anterior crônica, 2/3 dos pacientes não têm sintomas oculares, sendo o fator reumatóide geralmente negativo e mais de 80% tendo fator antinuclear presente (Messerli⁽⁹⁾).

Considerando-se o fator antinuclear (FAN) encontrou-se quatro vezes mais resultados positivos para este exame nos pacientes com comprometimento ocular (25%) em relação aos com exame ocular normal (5,8%). Apesar da amostra ser pequena, outros estudos já demonstraram a importância do exame oftalmológico freqüente e detalhado em pacientes com FAN positivo, principalmente se pertencentes ao grupo pauciarticular, pois nesse subgrupo a incidência de anticorpos antinucleares positiva é alta (cerca de 80%) e associada à alta incidência de iridociclite crônica conforme Oréfice⁽¹⁰⁾.

O título de FAN parece não ter influência na gravidade da uveíte anterior crônica, mas um aumento nos títulos indica maior risco no aparecimento desta uveíte, segundo Kanski⁽⁴⁾. A incidência de títulos positivos de FAN dentre os pacientes com uveíte associada à ARJ quando comparados aos sem comprometimento ocular (forma pauciarticular e forma sistêmica) foi demonstrada maior também por Galea⁽¹⁾ e Kanski^(4,5,6).

Ainda em relação aos exames subsidiários, 37,5% das crianças com comprometimento ocular apresentavam anemia, 37,5% apresentavam linfocitose relativa, e 75% com dosagem de mucoproteínas elevada, o que corrobora com o diagnóstico de artrite reumatóide juvenil por demonstrarem uma atividade inflamatória elevada e crônica que é característica desta doença.

A idade média de início da artrite e seus sinais foi de 6 anos e 9 meses. A idade média de início da artrite em casos de ARJ associada à uveíte foi de 4 anos e 5 meses. Devido à ausência de sintomas oculares, o tempo exato de início do envolvimento ocular é difícil de ser determinado. A ARJ complicada por uveíte é associada a um início mais precoce de sintomas articulares segundo Rosenberg⁽¹²⁾. Em pacientes com início tardio da ARJ, o aparecimento da uveíte ocorria após um período maior se comparado a pacientes com início precoce da doença. Key⁽⁷⁾ observou 5 pacientes com ARJ de início tardio, cuja uveíte somente se desenvolveu na idade adulta.

A uveíte anterior não granulomatosa é crônica, apesar de sua manifestação inicial poder ser aguda com injeção ciliar e dor ocular (Galea⁽¹⁾), o que não foi observado em nosso estudo (100% dos pacientes com ARJ e uveíte associada apresentavam-na em sua forma crônica, associada ou não a suas complicações). O processo é geralmente bilateral (2/3 dos pacientes apresentam comprometimento bilateral segundo Galea⁽¹⁾), podendo, no início, acometer apenas um olho, o segundo sendo envolvido dentro dos anos seguintes, o que explicaria uma assimetria no

desenvolvimento das complicações secundárias (como uma opacidade de cristalino mais intensa em um olho do que noutro, paciente 7), sendo característico do curso crônico da uveíte que não responde totalmente à terapia e que lentamente leva a complicações secundárias (Galea⁽¹⁾). Nenhum dos pacientes tinha diagnóstico de uveíte anterior crônica antes do início da artrite (a uveíte pode preceder o aparecimento de sintomas articulares segundo Galea⁽¹⁾), talvez pelo mesmo motivo da ausência de sintomas neste tipo de acometimento ocular, não trazendo os pacientes ao oftalmologista. Na maioria das crianças, o início de sintomas artríticos e oculares é diferente (76,9% dos casos), sendo mais freqüente o início da uveíte seguir o início da artrite segundo Rosenberg⁽¹²⁾. Não parece haver relação entre a atividade da artrite e a intensidade da inflamação ocular segundo Kanski⁽⁴⁾. Utilizou-se, como terapêutica, esteróides tópicos e midríaticos leves (tropicamide) que permitem certa mobilidade da íris por terem um tempo de ação mais curto, prevenindo sinéquias posteriores de íris.

Em relação às complicações da uveíte anterior crônica, 62,5% dos pacientes com ARJ e comprometimento ocular apresentavam-nas, seja algum grau de opacificação do cristalino, sinéquias posteriores, ceratopatia em faixa e/ou glaucoma secundário. Considerando os 16 olhos acometidos, 6 olhos apresentavam-se sem complicações (37,5%), 2 olhos apresentavam uma complicação (12,5%), 4 apresentavam duas complicações (25%) e 4 apresentavam três complicações (25%). Apenas um paciente foi submetido à facectomia como tratamento da complicação porque a opacificação de cristalino nos outros casos ainda permitia uma acuidade visual útil. No período pós-operatório, a medicação utilizada foi esteróide tópico e midríatico, tendo evoluído com acuidade visual final de 0,7. Um seguimento mais prolongado destes pacientes provavelmente levaria a uma maior porcentagem de indicação cirúrgica para as complicações oculares.

O tratamento utilizado para a uveíte anterior crônica era inicialmente tópico, e se este não estivesse sendo suficiente para conter o processo inflamatório, poder-se-ia administrar corticosteróides sistêmicos, apesar da resposta a estes não ser boa, segundo Kanski⁽⁴⁾. O uso da terapia imunossupressora ainda é inconclusivo. Quanto ao caso apresentado com glaucoma, este foi controlado clinicamente, o que é atípico, pois casos de glaucoma secundário são de difícil controle e têm efeitos sérios com importante baixa de acuidade visual (Kanski^(4,6)).

Apesar do exame fundoscópico de olhos com uveíte anterior crônica ser muitas vezes difícil, pela presença de sinéquias posteriores de íris, opacificação corneana e cristalíniana, acredita-se serem incomuns as complicações de segmento posterior. Key⁽⁷⁾ descreveu a presença de edema macular e degeneração em "alguns casos" como complicações de iridociclite associada à ARJ, mas nenhum apresentava vasculite retiniana ou coriorretinite. Oréfice⁽¹⁰⁾ considera edema de mácula e degeneração cistóide de mácula como complicações da artrite reumatóide da adolescência com iridociclite crônica.

Evidencia-se, portanto, a grande importância do exame oftalmológico em pacientes com suspeita diagnóstica de artrite reumatóide juvenil para que se possa instituir a terapêutica indicada e para prevenção das complicações secundárias, já que o comprometimento ocular crônico não traz sintomas im-

portantes inicialmente. A suspeita leva a um diagnóstico precoce, que diminui o aparecimento de seqüelas pela instituição também precoce do tratamento, o que é válido para qualquer processo sistêmico.

SUMMARY

Juvenile rheumatoid arthritis (JRA) is a chronic arthritic disease eventually associated with anterior chronic uveitis, usually asymptomatic but potentially debilitating. In a follow-up study of 77 children with JRA attended in the Department of Rheumatology of Escola Paulista de Medicina, São Paulo, uveitis was associated with JRA in 10,4% of the cases; and considering only the pauciarticular onset JRA, the association was 62,5%. Rheumatoid factor was negative in 87,5% of the cases of uveitis associated with JRA and antinuclear antibodies were present in great number of patients with normal ocular examination (5,8%). The ocular manifestations were in 100% of the cases a chronic anterior non granulomatous uveitis with or without its complications (present in 62,5% of the patients with ocular involvement). The importance of the ophthalmological examination on routine is demonstrated, in order to introduce treatment earlier and diminish the occurrence of secondary complications

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. GALEA, P.; D'AMATO, B.; GOEL, K.M. - Ocular complications in juvenile chronic arthritis (JCA). *Scott. Med. J.* 1985. 30: 164-167.
2. JRA Criteria Subcommittee of Diagnostic and Therapeutic Criteria Committee of the American Rheumatism Association: current proposed revisions of the JRA criteria. *Arthr. Rheum.* 1977. 20: 195-199.
3. KANSKI, J. J. - Anterior uveitis in juvenile rheumatoid arthritis. *Arch. Ophthalmol.* 1977. 95: 1794-1797.
4. KANSKI, J. J. - Care of children with anterior uveitis. *Trans. Ophthalmol. Soc. UK.* 1981. 101:387-390.
5. KANSKI, J. J. - Screening for uveitis in juvenile chronic arthritis. *Br. J. Ophthalmol.* 1989. 73:225-228.
6. KANSKI, J. J. - Juvenile arthritis and uveitis. *Surv. Ophthalmol.* 1990. 34: 253-267.
7. KEY III, S. N.; KIMURA, S. J. - Iridocyclitis associated with juvenile rheumatoid arthritis. *Am. J. Ophthalmol.* 1975. 80 (3): 425-429.
8. MCGILL, N. W.; GOW, P. J. - Juvenile rheumatoid arthritis in Auckland: a long term follow-up study with particular reference to uveitis. *Aust. NZ. J. Med.* 1987. 17: 305-308.
9. MESSERLI, J. - Auge und Rheumatismus - vordere Uveitiden. *Klin. Mbl. Augenheilk.* 1987. 190: 283-286.
10. ORÉFICE, F.; CARVALHO, M. A. P.; MOREIRA, C.; CRUZ P., A. - Uveítes reumáticas. *Separata Especial dos Arg. Bras. Oftalmol.* 1981. 44(2): 10-17.
11. PETRILLI, A. M. N.; BELFORT JR, R.; MOREIRA, J. B. C., NISHI, M. - Uveítes na infância em São Paulo. *Arq. Bras. Oftalmol.* 1987. 50 (5): 203-206.
12. ROSENBERG, A. M. - Uveitis associated with juvenile rheumatoid arthritis. *Sem. Arthr. Rheum.* 1987. 16(3): 158-173.
13. SAUDAN, Y. - Les affections rhumatologiques associées aux atteintes oculaires: clinique. *Klin. Mbl. Augenheilk.* 1987. 190: 273-275.
14. TOLEDO, M. A. HIRATA, P. S.; BELFORT JR., R., NETO, S. D. - Uveítes em São Paulo. *Arq. Bras. Oftalmol.* 1980. 43: 10-16.
15. ULBIG, M.; KAMPIK, A. - Pars-plana Vitrektomie bei chronischer Uveitis des Kindes. *Klin. Mbl. Augenheilk.* 1989. 194:10-12.
16. WITMER, R. - Kindliche Uveitis. *Klin. Mbl. Augenheilk.* 1987. 191: 332-333.

RECOMENDAÇÃO DO CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA

Congressos, Cursos, Simpósios só podem ser realizados
45 dias antes ou após os Congressos Brasileiros de
Oftalmologia e de Prevenção da Cegueira.