

ARTÍCULO ORIGINAL

La uveítis, comportamiento clínico epidemiológico en Pinar del Río

Clinical-epidemiological behavior of uveitis in Pinar del Río

Barbara Taysel Naranjo Valladares¹, Mirlanea López Torres,² José Carlos Moreno Domínguez,³ Felipe Acosta Rodríguez⁴

¹Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y Oftalmología. Máster en Medios Diagnósticos. Asistente. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río. Correo electrónico: taysel@princesa.pri.sld.cu

²Especialista de primer grado en Oftalmología. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar de Río. Correo electrónico: mirlafel@princesa.pri.sld.cu

³Especialista de Segundo Grado en Oftalmología. Máster Longevidad Satisfactoria. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar de Río. Correo electrónico: jocamore@princesa.pri.sld.cu

⁴Especialista de Primer Grado en Oftalmología. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

Recibido: 29 de diciembre de 2014

Aprobado: 7 de mayo de 2015.

RESUMEN

Introducción: la uveítis es la forma principal de inflamación ocular y puede estar asociada a diferentes etiologías. Constituyen una causa de deterioro visual y de ceguera.

Objetivos: determinar el comportamiento clínico-epidemiológico de la uveítis en Pinar del Río.

Material y método: se realizó una investigación longitudinal, prospectiva, aplicada y descriptiva en los pacientes, que acudieron a consulta de Uveítis del Hospital General Abel Santamaría Cuadrado, de la Provincia Pinar del Río, durante el período de abril-septiembre de 2014. El universo estuvo constituido por la totalidad de pacientes que acudieron a consulta, a los que se les diagnóstico uveítis (58), coincidiendo esta con la muestra. Para el análisis y elaboración de los datos obtenidos, se resumieron en cuadros estadísticos. El procesamiento estadístico fue mediante técnicas de estadística descriptiva, utilizando el sistema Epi Info y los resultados se muestran en tablas y figuras, utilizando el método porcentual.

Resultados: predominaron los pacientes en las edades comprendidas entre los 31 y 50 años de edad, con ligero predominio del sexo masculino, color de la piel blanca, en la población rural. Fue más frecuente la uveítis anterior, de forma aguda, con resolución del cuadro en menos de 3 meses. Predominó la forma no granulomatosa, unilateral, idiopática. Las principales complicaciones asociadas al proceso inflamatorio fueron: la hipertensión ocular y las sinequias posteriores.

Conclusiones: valorar adecuadamente las manifestaciones clínicas y complicaciones que acompañan la uveítis permiten realizar un diagnóstico y tratamiento correcto de esta peculiar enfermedad ocular.

DeCS: Uveítis/Epidemiología/Clasificación.

ABSTRACT

Introduction: uveitis is the main form of eye inflammation and can be associated with different etiologies. It constitutes a cause of visual deterioration and blindness.

Objective: to determine the clinical-epidemiological behavior of uveitis in Pinar del Río.

Material and method: a prospective, applied and descriptive research was carried out in patients attending to the uveitis office at Abel Santamaría Cuadrado University Hospital, Pinar del Río province during for April-September 2014. The target group consisted of the totality of patients attending to this office (58) with the diagnosis of uveitis, coinciding with the sample. Statistical review tables were created to carry out the analysis and to process the data obtained. The statistical process was conducted through descriptive-statistic techniques, using Epi-Info system and the results were made known in tables and figures using the percentage method.

Results: patients from 31 to 50 years old predominated, with a mild predominance of male sex, white skin and rural population. Anterior and acute form of uveitis was the most frequent, with a resolution of the cases in less than 3 months. Non-granulomatous, unilateral and idiopathic forms prevailed. The main complications associated with this inflammatory process were: ocular hypertension and posterior synechiae.

Conclusions: assessing clinical manifestations effectively, along with the clinical complications associated with uveitis, will allow a correct diagnosis and treatment of this peculiar eye disease.

DeCS: Uveitis/Epidemiology/Classification.

INTRODUCCIÓN

La uveítis es la forma principal de inflamación ocular y puede estar asociada a diferentes etiologías. Constituyen una causa de deterioro visual y de ceguera, con una incidencia anual que varía, según distintas poblaciones estudiadas, entre 17 y 52 personas por cada 100 000 habitantes, con una prevalencia que oscila desde 17 por cada 100 000 habitantes en los Estados Unidos, hasta 700 por cada 100 000 habitantes en la India.¹⁻³ Se estima que la uveítis es causa del 10% del déficit visual en el mundo occidental y que alrededor del 35% de los pacientes presenta baja visión o ceguera legal.³⁻⁵

En sentido estricto, la uveítis se define como inflamación del tracto uvea, pero en la práctica clínica, este término se emplea para describir las enfermedades que

afectan tanto al tracto uveal (iris, cuerpo ciliar y coroides) como a las estructuras adyacentes (vítreo, retina, nervio óptico y vasos). En definitiva, el término genérico uveítis hace referencia a cualquier proceso inflamatorio intraocular.⁶

No se trata, por tanto, de una enfermedad concreta, sino de una manifestación de muy diversas entidades que constituye una importante causa de ceguera y alteraciones graves de la función visual.²

Las uveítis son originadas por la agresión de determinados agentes etiológicos sobre la úvea, lo cual activará una cascada de mecanismos fisiopatológicos que provocará la inflamación y a su vez ese propio tejido dañado la perpetuará, al liberarse restos tisulares degenerados que desarrollarán respuestas inmunes secundarias. Los principales mecanismos patogénicos desencadenantes suelen ser por agresión directa sobre el tracto uveal o mediado inmunológicamente. Actualmente se han involucrado en su patogénesis el Factor de Necrosis Tumoral Alfa, las células dendríticas, los Th1 y la IL 8.²

El estudio de las uveítis resulta complejo por las numerosas causas de esta reacción inflamatoria ocular, las que pueden ser categorizadas de modo general como etiologías infecciosas y no infecciosas.¹⁻³

Aproximadamente en 40% de los pacientes con uveítis puede ser identificada una enfermedad subyacente que, a menudo, es de origen autoinmune. A la inversa, muchas enfermedades sistémicas de origen reumatológico o infeccioso pueden presentar uveítis en su cortejo sintomático.²

La uveítis representa un verdadero problema de salud, pues es una importante causa de morbilidad ocular y ceguera en varios países. Supone la tercera causa de ceguera en edades medias de la vida en países desarrollados;¹ donde la incidencia es de 45 casos por 100.000 habitantes y año, con una prevalencia de 70 por 100.000, siendo la causa del 10-15% de los nuevos casos de ceguera legal en USA⁴. Representa del 5-20% de ceguera en países del Norte de América.⁵ Se sabe que un tercio de los pacientes con uveítis atendidos en centros de referencia desarrollan pérdida visual (20/60) al menos en un ojo.²

Por otra parte, es importante conocer los diferentes síndromes uveíticos y sus características particulares puesto que con frecuencia se asocian a diferentes enfermedades sistémicas infecciosas y no infecciosas y en muchos casos la uveítis constituye el debut de la enfermedad.^{2,3}

Son frecuentes las complicaciones que ocasionan las uveítis, siendo causa de ceguera y alteraciones graves de la función visual en estos pacientes, estas a su vez influyen en la calidad de vida, por la importancia que tiene la capacidad visual para la independencia en la realización de las actividades cotidianas y la sobre vivencia en el mundo exterior, lo que acarrea consecuencias socio-económicas y psicológicas en la vida del paciente.

Por la frecuencia de procesos inflamatorios intraoculares y por el hecho de no existir ningún estudio en la Provincia Pinar del Río, se motiva la realización de este trabajo con el objetivo de determinar el comportamiento clínico-epidemiológico de la uveítis en el Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado" de Pinar del Río.

MATERIAL y MÉTODO

Se realizó una investigación longitudinal, prospectiva, aplicada y descriptiva en los pacientes, que acudieron a consulta de Uveítis del Hospital General Abel Santamaría Cuadrado, de la provincia Pinar del Río (Cuba), durante el período de abril-septiembre de 2013. El universo estuvo constituido por la totalidad de pacientes que acudieron a consulta, a los que se les diagnosticó uveítis (58).

A todos los pacientes se les realizó examen oftalmológico completo, incluyendo biomicroscopía del segmento anterior y posterior, examen del fondo de ojo bajo midriasis con oftalmoscopio indirecto, evaluación de la A.V. con cartilla de Snellen y refracción dinámica ocular, toma de tensión ocular.

Se le indicó química analítica sanguínea que incluyó: hemograma con diferencial y eritrosedimentación, glicemia, VDRL, HIV, calcio sérico, factor reumatoideo, Rx. de tórax y de columna lumbosacra, test de toxoplasmosis. Se le prescribió tratamiento médico con antiinflamatorios esteroideos oral y local a dosis adecuada según cada caso en particular, midriáticos ciclopléjicos y antimicrobianos en los casos que se consideró necesario.

La obtención de la información necesaria de cada paciente atendiendo al examen físico y la evaluación clínica, se registró en un formulario. Para el análisis y elaboración de los datos obtenidos se resumieron los resultados en cuadros y gráficos estadísticos utilizando el método porcentual. El procesamiento estadístico fue mediante técnicas de estadística descriptiva, utilizando el sistema Epi Info.

RESULTADOS

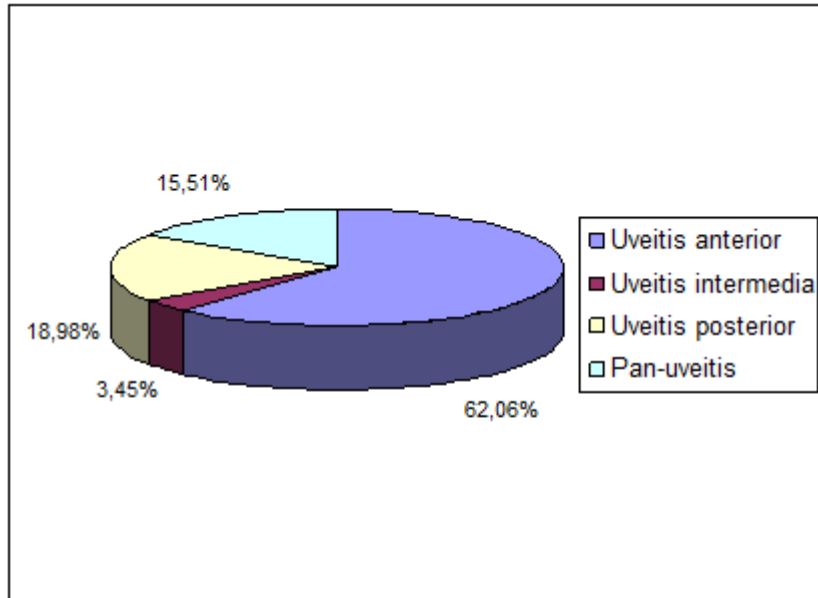
La distribución de pacientes con uveítis por sexo y grupo de edades aportó el predominio de pacientes en las edades comprendidas entre los 31 y 50 años de edad (72,42%), con ligero predominio del sexo masculino. (Tabla 1.)

Tabla 1. Distribución de pacientes con uveítis por edad y sexo. Hospital General Docente "Abel Santamaría". Pinar del Río. 2013.

EDAD (Años)	Femeninos		Masculinos		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%
20 ó menos	0	0	1	1,72	1	1.72
21-30	3	5.17	4	6.90	7	12.07
31-40	11	18.96	12	20.69	23	39,65
41-50	8	13.81	11	18.96	19	32.77
51-60	2	3,45	1	1.72	3	5.17
61 ó más	3	5.17	2	3.45	5	8.62
TOTAL	27	46.55	31	53.45	58	100

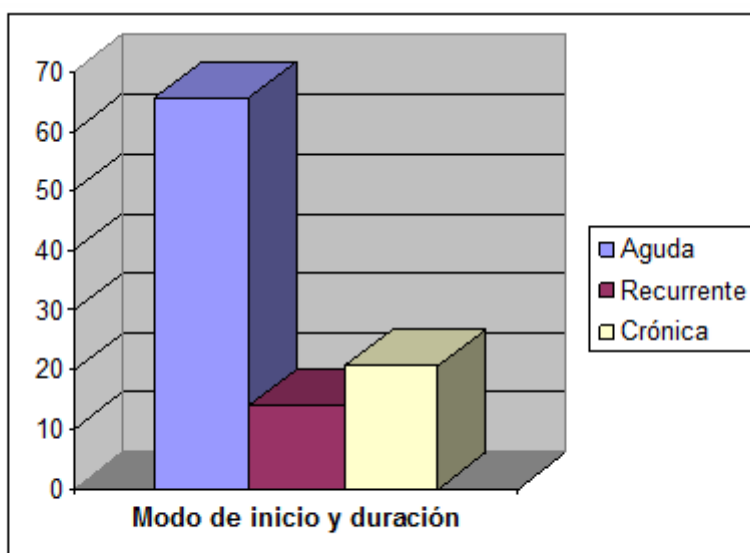
Fuente: Historias clínicas.

La clasificación de pacientes según localización de la uveítis, mostró que predomina la uveítis anterior (62,06%), seguida de la posterior (18,98%), la pan-uveítis (15,51%) y en menor proporción de la intermedia (3,45%). Gráfico 1



Graf. 1. Clasificación de pacientes según localización de la uveítis.

En la distribución de pacientes según el modo de inicio y duración de la uveítis el 65,52% de los pacientes se inician de forma aguda, con resolución del cuadro en menos de 3 meses, el 20,68% de forma crónica y sólo en el 13,80% hubo recurrencia de la inflamación. Gráfico 2



Graf. 2. Clasificación de pacientes según evolución clínica de la uveítis.

La distribución de pacientes con uveítis según etiología resultó como la más frecuente la uveítis idiopática (41,37%), seguida de la provocada por toxoplasmosis (22,5%) y traumatismos (13,79%). (Tabla 2)

Tabla 2. Distribución de pacientes con uveítis según etiología.

Causas de Uveítis	No	%
Idiopáticas	24	41,37
Por toxoplasmosis	13	22,5
Traumáticas	8	13,79
Post-quirúrgicas	6	10,3
Por herpes zóster	3	5,2
Por toxocariasis	1	1,7
VKH	1	1,7
Sífilis ocular	1	1,7
Endoftalmitis crónica	1	1,7

Las principales complicaciones asociadas al proceso inflamatorio, resultaron más frecuente la hipertensión ocular (19,0%) y las sinequias posteriores (10,3%). (Tabla 3)

Tabla 3. Principales complicaciones asociadas al proceso inflamatorio.

COMPLICACIONES	No	%
Hipertensión ocular	11	19,0
Sinequias posteriores	6	10,3
Edema macular	5	8,6
Neurorretinitis	4	6,9
Catarata	5	8,6
Queratopatía en banda	2	3,4
Atrofia de iris	3	5,1

DISCUSIÓN

La uveítis representa un verdadero problema de salud, pues es una importante causa de morbilidad ocular y ceguera en varios países. Supone la tercera causa de ceguera en edades medias de la vida en países desarrollados y se plantea que la inflamación inicial como la persistencia de la misma y por tanto las complicaciones asociadas, son el resultado de una compleja combinación de factores genéticos, ambientales e inmunológicos.¹

Los estudios epidemiológicos de las uveítis son importantes por el hecho de que factores demográficos como la edad, sexo, color de la piel, aspectos socioeconómicos, ocupación, hábitos de vida y origen geográfico, pueden influenciar en los mismos. La comparación de los estudios realizados en las diferentes regiones del mundo y en diferentes épocas permite establecer tendencias y especular hechos relevantes para la etiopatogenia de las uveítis.⁵

Las características etiológicas de las uveítis difieren de acuerdo a la región geográfica del planeta. En los Estados Unidos, hay mayor frecuencia de uveítis anterior (51,6%), seguido de la uveítis posterior (19,4%), pan-uveítis (16%), uveítis intermedia (13%).⁶

En este estudio es más frecuente la uveítis anterior, con síntomas y signos clásicos de la enfermedad: inicio brusco, agudo, con dolor, ojo rojo, fotofobia, disminución de la agudeza visual, hiperemia cilio-conjuntival, precipitados queráticos finos, blanquecinos, células en el acuoso, sinequias posteriores, sensibilidad ciliar y alteraciones en la tensión ocular. Evolucionaron favorablemente con tratamiento médico, dejando pocas secuelas. No así la uveítis posterior que evolucionó más lentamente, algunas con complicaciones que dejaron secuelas irreversibles para la visión, la toxoplasmosis ocular es la causa más frecuente de uveítis posterior en el estudio. Según las características clínicas de la uveítis resultó que predomina en el estudio la forma no granulomatosa (75,86%) sobre la granulomatosa (24,14%) y solo el 20,68% de los casos presentó afectación bilateral.

Algunos autores plantean que cerca del 25% de la uveítis son de causa idiopática; en este estudio se comportó en el 36,22% de los pacientes lo que puede estar en relación con ser la primera vez en que se produce el cuadro inflamatorio, unido a dificultades con el acceso a medios diagnósticos.^{3, 7}

En Europa la uveítis anterior es más frecuente por espondilitis anquilosante.⁷ En un estudio realizado en Curitiba, Brasil, se observó una alta incidencia de uveítis posterior (49%), debido a la gran cantidad de pacientes con toxoplasmosis.^{8,9}

La toxoplasmosis ocular es la causa más frecuente de uveítis posterior de etiología conocida, caracterizada por recurrencias que conllevan a una pérdida significativa de la visión. La manifestación ocular más frecuente es la retinocoroiditis, tanto en una primoinfección como en la recidiva de una forma congénita.⁹ La toxoplasmosis representa la principal etiología dentro de las uveítis posteriores en la India y en el Sur de Brasil, donde ocupa un lugar destacado en las alteraciones maculares.³

Cuando la inflamación no revierte con el tratamiento, o cursa con episodios recidivantes, el riesgo de aparición de complicaciones se incrementa⁶, así el riesgo de tener complicaciones es mayor cuando la uveítis se cronifica o es bilateral y además existe una importante asociación sin llegar a ser estadísticamente significativa en aquellas con un curso clínico agudo recidivante.¹⁰

Se ha descrito que los pacientes con pan-uveítis son los que más complicaciones asocian y peor pronóstico visual tienen, por lo que en estos pacientes se debe establecer una estrategia de tratamiento agresiva para intentar evitarlas.^{11, 12} Las características especiales de las uveítis hacen que en su abordaje diagnóstico y terapéutico sea necesaria la participación multidisciplinaria.¹⁰

Este enfoque de las uveítis permite realizar, en la mayoría de las ocasiones, un diagnóstico y tratamiento correcto, al poder valorar adecuadamente todas las manifestaciones clínicas y complicaciones que pueden acompañar a esta peculiar enfermedad ocular.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Suñet Álvarez AM, Rodríguez Martín Y N, Verdecia Macías J. Características clínicas y diagnóstico etiológico de las uveítis virales. Rev Cubana Oftalmol. 2013 Dic; 26(3): [aprox. 7 p.].
2. Díaz Valle D, Méndez R, Arriola P, Cuiña R, Ariño M. Enfermedades sistémicas no infecciosas y uveítis. Anales Sis San Navarra. 2008; 31(3): [aprox. 9 p.].
3. Foster SC, Vitale AT. Diagnosis and treatment of uveitis. USA: WB Saunders Company; 2013.
4. Fouces Gutiérrez Y, Galindo Reymond K, León Leal M, Díaz Valdivia H. Enfermedades inflamatorias de la úvea. MEDISAN. 2010; 14(6): [aprox. 6 p.].
5. Prieto del Cura M, González Guijarro J. Complicaciones de las uveítis: prevalencia y factores de riesgo en una serie de 398 casos. Arch Soc Esp Oftalmol. 2009; 84(10): [aprox. 4 p.].
6. USA: American Academy of Ophthalmology. Intraocular Inflammation and Uveitis. Part 2. USA. American Academy of Ophthalmology; 2012.
7. Mantrana Bermejo ME, Rurda Rueda T, Bernabeu Wittel J, González Escribano F, García Hernández F, Sánchez Roman J. Características clínicas, epidemiológicas y asociación con el sistema HLA en pacientes con pars planitis. Medicina Clínica. 2010 Jul-10; 135(5): [aprox. 4 p.].

8. González Delgado RI. Toxoplasmosis ocular. Presentación de dos casos. Rev Med Electrón. 2010 jul-ago; 32(4): [aprox. 6 p.].
9. Commodaro A, Belfort R, Rizzo LV, Muccioli C, Silveira C, Burnier M, et al. Ocular toxoplasmosis an update and review of the literature. Mem Inst Oswaldo Cruz Janeiro. 2009 Mar; 104(2): [aprox. 6 p.].
10. Fonollosa A, Adán A. Uveítis: un abordaje multidisciplinar. Arch Soc Esp Oftalmol 2011 dic; 86(12): [aprox. 3 p.].
11. Llorenc Bellés V, Adán Civera A, Espinsa Garriga G, Cervera Segura R, Gozalez Martinez J, Pelegrín Colás L, et al. Caracterización de las uveítis diagnosticadas en un centro de referencia del área de Barcelona. Medicina Clínica. 2012 Mar; 138(7): [aprox. 6 p.].
12. Lee FF, Stephen Foster C. Tratamiento farmacológico de las uveítis. Tipos de medicación adecuada para la uveítis. Expert Opin Pharmacother. 2010; 11(7): [aprox. 9 p.].

Dra. Barbara Taysel Naranjo Valladares. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y Oftalmología. Máster en Medios Diagnósticos. Asistente. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río. Correo electrónico: taysel@princesa.pri.sld.cu