

Enfermedades inflamatorias de la úvea

Inflammatory diseases of the uvea

Dra. Yudania Fouces Gutiérrez,¹ Dra. Kenia Galindo Reymond,¹ Dr. Mario León Leal² y Dr. Hugo Díaz Valdivia³

¹ Especialistas de I Grado en Oftalmología. Instructoras. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

² Especialista de I Grado en Oftalmología. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

³ Especialista de I Grado en Oftalmología. Profesor Asistente. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y prospectivo para determinar las características epidemiológicas de 55 pacientes con enfermedades inflamatorias de la úvea y atendidos en el Servicio de Oftalmología del Hospital Provincial Docente "Saturnino Lora" de la provincia de Santiago de Cuba, en el período de enero a diciembre del 2006. En la casuística predominaron los afectados por uveítis del segmento anterior, que presentaron mayor número de síntomas en general y por paciente. Se encontró una relación significativa entre los resultados de los exámenes inmunológicos y la presencia de la oftalmopatía, con predominio de la visión borrosa o disminución de la agudeza visual.

Palabras clave: uveítis, enfermedades de la úvea, oftalmopatía, atención secundaria de salud

ABSTRACT

A descriptive, cross-sectional and prospective study was carried out to determine the epidemiological characteristics of 55 patients with inflammatory diseases of the uvea and who were assisted at the Ophthalmology Service of "Saturnino Lora" Teaching Provincial Hospital in Santiago de Cuba, from January to December, 2006. Those affected by uveitis of the previous segment that presented a higher number of symptoms in general and by patient prevailed in the case material. A significant relationship between the results of the immunologic tests and the presence of ophthalmopathy was found, with prevalence of blurred vision or decrease of visual acuity.

Key words: uveitis, diseases of the uvea, ophthalmopathy, secondary health care

INTRODUCCIÓN

El término uveítis se aplica a todo proceso inflamatorio del tracto uveal (iris, cuerpo ciliar, coroides) que en ocasiones involucra a otras estructuras vecinas, tales como: trabéculo, retina, cuerpo vítreo, endotelio corneal y papila.¹⁻³ No se trata, por tanto, de una enfermedad concreta, sino de una manifestación de muy diversas entidades^{4,5} que constituye una importante causa de ceguera y alteraciones graves de la función visual: edema macular quístico irreversible, lesiones de la mácula y del nervio óptico, distintas anomalías vasculares retinianas, glaucoma, catarata o desprendimiento de la retina.^{6,7}

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.⁸⁻¹⁰

Además de la frecuente imprecisión de los límites anatómicos del proceso inflamatorio, existe una gran heterogeneidad en su expresión clínica y una amplia gama de enfermedades asociadas.¹⁰ Desde el punto de vista patogénico se admite que tanto la inflamación inicial como la persistencia de esta, es el resultado de una compleja combinación de factores genéticos, ambientales e inmunológicos.¹¹

La incidencia de uveítis en los países desarrollados es de 15-17 casos por 100 000 habitantes por año, siendo la causa de 10-15 % de los nuevos casos de ceguera.^{12,13}

El estudio clínico de la uveítis plantea varios problemas de considerable dimensión:

- 1ro. Se trata de un grupo de enfermedades de distribución y prevalencia relativamente amplias
- 2do. Constituye una causa importante de daño ocular estructural y funcional permanente.
- 3ro. Existen múltiples causas y su tratamiento clínico con frecuencia ocasiona incertidumbre, retrasos en el diagnóstico, terapias crónicas e incluso frustración, pues se sabe que después de realizar una cuidadosa historia clínica, de analizar las manifestaciones clínicas por aparatos, así como los exámenes complementarios e imagenológicos, los resultados pueden ser no concluyentes hasta en 50 % de los casos.¹⁴

La uveítis es una enfermedad generalizada y forma parte de las denominadas uveítis asociadas a enfermedades sistémicas, cuya incidencia es variable y oscila entre 19 y 56 % de los casos. Es una afección bien definida, con características clinicomorfológicas precisas (denominadas uveítis oftalmológicas específicas) y puede incluirse en el grupo de las uveítis idiopáticas, cuya incidencia varía entre 50 y 60% de los casos, más comúnmente entre los 20 y 50 años de edad.¹⁶⁻¹⁸

La frecuencia de ciertos tipos de uveítis varía según las diferentes regiones del mundo debido a factores geográficos (oncocercosis e histoplasmosis), alimentarios (toxoplasmosis ocular e ingesta de carne porcina) y genéticos (asociación de moléculas del CMH con algunos tipos de uveítis).¹⁹

Aunque algunas entidades clínicas como la artritis crónica juvenil predominan en niños, la uveítis es poco común en los diez primeros años de vida, y su frecuencia declina a partir

de la sexta década. La mayoría de los pacientes presentan los primeros síntomas entre los 20 y 50 años.²⁰

Debido a la gran heterogeneidad clinicoepidemiológica de la uveítis, se han propuesto múltiples clasificaciones que intentan sistematizar los diferentes aspectos de esta, y aunque todas son útiles para el clínico, ninguna de ellas puede considerarse como definitiva.¹⁸ Desde el punto de vista anatómico, la más utilizada actualmente, se distinguen: uveítis anterior, intermedia, posterior y total o panuveítis.

La forma más común de uveítis es la anterior, la cual implica la inflamación de la parte frontal del ojo y generalmente se limita al iris, por tanto se denomina con frecuencia iritis (inflamación del iris). La inflamación puede estar asociada con enfermedades autoinmunitarias como la artritis reumatoidea o la espondilitis anquilosante, pero en la mayoría de los casos se presenta en personas sanas y no indica enfermedad subyacente. Este trastorno puede afectar únicamente a un ojo y es más común en las personas jóvenes y de mediana edad.^{1,2}

En las dos últimas décadas se han producido importantes avances en el estudio de las uveítis, tanto en el terreno de los mecanismos básicos de inflamación ocular y modulación de la respuesta inmune, como en la introducción de nuevas terapias y métodos de diagnóstico. Intentar averiguar la causa de una uveítis es fundamental, puesto que de ello dependerá indicar un tratamiento adecuado y determinar un pronóstico acertado.²

La alta prevalencia de las enfermedades inflamatorias de la úvea en las consultas de Oftalmología, sirvió de motivación para realizar esta investigación.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y prospectivo para determinar las características epidemiológicas de 55 pacientes con enfermedades inflamatorias de la úvea atendidos en el Servicio de Oftalmología del Hospital Provincial Docente "Saturnino Lora" de la provincia de Santiago de Cuba, en el período de enero a diciembre del 2006. Se efectuó un examen ocular minucioso con el fin de establecer la clasificación anatómica de la uveítis y evaluar los resultados de los exámenes inmunológicos para determinar:

Síntomas

- Visión borrosa o disminución de la agudeza visual
- Dolor ocular: Resulta frecuente por inflamación aguda en la región del iris, como una iritis aguda o por un glaucoma secundario.
- Epífora y fotofobia: Aparecen con frecuencia cuando la inflamación afecta el iris, la cornea o el cuerpo ciliar.

Exámenes complementarios: A todos los pacientes se les realizaron estudios inmunológicos (inmunocomplejos y test de Roseta).

El tipo de uveítis se determinó durante el examen oftalmológico y se clasificó como: anterior, intermedia, posterior y total o panuveítis.

La información fue recopilada en una planilla confeccionada al efecto y se procesó de forma automatizada.

RESULTADOS

En la casuística prevalecieron los pacientes con uveítis anterior (25 para 45,4 %), seguidos en forma descendente por los que presentaron uveítis intermedia (15 para 27,3 %), posterior (11 para 20 %) y total (4 para 7,3 %).

Al analizar la presencia de síntomas se encontró que en todos los integrantes de la serie prevaleció la visión borrosa o disminución de la agudeza visual (AV), mientras que otros pacientes se aquejaban de epífora y fotofobia (16 en cada caso), dado por 29,1 %, respectivamente.

En la **tabla 1** se observa que los pacientes con uveítis anterior tenían el mayor número de síntomas, mientras que en el resto de las uveítis solo apareció visión borrosa o disminución de la agudeza visual, lo que se resume en la cantidad de síntomas por tipo de clasificación anatómica, donde 16 pacientes (29,1%) presentaron 3 síntomas y todos en el segmento anterior.

Tabla 1. *Pacientes según tipo de síntoma, clasificación anatómica y número de síntomas*

Clasificación anatómica	Tipo de síntoma						Cantidad de síntomas			
	Visión borrosa o disminución de la AV		Dolor ocular		Epífora y fotofobia		1		3	
	No.	%**	No.	%**	No.	%**	No.	%*	No.	%*
Anterior	25	45,4	16	100,0	16	100,0	9	16,4	16	29,1
Intermedia	15	27,3	-	-	-	-	15	27,3	-	-
Posterior	11	20,0	-	-	-	-	11	20,0	-	-
Panuveítis o difusa	4	7,3	-	-	-	-	4	7,3	-	-
Total	55	100,0	16	100,0	16	100,0	39	70,9	16	29,1

p < 0,05

*Calculado según el total pacientes con los síntomas encontrados teniendo en cuenta la clasificación anatómica.

**Calculado según el total de síntomas teniendo en cuenta la clasificación anatómica.

Teniendo en cuenta los resultados de los exámenes inmunológicos (**tabla 2**) puede verse que fueron similares, con un discreto predominio de los negativos en las dos pruebas efectuadas (50,9 %).

Tabla 2. *Pacientes según resultados de los exámenes inmunológicos*

Exámenes inmunológicos	Realizados	Resultados			
		Negativo		Positivo	
		No.	%	No.	%
Test de Roseta	55	28	50,9	27	49,1
Inmunocomplejo	55	28	50,9	27	49,1

DISCUSIÓN

La uveítis suele clasificarse anatómicamente como anterior, intermedia, posterior y total. La anterior se localiza en el segmento anterior del ojo y puede ser iritis o iridociclitis; la intermedia, también llamada uveítis periférica, se centra en el área inmediatamente posterior al cuerpo ciliar y la pars plana, de ahí las denominaciones alternativas de "ciclitis" y "pars planitis"; la posterior abarca cualquier forma de retinitis, coroiditis o neuritis óptica y la total implica inflamación de todas las partes del ojo, incluyendo estructuras anteriores, intermedias y posteriores.¹⁰

En esta casuística predominaron los pacientes con uveítis anterior, lo cual se corresponde con el criterio de varios autores, quienes consideran que esta localización anatómica es la más encontrada en los casos atendidos en sus consultas y en las investigaciones que realizan.^{4, 11, 20}

La visión borrosa o disminución de la agudeza visual son los síntomas fundamentales en las enfermedades inflamatorias de la úvea, lo cual guarda estrecha relación con la turbidez de los medios (humor acuoso y humor vítreo) o el edema macular. En el presente estudio todos los pacientes presentaron este síntoma, aspecto que coincide con lo referido en la literatura médica consultada,^{10, 20} donde se plantea que las manifestaciones clínicas de la uveítis pueden ser sutiles y variar considerablemente según la localización y la intensidad de la inflamación.

En relación con la uveítis anterior, cabe destacar que tiende a ser la más sintomática y a presentarse típicamente con dolor, enrojecimiento, fotofobia y con disminución de la visión.^{12, 13}

Se encontró una relación significativa entre los resultados de los exámenes inmunológicos y la presencia de la oftalmopatía, con predominio de la visión borrosa o disminución de la agudeza visual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ortiz N, Pereira L, Torres L, Placencio A, Ortiz M. Azatioprina en el tratamiento sistémico de la oftalmia simpática. *Rev Venezolana Oftalmol* 2003;59(1):3-7.
2. Onal S, Kazokoglu H, Incili B, Demiralp EE, Yavuz S. Prevalence and levels of serum antibodies to gram negative microorganisms in Turkish patients with HLA-B27 positive acute anterior uveitis and controls. *Ocul Immunol Inflamm* 2006;14(5):293-9.
3. Ahn JK, Park YG, Park SW, Yoon KC, Yu HG, Chung H. Combined low dose cyclosporine and prednisone down-regulate natural killer cell-like effector functions of cells in patients with active Behcet uveitis. *Ocul Immunol Inflamm* 2004; 14(5):267-75.
4. Sebastian RT, Harding SP, Bucknall RC, Pearce IA. Optimizing the use of tumor necrosis factor alpha inhibitors in refractory uveitis. *Arch Ophthalmol* 2005; 124(10):1505.
5. Kiss CG, Barisani-Asenbauer T, Maca S, Richter-Mueksch S, Radner W. Reading performance of patients with uveitis-associated cystoid macular edema. *Am J Ophthalmol* 2005; 142(4):620-4.

6. Vazquez Cobian LB, Flynn T, Lehman TJ. Adalimumab therapy for childhood uveitis. *J Pediatr* 2006; 149(4):572-5 <[http://www.jpeds.com/article/S0022-3476\(06\)00388-X/abstract](http://www.jpeds.com/article/S0022-3476(06)00388-X/abstract)> [consulta: 8 diciembre 2009].
7. Ribas JG, Catalan-Soares BC, Proietti FA, Namen-Lopes S, Brito-Melo GE, Carneiro-Proietti AB. Immunologic markers, uveitis, and keratoconjunctivitis sicca associated with human T-cell lymphotropic virus type 1. *Am J Ophthalmol* 2006; 142(5):811-15.
8. Ates O, Yoruk O. Unilateral anterior uveitis in Melkersson-Rosenthal syndrome: a case report. *J Int Med Res* 2004;34(4):428-32.
9. Mortajil F, Rezki K, Hachim K, Zahiri K, Ramdani B, Zaid D, Skalli S. Acute tubulointerstitial nephritis and anterior uveitis (TINU syndrome): a report of two cases. *Saudi J Kidney Dis Transpl* 2006; 17(3):386-9. <<http://www.sjkdt.org/article.asp?issn=1319-2442;year=2006;volume=17;issue=3;spage=386;epage=389;aulast=Mortajil>> [consulta: 8 diciembre 2009].
10. Erkow R, Beers MH, Fletcher AJ. Manual Merck de información médica para el hogar. España. Océano; 2002:122-3.
11. Sarra GM, Altwegg M, Loosli H, Kodjikian L, Halberstadt M. The diagnostic yield of vitrectomy specimen analysis in chronic idiopathic endogenous uveitis. *Eur J Ophthalmol* 2004; 16(4):588-94.
12. Ahn JK, Yu HG, Chung H, Park YG. Intraocular cytokine environment in active Behcet uveitis. *Am J Ophthalmol* 2006; 142(3):429-34.
13. Monnet D, Moachon L, Dougados M, Brezin AP. Severe uveitis in an HLA-B27-positive patient with ankylosing spondylitis. *Nat Clin Pract Rheumatol* 2005; 2(7):393-7.
14. Trpin S, Gracner T, Pahor D, Gracner B. Phacoemulsification in isolated endogenous *Candida albicans* anterior uveitis with lens abscess in an intravenous methadone user. *J Cataract Refract Surg* 2006; 32(9):1581-3 <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16931279>> [consulta: 8 diciembre 2009].
15. Cionca D. Unusual presentation of Amsler's sign in Fuchs' heterochromic uveitis. *J Cataract Refract Surg* 2006; 32(9):1579-80.
16. Chiselita D, Antohi I, Cionca D, Medvichi R, Cimpoesu D. The use of tissue plasminogen activator in the post-operative treatment of fibrinoid uveitis *Rev Oftalmologia*. 2005; 50(2):68-72.
17. Ozkiris A. Intravitreal triamcinolone acetate injection for the treatment of posterior uveitis. *Ocul Immunol Inflamm* 2004; 14(4):233-8.
18. Guignard S, Gossec L, Salliot C, Ruysen-Witrand A, Luc M, Duclos M, Dougados M. Efficacy of tumour necrosis factor blockers in reducing uveitis flares in patients with spondylarthropathy: a retrospective study. *Ann Rheum Dis* 2004; 65(12):1631-4.
19. Uveítis y su entorno inmunológico <<http://www.monografias.com/trabajos73/uveitis-entorno-inmunologico/uveitis-entorno-inmunologico.shtml>> [consulta: 8 diciembre 2009].

MEDISAN 2010; 14(6):760

20. Drozdova EA. Distribution of HLA class I antigens in patients with uveitis in the presence of rheumatic diseases. Vestn Oftalmol 2005; 122(2):3-6.

Recibido: 14 de enero de 2010

Aprobado: 16 de febrero de 2010

Dra. Yudania Fouces Gutiérrez. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Carretera del Caney Km 1½, Reparto Pastorita, Santiago de Cuba, Cuba. CP 90400.