

Frecuencia y causa de las uveítis en el Instituto de Oftalmología Conde de Valenciana

Stephanie Voorduin, Benjamín Zagorín

RESUMEN

Introducción: El servicio de Úvea del Instituto de Oftalmología existe desde hace 13 años; hasta el momento no conocíamos la frecuencia de los diversos tipos de uveítis que en él se han atendido.

Objetivo: Conocer la frecuencia de cada tipo de uveítis en el Instituto correlacionándolo con el grupo de edad y sexo. Determinar los diagnósticos definitivos más frecuentes.

Material y métodos: Se analizaron 760 expedientes de un total aproximado de 2000. La información obtenida se clasificó en grupos de edad, localización anatómica del cuadro inflamatorio, forma de presentación, tipo de inflamación y en afección unilateral o bilateral.

Resultados: La uveítis anterior fue la más frecuente en 38%; las no granulomatosas ocurrieron en 70% de los casos; los eventos crónicos en 67%; la presentación fue unilateral en 53% de los casos. Sólo se encontró asociación estadística entre tipo de uveítis y sexo, uveítis unilateral o bilateral y sexo; tipo de uveítis y edad; duración del ataque y edad. El diagnóstico definitivo y sindromático más frecuente fue la toxoplasmosis.

Conclusiones: La frecuencia de los distintos tipos de uveítis varía de acuerdo con diversos factores (tiempo, genética, ambiente). Con los avances recientes en microbiología, inmunología y biología molecular nuestro abordaje diagnóstico y terapéutico está presentando grandes modificaciones.

Palabras clave: Uveítis, frecuencia, causas.

SUMMARY

Introduction: The Uveitis Clinic in the Instituto de Oftalmología exists since 13 years; we didn't know the frequency of the different types of uveitis.

Objective: To know the frequency of each type of uveitis making a relation between this data and the group of age and sex. Determine the most frequent definitive and syndromatic diagnosis.

Methods and materials: We analyzed 760 records of a total of approximately 2000. The information obtained was classified in groups of age, anatomic site of the inflammation, type of presentation, type of inflammation and unilateral or bilateral affection.

Results: The anterior uveitis was the most frequent in 38%; the non-granulomatous occurred in 70%; chronic events in 67%; the unilateral presentation occurred in 53% of the cases. We only found statistical association between: type of uveitis and sex, unilateral or bilateral uveitis and sex, type of uveitis and age, duration of the attack and age. The most frequent definitive and syndromatic diagnosis was toxoplasmosis.

Conclusions: The frequency of the different types of uveitis varies depending on certain factors (time, genetic, environment). With the recent advances in microbiology, immunology and molecular biology our diagnostic and therapeutic approach is suffering great modifications.

Key words: Uveitis, frequency, causes.

INTRODUCCIÓN

El término uveítis es difícil de definir ya que no involucra únicamente la inflamación del tracto uveal, incluye una condición inflamatoria que lo afecta por su proximidad con otras estructuras oculares o tejidos. Por esto el término uveítis se utiliza para nombrar cualquier inflamación intraocular (1).

Las uveítis pueden causar daños severos en la visión debido a sus secuelas que incluyen, entre otras: catarata, glaucoma, queratopatía en banda, opacidades vítreas, cicatrices retinianas, desprendimiento de retina, anormalidades vasculares retinianas, edema macular quístico y atrofia óptica (2).

Por otro lado, las uveítis tienden a ocurrir en edades laborales y es en este grupo de edad donde representan una causa mayor de baja visual (3). El edema macular quístico es la complicación más frecuente de las uveítis y su presencia determina el pronóstico visual de esta enfermedad (4).

La prevalencia de las uveítis reportada en 1984 era de 38 por cada 100.000 en población general, la incidencia anual era aproximadamente 17 por cada 100.000, con una máxima incidencia en el grupo de edad de 25 a 44 años (4).

Al realizar el diagnóstico de uveítis, debemos clasificarla ampliamente con el fin de intentar llegar a un diagnóstico preciso y, en los casos posibles, etiológico. Inicialmente debemos clasificarla por su localización anatómica en uveítis anterior (iritis, ciclitis anterior e iridociclitis), uveítis intermedia (pars planitis, ciclitis posterior, hialitis, retinocoroiditis basal, uveítis periférica), uveítis posterior (coroiditis focal, multifocal o difusa, coriorretinitis, retinocoroiditis o neurouveítis) y, por último, panuveítis (síndrome Vogt-Koyanagi-Harada).

Una vez clasificada anatómicamente, es de utilidad determinar el tipo de presentación en agudo (menos de 2 meses) o crónica (más de dos meses). Después, en caso de que el paciente no haya sido tratado con corticoesteroides, se debe clasificar al proceso en granulomatoso (depósitos retroqueráticos en grasa de carnero o gruesos, nódulos en iris) o no granulomatoso (depósitos retroqueráticos finos, sin nódulos en iris o depósitos en grasa de carnero); estos términos no tienen relación con los hallazgos histopatológicos (5). Es importante notar si se trata de un proceso unilateral o bilateral y, en caso de tratarse de este último, reportar si es simétrico (afección similar en un mismo momento en el tiempo) o asimétrico (distinto grado de afección en un mismo momento en el tiempo o mismo grado de afección pero en distintos momentos en el tiempo). Se debe tomar en cuenta si la uveítis se encuentra asociada o no con una enfermedad sistémica ya que existen reportes que afirman que en aproximadamente 40 a 50% de pacientes que habitan en sitios de climas moderados, se encuentra una enfermedad sistémica subyacente (6, 7).

El servicio de Úvea del Instituto de Oftalmología existe desde hace aproximadamente 13 años y, hasta el momento, no se conocía la frecuencia de los diagnósticos más frecuentes en él atendidos. Tampoco se conocía en qué proporción de los casos se ha llegado a un diagnóstico etiológico. Por lo tanto, se analizó la información de los expedientes recopilados hasta la fecha y fueron identificados los patrones de diagnóstico por sexo y grupo de edad.

El objetivo general de nuestro estudio era conocer la frecuencia de cada tipo de uveítis en el Hospital durante los últimos 13 años (desde que existe el servicio de Úvea en el hospital). Asimismo, conocer la frecuencia de cada tipo de uveítis según sexo y grupo de edad al realizar el diagnóstico y determinar las causas más frecuentes de este tipo de padecimientos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio retrospectivo observacional en el cual se analizaron 760 expedientes de un total aproximado de 2000 expedientes existentes en el servicio de Úvea. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico confirmado de uveítis. Se excluyeron los pacientes que, a lo largo de su evaluación, se les descartó el diagnóstico de uveítis o en quienes, por diversas razones, no se contó con los datos confinados en su expediente médico requeridos para el estudio.

La muestra es aleatoria y simple y los expedientes se seleccionan a partir de un arranque aleatorio con un salto sistemático.

El tamaño de la muestra es suficiente para contar con un error de ± 4.4 puntos porcentuales con un nivel de confianza de 95%.

Los errores anteriores son válidos para todos los reportes a nivel total, es decir, cuando los 760 expedientes se clasifican por tipo de uveítis o por sexo o por edad. Para los reportes dentro de los segmentos (por ejemplo, las proporciones de los tipos de uveítis en mujeres) el error crecerá un poco y deben ser considerados únicamente como tendencias.

Los grupos de edad a reportar fueron los siguientes: 0–10 años (grupo 1); 11–20 años (grupo 2); 21–30 años (grupo 3); 31–40 años (grupo 4); 41–50 años (grupo 5); 51–60 años (grupo 6); 61 años o más (grupo 7).

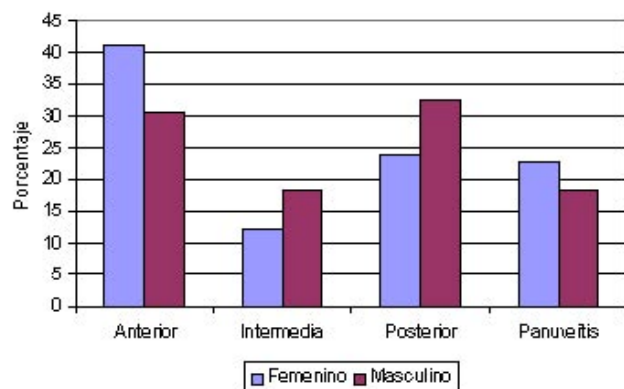
Las clasificaciones de uveítis consideradas son:

- Anatómica: Anterior, intermedia, posterior y panuveítis.
- Tiempo de evolución: Aguda, crónica.
- Tipo de inflamación: Granulomatosa, no granulomatosa.
- Ojos afectados: Unilateral (ojo derecho, ojo izquierdo) o bilateral (simétrica, asimétrica).

RESULTADOS

La mayor frecuencia de uveítis, por su localización anatómica, fue la anterior en 38%, seguida de la posterior en 26%, intermedia en 20% y panuveítis en 16% de los casos. En 70% de los pacientes se trató de un proceso no granulomatoso. Por el tiempo de evolución, la uveítis crónica presentó una frecuencia del 67%. Hallamos que en 53% de los casos la inflamación intraocular era unilateral; de las bilaterales, 73% eran simétricas. Al comparar los tipos de uveítis por sexo, observamos que existen diferencias entre éstos; es estadísticamente significativa ($p=0.03$) la asociación entre tipo de uveítis y sexo, siendo mayor la frecuencia de uveítis anterior y panuveítis en las mujeres mientras que en los hombres es

Gráfica 1. Tipo de uveítis por sexo.

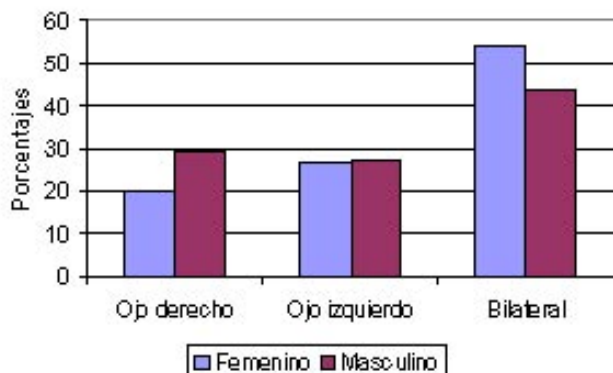


mayor la frecuencia de uveítis intermedia y posterior (gráfica 1). Por otro lado, existe asociación entre uveítis bilateral o unilateral y sexo ($p = 0.057$). Existe mayor frecuencia de uveítis en el ojo derecho para los hombres. Para las mujeres, la frecuencia de uveítis bilateral es mayor. La uveítis en ojo izquierdo se presenta sin diferencia significativa entre ambos sexos (gráfica 2). Aunque existen diferencias en la uveítis bilateral, no se presentan diferencias en simetría en ambos sexos ($p = 0.295$).

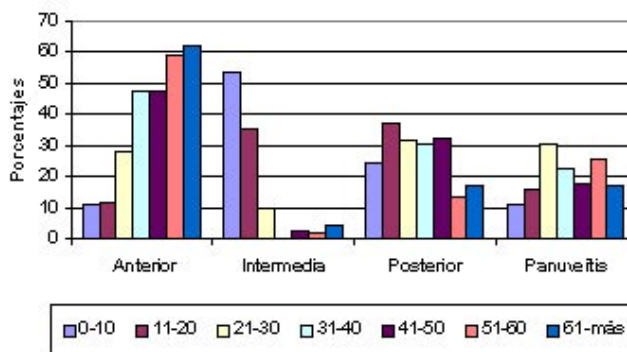
Al realizar la comparación de tipo de uveítis con edad existen diferencias significativas ($p = 0.001$). La uveítis anterior se presenta con mayor frecuencia en los grupos de edad altos (31 o más), siendo mayor la frecuencia en individuos mayores de 50 años. Las uveítis intermedia y posterior se presentan con mayor frecuencia en los grupos de edades bajos (menor a 20 años). El grupo de edad de 31 a 40 años observa una frecuencia mayor de todos los tipos de uveítis excepto de intermedia (gráfica 3). También existe una asociación estadísticamente significativa entre el grupo de edad y uveítis crónica o aguda. Se da una mayor frecuencia de uveítis crónica en pacientes de grupos de edades altos o bajos (extremos). Para los grupos de edades intermedias, la frecuencia de uveítis aguda es mayor estadísticamente (gráfica 4). Al relacionar el tipo de uveítis unilateral o bilateral con los grupos de edad, se observó que no existe asociación entre estas variables ($p = 0.729$), tampoco hay diferencia en cuanto a simetría ($p = 0.451$).

Los tipos de uveítis granulomatosa y no granulomatosa no presentaron asociación estadística con las variables de sexo ($p = 0.650$) y grupo de edad ($p = 0.154$), lo mismo ocurrió al

Gráfica 2. Uveítis uni o bilateral.



Gráfica 3. Tipo de uveítis por edad.



relacionar uveítis aguda o crónica con sexo ($p = 0.308$).

En cuanto a los diagnósticos definitivos más frecuentes encontrados, fueron los siguientes: toxoplasmosis (26%), uveítis anterior no granulomatosa idiopática (23%), pars planitis (14%), VKH (9.35), panuveítis idiopática (3%).

Los diagnósticos sindromáticos más frecuentes fueron: toxoplasmosis (36%), pars planitis (19%), VKH (13%), toxocariasis (3.2%) y queratouveítis herpética (2.5%).

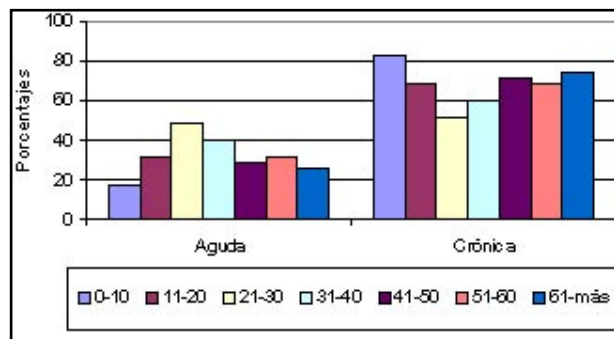
Al realizar un análisis de regresión logística de los resultados obtenidos tenemos los siguientes datos que nos explican lo que sucedió más frecuentemente en nuestro estudio:

La uveítis anterior se da en pacientes de mayor edad, es no granulomatosa y es aguda; la uveítis intermedia se da en menor edad, es crónica, es no granulomatosa y bilateral; la uveítis posterior se da en menor edad, es crónica y unilateral y la panuveítis es aguda, es granulomatosa, bilateral y simétrica.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En este estudio observamos mayor frecuencia de uveítis anterior (38%), seguida de la posterior (26%), en tercer lugar la intermedia (20%) y, por último, la posterior (16%). Al comparar estos datos con los de la literatura, vemos cómo la tendencia en cuanto al orden de frecuencia es básicamente la misma. Rodríguez y cols. encontraron una frecuencia de uveítis anterior en 51%, posterior 19%, panuveítis 16% e intermedia 13% (1). Opremcak y cols. encontraron, en su estudio realizado en Ohio, una frecuencia de uveítis anterior

Gráfica 4. Uveítis aguda o crónica.



en 36%, uveítis posterior en 28%, panuveítis en 19% e intermedia en 17%; estos últimos resultados son muy similares a los nuestros (8).

Refiriéndonos a los diagnósticos definitivos más frecuentes, en nuestro estudio fueron: toxoplasmosis (26%), uveítis anterior no granulomatosa idiopática (23%) y pars planitis (14%). Comparando éstos con los resultados de Rodríguez y cols. vemos que ellos encontraron 16% de iritis idiopática, sarcoidosis en 10% y pars planitis en 9%. Henderly y col., por otro lado, encontraron iritis idiopática en 12% de pacientes, pars planitis en 15% y panuveítis idiopática en 8% (1, 8).

Podemos concluir que, al clasificar a las uveítis por su localización anatómica, no existen grandes diferencias en cuanto a su frecuencia en los distintos centros hospitalarios, pero al llegar a un diagnóstico definitivo éstas sí existen. Esto puede deberse a las diferencias en técnicas de diagnóstico y formas de llegar al mismo (conocimientos, estudios paraclínicos) que hay en los distintos lugares. Por otro lado, las diferencias en cuanto a distribución geográfica de las uveítis son claras, lo es también la influencia de los factores genéticos y ambientales. A medida que contemos con nuevas y mejores técnicas diagnósticas el diagnóstico diferencial de las uveítis continuará cambiando (9). Es por esto que resulta de vital importancia estandarizar el abordaje diagnóstico y terapéutico del paciente con uveítis a fin de que en un futuro se tengan cifras más claras y reales de lo que ocurre con estos pacientes.

REFERENCIAS

1. Rodríguez A, Calonge M, Pedroza-Seres M y cols. Referral patterns of uveitis in a tertiary eye care center. *Arch Ophthalmol* 1996;114(5):593-599.
2. Suttorp-Schulten MSA, Rothova A. The possible impact of uveitis in blindness: a literature survey. *Br J Ophthalmol* 1996; 80(9):844-848.
3. Zamiri P, Boyd S, Lightman S. Uveitis in the elderly – is it easy to identify the masquerade?”. *Br J Ophthalmol* 1997; 8(10):827-831.
4. Rothova A, Suttorp-van Schulten MSA, Treffers WF, Kijlstra A. Causes and frequency of blindness in patients with intraocular inflammatory disease. *Br J Ophthalmol* 1996; 80(4):332-336.
5. Belfort R, Couto C, Martínez-Castro F. Uveitis: Sinopsis diagnóstica y terapéutica. Ciba Vision Ophthalmics Latinoamérica 1997. p. 25-28.
6. Rosenbaum JT. Uveitis: An Internist's view. *Arch Intern Med* 1989; 149:1173-1176.
7. Rothova A, Buitenhuis HJ, Meenken C y cols. Uveitis and Systemic Disease. *Br J Ophthalmol* 1992; 76:137- 41.
8. Albert and Jakobiec. Principles and Practice of Ophthalmology. WD Saunders Company. Section IX Uveitis, Chap 86 Introduction to Uveitis. 2000, CD rom edition.
9. Henderly DE, Genstler AJ, Smith R, Rao N. Changing patterns of uveitis. *Am J Ophthalmol* 1987; 103(2):131-136.

Cita histórica:

En *Cánones*, de **Mo Ti** (China, ca. 479-381 aC), están los primeros trabajos sobre la reflexión de la luz por espejos planos, cóncavos y convexos y la descripción de la cámara oscura.