



► Artículo original

Comportamiento clínico-epidemiológico de las uveítis anteriores

Clinical and epidemiological behavior of anterior uveitis

Anabel González-Peña,¹ Eddy Mesa-Hernández,² Arianna Hernández-Pérez,³ Oslay Mijail Tirado-Martínez,⁴ Lorelei Ortega-Díaz⁵

1 Especialista de I Grado en Oftalmología y Medicina General Integral, Diplomado en Uveítis e Inflammaciones Oculares, Profesor Instructor, Aspirante a Investigador, Instituto Cubano de Oftalmología "Ramón Pando Ferrer", La Habana, Cuba

2 Especialista de II Grado en Oftalmología, Diplomado en Uveítis e Inflammaciones Oculares, Profesor Auxiliar, Investigador Agregado, Instituto Cubano de Oftalmología "Ramón Pando Ferrer", La Habana, Cuba

3 Especialista de I Grado en Oftalmología y Medicina General Integral, Diplomado en Vítreo-retina y en Uveítis e Inflammaciones Oculares, Profesor Instructor, Investigador Agregado, Instituto Cubano de Oftalmología "Ramón Pando Ferrer", La Habana, Cuba

4 Especialista de I Grado en Oftalmología y Medicina General Integral, Profesor instructor, Investigador Agregado, Instituto Cubano de Oftalmología "Ramón Pando Ferrer", La Habana, Cuba

5 Especialista de II Grado en Oftalmología y de I Grado en Medicina General Integral, Profesor Instructor, Investigador Agregado, Instituto Cubano de Oftalmología "Ramón Pando Ferrer", La Habana, Cuba

Palabras clave:

Uveítis anterior, epidemiología, cuadro clínico, complicaciones, Cuba.

► Resumen

Introducción: La uveítis es la forma más frecuente de enfermedad inflamatoria ocular, siendo una importante causa de ceguera y deterioro visual.

Objetivo: Determinar las características clínico-epidemiológicas de las uveítis anteriores.

Método: Estudio descriptivo, retrospectivo de 72 ojos de 59 pacientes con diagnóstico de uveítis anterior, en el Instituto Cubano de Oftalmología "Ramón Pando Ferrer" durante el año 2011. Se estudiaron las variables: edad, sexo, color de la piel, etiología, curso clínico, lateralidad, forma de presentación y complicaciones.

► Abstract

Introduction: Uveitis is the most common cause of inflammatory eye disease and a leading cause of blindness and visual impairment.

Objective: To determine the clinical and epidemiological characteristics of anterior uveitis.

Method: A descriptive, retrospective study was carried out with 72 eyes of 59 patients suffering of anterior uveitis attended at the Instituto Cubano de Oftalmología "Ramón Pando Ferrer" in 2011. Age, sex, skin color, etiology, clinical course, laterality, presentation and complications variables were studied.

Keywords:

Anterior uveitis, epidemiology, clinical presentation, complications, Cuba.

Resultados: Predominó la uveítis anterior en el sexo femenino (69.49%), de 31-45 años (37.29%) y color de piel blanca (62.71%). La uveítis anterior de causa idiopática se presentó en el 44.07%, siendo más frecuente el curso clínico agudo (59.72% de los pacientes). El 77.97% de los brotes fueron unilaterales. La complicación más frecuente fue la presencia de sinequias posteriores con un 36.11%.

Conclusiones: En nuestro estudio la uveítis anterior se presentó con frecuencia en mujeres blancas y jóvenes, siendo en la mayoría de los casos de causa idiopática, curso agudo, no granulomatosa y unilateral, complicadas con sinequias posteriores y catarata.

Results: Anterior uveitis prevailed in females (69.49%) of 31-45 years old (37.29%) and white color of skin (62.71%). Idiopathic anterior uveitis appeared in the (44.07%) and acute clinical course was more frequent (59.72%). The 77.97% of the upsurge were unilateral. Posterior synechiae (36.11%) was the most common complication.

Conclusions: In our study anterior uveitis appeared frequently in young, white women, most of cases was idiopathic, acute, unilateral, non-granulomatous, complicated with posterior synechiae and cataract.

► Introducción

La uveítis es la forma más frecuente de enfermedad inflamatoria ocular, siendo una importante causa de ceguera y deterioro visual en gran parte del mundo. Su incidencia anual varía de una región a otra, pero de forma general se estima que es de aproximadamente 17-52 casos por cada 100 000 habitantes, con una prevalencia de 1.7-7.14 por cada 100 000 habitantes.^{1,2}

La forma más común en todas las poblaciones, es la uveítis anterior. En el mundo occidental, constituye del 50% a 60% de las uveítis estudiadas en centros de referencias y el 90% en centros de atención no especializada, con una incidencia total cercana al 70%.² En países del Norte de América representa del 5% a 20% de las causas de ceguera. En España representa el 61% contra el 20.5% de uveítis posterior, el 15% de las panuveítis y sólo el 3.5% de las intermedias.^{1,3}

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las uveítis representan la tercera causa de ceguera en edad media de la vida en países desarrollados con el 10% y del 5%-20% de ceguera legal en países en desarrollo, siendo el edema macular quístico la principal causa de pérdida visual en pacientes uveíticos.^{1,2} Otras causas frecuentes de pérdida visual en estos pacientes son la catarata, el glaucoma secundario de difícil manejo, las membranas cicloticas que producen in-

suficiencia y/o desprendimiento del cuerpo ciliar, que desencadenan complicaciones tan dramáticas como la hipotonía ocular, entre otras.⁴

La mayor parte de los pacientes con uveítis son adultos jóvenes entre los 20 y 26 años, personas que se encuentran en edad laboral, lo que supone la afectación en su productividad y por consiguiente, repercute en su calidad de vida, además tiene como agravantes su carácter crónico o recidivante, sus complicaciones potenciales y la terapéutica prolongada en múltiples ocasiones.¹

El porcentaje de uveítis anterior idiopática oscila aproximadamente del 38% hasta más del 70%.⁵⁻⁷ Existen numerosas enfermedades sistémicas que cursan con uveítis anteriores, donde se incluyen la espondilitis anquilosante, artritis psoriásica, artritis reactiva antiguamente conocida como síndrome de Reiter, uveítis indiferenciada y la enfermedad inflamatoria intestinal. Otras enfermedades como la asbestosis, brucelosis crónica, leucemia granulocítica, meningitis gonocócica, artritis reumatoide, queratoconos y la enfermedad de Whipple,⁷ y enfermedades primariamente oculares como la ciclitis heterocrómica de Fuchs, la crisis glaucomatociclítica, uveítis facogénica, artritis idiopática juvenil (AIJ), la enfermedad de Behçet, síndrome de nefritis túbulo-intersticial y uveítis (TINU), sarcoidosis, escleritis múltiple pueden cursar con uveítis anterior.⁸⁻¹¹ La sífilis, la tuberculosis, la enfermedad de Lyme, el herpes y otros

virus, son enfermedades infecciosas que pueden presentarse como una uveítis anterior.⁷

No son muchos los estudios nacionales de corte epidemiológico donde se aborda esta temática, además es una entidad que muchas veces forma parte del cuadro clínico de una enfermedad sistémica o es su primera manifestación, por lo que motivó realizar esta investigación con el propósito de determinar las características clínico-epidemiológicas de las uveítis anteriores, en el Instituto Cubano de Oftalmología “Ramón Pando Ferrer” durante el año 2011.

► Método

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, en el Servicio de Uveítis e Inflamaciones Oculares del Instituto Cubano de Oftalmología “Ramón Pando Ferrer” durante el año 2011. La muestra quedó constituida por 72 ojos de 59 pacientes, con diagnóstico de uveítis anterior.

Se revisaron las historias clínicas de los pacientes incluidos en el estudio y se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, color de la piel, etiología, curso clínico, forma de presentación (granulomatosa o no), lateralidad (uni o bilateral) y complicaciones.

Se consideró el curso clínico como “agudo”, cuando se trató de un episodio de inicio súbito y duración limitada menor de tres meses. Se definieron como “crónicos” los casos con uveítis persistente que recidivaron después de tres meses, sin retirar tratamiento. Aquellos pacientes con episodios repetidos separados por periodos de inactividad sin tratamiento mayor de tres meses, se clasificaron como “recurrentes”.¹²

Para el estudio y diagnóstico etiológico de las uveítis anteriores nos regimos por las siguientes estrategias:¹³

- Primer episodio de uveítis anterior no granulomatosa, unilateral, con historia personal y examen físico sistémico, sin hallazgos notables o de importancia diagnóstica: no fue necesario realizar el estudio.
- Forma granulomatosa o recurrente, historia personal y examen físico sistémico sin hallazgos notables o de importancia diagnóstica: leucograma, eritrosedimentación, VDRL, PPD, HLA-B27, rayos X de tórax, anticuerpos antinucleares.

- Historia y examen físico sistémico orientan a causa específica, particularizar estudios:
 - Espondilitis anquilosante: eritrosedimentación, HLA-B27, rayos X de columna sacroilíaca.
 - Artritis reactiva (antiguo síndrome de Reiter): HLA-B27, cultivos de secreciones uretrales y conjuntivales (para clamidias), rayos X de las articulaciones afectadas.
 - Artritis psoriásica: HLA-B27.
 - Enfermedad inflamatoria intestinal: HLA-B27.
 - AIJ: factor reumatoideo, anticuerpos antinucleares, rayos X de las articulaciones afectadas, eritrosedimentación.
 - Enfermedad de Behçet: HLA-B27 y HLA-B5, *test* cutáneo de punción con solución salina.
 - Sífilis: VDRL, FTA-Abs.
 - Tuberculosis: rayos X de tórax, PPD.
 - Sarcoidosis: rayos X de tórax, tomografía axial computarizada de tórax, biopsia de nódulos cutáneos, conjuntivales o de la glándula lagrimal, calcio sérico y en orina, *test* de enzima conversor de angiotensina (ACE), gammagrafía con galio.

El diagnóstico de uveítis traumáticas, posoperatorias e inducidas por el cristalino, iridociclitis heterocrómica de Fuchs, uveítis herpéticas, síndromes de enmascaramiento y otras causas como virus, leptospirosis, brucelosis, rickettsias, fue fundamentalmente clínico.¹³

Además se realizaron exámenes complementarios a aquellos pacientes que presentaron uveítis bilateral, recurrente, granulomatosa, ojo único, niños o con síntomas sistémicos que sugirieran una enfermedad subyacente.¹³

Análisis estadístico

Toda la información se descargó en hojas de cálculo de Microsoft Excel® y fueron procesadas por medio del paquete estadístico SPSS versión 13.

Se dio cumplimiento a los objetivos utilizando la estadística descriptiva, y se confeccionaron tablas donde se reflejan las frecuencias absolutas y relativas.

Consideraciones éticas

La investigación no puso en peligro la vida de los pacientes incluidos en el estudio, ya que todos los datos se obtuvieron de las historias clínicas.

Resultados

De los 59 pacientes evaluados en el estudio, predominó el grupo de edad de 31-45 años representando un 37.29%, con una media de 39.61 años. El sexo femenino de manera general, fue el que más pacientes aportó con un 69.49% (Tabla 1).

En este estudio predominó la raza blanca con un 62.71% (Tabla 2).

En la Tabla 3 observamos que las uveítis idiopáticas fueron las más comunes, presentándose en 26 pacientes lo que representa un 44.07%, seguidas por las virales en 17 pacientes para un 28.81%, y las traumáticas y posoperatorias en cinco pacientes cada una para un 8.47%, respectivamente.

El curso clínico agudo fue el de mayor frecuencia con 43 ojos para un 59.72%, el curso crónico se presentó en 19 ojos para un 26.39% y el recurrente se observó en el 13.89% de los ojos estudiados (Tabla 4).

En la Tabla 5 se expone que el 77.97% (46 pacientes) presentaron uveítis anterior unilateral, manifestándose en ambos ojos sólo en 13 pacientes.

La forma de presentación no granulomatosa se observó en 63 ojos para un 87.50%, mientras que la forma granulomatosa se presentó en nueve ojos para un 12.50% del total (Tabla 6).

Las complicaciones oculares como parte de la evolución de la enfermedad son muy frecuentes. Al analizar su comportamiento constatamos que predominaron las sinequias posteriores en un 36.11% de los casos, seguido de la formación de cataratas en un 31.94%. Se demostró que el edema macular quístico (2.78%) junto a la queratopatía en banda (1.39%), fueron menos frecuentes (Tabla 7).

Discusión

Las uveítis anteriores afectan las edades medias de la vida, por lo que representa un verdadero problema de salud siendo una importante causa de morbilidad ocular y ceguera en varios países.¹ Los estudios clínico-epidemiológicos de esta enfermedad son de gran importancia, ya que describen el comportamiento de factores demográficos como la edad, sexo, color de la piel, aspectos socio-económicos, ocupación, hábitos de vida en diferentes regiones, pudiéndose constatar la influencia de estos factores en las uveítis. La comparación de los estudios realizados en las diferentes regiones del mundo y en diferentes épocas, permite establecer tendencias y especulares hechos relevantes para la etiopatogenia de las uveítis. La literatura mundial relata grandes variaciones geográficas en la etiología de éstas.^{14,15} Por una parte, la edad de presentación presupone un problema económico por los costos en medicamentos, y por otra, los tratamientos prolongados que conducen a inasistencias laborales, y como resultado a la disminución de la productividad. Según la literatura médica,¹⁶ la edad promedio de aparición de las uveítis anteriores

► **Tabla 1.** Distribución de pacientes con uveítis anterior según edad y sexo.

Grupo de edades (años)	Sexo					
	F	%	M	%	Total	%
0-15	2	4.88	1	5.56	3	5.08
16-30	8	19.51	3	16.67	11	18.64
31-45	14	34.15	8	44.44	22	37.29
46-60	12	29.27	5	27.78	17	28.81
>60	5	12.20	1	5.6	6	10.17
Total	41	69.49	18	30.51	59	100

F: femenino; M: masculino.

► **Tabla 2.** Distribución de pacientes con uveítis anteriores, según grupo de edades y color de la piel.

Grupo de edades (años)	Color de la piel							
	Blanca	%	Negra	%	Mestiza	%	Total	%
0-15	2	5.41	0	0	1	8.33	3	5.08
16-30	6	16.22	2	20	3	25.00	11	18.64
31-45	15	40.54	3	30	4	33.33	22	37.29
46-60	11	29.73	3	30	3	25.00	17	28.81
>60	3	8.11	2	20	1	8.33	6	10.17
Total	37	62.71	10	16.95	12	20.34	59	100

► **Tabla 3.** Distribución de pacientes con uveítis anterior según etiología.

Etiología	Número	%
Idiopáticas	26	44.07
Virales	17	28.81
Traumatismos	5	8.47
Posoperatorias	5	8.47
Inducida por el cristalino	2	3.39
Artritis idiopática juvenil	2	3.39
Espondilitis anquilosante	1	1.69
Artritis reactiva	1	1.69
Total	59	100

en la mayoría de los pacientes es entre 20 y 40 años, coincidiendo en el mismo rango de edad con nuestra serie.

Se estima que la uveítis anterior afecta predominantemente a los hombres.^{17,18} Según Rothova y colaboradores, el 54%-76% de los pacientes con uveítis anterior son hombres,¹⁹ lo cual no coincide con nuestros hallazgos. No se reportan diferencias en cuanto al color de la piel.

Algunos autores^{12,16} plantean que cerca del 25% de las uveítis son de causa idiopática; otros^{5,6} afirman que este origen idiopático oscila del 38% hasta más del 70%, lo que coincide con nuestro estudio y 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.

En nuestra investigación predominó el curso clínico agudo en un 59.72%. Resultado comparable

► **Tabla 4.** Distribución de ojos con uveítis anterior según curso clínico.

Curso clínico	Número	%
Agudo	43	59.72
Crónico	19	26.39
Recurrente	10	13.89
Total	72	100

con el reportado por Tay Kearney y colaboradores,¹⁷ quienes encuentran un predominio de la uveítis anterior aguda en el 87% de los casos estudiados. Por el contrario, en estudios realizados en el Departamento de Oftalmología de la Universidad de Finlandia y en la Universidad Central del Norte de Tailandia, predominó el curso clínico recurrente.^{18,19}

Las uveítis anteriores frecuentemente se presentan como iridocilitis unilateral o bilateral alternada, no granulomatosa, asociada con síntomas de artritis no específica o con espondiloartritis seronegativa,¹⁷⁻²⁰ con lo cual coincidimos ya que en nuestro estudio sobresalió la unilateralidad de los brotes, y predominó la forma no granulomatosa en un 87.50%.

Las complicaciones de las uveítis son una causa importante de morbilidad y ceguera ocular. Rothova²¹ observó que las complicaciones aparecen en más del 50% de los casos, y que el 35% de los pacientes con uveítis tenían pérdida visual significativa y ceguera legal en el 4%.

Según otro estudio,²² el riesgo de aparición de complicaciones se incrementa cuando la inflamación no revierte con el tratamiento, o cursa con

► **Tabla 5.** Distribución de pacientes con uveítis anterior según lateralidad de los brotes.

Lateralidad	Número	%
Unilateral	46	77.97
Bilateral	13	22.03
Total	59	100

Tabla 7. Distribución de ojos con uveítis anterior según complicaciones.

Complicaciones	Número	%
Sinequias posteriores	26	36.11
Catarata	23	31.94
Atrofia iridiana	10	13.89
Glaucoma secundario	7	9.72
Edema macular quístico	2	2.78
Queratopatía en banda	1	1.39

episodios recidivantes, 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.

El edema macular cistoide es la complicación más común en las uveítis anteriores según reporta la Sociedad Española de Uveítis,¹ coincidiendo con Durrani²³ que encontró esta complicación en el 26.5% de la muestra estudiada.

Por otro lado, Power²⁴ muestra que las complicaciones más frecuentes fueron el glaucoma secundario, la catarata, las sinequias posteriores persistentes y el edema macular cistoide.

Tuncer y colaboradores¹⁸ demostraron un predominio de las sinequias posteriores persistentes y la catarata en pacientes con uveítis anterior, coincidiendo con nuestra investigación.

► Conclusiones

En nuestro estudio la uveítis anterior se presentó con frecuencia en mujeres blancas y jóvenes, siendo en la mayoría de los casos de causa idiopática, curso agudo, no granulomatosa y unilateral, complicadas con sinequias posteriores y catarata.

► **Tabla 6.** Distribución de ojos con uveítis anterior según forma de presentación.

Forma de presentación	Número	%
Granulomatosa	9	12.50
No granulomatosa	63	87.50
Total	72	100

► Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

► Financiamiento

Los autores no recibieron patrocinio para llevar a cabo este artículo.

Referencias

- Díaz DE, Méndez R, Benítez del Castillo JM. Actualización en el manejo de las uveítis. España: Las Palmas de Gran Canaria; 2007. p. 11-20.
- Gritz DC, Wong IG. Incidence and prevalence of uveitis in Northern California; the Northern California Epidemiology of Uveitis Study. *Ophthalmology* 2004;111(3):491-500.
- American Academy of Ophthalmology. Intraocular Inflammation and Uveitis. Basic and Clinical Science Course; 9. USA: American Academy of Ophthalmology; 2008.
- Calvo Hernández LM, Bautista Salinas RM, Suárez Cabrera M. Uveitis. Un reto para el internista. *An Med Interna* 2008;25(3):141-148.
- Gálviz V, Tello A, Díaz CA. Diagnóstico del ojo rojo para el médico de atención primaria. *MedUNAB* 2008;11(3):231-238.
- Nussenblatt RB, Whitcup SM. Uveitis: Fundamental and Clinical Practice. 3rd ed. St. Louis: Mosby; 2004. p. 76-87.
- Godfrey WA, Warren KA. Acute Anterior Uveitis. En: Tasman W, Jaeger EA, (Eds). *Duane's Ophthalmology*. Vol.4. Revised Edition 2006. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
- Pras E, Neumann R, Zandman-Goddard G, et al. Intraocular inflammation in autoimmune diseases. *Semin Arthritis Rheum* 2004;34(3):602-609.
- Carbone J, Sarmiento E, Micheloud D, et al. Systemic autoimmune disease in patients with uveitis. *Arch Soc Esp Ophthalmol* 2006;81(4):193-198.
- Bonfioli AA, Orefice F. Behcet's disease. *Semin Ophthalmol* 2005;20(3):199-206.
- Adán A, Baget M, de Llobet JM, et al. Uveítis como manifestación inicial de sarcoidosis: estudio de 31 pacientes. *Med Clin* 2004;122(19):748-752.
- Jabs DA, Nussenblatt RB, Rosenbaum JT. The Standardization of uveitis nomenclature (SUN) Working Group. Standardization of uveitis nomenclature for reporting clinical data. Results of the First International Workshop. *Am J Ophthalmol* 2005;140(3):509-516.
- Eguía F, Rio M, Capote A. Manual de diagnóstico y tratamiento en Oftalmología. La Habana: Ciencias Médicas; 2009. p. 525-31.
- Bezerra E, Hisae J, Abdalla M, et al. Causas das uveítes em serviço terciário em São Paulo, Brasil. *Arq Bras Oftalmol* 2004;67(1):23-27.
- Woods AC. Modern concepts of the etiology of uveitis. *Am J Ophthalmol* 1960;50:1170-1187.
- Foster SC, Vitale AT. Diagnosis and treatment of uveitis. 1st ed. USA: W.B. Saunders company; 2002. p. 17-26.
- Tay-Kearney ML, Schwam BL, Lowder C, et al. Clinical features and associated systemic diseases of HLA-B27 uveitis. *Am J Ophthalmol* 2005;50(4):364-388.
- Tuncer S, Adam YS, Urgancioglu M, et al. Clinical features and outcomes of HLA-b27-positive and HLA-B27-negative acute anterior uveitis in a Turkish patient population. *Ocul Immunol Inflamm* 2005;13(5):367-373.
- Rothova A, Buitenhuis HJ, Christiaans BJ, et al. Acute anterior uveitis (AAU) and HLA-B27. *Br J Rheumatol* 1983;22(4 Suppl 2):144-145.



20. Scharf Y, Zonis S. Histocompatibility antigens (HLA) and uveitis. *Surv Ophthalmol* 1980;24(4):220-228.
21. Rothova A, Suttorp-van Schulten MS, Frits Tretters W, et al. Causes and frequency of blindness in patients with intraocular inflammatory disease. *Br J Ophthalmol* 1996;80(4):332-336.
22. 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 Ophthalmol* 2009;84(10):523-528.
23. Durrani OM, Tehrani NN, Marr JE, et al. Degree, duration, and causes of visual loss in uveitis. *Br J Ophthalmol* 2004;88(9):1159-1162.
24. Power WJ, Rodriguez A, Pedroza-Seres M, et al. Outcomes in anterior uveitis associated with the HLA-B27 haplotype. *Ophthalmology* 1998;105(9):1646-1651.