

Caracterización epidemiológica de pacientes con uveítis en el suroccidente colombiano

Epidemiological characterization of patients with uveitis in southwestern Colombia

Ivana Nieto-Aristizábal¹, Tatiana Delgado², Juan C. Mosquera-Hernández², Juan C. Bonilla²,
Juan D. Bolaños², Andrés Hormaza-Jaramillo^{3,4}, Kelly J. Sánchez⁵, Sandra García⁶ y Gabriel J. Tobón^{3,4*}

¹Centro de Investigaciones Clínicas, Fundación Valle del Lili; ²Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina, Universidad Icesi; ³Departamento de Medicina Interna, Unidad de Reumatología, Fundación Valle del Lili; ⁴Facultad de Ciencias de la Salud, Centro de Investigación en Reumatología, Autoinmunidad y Medicina Traslacional, Universidad Icesi; ⁵Facultad de Ciencias de la Salud, Unidad de Oftalmología, Pontificia Universidad Javeriana; ⁶Unidad de Oftalmología, Fundación Valle del Lili. Valle del Cauca, Cali, Colombia

Resumen

Introducción: La etnicidad y la geografía se han descrito como determinantes de la presentación clínica de la uveítis y su etiología. **Objetivo:** Caracterizar a los pacientes del suroccidente colombiano con uveítis. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo, del 2011 al 2019, en Cali, Colombia. Se evaluaron características demográficas, clínicas, etiológicas y desenlaces de pacientes con uveítis. **Resultados:** Se incluyeron 144 pacientes. La edad fue 51.5 (35.2-61.7) años, 80 (55.5%) fueron mujeres. El 66% (n = 95) presentó uveítis anterior. De las manifestaciones clínicas, el ojo rojo fue la más frecuente, seguido de dolor ocular. La mayoría tuvo síntomas < 12 semanas, presentó agudeza visual de 20/20-20/40 y rangos de presión intraocular entre 10 y 22 mmHg. De las etiologías, 20 (17.9%) continuaban en estudio y 7 (6.3%) fueron no definidas/idiopáticas. Trauma se vio en 12 (10.7%), la asociada a HLA-B27 en 10 (8.9%) y toxoplasmosis en 8 (7.1%). **Conclusión:** Es la primera caracterización de la uveítis en el suroccidente colombiano.

Palabras clave: Uveítis. Iridociclitis. Epidemiología. Manifestaciones clínicas. Etiología. Desenlaces.

Abstract

Background: Ethnicity and geography have been described as determinants of the clinical presentation of uveitis and its etiology. **Objective:** To characterize patients from southwestern Colombia with uveitis. **Material and methods:** Retrospective study, from 2011 to 2019, in Cali, Colombia. Demographic, clinical, etiological characteristics and outcomes of patients with uveitis were evaluated. **Results:** 144 patients were included. The age was 51.5 (35.2-61.7) years, 80 (55.5%) were women. 66% (n = 95) presented anterior uveitis. Of the clinical manifestations, the red eye was the most frequent, followed by ocular pain. Most had symptoms < 12 weeks, visual acuity of 20/20-20/40 and intraocular pressure ranges between 10-22 mmHg. Of the etiologies, 20 (17.9%) were still under study and 7 (6.3%) were undefined/idiopathic. Trauma was seen in 12 (10.7%), that associated with HLA-B27 in 10 (8.9%) and toxoplasmosis in 8 (7.1%). **Conclusion:** It is the first characterization of uveitis in southwestern Colombia.

Keywords: Uveitis. Iridocyclitis. Epidemiology. Clinical manifestations. Treatment. Outcomes.

Correspondencia:

*Gabriel J. Tobón
E-mail: gjtobon@icesi.edu.co

Fecha de recepción: 06-09-2021
Fecha de aceptación: 23-01-2022
DOI: 10.24875/RSCO.21000007

Disponible en internet: 23-05-2022
Rev Soc Colomb Oftalmol. 2022;55(1):3-10
www.revistaSCO.com

0120-0453 / © 2022 Sociedad Colombiana de Oftalmología (SOCOFTAL). Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La uveítis es una enfermedad relativamente rara, que comprende la inflamación de la úvea, la cual está conformada por el iris, el cuerpo ciliar y la coroides. Según la ubicación anatómica de la zona de inflamación se divide en uveítis anterior, intermedia y posterior¹⁻⁴. Si bien es una enfermedad poco frecuente, es potencialmente deletérea para el globo ocular, representando hasta el 10% de la ceguera legal en los países industrializados, siendo entonces la cuarta causa de ceguera en el mundo y generando un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes^{1,5,6}. En el mundo, la prevalencia de la enfermedad cambia según la ubicación anatómica, siendo en los países occidentales la uveítis anterior la más común, en el 50% de los casos, seguida por uveítis posterior en el 15-30% y por último la uveítis intermedia^{7,8}. Un subtipo de la enfermedad denominado panuveítis se ha descrito como la uveítis más común en Suramérica, África y Asia^{7,8}.

Respecto a su etiología, la más común es la idiopática, especialmente en los casos de uveítis anterior e intermedia⁹. Otras causas se definen como de origen infeccioso y no infeccioso, las cuales tienen una diferencia epidemiológica importante al comparar países desarrollados con aquellos en desarrollo. La uveítis de origen infeccioso tiene una prevalencia importante en países en desarrollo, representando un 30-50% de los casos, mientras que en países desarrollados occidentales representan el 3.8-17.7%⁹. Las causas no infecciosas son mucho más prevalentes en los países desarrollados⁹. Por otro lado, también se sabe que la uveítis está fuertemente asociada a enfermedades sistémicas de origen inflamatorio¹⁰, como la espondilitis anquilosante, la artritis reactiva, la artritis psoriásica y la enfermedad inflamatoria intestinal; todas enfermedades que componen el grupo de las espondiloartropatías^{5,11,12}.

Se conoce que en Latinoamérica es una enfermedad prevalente, no obstante, pocos países han realizado estudios descriptivos de la enfermedad, entre los que se encuentran Colombia y Argentina^{7,13}. En un estudio realizado en Bogotá en el año 2009 se encontró que la uveítis más común era la posterior en el 36% de los casos y la panuveítis en el 31%, seguida por uveítis anterior en el 29%, y por último la uveítis intermedia en el 4%^{7,13}. La etiología más frecuente en Colombia fue la toxoplasmosis (39.8%), seguida de uveítis idiopática (18.8%) y toxocariasis (6.3%)¹³.

La uveítis varía en sus patrones de presentación según factores geográficos y étnicos, entre otros.

Por esto, nuestro estudio tiene como objetivo describir las características clínicas, etiológicas, de tratamiento y desenlaces de los pacientes con diagnóstico de uveítis tratados un centro de alta complejidad del suroccidente colombiano, conocido por su población multiétnica.

Métodos

Se realizó un estudio observacional y retrospectivo en Fundación Valle del Lili, en Cali, Colombia, desde enero del 2011 a septiembre del 2019. El estudio fue aprobado por el comité de ética institucional (protocolo 1434). La información fue obtenida a partir de registros electrónicos de historia clínica. Para seleccionar a los pacientes, se solicitó al departamento de estadística un listado de todos los que tuvieran código CIE-10 H200, correspondiente a iridociclitis aguda y subaguda. Posteriormente se revisó cada una de las historias clínicas para seleccionar a los pacientes que realmente tuvieran el diagnóstico de uveítis. Los pacientes con ausencia significativa de información fueron excluidos.

Se evaluaron características demográficas, clínicas y de tratamiento al momento del diagnóstico. En los pacientes que tuvieran además casos previos de uveítis, se recopiló información sobre número de episodios previos y etiología. Para evaluar los desenlaces, se revisaron las historias clínicas de control posteriores a la finalización del tratamiento, o la última historia de seguimiento disponible en pacientes que no continuaron asistiendo a la institución. Para evaluar las características clínicas, los pacientes se clasificaron según la localización de la uveítis en: ojo derecho (OD), ojo izquierdo (OI) y ambos ojos (AO).

Las variables cualitativas se expresan en proporciones y las variables cuantitativas como mediana (rango intercuartílico) y promedio (desviación estándar), según la distribución de normalidad basados en el test de Shapiro-Wilk.

Resultados

Características generales

Se incluyeron 144 pacientes con diagnóstico de uveítis. La mediana de edad al momento de la inclusión fue de 51.5 (35.2-61.7) años y la mayoría fueron mujeres (n = 80, 55.5%). Encontramos que 61 (42.4%) pacientes tenían antecedente de enfermedad y/o cirugía ocular; la más frecuente fue catarata en 19 (13.2%)

pacientes, seguido de defectos refractivos en 7 (4.9%). Adicionalmente evaluamos antecedentes patológicos que tuvieran algún componente inflamatorio, autoinmune o inmunitario, encontrando que los principales diagnósticos fueron hipotiroidismo y espondiloartropatías en 12 (8.3%) pacientes cada una (Tabla 1).

Características clínicas al momento de la inclusión

De los 144 pacientes con uveítis, 68 (47.2%) tuvieron afectación del OD, 60 (41.7%) del OI y 16 (11.1%) de AO. La uveítis anterior fue la clasificación anatómica más comúnmente encontrada (n = 95, 66%) (Tabla 2).

En cuanto al cuadro clínico, el ojo rojo fue la manifestación que más se presentó (OD: n = 37/68, 54.4%, OI: n = 37/61.7% y AO: n = 11/16, 68.8%). Las siguientes manifestaciones más frecuentes fueron dolor ocular y visión borrosa. Por su parte, la duración de los síntomas fue mayoritariamente menor de 12 semanas al momento del diagnóstico (Tabla 2).

La agudeza visual estuvo en un rango de 20/20-20/40 en 46 (67.6%) pacientes que tenían compromiso del OD, 37 (61.7%) con compromiso del OI y en aquellos con afectación de AO, 9 (56.3%) del OD y 10 (62.5%) del OI (Tabla 2). Ningún paciente presentó ceguera al momento del diagnóstico.

En términos de celularidad, el grado más frecuente fue de 1+, con proporciones similares entre todas las localizaciones: OD, n = 35/68 (51.5%); OI, n = 25/60 (41.7%), y AO 8/16 (50%). Por otro lado, una presión intraocular entre 10-22 mmHg fue encontrada en una cantidad mayor de pacientes, en comparación con los que presentaron < 10 y > 22 mmHg (Tabla 2). El tipo de inflamación fue descrito en 24 (16.7%) pacientes, de los cuales en 9 (6.2%) de ellos fue granulomatosa y en 15 (10.4%) fue no granulomatosa. Las complicaciones se mostraron de forma variable en las diferentes localizaciones (Tabla 2).

Pacientes con antecedente de uveítis

De los 144 pacientes incluidos, 43 (29.9%) contaban con episodios de uveítis en el pasado. La tabla 3 describe dichos episodios.

Etiología

El estudio de la causa de la uveítis se realizó en 112 (77.8%) pacientes del total de 144; en algunos se realizó el diagnóstico etiológico a partir de la

Tabla 1. Características demográficas y antecedentes patológicos

Características, n (%)	n = 144 (100%)
Demográficas	
Edad	51.5 (35.2-61.7)*
Mujeres	80 (55.5)
Enfermedad y/o cirugía ocular	
Catarata	19 (13.2)
Defecto refractivo	7 (4.9)
Glaucoma	6 (4.2)
Toxoplasmosis	5 (3.5)
Queratitis	4 (2.8)
Vitrectomía	4 (2.8)
Compromiso de párpados	3 (2.1)
Desprendimiento de retina	3 (2.1)
Trauma	1 (0.7)
Enfermedades inflamatorias, autoinmunes o inmunitarias	
Hipotiroidismo	12 (8.3)
Espondilitis anquilosante/espondiloartropatía	12 (8.3)
Artritis reumatoide	4 (2.8)
Artritis idiopática juvenil	3 (2.1)
Psoriasis	3 (2.1)
Sarcoidosis	2 (1.4)
Osteoartritis	1 (0.7)
Artritis reactiva	1 (0.7)
Enfermedad inflamatoria intestinal	1 (0.7)
Lupus eritematoso sistémico	1 (0.7)
Policondritis recidivante	1 (0.7)
Vitíligo	1 (0.7)
Fiebre reumática	1 (0.7)
Hipogammaglobulinemia	1 (0.7)
Hepatitis autoinmune	1 (0.7)
Síndrome de Blau	1 (0.7)
VIH	1 (0.7)

*Mediana (rango intercuartílico).

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

historia clínica y hallazgos al examen oftalmológico, y/o estudios de laboratorio y/o imágenes diagnósticas. Otros casos fueron considerados como uveítis leve por criterio médico y fueron tratados sin estudios adicionales. Adicionalmente, algunos de los pacientes en quienes se iniciaron estudios para identificar la causa de uveítis fueron perdidos en el seguimiento y algunos continuaban en estudio al momento de la evaluación final, 20 (17.9%); 7 (6.3%) se clasificaron como causa no definida o idiopática.

Se encontraron diferentes causas relacionadas con el diagnóstico de uveítis. Entre ellas, las infecciosas correspondieron principalmente a toxoplasmosis, vista en 8 (7.1%) pacientes. De las no infecciosas, la enfermedad asociada a antígeno leucocitario humano (HLA) B27 fue la más frecuente, en 10 (8.9%), seguida del síndrome de hipertensión arterial, visto en 4 (3.6%) de los pacientes. La uveítis de causa traumática se

Tabla 2. Características clínicas de los pacientes al momento de la inclusión*

Características clínicas uveítis, n (%)	OD n = 68 (47.2%)	OI n = 60 (41.7%)	AO n = 16 (11.1%)	
			OD	OI
Clasificación anatómica				
Anterior	47 (69.1)	40 (66.7)	8 (50)	8 (50)
Intermedia	2 (2.9)	1 (1.7)	2 (12.5)	1 (6.3)
Posterior	3 (4.4)	2 (3.3)	0 (0)	0 (0)
Panuveítis	8 (11.8)	5 (8.3)	4 (25)	4 (25)
Manifestaciones clínicas				
Ojo rojo	37 (54.4)	37 (61.7)	11 (68.8)	11 (68.8)
Dolor ocular	34 (50)	31 (51.7)	9 (56.3)	10 (62.5)
Visión borrosa	26 (38.2)	27 (45)	8 (50)	7 (43.8)
Fotofobia	20 (29.4)	19 (31.7)	3 (18.7)	3 (18.7)
Hipopión	1 (1.5)	1 (1.7)	1 (6.3)	1 (6.3)
Hifema	0 (0)	3 (5)	0 (0)	0 (0)
Duración síntomas				
< 12 semanas	42 (61.8)	37 (61.7)	11 (68.8)	11 (68.8)
> 12 semanas	22 (32.4)	10 (16.7)	2 (12.5)	2 (12.5)
Agudeza visual				
20/20-20/40	46 (67.6)	37 (61.7)	9 (56.3)	10 (62.5)
20/50-20/150	12 (17.6)	8 (13.3)	4 (25)	1 (6.3)
20/200-20/400	5 (7.4)	3 (5)	1 (6.3)	2 (12.5)
Cuenta dedos	1 (1.5)	4 (6.7)	0 (0)	0 (0)
Movimiento de manos	1 (1.5)	2 (3.3)	1 (6.3)	1 (6.3)
Percepción de luz	2 (2.9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Biomicroscopia				
Celularidad				
½ +	9 (13.2)	9 (15)	3 (18.7)	3 (18.7)
1+	35 (51.5)	25 (41.7)	8 (50)	8 (50)
2+	17 (25)	17 (28.3)	2 (12.5)	2 (12.5)
3+	3 (4.4)	8 (13.3)	3 (18.7)	3 (18.7)
4+	4 (5.9)	1 (1.7)	0 (0)	0 (0)
Presión intraocular (mmHg)				
< 10	8 (11.8)	13 (21.7)	3 (18.7)	2 (12.5)
10-22	50 (73.5)	48 (80)	12 (75)	13 (81.3)
> 22	8 (11.8)	9 (15)	1 (6.3)	1 (6.3)
Complicaciones				
Sinequias	10 (14.7)	7 (11.7)	2 (12.5)	3 (18.7)
Vitritis	10 (14.7)	7 (11.7)	1 (6.3)	2 (12.5)
Catarata	5 (7.4)	3 (5)	3 (18.8)	5 (31.3)
Edema macular	4 (5.9)	3 (5)	0 (0)	1 (6.3)
Queratopatía en banda	3 (4.4)	1 (1.7)	0 (0)	0 (0)
Glaucoma	3 (4.4)	3 (5)	1 (6.3)	1 (6.3)
Desprendimiento de retina	1 (1.5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Hemorragia vítrea	1 (1.5)	1 (1.7)	0 (0)	0 (0)
Edema nervio óptico	1 (1.5)	2 (3.3)	3 (18.7)	0 (0)
Ceguera	0 (0)	1 (1.7)	0 (0)	0 (0)
Membrana epirretiniana	0 (0)	2 (3.3)	1 (6.3)	1 (6.3)

*Cada paciente fue clasificado según la localización de la uveítis en OD, OI y AO.
OD: ojo derecho; OI: ojo izquierdo; AO: ambos ojos.

presentó únicamente en pacientes con compromiso unilateral, para un total de 13 (11.6%) pacientes. Entre los mecanismos de trauma, se encontró que cuatro casos se dieron durante la práctica de algún deporte,

dos se asociaron a violencia, dos a trauma con objetos contundentes, uno a quemadura por láser, uno por trauma con rama de árbol y uno se debió a accidente laboral (Tabla 4).

Tabla 3. Casos con historia previa de uveítis

Características, n (%)	n = 43 (100%)
Número de episodios previos	
1	16 (37.2)
> 1	21 (48.8)
Localización	
OD	16 (37.2)
OI	7 (16.3)
AO	7 (16.3)
Clasificación anatómica	
Anterior	17 (39.5)
Intermedia	2 (4.7)
Posterior	2 (4.7)
Panuveítis	0 (0)
Etiología	
Inflamatoria	15 (34.9)
Infeciosa	3 (7)
Posquirúrgica	2 (4.7)
Hipertensión arterial	2 (4.7)
Sarcoidosis	1 (2.3)
Espondilitis anquilosante	1 (2.3)
Artritis reumatoide	1 (2.3)
Artritis idiopática juvenil	1 (2.3)
Asociada a HLA-B27	1 (2.3)
Síndrome VKH	1 (2.3)
Síndrome de Blau	1 (2.3)
Heterocrómica de Fuchs	1 (2.3)
Vasculitis	1 (2.3)
Tiempo entre episodio previo y actual	
< 3 meses	7 (16.3)
> 3 meses	22 (51.2)

OD: ojo derecho; OI: ojo izquierdo; AO: ambos ojos; VKH: Vogt-Koyanagi-Harada.

Tabla 4. Etiologías relacionadas con la uveítis*

Etiología, n (%)	n = 112 (100%)
Infeciosa	
Toxoplasmosis	8 (7.1)
Herpes simple	7 (6.3)
Herpes zóster	4 (3.6)
Viral (patógeno no determinado)	2 (1.8)
HTLV	2 (1.8)
Sífilis	2 (1.8)
No infecciosa	
Asociada a HLA-B27	10 (8.9)
Hipertensión arterial	4 (3.6)
Síndrome Vogt-Koyanagi-Harada	3 (2.7)
Sarcoidosis	2 (1.8)
Artritis idiopática juvenil	2 (1.8)
<i>Pars planitis</i>	2 (1.8)
Artritis reumatoide	1 (0.9)
Artritis psoriásica	1 (0.9)
Leucemia linfocítica crónica	1 (0.9)
Artritis reactiva	1 (0.9)
Espondilitis anquilosante	1 (0.9)
Trauma	13 (11.6)
Abierto	3 (2.7)
Cerrado	9 (8.0)
Asociado a fármacos	
Retirada de esteroides	9 (8.0)
Alendronato	1 (0.9)
Otras	
En estudio	20 (17.9)
Idiopática/no definida	7 (6.3)
Posquirúrgica	10 (8.9)

*Un paciente con afectación del ojo izquierdo tuvo dos causas asociadas, posquirúrgica y retirada de esteroides.
HTLV: virus linfotrófico humano de células T; HLA: antígeno leucocitario humano.

Tratamiento

Evaluamos los medicamentos que se indicaron inicialmente al momento del diagnóstico, encontrando que el que más se administró fue esteroide tópico en 120 (83.3%) pacientes, seguido de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) tópicos (n = 65, 45.1%). También se indicaron medicamentos inmunosupresores en menor cantidad. Las uveítis infecciosas fueron tratadas con antibióticos y antivirales en esquemas variables según aplicara, por lo que no se indican las dosis (Tabla 5).

Desenlaces

De los 144 pacientes, 115 (79.9%) contaban con información de desenlaces, ya que no todos completaron el seguimiento hasta finalizar el tratamiento y algunos solo asistieron a la consulta inicial. Encontramos que en la mayoría de pacientes (n = 75, 65.2%) la agudeza visual permaneció sin cambios, aquí vale la pena tener en cuenta que al inicio la mayor proporción se

encontraba con agudeza visual normal; así mismo 30 (26.1%) presentaron mejoría de agudeza visual. También, en la mayoría (n = 86, 74.8%) la celularidad fue negativa, así como la presión intraocular se presentó en un rango normal de 10-22 mmHg en 94 (81.7%) pacientes (Tabla 6).

Discusión

Nuestro artículo corresponde a una caracterización clínica y epidemiológica de 144 pacientes con diagnóstico de uveítis en el suroccidente de Colombia. Encontramos que la edad al momento del diagnóstico estaba alrededor de los 51 años, similar a lo que han reportado otros estudios con promedios de edad de 46¹⁴ y 44¹⁵ años; un estudio del Reino Unido describió que el 77.8% de sus pacientes estaban en edades entre los 16 y 65 años, un 13.4% por debajo de los 16 y el 8.8% por encima de los 65¹⁶. Diferentes series han mostrado que la prevalencia de uveítis entre hombres

Tabla 5. Tratamiento

Tratamiento, n (%)	n = 144 (100%)	Dosis
Tópico		
Esteroides tópicos	120 (83.3)	6 (4-8)* VD
AINE tópicos	65 (45.1)	3 (3-3)* VD
Anticolinérgicos	42 (29.2)	3 (2-3)* VD
Inhibidores de la anhidrasa carbónica	20 (13.9)	2 (2-2)* VD
Inmunosupresor		
Esteroides sistémicos	11 (7.6)	50 (15-50)* mg/día
Ciclosporina	3 (2.1)	100 (100-200)* mg/día
Metotrexato	7 (4.9)	15 (8.7-28.7)* mg/semana
Sulfasalazina	1 (0.7)	1,000 mg/día
Inhibidores TNF- α	3 (2.1)	40 mg cada 15/30 días
Interferón alfa	1 (0.7)	SD
Antimicrobiano	18 (12.5)	
Antibiótico	9 (6.3)	-
Antiviral		-

*Mediana (rango intercuartílico).

AINE: antiinflamatorios no esteroideos; TNF- α : factor de necrosis tumoral alfa; VD: veces por día; SD: sin dato.

y mujeres es cercana a 1:1⁹. En nuestra cohorte, un poco más de la mitad (55.5%) fueron mujeres, lo cual se asemeja a otras con 54.1%¹⁶ y 59.4%¹⁷.

En nuestro caso, el 11.1% se presentó de forma bilateral, mientras que el 88.9% de forma unilateral, muy similar al 73.4% visto por Mercanti et al.¹⁵. Adicionalmente, tuvimos afectación similar del OD (47.2%) y el OI (41.7%), hallazgo que es comparable con el estudio de Jones¹⁶, en el que el OD estuvo afectado en un 50.2 vs. 49.8% del OI.

Por otro lado, los antecedentes patológicos tanto oftalmológicos como sistémicos son de interés, puesto que enfermedades con componentes inflamatorios pueden desencadenar uveítis. Este es el caso de las espondiloartropatías, la sarcoidosis y el síndrome de Behçet^{11,18}, entre otras que podrían orientar hacia una causa en las uveítis no infecciosas. Los antecedentes de cirugía de catarata y agudeza visual reducida se asocian a presentaciones más crónicas de la uveítis². Nuestros pacientes presentaban diferentes comorbilidades, siendo el hipotiroidismo y las espondiloartropatías las más frecuentes (n = 12, 8.3%). El estudio de Borkar et al.¹⁹ reportó que los pacientes con enfermedad tiroidea tenían 1.7 veces más posibilidades de desarrollar uveítis comparados con controles.

En concordancia con estudios epidemiológicos que reportan la uveítis anterior como la clasificación que corresponde a la mitad de los casos vistos globalmente^{4,7,20}, esta fue también la más vista en nuestros

Tabla 6. Desenlaces clínicos postratamiento en pacientes con consulta de seguimiento

Desenlaces, n (%)	n = 115 (100%)
Agudeza visual	
Sin cambios	75 (65.2)
Mejóro	30 (26.1)
Empeoro	7 (6.1)
Celularidad	
½ +	5 (4.3)
1+	16 (13.9)
2+	3 (2.6)
3+	3 (2.6)
4+	0 (0)
Sin celularidad	86 (74.8)
Presión intraocular (mmHg)	
< 10	16 (13.9)
10-22	94 (81.7)
> 22	5 (4.3)

pacientes. Si bien puede ser asintomática, encontramos que ojo rojo²¹, dolor ocular, visión borrosa y fotofobia fueron las manifestaciones que más se presentaron, tal como se describe en la literatura el cuadro clínico típico de la uveítis^{2,6}. Adicionalmente, fue predominantemente limitada siguiendo el criterio de duración de síntomas menor a 12 semanas²². Como se sabe, en la uveítis la presión intraocular puede disminuirse o aumentarse, bien sea por la inflamación²³, el uso de esteroides, presencia de sinequias o alteraciones en el cuerpo ciliar⁶. En nuestro grupo encontramos que el porcentaje de pacientes en estos extremos fue mucho menor comparada con aquellos en rangos de presión intraocular normal.

En cuanto a las complicaciones vistas en nuestra serie, cada una tuvo frecuencias de presentación distintas según la localización de la uveítis. Sin embargo, vimos que la vitritis y las sinequias fueron las que más se presentaron, seguido de cataratas. Un estudio llevado a cabo en España mostró que de 500 pacientes con uveítis, el 10% desarrolló catarata, el 8% sinequias y ninguno vitritis²⁴. Este mismo grupo encontró pérdidas moderadas-severas de visión en un 13.5% correspondiente al OD y en un 13% correspondiente al OI²⁴. Por nuestra parte, solo un paciente con uveítis en OI desarrolló ceguera.

Como se mencionó anteriormente, la etiología de las uveítis es multifactorial⁹ y en el 28-45% de los casos no se logra identificar³, como en el estudio de Mercanti et al.¹⁵ y el de Neiter et al.¹⁷, en los que el 44.4% y el 51.6% de las uveítis fueron clasificadas como idiopáticas,

respectivamente; para nosotros el 17.9% fue uveítis en estudio y el 6.3% idiopáticas o no definidas.

De las que tuvieron causas identificables, encontramos que entre las infecciosas, la toxoplasmosis fue la que más se vio, hallazgo que concuerda con lo que se ha escrito previamente¹⁵, sobre todo en países de Suramérica⁷. El estudio de 2009 en Bogotá, encontró que esta fue la causa principal en su cohorte¹³. De las causas no infecciosas, la uveítis asociada a HLA-B27 fue la más frecuente en el 8.9%. Algunos autores han mencionado que esta es la causa en el 50% de uveítis anteriores¹⁰. El síndrome Vogt-Koyanagi-Harada estuvo presente en el 2.7% de nuestros pacientes; su incidencia está en un rango entre el 7 y el 22.4%, con mayor predilección por personas de origen asiático, hispano y mediterráneo²⁵. La asociada a hipertensión y a sarcoidosis, fueron la causa en el 3.6 y el 1.8% de pacientes, respectivamente. Según otros reportes, la incidencia de uveítis por sarcoidosis es variable, pues en Italia es del 0.76%¹⁵, mientras que en Japón es la causa del 10-13% de los casos. A pesar de esto, la uveítis traumática representó la principal causa en nuestro grupo, afectando al 10.7% de pacientes, asociado principalmente a la práctica de algún deporte y eventos violentos²⁶.

También tuvimos casos relacionados con fármacos, nueve (8%) pacientes desarrollaron uveítis al retirar la administración de esteroides. El mecanismo por el cual se induce la inflamación ocular no está dilucidado aún²⁷. Adicionalmente, tuvimos un (0.9%) caso relacionado con el uso de alendronato. Sobre los bifosfonatos, se conoce que los nitrogenados estimulan receptores antigénicos en linfocitos T, que desencadenan la liberación de mediadores proinflamatorios²⁷.

En ocasiones el estudio de la uveítis y su etiología puede dar paso a la identificación de enfermedades subyacentes que no habían sido diagnosticadas. Un reporte de caso mostró cómo la evidencia de uveítis intermedia fue la presentación inicial de un caso de sífilis en un paciente de 22 años²⁸. Igualmente, en otro estudio se propuso un algoritmo para remitir pacientes con uveítis anterior aguda desde oftalmología a reumatología, dado que el 41.6% tenía espondiloartropatías no diagnosticadas²⁰.

En relación con el tratamiento, los medicamentos de elección al momento del diagnóstico fueron los medicamentos tópicos como esteroides, AINE tópicos, anticolinérgicos e inhibidores de la anhidrasa carbónica. Los esteroides sistémicos e inmunosupresores se dieron en un número más pequeño de pacientes, lo que habla de menos compromiso sistémico y casos severos²⁹.

Por último, un estudio en 2018 reportó que pacientes con uveítis mostraban mayores puntajes en la escala de estrés percibida de diez preguntas (PSS-10) comparados con pacientes sin uveítis³⁰, lo que recalca el impacto que tiene esta enfermedad sobre la calidad de vida de los pacientes y la importancia del manejo integral de esta.

Limitaciones del estudio

La naturaleza retrospectiva del estudio limita la consecución de todos los datos, por esta razón los valores en las tablas pueden no sumar el N total de la muestra.

Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial o con ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo.

Bibliografía

1. Espinosa G, Muñoz-Fernández S, García Ruiz de Morales JM, Herrerías JM, Cordero-Coma M. Treatment recommendations for non-infectious anterior uveitis. *Med Clin (Barc)* 2017;149:552.e1-552.e12.
2. Dunn JP. Uveitis. *Prim Care*. 2015;42:305-23.
3. Grumet P, Kodjikian L, de Parisot A, Errera MH, Sedira N, Heron E, et al. Contribution of diagnostic tests for the etiological assessment of uveitis, data from the ULISSE study (Uveitis: Clinical and medicoeconomic evaluation of a standardized strategy of the etiological diagnosis). *Autoimmun Rev*. 2018;17:331-43.
4. Durrani OM, Meads CA, Murray PI. Uveitis: A potentially blinding disease. *Ophthalmologica*. 2004;218:223-36.

5. Barisani-Asenbauer T, MacA SM, Mejdoubi L, Emminger W, Machold K, Auer H. Uveitis- a rare disease often associated with systemic diseases and infections- a systematic review of 2619 patients. *Orphanet J Rare Dis.* 2012;7:1-7.
6. Gueudry J, Muraine M. Anterior uveitis. *J Fr Ophtalmol.* 2018;41:e11-e21.
7. Miserocchi E, Fogliato G, Modorati G, Bandello F. Review on the worldwide epidemiology of uveitis. *Eur J Ophthalmol.* 2013;23:705-17.
8. Chang JH-M, Wakefield D. Uveitis: a global perspective. *Ocul Immunol Inflamm.* 2003;10:263-79.
9. Tsirouki T, Dastiridou A, Symeonidis C, Tounakaki O, Brazitikou I, Kalogeropoulos C, et al. A focus on the epidemiology of uveitis. *Ocul Immunol Inflamm.* 2018;26:2-16.
10. Kopplin LJ, Mount G, Suhler EB. Review for disease of the year: Epidemiology of HLA-B27 associated ocular disorders. *Ocul Immunol Inflamm.* 2016;24:470-75.
11. Rosenbaum JT, Asquith M. The Microbiome and HLA B27-associated acute anterior uveitis. *Nat Rev Rheumatol.* 2018;14:704-13.
12. D'Ambrosio EM, La Cava M, Tortorella P, Gharbiya M, Campanella M, Iannetti L. Clinical features and complications of the HLA-B27-associated acute anterior uveitis: A meta-analysis. *Semin Ophthalmol.* 2017;32:689-701.
13. de-la-Torre A, López-Castillo CA, Rueda JC, Mantilla RD, Gómez-Marín JE, Anaya JM. Clinical patterns of uveitis in two ophthalmology centres in Bogota, Colombia. *Clin Exp Ophthalmol.* 2009;37:458-66.
14. Chang JH, Raju R, Henderson TRM, McCluskey PJ. Incidence and pattern of acute anterior uveitis in Central Australia. *Br J Ophthalmol.* 2010;94:154-6.
15. Mercanti A, Parolini B, Bonora A, Lequaglie Q, Tomazzoli L. Epidemiology of endogenous uveitis in north-eastern Italy. Analysis of 655 new cases. *Acta Ophthalmol Scand.* 2001;79:64-8.
16. Jones NP. The Manchester Uveitis Clinic: The first 3000 patients-epidemiology and casemix. *Ocul Immunol Inflamm.* 2015;23:118-26.
17. Neiter E, Conart JB, Baumann C, Rousseau H, Zuily S, Angioi-Duprez K. Epidemiologic and etiologic patterns of uveitis in a University Hospital. *J Fr Ophtalmol.* 2019;42:844-51.
18. Krishna U, Ajanaku D, Denniston AK, Gkika T. Uveitis: A sight-threatening disease which can impact all systems. *Postgrad Med J.* 2017;93:766-73.
19. Borkar DS, Homayounfar G, Tham VM, Ray KJ, Vinoya AC, Uchida A, et al. Association between thyroid disease and uveitis results from the pacific ocular inflammation study. *JAMA Ophthalmol.* 2017;135:594-9.
20. Haroon M, O'Rourke M, Ramasamy P, Murphy CC, FitzGerald O. A novel evidence-based detection of undiagnosed spondyloarthritis in patients presenting with acute anterior uveitis: The DUET (Dublin Uveitis Evaluation Tool). *Ann Rheum Dis.* 2015;74:1990-5.
21. Tarff A, Behrens A. Ocular emergencies: Red eye. *Med Clin North Am.* 2017;101:615-39.
22. Sève P, Cacoub P, Bodaghi B, Trad S, Sellam J, Bellocq D, et al. Uveitis: Diagnostic work-up. A literature review and recommendations from an expert committee. *Autoimmun Rev.* 2017;16:1254-64.
23. Agrawal RV, Murthy S, Sangwan V, Biswas J. Current approach in diagnosis and management of anterior uveitis. *Indian J Ophthalmol.* 2010;58:11-9.
24. Fanlo P, Heras H, Espinosa G, Adan A. Complications and visual acuity of patients with uveitis: Epidemiological study in a reference unit in northern Spain. *Arch la Soc Española Oftalmol (English Ed).* 2019;94:419-25.
25. Baltmr A, Lightman S, Tomkins-Netzer O. Vogt-Koyanagi-Harada syndrome - current perspectives. *Clin Ophthalmol.* 2016;10:2345-61.
26. Takase H. Characteristics and management of ocular sarcoidosis. *Immunol Med* 2021;2:1-10. DOI: 10.1080/25785826.2021.1940740
27. Agarwal M, Dutta Majumder P, Babu K, Konana VK, Goyal M, Touhami S, et al. Drug-induced uveitis: A review. *Indian J Ophthalmol.* 2020;68:1799-807.
28. Yıldız Balcı S, Turan Vural E, Özçalı kan . Intermediate uveitis as the initial and only presentation of syphilis. *Turkish J Ophthalmol.* 2019; 49:297-9.
29. El Jammal T, Loria O, Jamilloux Y, Gerfaud-Valentin M, Kodjikian L, Sève P. Uveitis as an open window to systemic inflammatory diseases. *J Clin Med.* 2021;10:281.
30. Berlinberg EJ, Gonzales JA, Doan T, Acharya NR. Association between noninfectious uveitis and psychological stress. *JAMA Ophthalmol.* 2019;137:199-205.