



PRONÓSTICO DE COMPLICACIONES EN LAS UVEÍTIS ANTERIORES NO INFECCIOSAS

Autores: Dra. Yuannis Peña Almenares¹, Dr. Yohani García Mederos² Drc. Alexis Álvarez Aliaga³, Drc. Damaris Fuentes Pelier⁴, Msc. Nancy Peña López⁵

¹ Especialista de 1er grado en MGI y Oftalmología, Departamento de Uvea e inflamaciones oculares del servicio de Oftalmología, Facultad de Ciencias médicas Bayamo, Universidad de ciencias médicas de Granma, Hospital Carlos Manuel de Céspedes. Granma, Cuba.

² Especialista de 1er grado en MGI y Bioestadística Médica, Departamento provincial de genética médica, Facultad de Ciencias médicas Bayamo, Universidad de ciencias médicas de Granma, Hospital Carlos Manuel de Céspedes. Granma, Cuba.

³ Especialista de 2do grado en Medicina Interna, Departamento de docencia e investigaciones, Facultad de Ciencias médicas Bayamo, Universidad de ciencias médicas de Granma, Hospital Carlos Manuel de Céspedes. Granma, Cuba.

⁴ Especialista de 2do grado en Oftalmología, Departamento de neurooftalmología del servicio de Oftalmología, Facultad de Ciencias médicas No 2, Instituto superior de ciencias médicas de Santiago de Cuba, Hospital clínico quirúrgico Juan Bruno Sayas. Santiago de Cuba, Cuba.

⁵ Especialista de 1er grado en MGI, Departamento de docencia, Facultad de Ciencias médicas Bayamo, Universidad de ciencias médicas de Granma, Dirección municipal de salud. Granma, Cuba.

e-mail primer autor: yuannispena@gmail.com



RESUMEN

Introducción: Se denomina uveítis toda inflamación intraocular ⁽¹⁾, es una importante causa de ceguera ⁽²⁾. Esta investigación se propone describir los factores que influyen en el pronóstico de complicaciones en las uveítis anteriores no infecciosas. **Métodos:** Se realizó un estudio observacional prospectivo y longitudinal de serie de casos en 87 pacientes, atendidos en la consulta de úvea del Hospital Carlos Manuel de Céspedes, desde febrero de 2015 hasta febrero del 2018. Se estudiaron las variables: sexo, edad, complicaciones oculares y factores que influyeron en el pronóstico como: periodicidad y severidad de las crisis, presencia de sinequias y adherencia al tratamiento. Se confeccionaron tablas y gráficos que expresaron los resultados en números absolutos y porcentos. **Resultados:** Predominaron la edad de 41 a 60 años (43,7%) y el sexo femenino (66,7%). La complicación más frecuente fue la catarata (27,1%). La presencia de más de 3 crisis en 1 año con 32 pacientes, las crisis moderadas, en 21 casos y las sinequias fueron los factores que influyeron en el pronóstico de complicaciones. **Conclusiones:** Los pacientes más afectados fueron las mujeres de 41 a 60 años. La presencia de más de 3 crisis en 1 año, las crisis moderadas, pacientes y las sinequias fueron los factores que influyeron en el pronóstico de complicaciones.

Palabras clave: Uveítis, complicaciones, factores que influyen en el pronóstico.

INTRODUCCIÓN

La uveítis se define como la inflamación del tracto uveal y/o de sus estructuras adyacentes ^(1,2).

La uveítis anterior, es la más frecuente. En Occidente corresponde al 90 % de los casos de atención primaria y al 50 - 60 % de los casos en centros terciarios ^(3,4).

La incidencia reportada de uveítis en países desarrollados varía entre 15 y 17 casos por cada 100.000 habitantes, con una prevalencia de 0,1% ⁽⁵⁾.

Según Foster en el 2013 las causas no infecciosas son la principal causa de todas las uveítis y constituyen una importante causa de pérdida visual a nivel mundial. ^(3,4)



Espinoza Mora en su estudio concluyó un predominio de las anteriores con curso crónico y bilaterales, con significativas tasas de complicaciones. Resultados similares se describen por Tsirouki T^(5,6)

En Cuba a pesar de no existir estudios de incidencia y prevalencia publicados, este problema de salud está considerado entre las primeras causas de demanda de atención en las consultas de oftalmología⁽⁷⁾.

Debido a la gran heterogeneidad clínico-epidemiológica 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.⁽⁸⁾ Desde el punto de vista anatómico, la más utilizada actualmente, las clasifica en:

Uveítis anterior: Son aquellas en las que la inflamación afecta principalmente a la cámara anterior y vítreo retrolental.

Intermedia: La inflamación afecta primariamente a la cavidad vítrea.

Posterior: Son aquellas en las que la afectación principal se sitúa en retina y coroides^(2,9,10).

Panuveítis o total: Este término sólo se reserva para cuando la inflamación no tiene una localización específica, y se ven implicadas la cámara anterior, vítreo, retina y/o coroides.

También se clasifican según el inicio en: Súbito o insidioso; según la duración: limitada (\leq de 3 meses con tratamiento adecuado) y persistente (>3 meses). En cuanto al curso clínico diferenciamos entre: aguda, recurrente y crónica⁽²⁾ Etiológicamente pueden ser **exógenas** cuando son causadas por lesiones o microorganismos externos o **endógenas** si se deben a infecciones u otras condiciones provenientes del propio paciente. En cuanto a la etiología, las uveítis pueden estar asociadas a enfermedades sistémicas en 20 % de los casos, tener una causa específica en 20 % o ser uveítis idiopáticas en 60 %.⁽¹²⁾ En este contexto también se pueden agrupar en **infecciosas**, **no infecciosas** y síndromes de enmascaramientos, estos últimos referidos a causas neoplásicas o para neoplásicas^(8,9). Las causas



también van a estar relacionadas con la edad, o sea existe predominio de determinados tipos de uveítis en algunas etapas de la vida. En relación a esto se puede decir que la uveítis es poco común en los diez primeros años de vida, sin embargo, algunas entidades clínicas como la artritis idiopática juvenil predominan en niños ^(10,11,12). El sistema inmunológico cumple un papel fundamental para el desarrollo de dicha respuesta inflamatoria, ya sea de origen infeccioso o autoinmune^(12,13). A pesar del denominado privilegio inmune ocular la aparición de uveítis autoinmune sigue siendo común y su causa aún está por establecer ^(9,10).

La etiología es heterogénea y variada, usualmente es idiopática, seguidas de las causas autoinmunes, pueden ser además de causa infecciosa y síndromes de enmascaramiento por procesos malignos. En un reporte en Costa Rica, por León Céspedes la uveítis anterior correspondió al 63,8 % de los casos, con predominio del origen idiopático y autoinmune ⁽⁴⁾.

Las uveítis asociadas a espondiloartropatías se encuadran dentro del grupo de las uveítis relacionadas con el antígeno de histocompatibilidad HLA-B27. Dicho antígeno predispone a padecer uveítis anterior independientemente de posibilitar una espondiloartropatía ⁽⁷⁾.

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

Aunque en estos últimos años ha ocurrido un incremento en el número de trabajos que estudian factores epidemiológicos, existen escasos estudios poblacionales que permitan conocer factores de riesgo y factores pronósticos de esta enfermedad. Con esta investigación se pretende Describir los factores que influyen en el pronóstico de complicaciones en las uveítis anteriores no infecciosas.



OBJETIVO

Describir los factores que influyen en el pronóstico de complicaciones en las uveítis anteriores no infecciosas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, prospectivo y longitudinal de serie de casos, en pacientes con diagnóstico de Uveítis anterior no infecciosa, atendidos en la consulta de úvea del Centro Médico Ambulatorio, perteneciente al Hospital Carlos Manuel de Céspedes durante el periodo comprendido de febrero de 2015 a febrero de 2018.

Teniendo en cuenta que todos los pacientes que asistieron a consulta cumplieron con los criterios de selección, en esta investigación la muestra, quedó conformada por 87 pacientes con diagnóstico de uveítis anteriores no infecciosas, que fueron atendidos en la consulta de úvea, perteneciente al Hospital Carlos Manuel de Céspedes durante el periodo comprendido de febrero de 2015 a febrero de 2018. Se estudiaron variables como la edad, el sexo, color de la piel, procedencia, clasificación anatómica y lateralidad de las crisis, complicaciones oculares (estrabismo, ambliopía, glaucoma, catarata, sinequias anteriores o posteriores y desprendimiento de retina seroso y traccional, membranas neo vasculares, membranas epiretinianas ^(MER), edema macular quístico ^(EMQ)) ⁽¹⁾ También se estudiaron los factores que influyeron en el pronóstico, entre los que se encuentran la periodicidad de las crisis, la severidad de las mismas, la presencia de sinequias y la adherencia al tratamiento. Los datos fueron recogidos por la autora y colaboradores mediante la revisión de historias clínicas y en el examen oftalmológico, a todos los pacientes se les indicaron complementarios que nos ayudaron en la confirmación del diagnóstico, así como se les dio seguimiento a todos durante 1 año como mínimo. Período de inclusión de enero 2015 a enero 2017.

Se confeccionó una base de datos en MS Excel y se emplearon los sistemas EPIDAT 4.0 y SPSS Versión 25.0 para el procesamiento y presentación de los resultados. Se aplicaron las técnicas de estadística descriptiva, para resumir los datos se usó el número y el porcentaje. Todos los pacientes que participaron en la investigación fueron informados sobre los objetivos de la misma y los procedimientos diagnósticos a realizar en cada caso, así como los principios de riesgo-beneficio, garantizando la



confidencialidad de la información obtenida. Se recogió el consentimiento informado a todos los estudiados.

DESARROLLO

Como se puede apreciar en la Tabla 1, el grupo más afectado fue el de las edades comprendidas entre 41 y 60 años con 38 pacientes (43,7%), seguido del grupo de 18 a 40 años con 27 pacientes (31%), de manera que la mayoría de los casos están en las edades de 18 a 60 años. En relación con el sexo, en la investigación hubo un predominio del femenino con 58 pacientes para un 66,7%. En cuanto al color de la piel resaltó la piel mestiza con 44 (50,6%). Hay uveítis que afectan más a un determinado grupo. Así, las uveítis de aparición típica en la infancia son la artritis idiopática juvenil (AIJ) o la pars planitis, en contraposición a otras que se presentan a edades más avanzadas como la coroidopatía en perdigonada (birdshot), o el linfoma intraocular. Uveítis típicas del sexo masculino son las asociadas a espondiloartropatías seronegativas, y en general las uveítis agudas o recurrentes, mientras que la uveítis asociada a AIJ es prácticamente exclusiva del sexo femenino. En razas de piel oscura son más frecuentes uveítis como el VKH o la sarcoidosis, mientras que en razas de piel clara es más frecuente el síndrome de presunta histoplasmosis ocular (PHO).⁽⁴⁾

Al comparar estos datos con los de la literatura, vemos cómo la tendencia en cuanto al orden de frecuencia es básicamente es la misma. Díaz del Valle y cols. encontraron una frecuencia de uveítis anterior en 51%, posterior 19%, panuveítis 16% e intermedia 13% ⁽³⁾. De esta misma manera existe consenso en los demás estudios revisados ⁽¹⁾.

La **Tabla 2** muestra las complicaciones que aparecieron en la presente investigación, siendo la catarata la predominante con 13 casos (27,1%), seguida de la hipertensión ocular, esta última representando un 25,0% de los casos, le siguen el desprendimiento de retina, queratopatía en banda con 6 y 5 casos respectivamente, la ambliopía con 3 casos cada una y la menos frecuentes con un caso la neovascularización coroidea.

Se pueden presentar diferentes complicaciones entre ellas las más frecuentes la catarata, el glaucoma, la queratopatía en banda y edema macular cistoide ⁽²⁾. Prieto



del Cura describió las complicaciones más frecuentes entre ellas la catarata con un 30% del total de complicaciones, seguida por el edema macular con un 21,3% y de la hipertensión ocular/glaucoma con un 13%, siendo la evolución crónica y la bilateralidad de las crisis los factores que más influyeron ⁽⁴⁾. La catarata es la complicación más frecuente de las uveítis anteriores ⁽¹³⁾. Miquelis y colaboradores citan los mecanismos a través de los cuales se produce el glaucoma en pacientes con uveítis, describiendo que existe una asociación frecuente entre uveítis y glaucoma, la cual está favorecida por varios mecanismos interrelacionados ^(14,15).

La tabla 3 muestra los factores que influyeron en la aparición de complicaciones, siendo la presencia de más de 3 crisis en 1 año con 32 pacientes, las crisis moderadas, presentes en 21 pacientes y la presencia de seclusión pupilar los que influyeron en la presencia de complicaciones.

Con frecuencia las complicaciones están presentes al momento del diagnóstico, pero cuando no es así el grado y características de la inflamación ocular en el examen inicial puede ser un importante factor pronóstico para el desarrollo de complicaciones oculares y en consecuencia de pérdida de agudeza visual durante el seguimiento. En estudios antes mencionados ⁽⁴⁾, se plantea la influencia de la cronicidad y bilateralidad de las crisis, así como la interrelación entre varios factores para la existencia del glaucoma y la hipertensión ocular, dentro de los cuales se encuentra la seclusión pupilar ^(14,15).

CONCLUSIONES

Los pacientes más afectados fueron las mujeres de 41 a 60 años. La complicación más frecuente fue la catarata. La presencia de más de 3 crisis en 1 año, las crisis moderadas y las sinequias fueron los factores que mostraron influencia en el pronóstico de complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Foster CS, Vitale AT. Diagnosis and treatment of uveitis. WB Saunders Company. Philadelphia, 2015: 563-567.
2. Díaz M, Calonge M, Sainz MT, Benítez JM, Gallego R, Arévalo F. Uveítis y escleritis. Diagnóstico y Tratamiento. 2015: 44-46.



3. Lonngi M, Aguilar MC, Ríos HA, Aristizábal CH, Rodríguez FJ, de-laTorre A. Pediatric Uveitis: Experience in Colombia. *Ocul Immunol Inflamm.* 2016; 24(4): 410-4.
4. Prieto M, González J. Complicaciones de las uveítis: prevalencia y factores de riesgo en una serie de 398 casos. *Arch Soc Esp Oftalmol*[Internet]. 2017[citado 12 Marz 2019]; 84(10):[aprox. 4 p.]. Disponible en: http://www.oftalmo.com/seo/archivos/maquetas/1/65C4BCA4C704_D529-DA4B-000021BA88F1/articulo.html.
5. Toro O, De la Torre A, Pachón Suárez D, Salazar J, Parra Morales AM, Diagnóstico y tratamiento inicial de la uveítis por médicos no oftalmólogos. *NOVA* [Internet]. 2017 [citado 2021 Feb 09]; 15 (28): 99114.
6. Ivankovich G, Martínez J, Matus Obregón D, Arguedas O. Recomendaciones pediátricas para el manejo de la uveítis no infecciosa en Costa Rica. *Acta Médica Costa-ricense* [Internet]. 2020 [citado 2021 Feb 09]; 68(3). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/>
7. Fouces Y, Galindo K, León M, Díaz H. Enfermedades inflamatorias de la úvea. *MEDISAN*[Internet]. 2016 [citado 12 Agos 2019];16(6): Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_6_10/san03610.htm
8. Caspi R. A look at autoimmunity and inflammation in the eye. *J Clin Invest.* 2017;120(9):3070-3083.
9. González A., Mesa E., HernándezA., Tirado O.M., Ortega L. Comportamiento clínico epidemiológico de las uveítis anteriores. *Revista Mexicana de Oftalmología.* 2016; 87(4): 208214.
10. Prete M., Dammacco R., Fatone M.C., Racanelli V. Autoimmune uveitis: clinical, pathogenetic and therapeutic features. *Clin Exp Med* 2016; 14(4):304-1.
11. Selmi C. Diagnosis and classification of autoimmune uveitis. *Autoimmun Rev.* 2016;13(4-5):591-4.
12. Espinoza M d R; Chan H Ch, Dorado C, León MP. Casos clínicos de uveítis del Hospital México, 2010-2013. *Acta Médica Costarricense.*2016;58:74-80.
13. Prieto M; González, J. Risk factors for ocular complications in adult patients with uveitis. *European Journal of Ophthalmology.* 2020, January 5.



14. Miqueli M, López S M, Ambou Frutos I. La uveítis y el glaucoma, un reto para el oftalmólogo. *Rev. Cubana de oftalmología*. 2018; 31(3).
15. Díaz D, Méndez R, Arriola P, Cuiña R, Ariño M. Enfermedades sistémicas no infecciosas y uveítis. *Anales Sis San Navarra [Internet]*. 2008[citado 12 Jul 2019]; 31(3): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/viewArticle/5226>
16. Gupta A, Ramanan AV. Uveitis in Children: Diagnosis and Management. *Indian J Pediatr*. 2016; 83(1):71-7.
17. Ozdal PC, Berker N, Tugal I. Pars Planitis: Epidemiology, Clinical Characteristics, Management and Visual Prognosis. *J Ophthalmic Vis Res*. 2015; 10(4): 469-80.
18. Naranjo B T, López M, Moreno J C, Acosta F. La uveítis, comportamiento clínico epidemiológico en Pinar del Río. *Rev ciencias médicas [Internet]*. 2015 Abr [citado 2020 Jun 04]; 19(2), 266-274. Disponible en: <http://scielo.sld.cu>.

Los autores certifican la autenticidad de la autoría declarada, así como la originalidad del texto.



Anexos

Tabla 1: Pacientes según variables sociodemográficas y categorías estudiadas.

Variables		Frecuencia absoluta	%
Edad	< 18 años	6	6,9
	18 - 40 años	27	31,0
	41 - 60 años	38	43,7
	> 60 años	16	18,4
	Total	87	100,0
Sexo	Femenino	58	66,7
	Masculino	29	33,3
	Total	87	100,0
Color de la piel	Blanco	36	41,4
	Mestizo	44	50,6
	Negro	7	8,0
	Total	137	100,0



Tabla 2: Pacientes según complicaciones oculares más frecuentes.

Complicaciones	Frec. Absol.	Frec. Relat.
Catarata	13	27,1
Edema macular quístico	8	16,7
Queratopatía en banda	5	10,4
Hipertensión ocular	12	25,0
Ambliopía	3	6,2
Desprendimiento de retina	6	12,5
Neovascularización coroidea	1	2,1
Total	48	100,0

Tabla 3 factores que influyeron en el pronóstico de complicaciones

Factores		Frec. Absol.	Frec. Relat.(%)
Periodicidad de las crisis	3 o menos	16	33,3
	más de 3	32	66,6
Severidad de las crisis	Leve	15	31,2
	Moderada	21	43,7
	Severa	12	25
Presencia de sinequias	1	2	60,4
	más de 1	11	
	Seclusión pupilar	16	
Adherencia al tratamiento	Si	27	56,2
	No	21	43,7