



## ARTÍCULO ORIGINAL

# PRESENTACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DE LA UVEÍTIS EN DOS CENTROS OFTALMOLÓGICOS DE REFERENCIA DEL PARAGUAY

María Magdalena Salinas Díaz

Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Católica "Nuestra Señora de Asunción", Paraguay

### RESUMEN

**Introducción:** La uveítis es la inflamación del iris, los cuerpos ciliares, el cuerpo vítreo y/o la coroides. Posee diferentes mecanismos relacionados a su patogénesis, así como una clasificación según su anatomía, clínica, duración, curso, inicio, lateralidad y otros. El objetivo fue describir el comportamiento clínico-epidemiológico de la uveítis en dos centros oftalmológicos de referencia del Paraguay.

**Métodos:** Observacional, descriptivo de corte transversal, retrospectivo. Se recogieron los datos de los expedientes clínicos de todos los pacientes con diagnóstico de uveítis que acudieron a consulta en los dos centros de atención, en el periodo enero del 2016 al 2017.

**Resultados:** Se incluyó a 96 pacientes, 51% es del sexo femenino, con edades entre los 17 y los 83 años. Los principales motivos de consulta de los pacientes fueron dolor (33,3 %), disminución de la agudeza visual (30,2 %) y visión borrosa (14,6 %). En cuanto al ojo afectado el 12,5% fue bilateral, el 43,8% derecho y el 43,8% izquierdo. Los diagnósticos más frecuentes fueron uveítis anterior (50%), uveítis por toxoplasmosis (22,9 %), coriorretinitis (10,4%) y panuveítis (5,2 %).

**Conclusión:** El diagnóstico requiere una evaluación oftalmológica. Debe evaluarse la agudeza visual y realizarse un examen con lámpara de hendidura y fondo de ojo. Los síntomas de la uveítis son inespecíficos y consisten en diversas combinaciones.

#### Autor de correspondencia:

María Magdalena Salinas Díaz  
maidis\_s@hotmail.com

**Recibido:** 25/07/2018

**Aceptado:** 22/10/2018

#### Palabras clave:

Uveítis, Prevalencia,  
Epidemiología, Paraguay.

# CLINICAL-EPIDEMIOLOGICAL PRESENTATION OF THE UVEITIS IN TWO OPHTHALMOLOGY CENTRES OF REFERENCE OF PARAGUAY.

## ABSTRACT

**Background:** Uveitis is inflammation of the iris, ciliary bodies, vitreous body and/or choroid. It has different mechanisms related to its pathogenesis, as well as classifications according to its anatomy, clinical presentation, duration, course, onset, laterality and others. The aim was to describe the clinical and epidemiological presentation of uveitis in two ophthalmological centers in Paraguay.

**Methods:** Observational, descriptive cross-sectional, retrospective. Data was recovered from the clinical records of all the patients diagnosed with uveitis who attended ophthalmological consultations in the centers of attention, during the period of January 2016 to 2017.

**Results:** 96 patients were included, 51% were female, between 17 to 83 years old. The main reasons for consultation were pain (33.3 %), decreased visual acuity (30.2 %) and blurred vision (14.6 %). As for the affected eye 12.5% was bilateral, 43.8% on the right eye and 43.8% on the left eye. The most frequent diagnoses were anterior uveitis (50 %), uveitis by toxoplasmosis (22.9 %), chorioretinitis (10.4 %) and panuveitis (5.2 %).

**Conclusion:** The diagnosis requires an ophthalmological evaluation. Visual acuity should be evaluated, and also with the slit lamp and fundus examination should be performed. Symptoms of uveitis are nonspecific and consist of various combinations.

### Key words:

Uvetis; Prevalence;  
Epidemiology; Paraguay.

---

## INTRODUCCIÓN

La uveítis se define como la inflamación del tracto uveal y/o de sus estructuras adyacentes (1,2). Es una patología que puede presentarse como parte de una enfermedad sistémica, o de las uveítis idiopáticas (1,3,4).

La incidencia de uveítis en países desarrollados varía entre 15 y 17 casos por cada 100.000 habitantes, con una prevalencia de 0,1%. El pico de incidencia se encuentra entre los 20 y los 50 años de edad (4,5). La forma anterior es la variedad de presentación más común y también la de menor severi-

dad, representando aproximadamente un 90% de los casos (5).

En Paraguay no existen estudios reportados que describan el patrón de distribución de la uveítis, su comportamiento, los factores vinculados a dicha enfermedad, la población vulnerable ni sus posibles complicaciones.

Una investigación de este tipo permitiría identificar los grupos poblacionales con mayor vulnerabilidad de padecer esta en-

fermedad, los síntomas que motivan al individuo a la consulta oftalmológica, así como los grupos de edades y sexo vinculados con mayor frecuencia. Todo esto permitirá trazar las estrategias de prevención necesarias dirigiendo acciones a individuos, familias y comunidades; contribuirá a elevar el estado de salud de la población y establecer comparaciones con próximos estudios en el futuro.

El presente trabajo tuvo como objetivo describir el comportamiento clínico-epidemiológico de las distintas uveítis en dos centros oftalmológicos de referencias del Paraguay.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, trasversal, retrospectivo, en el Servicio de Oftalmología de dos centros hospitalarios del Paraguay, una de entidad privada y la otra perteneciente al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, durante el año 2016 y 2017.

La muestra quedó constituida por 96 pacientes, con diagnóstico de uveítis. El muestreo fue no probabilístico de casos consecutivos. Los criterios de inclusión fueron pacientes con cualquier tipo de uveítis, tanto endógenas como infecciosas y los criterios de exclusión fueron pacientes diagnosticados de uveítis postraumáticas y población menor a 15 años. En nuestro medio, las cuatro formas etiológicas principales de uveítis en los que estamos interesados (idiopáticas, primariamente oculares, asociadas a enfermedades sistémicas e infecciosas) acaban siendo remitidas a los centros de estudio incluidos.

Los datos fueron recabados de las historias clínicas, y se analizaron las siguientes variables: edad (según el rango etario, de

15 a 30 años, 31 a 45 años, 46 a 60 años, mayores de 60 años), sexo (masculino y femenino), etiología, curso clínico (agudo, crónico, recurrente), forma de presentación (granulomatosa o no), lateralidad (uni o bilateral) y los síntomas referidos. Se consideró el curso clínico como agudo, cuando se trató de un episodio de inicio súbito o brusco y duración limitada menor de tres meses. Fueron definidos 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, fueron clasificados como recurrentes.

Los datos fueron cargados en hojas de cálculo de Microsoft Excel. Los datos fueron presentados en forma de tablas de frecuencia y gráficos descriptivos, además de media y desvío estándar como medidas de tendencia central.

En cuanto a consideraciones éticas, la investigación se realizó bajo los principios éticos del respeto y confidencialidad de los pacientes atendidos, así como con la obligación de potenciar los posibles beneficios del estudio y no maleficencia, al reducir los posibles daños y las equivocaciones.

## RESULTADOS

La muestra estuvo conformada por 96 pacientes de los cuales 51 % (49) es del sexo femenino y 49 % (47) del sexo masculino con edades que oscilan entre los 17 y los 83 años y una media de  $39 \pm 16$  años.

Se ve en la tabla 1 que los principales motivos de consulta de los pacientes fueron dolor, disminución de la agudeza visual y visión borrosa.

No hubo diferencias en cuanto al lado

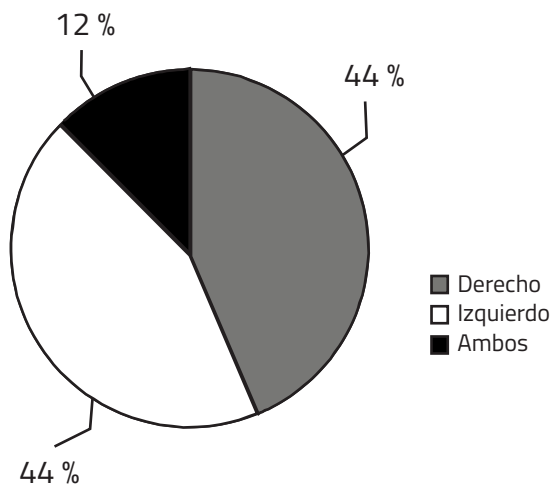
**Tabla 1.** Principales motivos de consulta de los pacientes con uveítis (n=96)

Motivo de Consulta	Frecuencia (%)
<i>Dolor</i>	32 (33,3 %)
<i>Disminución de la agudeza visual</i>	29 (30,2 %)
<i>Visión borrosa</i>	14 (14,6 %)
<i>Enrojecimiento</i>	12 (12,5 %)
<i>Lagrimo</i>	2 (2,1 %)
<i>Miosis</i>	1 (1,0%)
<i>Remitido</i>	1 (1,0 %)
<i>Escotomas</i>	1 (1,0 %)
<i>Miodesopsias</i>	1 (1,0 %)
<i>Manchas blancas</i>	1 (1,0 %)
<i>Control</i>	1 (1,0 %)
<b>Total</b>	<b>96 (100 %)</b>

afectado, pero la afección fue bilateral en el 12% de los casos (Figura 1).

En cuanto a la impresión diagnóstica según la tabla 2, los diagnósticos más frecuentes fueron uveítis anterior con 50 %, uveítis por toxoplasmosis en el 22,9 % de los

**Figura 1.** Lateralidad del ojo afectado en pacientes con uveítis (n=96)



**Tabla 2.** Impresión diagnóstica de los pacientes estudiados (n=96)

Impresión diagnóstica	Frecuencia (%)
<i>Uveítis anterior</i>	48 (50,0 %)
<i>Toxoplasmosis</i>	22 (22,9 %)
<i>Coriorretinitis</i>	10 (10,4 %)
<i>Panuveítis</i>	5 (5,2 %)
<i>Uveítis hipertensiva</i>	1 (1,0 %)
<i>Papiledema</i>	1 (1,0 %)
<i>Papilitis</i>	1 (1,0 %)
<i>Neuritis óptica anterior</i>	1 (1,0 %)
<i>Uveítis bilateral</i>	1 (1,0 %)
<i>Retinocoroiditis</i>	1 (1,0 %)
<i>Uveítis posterior</i>	1 (1,0 %)
<i>Uveítis herpética</i>	1 (1,0 %)
<i>Vitreítis</i>	1 (1,0 %)
<i>Enfermedad de Vogt-Koyanagi-Harada</i>	1 (1,0 %)
<i>Uveítis crónica</i>	1 (1,0 %)
<b>Total</b>	<b>96 (100 %)</b>

**Tabla 3.** Antecedentes patológicos personales de los pacientes (n=96)

Antecedente Patológico	Frecuencia (%)
<i>Hipertensión arterial</i>	17 (37,8 %)
<i>Diabetes Mellitus</i>	11 (24,4 %)
<i>Toxoplasmosis</i>	5 (11,1 %)
<i>Artritis reumatoidea</i>	3 (6,7 %)
<i>Asma</i>	3 (6,7 %)
<i>Plaquetopenia</i>	1 (2,2 %)
<i>Cáncer de mama</i>	1 (2,2 %)
<i>Enfermedad renal</i>	1 (2,2 %)
<i>Artrosis</i>	1 (2,2 %)
<i>Nistagmus</i>	1 (2,2 %)
<i>Cataratas</i>	1 (2,2 %)
<b>Total</b>	<b>45 (100 %)</b>

casos, coriorretinitis en el 10,4 % de los casos y panuveítis en el 5,2 % de los casos.

Teniendo en cuenta la tensión ocular, en el lado derecho fue  $14,7 \pm 7,4$  mm Hg (rango: 2 – 49 mm Hg) y en el ojo izquierdo fue de  $13,5 \pm 3,7$  mm Hg (rango: 5 - 22 mm Hg).

El 37,5 % tuvo por lo menos un antecedente patológico personal y según lo observado en la tabla 3 los más frecuentes son hipertensión arterial con 37,8 %, diabetes mellitus con 24,4 % y toxoplasmosis con 11,1 %.

## DISCUSIÓN

Se considera uveítis a todo proceso inflamatorio que afecta a la úvea el cual está compuesto por iris, cuerpo ciliar y las coroides. Por extensión se incluyen además procesos inflamatorios que afectan a la córnea, esclera, vítreo, nervio óptico y retina(6). Es la enfermedad inflamatoria ocular más frecuente y la tercera causa de ceguera en edades medias en países desarrollados(7), por lo que representa un verdadero problema de salud.

Los estudios clínico epidemiológicos de esta enfermedad son de gran importancia, ya que describen el comportamiento de factores demográficos como la edad, sexo, 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 esta enfermedad.

A sabiendas de que existen diferentes mecanismos encargados de la patogénesis de esta enfermedad y de las distintas respuestas de varios tejidos, existen procesos distintos englobados bajo el término de

uveítis. En consecuencia, tras varios años de estudios realizados por distintas directrices se publicaron clasificaciones, definiciones terminológicas, escalas para la gradación, se documentaban las complicaciones, la evolución y los resultados según los tratamientos aplicados en cada caso (6).

La literatura mundial relata grandes variaciones geográficas en la etiología de éstas (8,9). 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. Los manejos y evaluaciones aplicadas en países desarrollados son distintos, la frecuencia es variable en cada país, según el grado de desarrollo, el nivel de medios, el tipo de centro de atención, el tiempo de evolución antes de acudir a la consulta, la profesión y otras variables expuestas. Sin embargo, el diagnóstico de esta afección se puede realizar con exámenes básicos iniciales encontrados en centros públicos y privados, en el cual se debe evaluar la agudeza visual y recurrir a medios auxiliares más específicos (10).

En cuanto a la epidemiología, en la uveítis anterior aguda presenta un predominio del sexo masculino (3:1), de la enfermedad de Behcet (2,3:1) y de la espondilitis anquilosante (2,9:1); en cambio, en las mujeres se encuentra asociada a la artritis idiopática juvenil (5:1) y a la esclerosis múltiple (1,6:1) (7). Con los hallazgos de esta investigación se puede observar una mayor frecuencia de uveítis en el sexo femenino. Los síntomas de la uveítis son variables e inespecíficos, siendo los más frecuentes el dolor ocular, seguido de disminución de la agudeza visual y de visión borrosa o reducida, además de flotadores visuales, molestias e intolerancia a la luz; el dolor de cabeza puede aparecer como síntoma secundario, así como el dolor de cejas (11).

La uveítis se presenta en cualquier grupo etario siendo el más frecuente entre en la segunda y cuarta década de la vida, coincidiendo en el mismo rango de edad con esta serie. La principal causa de uveítis en los niños es la artritis idiopática juvenil, muy poco frecuente particularmente en su forma oligoarticular. La uveítis debida a sarcoidosis es significativamente más común después de los 60 años que en individuos más jóvenes. En contraste, la espondilitis anquilosante y las etiologías oftalmológicas son menos comunes en los ancianos (12).

En los pacientes estudiados se presentó 12,5% de bilateralidad, este hecho también es de importancia clínica, además de la ubicación anatómica y el curso temporal de la inflamación, la lateralidad es una pista diagnóstica importante. La uveítis infecciosa, la uveítis asociada a HLA-B27 y la uveítis heterocromática de Fuchs suelen ser unilaterales. Por el contrario, la uveítis en pacientes con sarcoidosis, artritis idiopática juvenil o enfermedad de Behçet generalmente afectan a ambos ojos (13). Del total, el 50% posee uveítis anterior en concordancia con el estudio de Llorenç et al. que encontraron 52% de esta patología, 23% de uveítis posterior en contraste el 1% encontrado en esta serie; 15% de panuveítis, a diferencia del 5,2% en este estudio(14).

Existen muchas interacciones entre los campos de la oftalmología y la reumatología. Las manifestaciones oculares proporcionan pistas para el diagnóstico de enfermedades articulares inflamatorias. Además, la vasculitis ocular que amenaza la vista puede desarrollarse en pacientes con sarcoidosis o artritis reumatoidea. Cada caso de uveítis debe describirse en detalle, por lo que una familiaridad profunda con la semiología oftalmológica es crucial. La uveítis anterior aguda se encuentra ahora entre los síntomas de presentación que conducen al diagnóstico de espondiloartritis.

La toxoplasmosis se considera como la segunda causa más común de ceguera congénita (15,16) y es el principal agente causal de uveítis posterior y retinocoroiditis, afectando la calidad de vida de los pacientes. La toxoplasmosis adquirida es una infección primaria con seroconversión posterior al nacimiento. En la actualidad se considera que la mayor parte de los casos de toxoplasmosis son adquiridos en forma postnatal (17), contrario a lo que se pensaba anteriormente, presentando todo un desafío diagnóstico, dado que en la mayoría de los casos la primoinfección es asintomática haciendo difícil evidenciar la infección recientemente adquirida. La confirmación de la toxoplasmosis se debe realizar con la evidencia de seroconversión o demostración serológica de infección aguda con IgM y posterior positividad de anticuerpos IgG descartando anticuerpos IgM naturales (18).

En pacientes con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, una de las infecciones más frecuentes es la toxoplasmosis, siendo causante de morbimortalidad. La toxoplasmosis cerebral y la retinocoroiditis toxoplásmica son consideradas principales manifestaciones clínicas en estos pacientes (19,20); la afección ocular se puede encontrar entre el 2 y el 3% de esta población, con hasta el 25% de los casos causados por infección adquirida recientemente. Un estudio de prevalencia realizado en Paraguay en el 2015 señala que la infección varía geográficamente y según ese estudio el 10,5% de las personas que presentaban cicatrices eran menores de 40 años y el 8% se encontraba entre los 40-60 años (21). La edad de presentación de toxoplasmosis ocular activa es predominantemente en personas jóvenes en edades productivas (22,23).

Concluyendo que en este estudio se encontraron uveítis anteriores con mayor porcentaje, seguido de uveítis a causas de toxoplasmosis, con mayor incidencia en

mujeres en edad media de la vida, con afectación unilateral.

### **Agradecimientos:**

Agradecimiento especial a mi madre por todo el apoyo.

### **Conflictos de interés:**

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

### **Financiamiento:**

Autofinanciado.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Alañón FJ, Fernández JFS. Oftalmología en la atención primaria. 1o. Madrid: Editorial Alcalá; 2001. 177-198 p.
2. Tasman W, Jaeger EA. Duane's Ophthalmology. J Chem Inf Model. 2009;
3. Yanoff M, Duker J. Ophthalmology. Mechanisms of Uveitis. 2.a ed. Edimburgo: Elsevier; 2009. 778-780 p.
4. Borges S. Oftalmología [Internet]. Disponible en: <http://www.hospitalameijeiras.sld.cu/hha/mpm/documentos/OFTALMOLOGIA/PA/ UVEITIS.pdf>
5. Rathinam SR, Namperumalsamy P. Global variation and pattern changes in epidemiology of uveitis. Indian J Ophthalmol [Internet]. 2007;55(3):173-83. Disponible en: <http://www.ijo.in/article.asp?issn=0301-4738;year=2007;volume=55;issue=3;spage=173;epage=183;aulast=Rathinam%5Cn>
6. Díaz Llopis M. Protocolos diagnósticos y nuevas estrategias terapéuticas [Internet]. 1o. Díaz Llopis M, editor. Valencia; 2011. 203 p. Disponible en: [http://www.gemu-sedu.com/wp-content/uploads/2015/09/Monografia\\_Uveitis.pdf](http://www.gemu-sedu.com/wp-content/uploads/2015/09/Monografia_Uveitis.pdf)
7. Díaz Llopis M, Calonge M, Sainz de la Maza MT, Benítez del Castillo JM, Gallego Pinazo R, Arévalo JF. Uveitis y Escleritis. Oftalmología SE de, editor. Editorial Médica Panamericana; 2014. 402 p.
8. Bezerra Gouveia E, Hisae Yamamoto J, Abdalla M, Hirata CE, Kubo P, Olivalves E. Causas das uveítes em serviço terciário em São Paulo, Brasil. Arq Bras Oftalmol [Internet]. 2004;67(1):139-45. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-27492004000100025](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27492004000100025)
9. Woods AC. Modern concepts of the etiology of uveitis. Am J Ophthalmol. 1960;50:1170-87.
10. Sève P, Kodjikian L, Adélaïde L, Jamilloux Y. Uveitis in adults: What do rheumatologists need to know? Jt Bone Spine. 2015;82(5):308-14.
11. Harman LE, Margo CE, Roetzheim RG. Uveitis: the collaborative diagnostic evaluation. Am Fam Physician. 2014;90(10):711-6.
12. Gregoire M-A, Kodjikian L, Varron L, Grange J-D, Broussolle C, Seve P. Characteristics of uveitis presenting for the first time in the elderly: analysis of 91 patients in a tertiary center. Ocul Immunol Inflamm. 2011;19(4):219-26.
13. Jabs DA, Busingye J. Approach to the diagnosis of the uveitides. Am J Ophthalmol. 2013;156(2):228-36.
14. Llorenc V, Mesquida M, Sainz de la Maza M, Keller J, Molins B, Espinosa G, et al. Epidemiology of uveitis in a Western urban multiethnic population. The challenge of globalization. Acta Ophthalmol. 2015;93(6):561-7.
15. de-la-Torre A, Gonzalez-Lopez G, Montoya-Gutierrez JM, Marin-Arango V, Gomez-Marin JE. Quality of life assessment in ocular toxoplasmosis in a Colombian population. Ocul Immunol Inflamm. 2011;19(4):262-6.
16. Zuluaga C, Sierra MV, Asprilla E. Causas de ceguera infantil en Cali, Colombia. Colomb Med [Internet]. 2005;36(4). Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/382/1140>
17. Park Y-H, Nam H-W. Clinical features and treatment of ocular toxoplasmosis. Korean J Parasitol [Internet]. 2013;51(4):393-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24039281>
18. López-Castillo CA, de-la-Torre A. Definition of acquired toxoplasmosis infection: When is it congenital or acquired? Arch la Soc Española Oftalmol (English Ed [Internet]. 2011;86(7):224-5. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-archivos-sociedad-espanola-oftalmologia-english-496-articulo-definicion-acquired-toxoplasmosis-infection-when-S2173579411000338> ER
19. Canon-Franco WA, Lopez-Orozco N, Gomez-Marin JE, Dubey JP. An overview of seventy years of research (1944-2014) on toxoplasmosis in Colombia, South America. Parasit Vectors. 2014;7:427.
20. Xavier GA, Cademartori BG, Cunha Filho NA da, Farias NA da R. Evaluation of seroepidemiological toxoplasmosis in HIV/AIDS patients in the south of Brazil. Rev Inst Med Trop Sao Paulo. 2013;55(1):25-30.
21. Guerrero Hernández AC, Gómez J, Samudio M, Bolaños A, Dorantes Y, Scalamogna M, et al. Prevalencia de cicatrices retinocoroideas por Toxoplasma en una población del Paraguay. Memorias del Inst Investig en Ciencias la Salud. 2016;14(1):78-85.
22. Glasner PD, Silveira C, Kruszon-Moran D, Martins MC, Burnier Junior M, Silveira S, et al. An unusually high prevalence of ocular toxoplasmosis in southern Brazil. Am J Ophthalmol. 1992;114(2):136-44.
23. Maetz HM, Kleinstein RN, Federico D, Wayne J. Estimated prevalence of ocular toxoplasmosis and toxocaríasis in Alabama. Vol. 156, The Journal of infectious diseases. United States; 1987. p. 414.

