

# Uveítis y enfermedad sistémica: aproximación clínico-diagnóstica en la urgencia hospitalaria

## *Uveitis and systemic disease: clinical approach at emergency department*

MARTÍNEZ PIÑERO A<sup>1</sup>, TRUJILLO MARTÍN E<sup>2</sup>, BURILLO PUTZE<sup>3</sup>,  
BATISTA PERDOMO D<sup>2</sup>, HERNÁNDEZ SÁNCHEZ MJ<sup>3</sup>, ABREU REYES JA<sup>4</sup>

### RESUMEN

**Objetivo:** En la urgencia hospitalaria no es bien conocida la relación entre uveítis y enfermedad sistémica. Presentamos sus características clínico-diagnósticas desde un enfoque multidisciplinar.

**Material y Método:** De los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias durante dos años (Enero 1996-Diciembre 1997), se seleccionaron aquellos con diagnóstico inicial de uveítis.

Retrospectivamente se analizaron sus características epidemiológicas y clínicas, comparando el diagnóstico inicial de Urgencias con el enfoque diagnóstico final tras la revisión por los servicios de Oftalmología y Reumatología. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 7.5.

**Resultados:** Presentaron uveítis 71 pacientes (el 0.048% del total de 147.916 urgencias del período de estudio). El 64.8% fueron mujeres, con una edad media de 45.89 años, mientras que en los varones fue de 36.79 años, no habiendo diferencia estadísticamente significativa.

Se diagnosticaron el 17.1% como Síndromes Oftalmológicos específicos, 35.2% de Uveítis Idiopáticas, 28.3% de Uveítis anterior asociada al HLA B27 y 19.4% de Uveítis Secundarias. Sólo el 10.52% fueron valorados por Reumatología, aunque se realizó estudio HLA al 29.9% de los pacientes, siendo positivo en el 64.7% de éstos.

**Conclusiones:** La anamnesis, la exploración física y una determinación analítica básica son suficientes para orientar el diagnóstico en la mayoría de los pacientes con uveítis. Sin

---

Servicios de Oftalmología, Reumatología y Urgencias, Hospital Universitario de Canarias. Universidad de La Laguna. Tenerife.

<sup>1</sup> Licenciado en Medicina y Cirugía. Médico Residente de Oftalmología.

<sup>2</sup> Licenciado en Medicina y Cirugía. Médico Residente de Reumatología.

<sup>3</sup> Licenciado en Medicina y Cirugía. Médico Adjunto de S. Urgencias.

<sup>4</sup> Doctor en Medicina y Cirugía. Médico Adjunto de Oftalmología.

Correspondencia:

Martínez Piñero

Servicio de Oftalmología

Hospital Universitario de Canarias

Carretera la Cuesta-Taco, s/n

38320 La Laguna, Tenerife

embargo, dada la alta relación entre uveítis y enfermedad sistémica, deben establecerse protocolos multidisciplinarios para alcanzar un diagnóstico definitivo.

**Palabras Clave:** Epidemiología, uveitis, urgencias, uveitis anterior.

## SUMMARY

**Purpose:** The relationship between uveitis and systemic disease at Emergency Department (ED) remains unknown. From a multidisciplinary approach, we study its clinical features.

**Methods:** Patients attended at ED of Hospital Universitario de Canarias, Tenerife, Spain, from January 1996 to December 1997, with initial diagnostic of uveitis. We analysed retrospectively their epidemiological and clinical features, and the relationship of initial diagnosis at ED, with final diagnostic at the Rheumatology and Ophthalmology Departments. Statistical analysis was performed by SPSS 7.5 for windows program.

**Results:** During the study period 71 patients were included ( 0.048 % of visits to ED ). Sixty four point eight percent were female ( mean age 45.89 years ), and male presents 36.79 years as mean age. There weren't significant difference.

Seventeen point one percent patients were diagnosed as Ophthalmologic Specific Syndromes, 35.2% as Idiopathic uveitis, 28.3% as Anterior Uveitis associated with HLA B27 and 19.4% as Secondary Uveitis. Only 10.52 percent patients were studied by Rheumatologist, despite HLA study were performed in 29.9 percent of patients, with positive results in 64.7 percent of them.

**Conclusions:** In most cases, a clinical history, physical exam and basic blood analysis it's enough in the first diagnosis of uveitis. Due to the high relation between uveitis and systemic disease, multidisciplinary study protocols are necessary for the final diagnostic.

**Key Words:** Epidemiology, uveitis emergency, anterior uveitis.

## INTRODUCCIÓN

Definimos como uveítis aquel proceso inflamatorio de cualquier etiología que afecta a la úvea. Cuando la inflamación está limitada a alguna región concreta se utilizan términos como iritis, pars planitis, etc... Sin embargo, en muchas ocasiones resulta difícil la delimitación de la zona inflamada y sólo es posible precisar la existencia de una uveítis anterior (inflamación del iris o del cuerpo ciliar), intermedia (inflamación de la pars plana), posterior (si las estructuras involucradas son retina y coroides), o global (panuveitis).

Cualquier agente etiológico que afecte a la úvea desencadenará los mecanismos fisiopatológicos de la inflamación. Las uveítis pueden ser de tipo exógeno, tales como postraumáticas, postquirúrgicas, etc..., y de tipo endógeno (de mayor importancia) entre las que destacamos: las de causa infecciosa,

relacionadas con enfermedades sistémicas y las uveítis idiopáticas (1).

La incidencia aproximada de uveítis es de 15-17 casos por 100.000 habitantes (2), sin embargo, la incidencia de la uveítis en los servicios de urgencias hospitalarios no es bien conocida, y la aproximación diagnóstica y el tratamiento constituyen en ocasiones un verdadero reto para el reumatólogo. Ello es así porque la prevalencia de enfermedad sistémica en los pacientes con uveítis se estima entre un 20 y un 45% aproximadamente (2,3,4).

Hemos realizado un estudio sobre las uveítis como motivo de consulta urgente desde un enfoque multidisciplinar.

## MATERIAL Y METODO

Analizamos retrospectivamente los pacientes atendidos en el Servicio de Urgen-

cias del HUC con el diagnóstico inicial de uveítis durante dos años (Enero 1996-Diciembre 1997). El estudio se realizó por tanto en 71 pacientes con una uveítis de causa en principio desconocida asistidos en el S. Urgencias. A estos pacientes se les realizó una anamnesis, y exploración ocular básica, y ante la sospecha del cuadro uveítico fueron remitidos en su totalidad al Servicio de Oftalmología de nuestro hospital, donde además se les practicó:

— **Estudios de Laboratorio:** Analíticas de sangre y orina habituales, VSG, anticuerpos antiestreptocócico (ASLO), proteína C reactiva, y, en casos de uveítis anterior, determinación del haplotipo HLA B 27.

— **Estudios Microbiológicos:** Serologías frente a *Treponema Pallidum* (VDRL y FTA-abs), *Toxoplasma gondii*, y prueba de la tuberculina con 0.1 ml de PPD intradérmico (considerándose positiva una induración igual o mayor de 10 mm).

— **Estudios Radiológicos:** Radiografías PA y lateral de tórax, y, en aquellos casos de uveítis anteriores, Rx de sacroilíacas y columna dorso-lumbar. En las sacroileítis inflamatorias se valoraron los siguientes criterios evolutivos: a) Primer grado: pseudoensanchamiento de la línea articular, b) Segundo grado: erosiones e irregularidad de los bordes articulares, c) Tercer grado: fusión parcial de la articulación con estrechamiento y refuerzo subcondral, y d) cuarto grado: la fusión completa.

Del total de los 71 pacientes estudiados 63 cumplieron criterios de uveítis cuando fueron explorados por el oftalmólogo de guardia, lo que supone el 88.73% de acierto diagnóstico por parte del Servicio de Urgencias de nuestro hospital.

Se establecieron así cuatro grupos etiológicos:

**1. Síndromes oftalmológicos específicos,** dentro de los cuales se incluyen cuadros tales como: Sd. de Posner-Schlossman, la ciclitis heterocromica de Fuchs, etc...

**2. Uveítis Anterior asociada a enfermedad sistémica.** Entre ellas destacan la Espondilitis Anquilosante, el Sd. de Reiter, la Artritis Crónica Juvenil, la artritis Psoriática, etc...

**3. Uveítis secundarias,** dentro de las cuales un gran apartado lo constituyen las uveítis

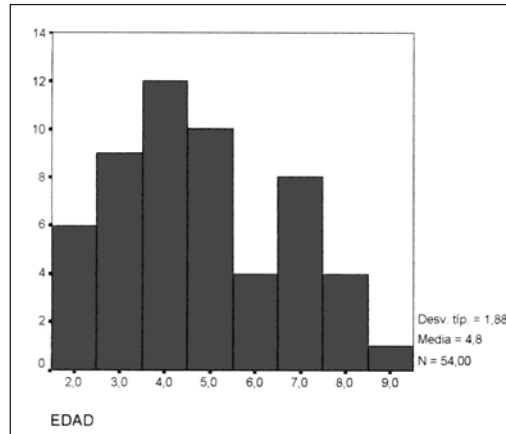


Fig. 1: Tabla de frecuencias de edades.

de causa infecciosa (herpética, TBC, sífilis, toxoplasma, leptospirosis, etc...), así como las uveítis postraumáticas y postquirúrgicas.

**4. Uveítis Idiopáticas:** no clasificables en los apartados anteriores.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó la hoja de cálculo EXCEL 7.0 y el paquete estadístico SPSS 7.5 para windows.

## RESULTADOS

De la globalidad de los pacientes atendidos en el S. De Urgencias del HUC presentaron clínica sugestiva de uveítis, según la impresión inicial en urgencias, 71 pacientes,

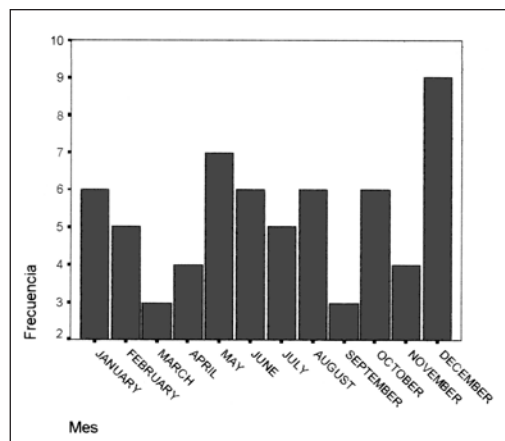


Fig. 2: Tabla de frecuencias mensuales.

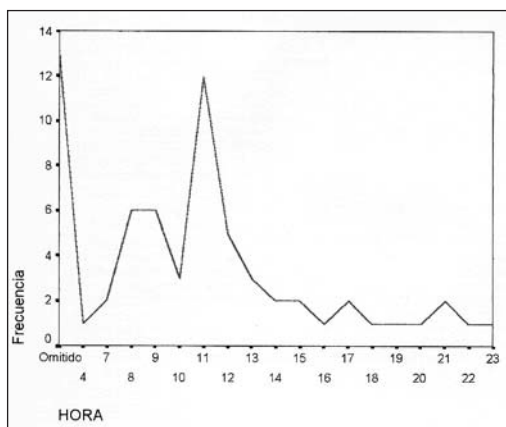


Fig. 3: Tabla de frecuencias horarias.

lo que supuso el 0.048% de las urgencias del período de estudio. De ellos 63 fueron realmente casos de uveítis. El 64.8% de ellos fueron mujeres, con una edad media de 45.89 años. Los varones por su parte representan el 35.2%, siendo su media de edad de 36.79 años. Como vemos, hay mayor proporción de mujeres, siendo los hombres algo más jóvenes, aunque no se encontró diferencia estadísticamente significativa.

En la mayor parte de los casos (46 casos) la uveítis fue anterior (68.25%), en 9 casos fue una uveítis posterior (14.29%), como uveítis intermedia sólo se manifestó un caso, y 2 (3.17%) fueron panuveítis. Nuestra

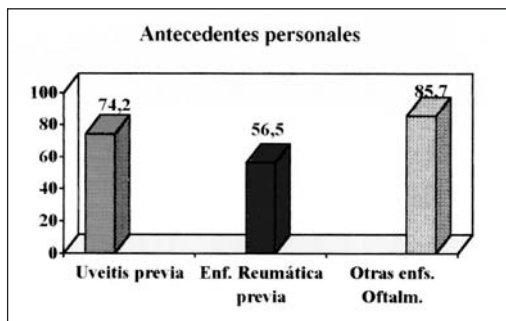


Fig. 4: Antecedentes personales.

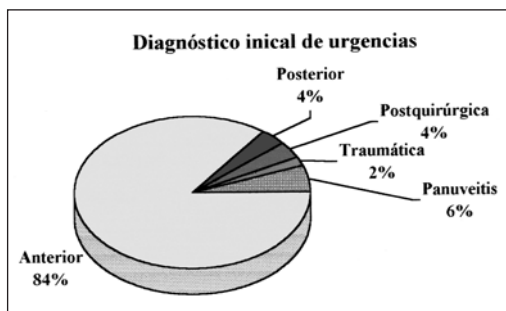


Fig. 5: Diagnóstico inicial en urgencias.

estadística coincide con la consultada con otros autores (2,5,7).

Según la duración del proceso inflamatorio se clasificaron en: curso agudo (menor de 6 semanas) en 44 pacientes (69.85%), subagudo (entre 6 semanas y 3 meses) en 15 pacientes (23.8%), y crónico (mayor de 3 meses), en 4 pacientes (6.34%). En el 97% de los casos la duración media del proceso fue inferior a dos meses, lo que se refleja también en la literatura consultada.

En nuestro estudio el 74.2% de los pacientes tenían antecedentes de uveítis previas, y en el 56% se encontraba presente alguna enfermedad reumática, requiriendo ingreso hospitalario tan sólo el 1.9% de los casos. En las revisiones oftalmológicas se constató que un 9.5% de los casos eran de presentación bilateral, aunque el 34.9% habían tenido anteriormente uveítis en el ojo contralateral.

Como Síndromes Oftalmológicos Específicos se diagnosticaron 11 casos, el 17.1%, Uveítis secundarias se presentaron en 12 pacientes, es decir, el 19.4%. En 18 casos se encontró una enfermedad asociada (28.3%), y, como grupo mayoritario, las uveítis idiopáticas se presentaron en 22 pacientes, constituyendo el 35.2%.

No se encontraron diferencias significativas en la distribución por edad y sexo en los cuatro subgrupos etiológicos.

En nuestro estudio tan sólo el 10.52% de los casos fueron valorados por el Servicio de Reumatología del HUC, aunque se realizó estudio HLA B 27 al 29.9% de los pacientes, siendo positivo en el 65% de ellos.

De los pacientes estudiados por el S. De Reumatología el 42.86% presentaban dolor lumbar inflamatorio con o sin rigidez matutina. El factor reumatoide se realizó en el 12.3% de los pacientes, de los cuales el 12.5% obtuvo un resultado positivo, sin que hubiera relación significativa con la presencia de uveítis. Además, de estos pacientes el 58.3% presentaron diagnóstico de enfermedad sistémica. Los diagnósticos no oftalmológicos asociados con más frecuencia fueron: Espondilitis Anquilosante, Espondiloartropatía Enteropática, Artropatía Psoriásica, Sacroileítis HLA B 27+ y enfermedad de Behcet.

## DISCUSIÓN

Aunque no resultó estadísticamente significativo la posibilidad de hallar la etiología de una uveítis depende en gran parte de la localización anatómica de la inflamación. En el 41.30 % de las uveítis anteriores de nuestro estudio encontramos una enfermedad sistémica asociada, porcentaje que es indiscutiblemente mayor que en las uveítis intermedias (0%) o posteriores (11%). Herranz (5) encontró en una serie de 115 pacientes una enfermedad sistémica en el 40 % de sus pacientes con uveítis anterior. En otros trabajos publicados el porcentaje varía entre el 30% y el 50%. En nuestro estudio tan sólo dos pacientes dieron positivos en la serología para toxoplasma, aunque ninguno fue diagnosticado de toxoplasmosis ocular. Asimismo, no hemos encontrado ningún paciente con serología de sífilis positiva. La incidencia de uveítis luética es baja (menor del 1% en las series internacionales) (5,7), y se considera que la coexistencia de lesiones cutáneas, el antecedente cercano del contacto sexual, y una prueba VDRL positiva son criterios diagnósticos.

El HLA B27 se determinó en el 29.9 % de los pacientes, siendo positivo en el 65 % de ellos. En nuestra serie el 41.7% de las uveítis anteriores resultaron ser HLA B 27+, porcentaje que discrepa de otros autores nacionales, pero que coincide con otras series internacionales (4), por lo que la investigación del haplotipo HLA debe reservarse para los casos de uveítis anterior, aguda y unilateral, especialmente en pacientes jóvenes y con síntomas articulares.

## CONCLUSIONES

A la vista de nuestros resultados, el protocolo inicial de un paciente con uveítis debería incluir una analítica básica, con VSG, y una radiografía de tórax. La investigación del haplotipo HLA B 27 está indicada en aquellos pacientes con uveítis recidivante anterior y aguda, sobre todo si son varones jóvenes y con síntomas articulares. Según nuestro criterio las uveítis deberían serse conjunta-

mente con el S. De Reumatología estableciéndose protocolos conjuntos que faciliten el despistaje de enfermedad sistémica.

De especial interés es destacar el papel que juega en estos cuadros el médico del S. De Urgencias, pues con una anamnesis orientada a los síntomas oculares, y una exploración básica, es capaz de realizar una orientación diagnóstica acertada en el 88.73 % de los casos. De ahí la importancia de realizar cursos de actualización oftalmológica para médicos de urgencias.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Hernández Artola F. Uveitis Anterior. Curso de Formación Continuada a Distancia. Barcelona: 1997; II.
2. Herranz Marín MT, Jimenez Alonso J, Delgado Rodriguez M, Omar M, Rivera Cívico F, Martín Armada M, Siles MJ. Marcadores clínico-biológicos de uveítis secundaria: resultados de un análisis discriminante. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 786-791.
3. Pivetti-Pezzi P, A corinti M, La Cava M et al. Endogenous uveitis: an Analysis of 1417 cases. *Ophthalmol* 1996; 210(4): 234-8.
4. McCannel C, Holland G, Helm C. Causes of uveitis in the general practice of ophthalmology. *Am J Ophthalmol*. 1996; Jan; 121(1): 35-46.
5. Cervera R, Font J. Uveitis y enfermedades sistémicas. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 792-4.
6. Rodriguez A, Calonge M, Pedroza M et al. Referral patterns of uveitis in a tertiary eye care center. *Arch Ophthalmol*. 1996; May; 114(5): 593-9.
7. Kearney M. Clinical features and associated systemic diseases of HLA B27 uveitis. *Am J Ophthalmol*. 1996; Jan; 121(1): 47-56.
8. Blanco Hontiyuelo M, Bañares Cañizares A, Fernández Gutierrez B. Manifestaciones oculares de las espondiloartropatías. *Revista Española de Reumatología* 1997; 24: 179-84.
9. Hernández García C, Bañares Cañizares A, Jover Jover JA. Aproximación diagnóstica al paciente con inflamación ocular. *Revista Española de Reumatología*, 1997; 24: 168-78
10. Janda AM. Urgencias oftalmológicas. En: Tintinalli J, Ruiz E, Krome R. *Medicina de urgencias*, American College of Emergency Medicine, Méjico, Mc Graw-Hill, 2ª edición, 1997.
11. Rosembaun JT. The eye and the rheumatic diseases: an overview. *Revista Española de Reumatología* 1997; 24: 167.