

Estudo da prevalência das uveítes em hospital oftalmológico terciário em Teresina, Piauí, Brasil

Study of the prevalence of uveitis in a tertiary ophthalmology hospital in Teresina, Piauí, Brazil

Leonardo Pinheiro Teixeira¹, Mayara Martins Abrahão¹, Eduardo Ribeiro Coutinho Dália¹, Luana Miranda Campos¹, João Jorge Nassaralla Junior², Vitor Cortizo Da Fonseca³

RESUMO

Objetivo: analisar a prevalência das uveítes em pacientes atendidos em um serviço oftalmológico terciário em Teresina, Piauí. **Métodos:** estudo retrospectivo baseado em prontuários de pacientes atendidos nesse serviço. Foram descritos: gênero, faixa etária, procedência, doença de base, diagnóstico anatômico, aspecto clínico e tempo de evolução. **Resultados:** foram incluídos 403 prontuários constatando-se que a cada 1000 pacientes atendidos neste serviço, 3,2 tinham uveíte. A idade média dos pacientes foi de 42 anos, tanto o gênero feminino (50,6%) quanto o gênero masculino (49,4%) foram acometidos similarmente, com 61,5% dos pacientes provenientes da capital. A doença de base mais frequente foi a toxoplasmose, seguida das uveítes idiopáticas apenas com manifestações oculares. Quanto à classificação anatômica, 49,6% foram posteriores e 3,5% foram intermediárias. Em relação ao aspecto clínico, 64% foram granulomatosas, 24,8% não-granulomatosas e 11,2% não foram classificáveis. Segundo a evolução clínica, 41,4% foram agudas, seguidas de 30,8% crônicas, 14,4% recorrentes e em 13,4% os pacientes não foi feito o acompanhamento. **Conclusão:** pudemos constatar que para cada 1000 pacientes atendidos neste serviço 3,2 tinham uveíte, apresentando-se a toxoplasmose como importante fonte de uveíte neste serviço.

Descritores: Toxoplasmose ocular; Uveíte idiopática; Uveíte/classificação

ABSTRACT

Objective: To analyze the prevalence of uveitis in patients treated at a tertiary ophthalmic service in Teresina, Piauí State, Brazil. **Methods:** This was a retrospective study based on medical records of patients treated at this service. Sex, age, origin, underlying diseases, anatomical diagnosis, clinical aspects and progression time were described. **Results:** 403 records were included, noting that 3.2 out of every 1,000 patients treated at the service had uveitis. The average age of patients was 42 years old, with both sexes (50.6% females and 49.4% males) affected similarly, and with 61.5% coming from the state capital, Teresina. The most common underlying disease was toxoplasmosis, followed by idiopathic uveitis with ocular manifestations only. As to the anatomical classification, 49.6% of them were posterior and only 3.5% were intermediate. Regarding the clinical aspects, 64% were granulomatous, 24.8% non-granulomatous, and 11.2% were not classifiable. According to the clinical progression, 41.4% were acute, followed by 30.8% chronic, 14.4% recurrent cases, and 13.4% of patients did not return for medical care. **Conclusion:** we found that for every 1,000 patients treated at the service, 3.2 had uveitis, with toxoplasmosis itself found to be an important source of uveitis.

Keywords: Toxoplasmosis; Idiopathic uveitis; Uveitis/classification

¹ Instituto de Olhos de Goiânia, Goiânia, GO, Brasil.

² Departamento de Retina e Vítreo, Instituto de Olhos de Goiânia, Goiânia, GO, Brasil.

³ Hospital de Olhos Francisco Vilar, Teresina, PI, Brasil.

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Recebido para publicação em 31/07/2015 - Aceito para publicação em 19/03/2016.

INTRODUÇÃO

Uveíte é definida como inflamação do trato uveal, constituído pela íris, corpo ciliar e coróide, podendo acometer secundariamente outras estruturas como córnea, esclera, vítreo, retina e nervo óptico. Ela pode ser manifestação sistêmica de doenças infecciosas, reumáticas, doenças de etiologia desconhecida ou, ainda, ocorrer na ausência de qualquer enfermidade detectável. Complicações, que podem levar a cegueira, como catarata, glaucoma e descolamento de retina podem estar associadas às uveítes, sendo a catarata a complicação mais comum¹.

O SUN (*Standardization of Uveitis Nomenclature*) Working Group Descriptors of Uveitis² no intuito de iniciar um processo de uniformização de dados clínicos no campo das uveítes, adaptou a classificação elaborada pelo *International Uveitis Study Group*.³ Esta classificação ajudou na padronização da nomenclatura e na compreensão dos fatores relacionados à história natural dos diferentes tipos de uveítes e envolveu, dentre outros, aspectos anatômicos, clínicos e evolutivos.⁴

Devido à grande variedade de causas das uveítes, torna-se comum a influência de fatores demográficos tais como idade, sexo, raça, aspectos socioeconômicos, ocupação, hábitos de vida, origem geográfica, fatores imunológicos, dentre outros. Diante da abundância de doenças que podem originar uveítes, é importante a realização de estudos de prevalência. Esses contribuem para o planejamento preventivo, diagnóstico e terapêutico das entidades clínicas mais frequentes.

Na ausência de estudo semelhante no Piauí, e tendo em vista que Teresina vem há muitos anos se destacando na região do Meio Norte do Brasil como ponto de referência em medicina e saúde, o presente estudo tem como objetivo analisar a prevalência das uveítes em pacientes atendidos em um serviço oftalmológico terciário.

MÉTODOS

Foi realizado o estudo epidemiológico descritivo transversal retrospectivo com base na consulta de prontuários eletrônicos de pacientes atendidos no Hospital de Olhos Francisco Vilar (Teresina, Piauí) no período de 1 de Janeiro de 2006 a 31 de Dezembro de 2011.

Nos prontuários eletrônicos do hospital citado acima, seguiu-se uma estratégia de busca por palavras-chave que abrangiam uveíte e sinônimos como irite, iridociclite, além da busca por doenças de base (toxoplasmose, toxocaríase, tuberculose, síndrome de Reiter, sarcoidose, sífilis, artrite reumatóide, artrite reumatóide/idiopática juvenil, síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), doença de Behçet, espondilite anquilosante, lúpus eritematoso sistêmico, citomegalovírus, herpes simples, síndrome de Vogh-Koyanagi-Harada, iridociclite heterocrômica de Fuchs) que podiam levar à mesma, com o cuidado de inserir os prontuários apenas uma vez na estatística.

Os seguintes dados foram descritos: gênero, faixa etária, procedência, doença de base e classificações relacionadas à posição, evolução e aspecto clínico. Cada uveíte encontrada foi separada segundo a sua doença de base, sendo criados também os grupos de uveítes idiopáticas e outros. O grupo de idiopáticas foi utilizado para discriminar as uveítes que apresentavam apenas manifestações oculares sem alterações sistêmicas ou nos exames complementares. O grupo outros foi utilizado para discriminar

doenças que apareceram apenas uma vez e não estavam no protocolo da pesquisa.

O diagnóstico estabelecido era baseado em consultas oftalmológicas completas com a história clínica do paciente (história da doença atual e história patológica progressiva) e do exame ocular (medida da acuidade visual, ectoscopia, biomicroscopia dos segmentos anteriores e posteriores, oftalmoscopia), até a posterior solicitação de exames complementares, gerais e/ou oftalmológicos, de acordo com a necessidade, para a confirmação da hipótese diagnóstica. Foram excluídos os pacientes que não trouxeram os exames complementares e não deram continuidade à avaliação, além dos pacientes com uveítes desencadeadas em curto tempo pós-operatório ou trauma, sendo assim não sabemos ao certo a quantidade de pacientes possivelmente com uveíte excluídos da pesquisa, pois alguns, antes que fosse comprovada a hipótese diagnóstica, abandonaram o acompanhamento no hospital. Foram incluídas na estatística as uveítes que apresentavam sinais e sintomas de atividade durante a consulta e acompanhamento. Estas eram consideradas ativas quando apresentavam células e “flare” na câmara anterior, precipitados ceráticos (PK’s) finos ou grandes, fibrina no endotélio corneano, hipópio, nódulos de íris, sinéquias anteriores ou posteriores, células vítreas, bolas de neve (*snowballs*), bancos de neve (*snowbanks*), lesões inflamatórias na retina ou coróide, vasculites associadas a sintomas como dor, olho vermelho, fotofobia, diminuição da acuidade visual, moscas volantes, hiperemia pericerática ou límbica. Os prontuários pré-selecionados foram avaliados por um especialista em uveítes para certificar-se a hipótese diagnóstica.

A classificação utilizada seguiu os critérios estabelecidos pelo *International Uveitis Study Group*³ adaptados pelo SUN², sendo assim, segundo a anatomia foram consideradas anteriores, as uveítes em que o sítio primário de inflamação estava na câmara anterior (irite, ciclites anteriores e iridociclites); intermediárias quando o sítio primário acometia o corpo vítreo (pars planites, ciclites posteriores, hialites); posteriores quando acometiam primariamente a coróide ou retina (coroidite focal, multifocal ou difusa, coriorretinite, retinocoroidite, retinite e neuroretinite); e panuveítes quando atingiam a câmara anterior, vítreo e coróide ou retina concomitantemente.

Um outro critério adotado para a classificação das uveítes foi o seu curso clínico, baseando-se na evolução da doença. Assim, classificamos como uveítes agudas, aquelas caracterizadas por início súbito e duração limitada; como recorrentes aquelas uveítes com episódios repetidos separados por períodos de inatividade quando sem tratamento e que duram mais que três meses; e como uveítes crônicas ou de longa duração aquelas persistentes com recaída em menos de três meses após a descontinuação do tratamento.⁵

Por último classificamos as uveítes segundo o seu aspecto clínico em uveítes granulomatosas e não-granulomatosas. Granulomatosas foram as que apresentaram precipitados ceráticos grosseiros, tipo gordura de carneiro (*mutton fat*), nódulos de íris ou quando o aspecto da lesão era de um granuloma. As não-granulomatosas foram as uveítes com precipitados ceráticos finos e sem lesão ou aspecto granulomatoso.

Os resultados colhidos a partir dos formulários foram submetidos ao tratamento estatístico descritivo por meio de percentuais, sendo todos os dados discriminados através de tabelas e gráficos. Todos os cálculos foram realizados utilizando-se o programa estatístico SPSS versão 17.0 e o Microsoft Office Excel versão 2010.

A pesquisa foi realizada de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que diz respeito às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de NOVAFAPI sob o número de protocolo 0297.0.043.000-11.

RESULTADOS

Foram incluídos um total de 403 pacientes com uveíte atendidos no Hospital de Olhos Francisco Vilar no período de 6 anos. Neste período foram atendidos 127.816 pacientes constando-se que a cada 1.000 pacientes atendidos 3,2 tinham uveíte. A idade dos pacientes durante o início dos sinais e sintomas de uveíte variou entre 4 e 90 anos, com uma média de 42 anos distribuídos da seguinte maneira: entre 0 e 12 anos: 13 pacientes (3,2%), 13 e 18 anos: 20 pacientes (5%), 19 e 60 anos: 290 pacientes (72%), maiores de 60 anos: 80 pacientes (19,8%), dentre esses 199 (49,4%) eram homens e 204 (50,6%) eram mulheres. Observou-se também, que 248 pacientes (61,5%) eram procedentes da capital do estado do Piauí, 110 do interior do estado do Piauí (27,3%) e 45 eram de outro estado (11,2%) (Tabela 1).

Em 164 (40,7%) dos prontuários selecionados não foi possível a identificação das etiologias das uveítes. Dentre as doenças de base diagnosticadas, a mais frequente foi a toxoplasmose, com 167 casos (41,4%), seguida da tuberculose com 12 casos (3%), espondilite anquilosante com 9 casos (2,2%), Síndrome

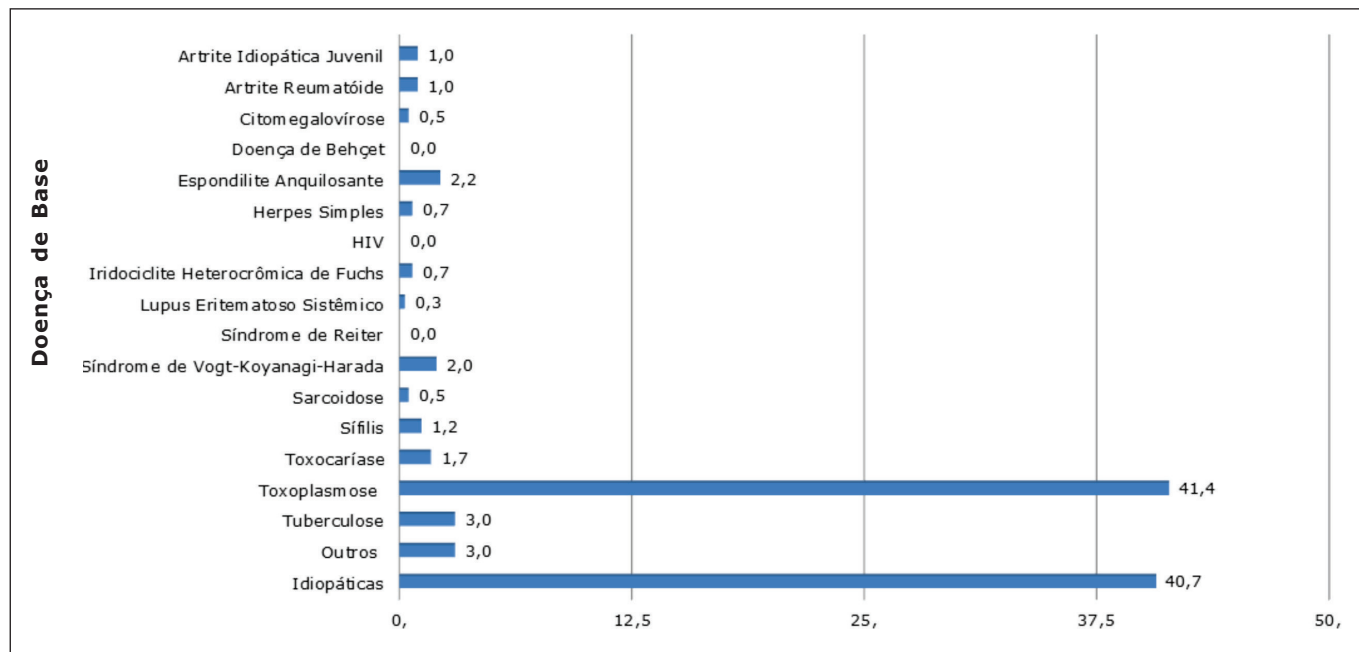
Tabela 1
Perfil clínico epidemiológico dos pacientes com uveíte

	Nº	%	
Gênero	Masculino	199	49,4
	Feminino	204	50,6
Faixa etária (anos)	0 a 12 anos	13	3,2
	13 a 18 anos	20	5,0
	19 a 60 anos	290	80
	>60 anos	72,0	19,8
Procedência Capital	Capital	248	61,5
	Interior	110	27,3
	Outro Estado	45	11,2
Total	403	100,0	

de Vogt-Koyanagi-Harada com 8 casos (2%), toxocaríase com 7 casos (1,7%), sífilis com 5 casos (1,2%), artrite idiopática juvenil com 4 casos (1,0%), artrite reumatoide com 4 casos (1,0%), herpes simples com 3 casos (0,7%), Iridociclite heterocrômica de Fuchs com 3 casos (0,7%), citomegalovírus com 2 casos (0,5%) e lúpus eritematoso sistêmico com 1 caso (0,3%). Além disso, 12 prontuários (3%) estavam no Grupo Outros (Gráfico1).

Gráfico 1

Distribuição das Doenças de Base dos pacientes com uveítes - Teresina - PI, janeiro 2006 - dezembro 2011



Em relação à classificação anatômica, observou-se maior frequência das uveítes posteriores totalizando 200 casos (49,6%), entre as quais, a toxoplasmose se destacou com 157 casos (78,5%). As uveítes anteriores apresentaram-se em 145 prontuários (36,0%), seguidas das panuveítes 44 (10,9%) e uveítes intermediárias 14 (3,5%) destacando-se nos três últimos parâmetros

citados as uveítes idiopáticas com manifestações apenas oculares em 111, 18 e 11 casos, respectivamente (Tabela 2).

Segundo a evolução clínica na tabela 3, podemos observar que: 167 das uveítes (41,4%) foram agudas, 124 crônicas (30,8%), 58 recorrentes (14,4%) e 54 pacientes (13,4%) não fizeram o acompanhamento completo, não sendo possível evidenciar a evolução.

Tabela 2
Doença de base por classificação anatômica

	Posição anatômica									
	Anterior		Intermediária		Posterior		Panuveíte		Total	
	Nº	%	Nº	%	N	%	N	%	Nº	%
Síndrome de Reiter	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0
Sarcoidose	0	,0	1	7,1	0	,0	1	2,3	2	,5
Toxoplasmose	0	,0	0	,0	157	78,5	10	22,7	167	41,4
Tuberculose	4	2,8	1	7,1	4	2,0	3	6,8	12	3,0
Toxocaríase	0	,0	0	,0	6	3,0	1	2,3	7	1,7
Idiopáticas*	111	76,6	11	78,6	24	12,0	18	40,9	164	40,7
Outras**	6	4,1	1	7,1	4	2,0	1	2,3	12	,0
Sífilis	2	1,4	0	,0	3	1,5	0	,0	5	1,2
Artrite reumatóide	4	2,8	0	,0	0	,0	0	,0	4	0
Artrite idiopática juvenil	4	2,8	0	,0	0	,0	0	,0	4	1,0
Doença de Behçet	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0
Espondilite anquilosante	8	5,5	0	,0	1	,5	0	,0	9	2,2
Lúpus eritematoso sistêmico	1	7	0	0	0	0	0	0	1	3
Herpes Simples	2	1,4	0	0	0	0	1	2,3	3	7
Citomegalovírus	0	0	0	0	1	5	1	2,3	2	5
Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada	0	0	0	0	0	0	8	18	8	2,0
Iridociclite										
Heterocrômica de Fuchs	3	0	,0	2,1	0	0	,0	,0	0	0
Total	145	100,00	14	100,00	200	100,00	44	100,00	403	100,00

Idiopáticas*: uveítes idiopáticas com manifestações apenas oculares; Outras**: uveítes que apareceram apenas uma vez: Síndrome de Sjogren, psoríase, Síndrome de Posner Schlossman, Fibromialgia, Síndrome CINCA, Herpes Zóster, Oftalmia Simpática, Artrite Reativa, Coroidite Serpiginosa, Doença de Crohn, Coroidopatia de Birdshot, doença de Kawasaki

Tabela 3
Doença de base por evolução clínica

	Evolução clínica									
	Aguda		Crônica		Recorrente		Não fez Acompanhamento		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Síndrome de Reiter	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0
Sarcoidose	0	,0	0	,0	2	3,5	0	,0	2	,5
Toxoplasmose	98	58,7	39	31,5	10	17,2	20	37,0	167	41,4
Tuberculose	0	,0	6	4,8	6	10,3	0	,0	12	3,0
Toxocaríase	2	1,2	2	1,6	1	1,7	2	3,7	7	1,7
Idiopáticas*	59	35,3	55	44,4	21	36,2	29	53,7	164	40,7
Outras**	2	1,2	7	5,6	3	5,2	0	,0	12	3,0
Sífilis	1	,6	3	2,4	0	,0	1	1,9	5	1,2
Artrite reumatoide	1	,6	0	,0	3	5,2	0	,0	4	1,0
Artrite idiopática juvenil	0	,0	0	,0	4	6,9	0	,0	4	1,0
Doença de Behçet	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0
Espondilite anquilosante	2	1,2	2	1,6	5	8,6	0	,0	9	2,2
Lúpus eritematoso sistêmico	0	0	1	8	0	0	0	0	1	3
Citomegalovírus	0	0	2	1,6	0	0	0	0	2	5
Herpes Simples	0	0	2	1,6	0	0	1	1,9	8	2,0
Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada	0	0	4	3,2	3	5,2	1	1,9	8	2,0
Iridociclite										
Heterocrômica de Fuchs	2	2,2	1	8	0	0	0	0	3	7
Total	167	100,00	124	100,00	58	100,00	54	100,00	403	100,00

Fonte: Prontuários Eletrônicos do Hospital de Olhos Francisco Vilar; Idiopáticas*: uveítes idiopáticas com manifestações apenas oculares; Outras**: uveítes que apareceram apenas uma vez: Síndrome de Sjogren, psoríase, Síndrome de Posner Schlossman, Fibromialgia, Síndrome CINCA, Herpes Zóster, Oftalmia Simpática, Artrite Reativa, Coroidite Serpiginosa, Doença de Crohn, Coroidopatia de Birdshot, doença de Kawasaki

Por último, segundo o aspecto clínico, em 258 prontuários (64,0%) observaram-se aspecto granulomatoso, dentre esses, 163 (63,2%) foram por toxoplasmose e 59 (22,9%) foram uveítes idiopáticas com manifestações apenas oculares. Em 100 prontuá-

rios (24,8%) observaram-se aspecto não-granulomatoso dentre os quais 70 (70%) estão relacionados à doenças reumatológicas. Do total de prontuários, em 45 casos (11,2%) não foi possível classificação devido à dados insuficientes (Tabela 4).

Tabela 4
Doença de Base por Aspecto Clínico. Teresina (PI), Janeiro 2006-Dezembro 2011

Doença de Base	Aspecto clínico							
	Granulomatosa		Não-granulomatosa		Não Classificável		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Síndrome de Reiter	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0
Sarcoidose	2	,8	0	,0	0	,0	2	,5
Toxoplasmose	163	63,1	0	,0	4	8,9	167	41,4
Tuberculose	10	3,9	2	2,0	0	,0	12	3,0
Toxocaríase	6	2,3	0	,0	1	2,2	7	1,7
Idiopáticas*	55	22,9	70	70,0	35	77,8	164	40,7
Outras**	5	2,0	7	7,0	0	,0	12	3,0
Sífilis	1	,4	1	1,0	3	6,7	5	1,2
Artrite reumatoide	0	,0	3	3,0	1	2,2	4	1,0
Artrite idiopática juvenil	0	,0	4	4,0	0	,0	4	1,0
Doença de Behçet	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0
Espondilite anquilosante	1	,4	8	8,0	0	,0	9	2,2
Lúpus eritematoso sistêmico	0	0	1	1,0	0	0	1	3
Citomegalovírus	1	4	1	1,0	0	0	2	5
Herpes Simples	1	4	1	1,0	1	2,2	3	7
Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada	8	3,1	0	0	0	0	8	2,0
Iridociclite								
Heterocrômica de Fuchs	1	4	2	2,0	0	0	3	7
Total	258	100,00	100	100,00	45	100,00	403	100,00

Fonte: Prontuários Eletrônicos do Hospital de Olhos Francisco Vilar. Idiopáticas*: uveítes idiopáticas com manifestações apenas oculares. Outras**: uveítes que apareceram apenas uma vez: Síndrome de Sjogren, psoríase, Síndrome de Posner Schlossman, Fibromialgia, Síndrome CINCA, Herpes Zóster, Oftalmia Simpática, Artrite Reativa, Coroidite Serpiginosa, Doença de Crohn, Coroidopatia de Birdshot, doença de Kawasaki

DISCUSSÃO

O presente estudo, analisou a prevalência das uveítes nos pacientes atendidos em um hospital oftalmológico de referência de Teresina no Piauí, durante o período de seis anos. “Estudos epidemiológicos nas uveítes são importantes, visto que fatores demográficos tais como idade, sexo, raça, aspectos socioeconômicos, ocupação, hábitos de vida, origem geográfica, podem influenciar-nos mesmos. A literatura mundial relata grandes variações geográficas na etiologia das uveítes”.⁶

Por se tratar de um estudo retrospectivo em que a exposição e a doença são mensurados após os mesmos já terem ocorrido, através do registro dos pacientes⁷, tivemos a perda de alguns doentes, isto, porém, não invalidou a nossa pesquisa pois, além de conseguirmos uma grande amostra, essa perda foi mínima e tivemos a oportunidade de diagnosticar na nossa região a presença de várias doenças infecciosas, não-infecciosas e de distribuição sistêmica ou local. Não podemos deixar de destacar que a uveíte pode evoluir com diversas complicações que podem levar à cegueira limitando a população acometida. O estudo “Análise da qualidade de vida de portadores de uveítes de causas infecciosas e não infecciosas pelo questionário NEI-VFQ-25” realizado por Mello et al.⁸, destacou que grande parte dos pacientes que tem ou já tiveram uveíte apresentam alto índice de morbidade, seja pela

atividade das doenças, erros de refração ou catarata desencadeados pelas sequelas. Isso mostra a necessidade de um planejamento rigoroso para uma melhor abordagem dos pacientes com uveítes, levando-se em consideração não apenas aspectos terapêuticos bem como também aspectos sociais e econômicos.

Segundo Kanski⁹, a idade do paciente, na época da apresentação da doença, e o sexo são fatores muito importantes, porque determinados tipos de uveítes ocorrem em uma faixa etária específica, enquanto outras podem acontecer em qualquer idade, além de apresentarem-se em maior ou menor quantidade em determinado sexo ajudando a direcionar o diagnóstico. De maneira geral, devido à grande variedade de doenças e devido às doenças mais frequentes acometerem ambos os gêneros, tanto o sexo feminino (50,6%) como o sexo masculino (49,4%) foram acometidos de maneira similar e embora todas as faixas etárias tenham sido acometidas, observamos, assim como na literatura¹⁰, que as uveítes foram menos frequentes na infância (0 a 12 anos), e responsáveis pela maior parcela dos casos nos adultos (19 a 60 anos).

Podemos observar no gráfico 1, que a toxoplasmose foi a doença mais prevalente, com 41,4% dos casos de uveíte, sendo também a principal causa de uveíte posterior, conforme a tabela 2, corroborando com os dados da literatura que cita esta como a causa mais comum de retinocoroidite em pacientes imunocompetentes no mundo.^{5,6,9,11-14}

Logo em seguida, estão as uveítes idiopáticas apenas com manifestações oculares apresentando-se em uma grande parcela dos casos, sendo estas, importantes fontes de uveítes anteriores (76,6%). Já as uveítes associadas a doenças sistêmicas reumatológicas tiveram um total de 5% da amostra, sendo a espondilite anquilosante a mais diagnosticada com 9 casos. Na Europa esta doença mostrou-se a principal causa de uveíte anterior dentre estas uveítes diagnosticadas¹⁴ e segundo diversas outras fontes, a uveíte idiopática é a forma mais comum de inflamação no seguimento anterior, com cerca de metade dos pacientes apresentando apenas alterações oculares, cerca de 30% apresentando iridociclite com HLA-B27 positivo, e o restante associado à doenças sistêmicas como espondilite anquilosante ou artrite idiopática juvenil^{11,14-16}. Na nossa amostra a pequena quantidade destas uveítes contrasta com a literatura mundial, isso pode ter ocorrido devido ao caráter, que na grande maioria das vezes, é auto-limitado e melhoram apenas com a instilação de colírios de corticosteroide, influenciando os pacientes a não realizarem consultas subsequentes com o devido acompanhamento e certificação diagnóstica.

O restante das uveítes discriminadas, dentre elas a tuberculose, toxocaríase, sífilis, herpes simples, citomegalovírus são importantes causas de uveíte^{17,18}, em que costuma-se ter sucesso no tratamento das mesmas quando diagnosticadas precocemente e tratadas adequadamente. Podemos observar, no entanto, que pela má adesão da terapêutica, algumas vezes, esses processos acabam se tornando crônicos e gerando danos irreversíveis. Na nossa amostra, embora tenhamos alguns pacientes SIDA positivos, não tivemos nenhum caso de pacientes com uveíte especificamente pelo vírus da SIDA, estas foram distribuídas entre infecções oportunistas como tuberculose, sífilis e herpes simples uma vez que pacientes imunocomprometidos progressiva e severamente aumentam a suscetibilidade a várias infecções virais, fúngicas e parasitárias.¹¹

Pode-se observar ainda na tabela 4, que a maioria (64,0%) das uveítes tinha aspecto granulomatoso. Este fato sofreu influência da alta prevalência natural de doenças infecciosas, com predileção pela câmara posterior. As uveítes posteriores, geralmente são classificadas como granulomatosas, pois este processo tem predileção pela úvea posterior, embora possam acometer qualquer porção do trato uveal.¹⁹

Segundo a evolução clínica, embora a uveíte aguda tenha sido mais prevalente 167(41,4%), 124 casos foram crônicas (30,8%), 58 casos foram recorrentes (14,4%) e em 54 casos (13,4%) não foi possível a classificação da evolução. Esses pacientes foram incluídos no estudo, pois fizeram o acompanhamento em tempo suficiente para o diagnóstico (com exame clínico, e exames complementares gerais e/ou oftalmológicos) mas não para a classificação.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa constatou uma prevalência de 3,2 casos de uveíte para cada 1.000 pacientes atendidos, mostrando-nos a frequência relativa das uveítes encontradas neste serviço, dentre os quais a toxoplasmose foi a mais prevalente seguida das uveítes idiopáticas com manifestações apenas oculares. Inúmeras outras causas infecciosas e não infecciosas com importante impacto social como a tuberculose, sífilis e espondilite anquilosante também foram identificadas.

Pudemos observar ainda que a maioria das uveítes teve uma tendência natural ao aspecto granulomatoso, com localização posterior. Essas classificações, no entanto, não são independentes e sofrem influência da doença de base que desencadeou a uveíte.

REFERÊNCIAS

- Höfling-Lima AL, Moeller CT, Freitas D, Martins EM. Manual de condutas em Oftalmologia. São Paulo: Atheneu. 2008. 1249p.
- Jabs DA, Nussenblatt RB, Rosenbaum JT; 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):509-16. Review.
- Bloch-Michel E, Nussenblatt RB. International Uveitis Study Group recommendations for the evaluation of intraocular inflammatory disease. Am J Ophthalmol. 1987;103(2):234-5.
- Dimantas MA, Lowder C, Muccioli C. Uveítes anteriores associadas a doenças sistêmicas. Arq Bras Oftalmol. 2003; 66(2):235-8.
- Nussenblatt, RB, Whitcup SM. Uveitis, fundamental and clinical practice. 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010. 480p.
- Gouveia EB, Yamamoto JH, Abdala M, Hirata CE, Kubo P, Olivalves E. Causas das uveítes em serviço terciário em São Paulo, Brasil. Arq Bras Oftalmol. 2004; 67(1):139-45.
- Medronho R, Bloch KV, Luiz RR, Werneck, GL, editores. Epidemiologia. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2009. 685p.
- Mello PR, Roma AC, Moraes Junior HV. Análise da qualidade de vida de portadores de uveítes de causas infecciosas e não infecciosas pelo questionário NEI-VFQ-25. Arq Bras Oftalmol. 2008; 71(6):847-54.
- Kanski JJ. Oftalmologia clínica: uma abordagem sistemática. 6a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2008. 931p.
- Edelsten C, Reddy MA, Stanford MR, Graham EM. Visual loss associated with pediatric uveitis in english primary and referral centers. Am J Ophthalmol. 2003; 135(5):676-80.
- Pavan-Langston D. Manual de oftalmologia: diagnóstico e tratamento. 4 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2001. 592p.
- Oréfice F. Uveíte clínica e cirúrgica: texto e atlas. 2ª ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2005. 1480p.
- Gehlen ML, Dabul VM, Obara SS, Grebos SP, Moreira CA. Incidência e etiologia de uveítes em Curitiba. Arq Bras Oftalmol. 1999; 62(5):622-6.
- Paivonsalo-Hietanen T, Touminen J, Vaahtoranta-Lehtone H, Saari KM. Incidence and prevalence of different uveitis entities in Finland. Acta Ophthalmol Scand. 1997; 75(1):76-81.
- Skare TL, Silva TQ, Pastro PC. Uveíte das espondiloartropatias: prevalência e relação com doença articular. Arq Bras Oftalmol. 2007;70(5):827-30.
- Mikkila H, Seppala I, Leirisalo-Repo M, Immonen I, Karma A. The etiology of uveitis: The role of infections with special reference to Lyme borreliosis. Acta Ophthalmol Scand. 1997; 75(6):716-9.
- Benezra D, Cohen E, Maftzir G. Uveitis in children and adolescents. Br J Ophthalmol. 2005;89(4):444-8.
- Babu RB, Sudharshan S, Kumarasamy N, Therese L, Biswas J. Ocular tuberculosis in acquired immunodeficiency syndrome. Am J Ophthalmol. 2006;142(3):413-8.
- Vaughan D, Taylor A. Oftalmologia geral. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 1990. 438p.

Autor correspondente:

Leonardo Pinheiro Teixeira

E-mail: leonardop_007@msn.com

APÊNDICE - Formulário de Coleta dos Dados

Formulário nº: _____

01 – idade:

02 – Gênero:

- M
- F

03 – Procedência:

- Capital do PI
- Interior do PI
- outro Estado

04 – Doença de base:

- Síndrome de Reiter
- Artrite reumatóide
- Artrite Reumatóide Juvenil
- AIDS
- Citomegalovírus
- Doença de Behcet
- Espondilite anquilosante
- Iridociclite heretocrômica de Fuchs
- Herpes Simples
- Lupus Eritematoso Sistêmico
- Sífilis
- Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada
- Sarcoidose
- Toxoplasmose
- Tuberculose
- Toxocaríase
- SDD
- outras

05 – Classificação da uveíte, quanto a posição anatômica:

- anterior intermediária posterior difusa

06 – Classificação da uveíte, quando a evolução:

- aguda crônica recorrente Sem acompanhamento

07- Classificação da uveíte, quanto ao aspecto clínico:

- granulomatosa não-granulomatosa Não foi possível classificar