

# Análise Retrospectiva e Caracterização Epidemiológica de 151 casos de Inflamação Ocular

Maria Lisboa<sup>1</sup>, Arnaldo Santos<sup>1</sup>, Luísa Vieira<sup>1</sup>, Rita Rosa<sup>1</sup>, Mariana Cardoso<sup>1</sup>, Isabel Domingues<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Interno do Internato Complementar de Oftalmologia no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE

<sup>2</sup>Assistente Hospitalar de Oftalmologia do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE

## RESUMO

**Objectivo:** Analisar e caracterizar uma amostra de doentes de uma consulta de inflamação ocular.

**Material e Métodos:** Análise retrospectiva de 503 consultas realizadas por um clínico entre 1 de Agosto de 2012 e 31 de Agosto de 2013 no Centro Hospitalar de Lisboa Central com recurso aos respectivos processos clínicos. Na análise da casuística da consulta foram incluídos 151 doentes. Desses, 24 padeciam de doenças auto-imunes em seguimento para monitorização de toxicidade a fármacos mas sem registo de qualquer episódio de uveíte, pelo que foram excluídos da avaliação estatística referente às uveítes. Dos 127 doentes com uveíte foram incluídos 197 olhos.

**Resultados:** A média de idades foi de 53,8±16,5 anos, sendo 60% do sexo feminino e 40% masculino. A inflamação foi bilateral em 70 e unilateral em 57 doentes. O tipo de uveíte mais frequente foi a anterior (51,2%), seguida da panuveíte (21,3%), posterior (19,7%), intermédia (3,9%), episclerite (3,2%) e esclerite (0,8%). As etiologias foram agrupadas em: doenças sistémicas (34%), doenças infecciosas (30%), idiopáticas (27%) e patologias oculares específicas (9%). A acuidade visual média nos olhos com uveíte anterior foi 0.8, panuveíte 0.2, uveíte posterior 0.2, uveíte intermédia 0.7, episclerite e esclerite 1.0. Dos 197 olhos com uveíte, 27 (13,7%) foram submetidos a cirurgia de catarata e 5 (2,5%) a cirurgia de glaucoma.

**Conclusões:** Apesar de se tratar de uma amostra relativamente pequena, reveste-se de importância dado ser fundamental conhecer a realidade em cada centro de referência de forma a otimizar os recursos disponíveis e a melhorar a abordagem clínica.

## Palavras-chave

Uveíte, inflamação, epidemiologia, catarata, glaucoma.

## ABSTRACT

**Purpose:** To analyze and characterize a sample of patients from an ocular inflammation referral center.

**Material and Methods:** Retrospective analysis of 503 appointments performed by an ophthalmologist between August 1<sup>st</sup> 2012 and August 31<sup>st</sup> 2013 in Centro Hospitalar de Lisboa Central using the respective clinical processes. 151 patients were included in the casuistic analysis. Of those, 24 suffered from autoimmune diseases and were being followed-up only for monitoring of drug toxicity without any record of an uveitis episode and so they were excluded from the

statistical analysis concerning uveitis. Of the 127 patients with uveitis it were included 197 eyes. **Results:** The mean age was  $53,8 \pm 16,5$  years, 60% female and 40% male. The inflammation was bilateral and unilateral in 70 and 57 patients respectively. Anterior uveitis was most common (51,2%), followed by panuveitis (21,3%), posterior uveitis (19,7%), intermediate uveitis (3,9%), episcleritis (3,2%) and scleritis (0,8%). The causes were grouped in: systemic diseases (34%), infectious diseases (30%), idiopathic (27%) and specific ocular conditions (9%). The average visual acuity in eyes with anterior uveitis was 0.8, panuveitis 0.2, posterior uveitis 0.2, intermediate uveitis 0.7, episcleritis and scleritis 1.0. Of the 197 eyes with uveitis, 27 (13,7%) underwent cataract surgery and 5 (2,5%) glaucoma surgery.

**Conclusions:** Although being a relatively small sample, it is important since it is essential to be aware of the reality in each referral center in order to optimize the available resources and to improve the clinical approach.

### Key-words

Uveitis, inflammation, epidemiology, cataract, glaucoma.

## INTRODUÇÃO

A uveíte, termo utilizado para descrever um grupo de doenças inflamatórias intraoculares, constitui uma causa significativa de incapacidade visual em todo o Mundo. Ao contrário de outras causas de diminuição da acuidade visual, as uveítes afectam frequentemente doentes jovens em idade produtiva, o que acrescenta a este grupo de patologias o peso do factor económico<sup>1</sup>. A prevalência, incidência e caracterização dos vários tipos de uveítes apresentam uma variação geográfica<sup>2,3,4</sup>. Os factores que contribuem para isso são complexos e ainda se encontram em estudo. No entanto é sabido que ambos factores do hospedeiro e ambientais têm influência nessa distribuição.

A classificação anatómica actualmente aceite para as uveítes foi introduzida no fim dos anos 80 pelo *International Uveitis Study Group*<sup>5</sup>. Assim, estas são divididas segundo o local primário de inflamação em anterior (câmara anterior), intermédia (vítreo e retina periférica), posterior (retina e/ou coróide) e panuveíte (câmara anterior, vítreo e retina e/ou coróide). Em 2004 o grupo SUN (*Standardization of Uveitis Nomenclature*) completou estes critérios adicionando factores como início (súbito ou insidioso), duração (limitada ou persistente) e curso da doença (agudo, recorrente ou crónico)<sup>6</sup>.

No Departamento de Inflamação Ocular do Centro Hospitalar de Lisboa Central, tal como o nome indica, são observados, para além de uveítes, casos seleccionados de outros tipos de inflamação ocular, nomeadamente episclerites e esclerites (geralmente quando associados a doenças sistémicas). Para além disso, e uma vez que trabalhamos em estreita ligação com a consulta de doenças auto-imunes do mesmo

centro hospitalar, são observados doentes dessa mesma consulta apenas para monitorização da toxicidade a fármacos, mais frequentemente o sulfato de hidroxiquina. Dado que o objectivo deste estudo é, não apenas descortinar o padrão de uveítes, mas também a contribuir para a casuística deste departamento, optámos por incluir estes último grupo de doentes, embora o tenhamos excluído da avaliação estatística referente às uveítes propriamente ditas.

## MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizada uma análise retrospectiva de 503 consultas consecutivas realizadas por um clínico do departamento de inflamação ocular do Centro Hospitalar de Lisboa Central no período entre 1 de Agosto de 2012 e 31 de Agosto de 2013, com recurso à avaliação dos respectivos processos clínicos. Foram incluídos 151 doentes na análise casuística, sendo que 24 padeciam de doenças auto-imunes em seguimento para monitorização de toxicidade a fármacos mas sem registo de qualquer episódio de uveíte, pelo que foram excluídos da avaliação estatística referente às uveítes. Assim, nesta última foram incluídos 197 olhos de 127 doentes.

Foi utilizada a classificação anatómica de uveítes do *International Uveitis Study Group*, sendo ainda incluídos os casos de episclerite e esclerite (6 no total). A etiologia das diferentes uveítes foi discriminada e depois inserida num dos seguintes grupos: doenças sistémicas, doenças infecciosas, idiopáticas e patologias oculares específicas. O diagnóstico baseou-se no exame objectivo geral e oftalmológico, antecedentes pessoais e exames complementares

de diagnóstico seleccionados para cada caso. A seguinte informação foi documentada para cada doente: género, idade, antecedentes pessoais, lateralidade, melhor acuidade visual na última visita, tipo de uveíte e etiologia da uveíte. Foi ainda determinado o número de olhos submetidos a cirurgia de catarata e/ou cirurgia de glaucoma.

Na análise do género, idade, antecedentes pessoais, lateralidade e etiologia das uveítes foi considerado o número de doentes (n=127). Já na análise da acuidade visual e da existência de cirurgia de catarata ou de glaucoma foi considerado o número total de olhos (n=197).

Para o cálculo da melhor acuidade visual corrigida foi feita a conversão da escala de Snellen para a escala Log-MAR. Os resultados foram novamente convertidos e apresentados segundo a primeira.

**RESULTADOS**

Um total de 151 doentes foi incluído no estudo, com uma média de idades de 53.8 anos ( $\pm 16,5$ ), havendo 91 (60%) do sexo feminino e 60 (40%) do sexo masculino (figura 1).

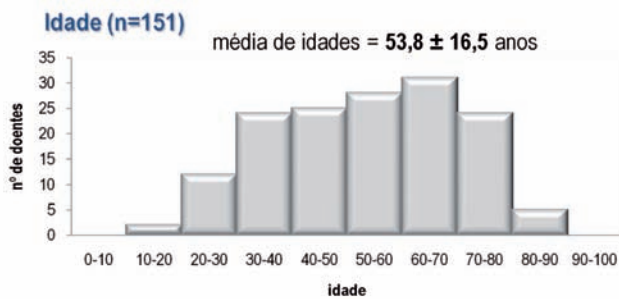


Fig. 1 | Distribuição da amostra segundo a idade.

Os antecedentes pessoais mais comuns foram hipertensão arterial (40 doentes), infecção pelo vírus da imunodeficiência humana-HIV (17 doentes), dislipidémia (16 doentes), diabetes *mellitus* tipo 2 (14 doentes), espondilite anquilosante (12 doentes), neoplasia (10 doentes) e insuficiência cardíaca congestiva (7 doentes) (figura 2). O tipo de inflamação ocular mais frequente (n=127) foi a anterior (51,2%), seguida da panuveíte (21,3%), posterior (19,7%), intermédia (3,9%), episclerite (3,2%) e esclerite (0,8%) (figura 3). A inflamação ocular foi unilateral em 57 doentes (45%) e bilateral em 70 doentes (55%) (figura 4). Foi possível estabelecer um diagnóstico definitivo ou específico presuntivo em 72,4% dos casos.

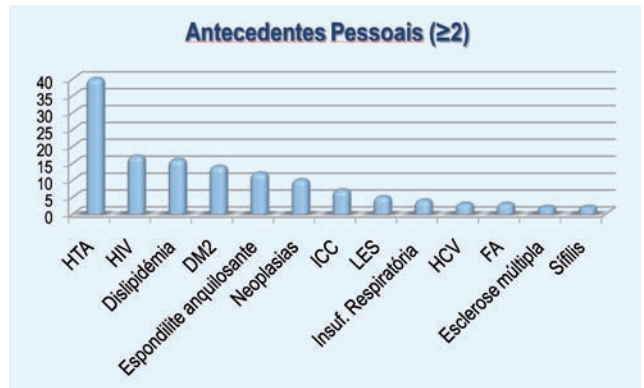
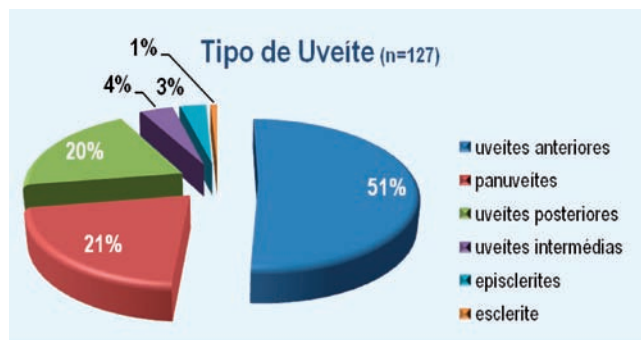


Fig. 2 | Antecedentes pessoais mais frequentes.



Tipo de uveíte	
Anterior	51,2%
Posterior	19,7%
Panuveíte	21,3%
Intermédia	3,9%

Fig. 3 | Tipos de Uveíte.

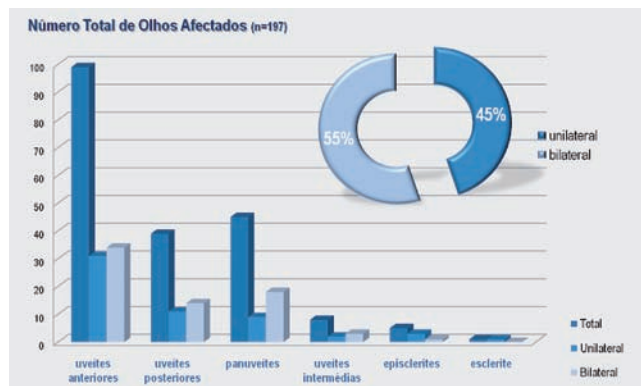


Fig. 4 | Lateralidade das uveítes.

Para o conjunto de todos os tipos de uveíte a etiologia discriminada mais frequente foi a idiopática (35 doentes), seguida da espondilite anquilosante (12 doentes), HLA B27+ (11 doentes), toxoplasmose (11 doentes), doença de Behçet (8 doentes), tuberculose (6 doentes), herpes simples (6 doentes), citomegalovírus (6 doentes) e sífilis (5 doentes). Quando agrupadas, o grupo de etiologias mais frequente foi o das doenças sistémicas (44 doentes; 34%), seguido do grupo das doenças infecciosas (38 doentes; 30%), idiopáticas (34 doentes; 27%) e patologias oculares específicas (11 doentes; 9%) (figura 5).

No que diz respeito aos casos de uveíte anterior (n=65), a média de idades foi de 56,5 anos, sendo 35 do sexo feminino (54%) e 30 do sexo masculino (46%). Foram verificados 31 casos unilaterais e 34 bilaterais (total de 99 olhos). A etiologia discriminada mais frequente foi a idiopática (23 doentes; 35,4%), seguida da espondilite anquilosante (12 doentes; 18,5%), HLA B27+ (10 doentes; 15,4%), doença de Behçet (6 doentes; 9,2%), herpes simples (5 doentes; 7,7%), sífilis (3 doentes; 4,6%), tuberculose (3 doentes; 4,6%), doença mista do tecido conjuntivo (1 doente; 1,5%), artrite reumatóide (1 doente; 1,5%) e celulite orbitária (1 doente; 1,5%). Quando agrupadas, a maior fatia pertenceu ao grupo das doenças sistémicas (46%), e depois ao grupo das doenças

idiopáticas (35%) e grupo das doenças infecciosas (19%). Não houve qualquer caso inserido no grupo das patologias oculares específicas (figura 6). A média de melhor acuidade visual corrigida nos olhos afectados foi de 0.8.

Relativamente aos casos de panuveíte (n=27), 16 doentes eram do sexo feminino (59%) e 11 do sexo masculino (41%), com uma média de idades de 53,8 anos. Dos 27 doentes com panuveíte, 9 foram casos unilaterais e 18 bilaterais (total de 45 olhos). As causas determinadas foram: toxoplasmose (5 doentes; 18,5%), idiopática (5 doentes; 18,5%), tuberculose (2 doentes; 7,4%), doença de Behçet (2 doentes; 7,4%), coroidite multifocal (2 doentes; 7,4%), sarcoidose (1 doente; 3,7%), síndrome de Birdshot (1 doente; 3,7%), infecciosa pós-endocardite (1 doente; 3,7%), herpes simples (1 doente; 3,7%), citomegalovírus (1 doente; 3,7%), sífilis (1 doente; 3,7%), doença de Vogt-Koyanagi-Harada (1 doente; 3,7%), doença de Whipple (1 doente; 3,7%), uveíte de recuperação imunitária (1 doente; 3,7%), esclerose múltipla (1 doente; 3,7%) e oftalmia simpática (1 doente; 3,7%). Assim, 44% dos casos de panuveíte foram inseridos no grupo das doenças infecciosas, 18,7% no grupo das idiopáticas, 18,7% no grupo das patologias oculares específicas e 18,7% no grupo das doenças sistémicas (figura 7). A média de melhor acuidade visual corrigida nos olhos com panuveíte foi de 0.2.

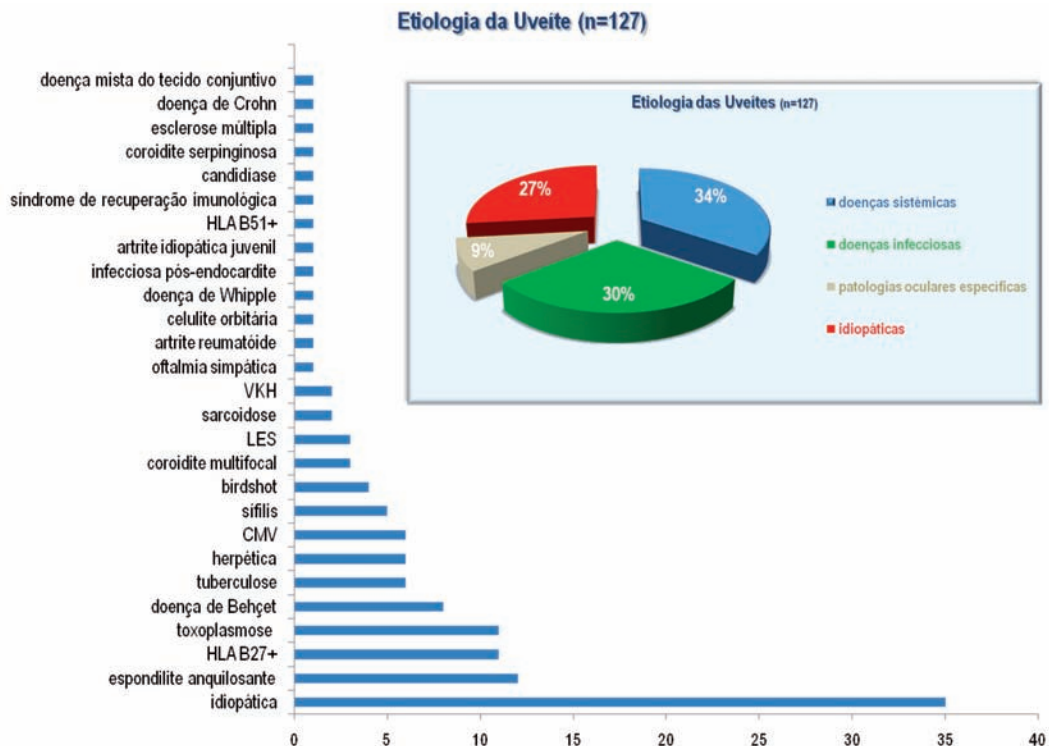


Fig. 5 | Etiologia do total de uveítes.

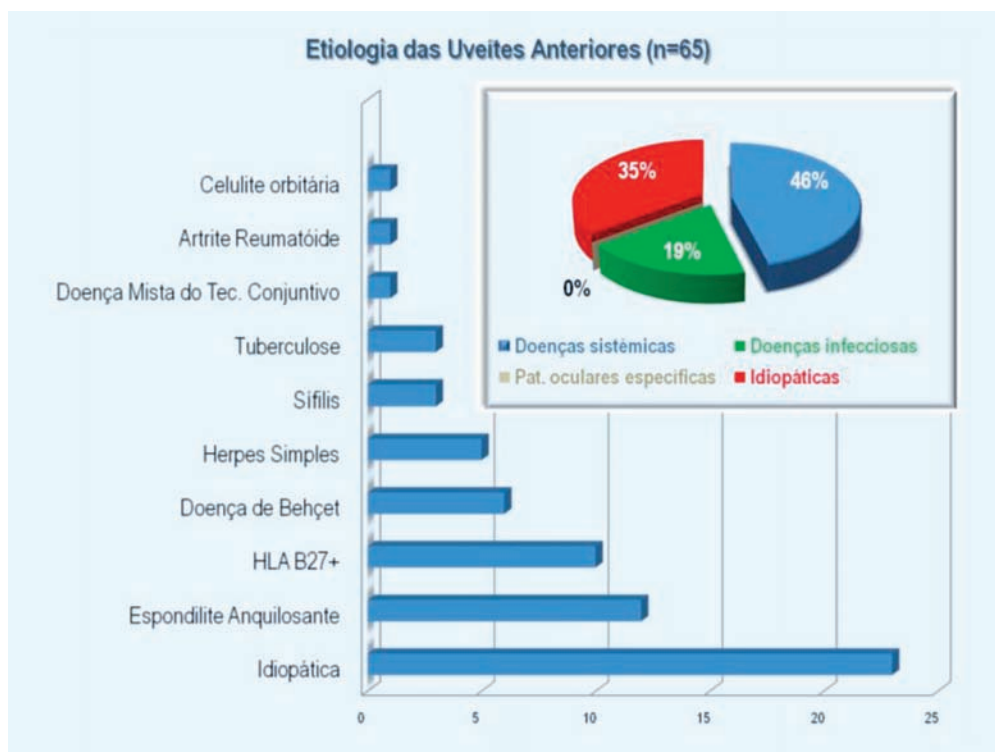


Fig. 6 | Etiologia das uveítes anteriores.

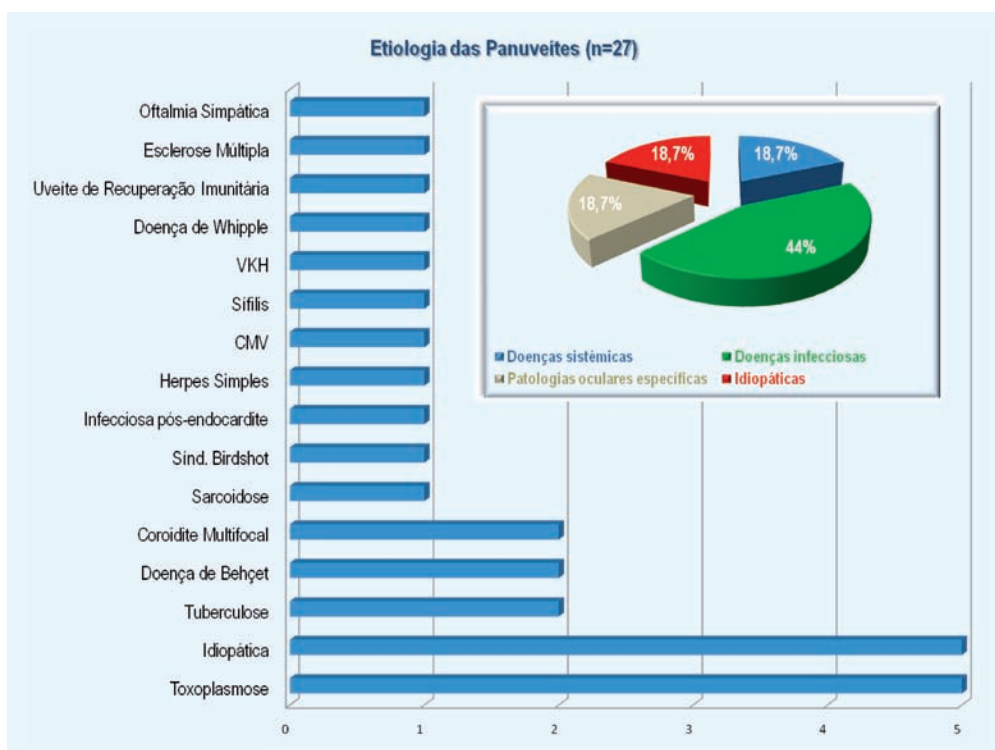


Fig. 7 | Etiologia das panuveítes.

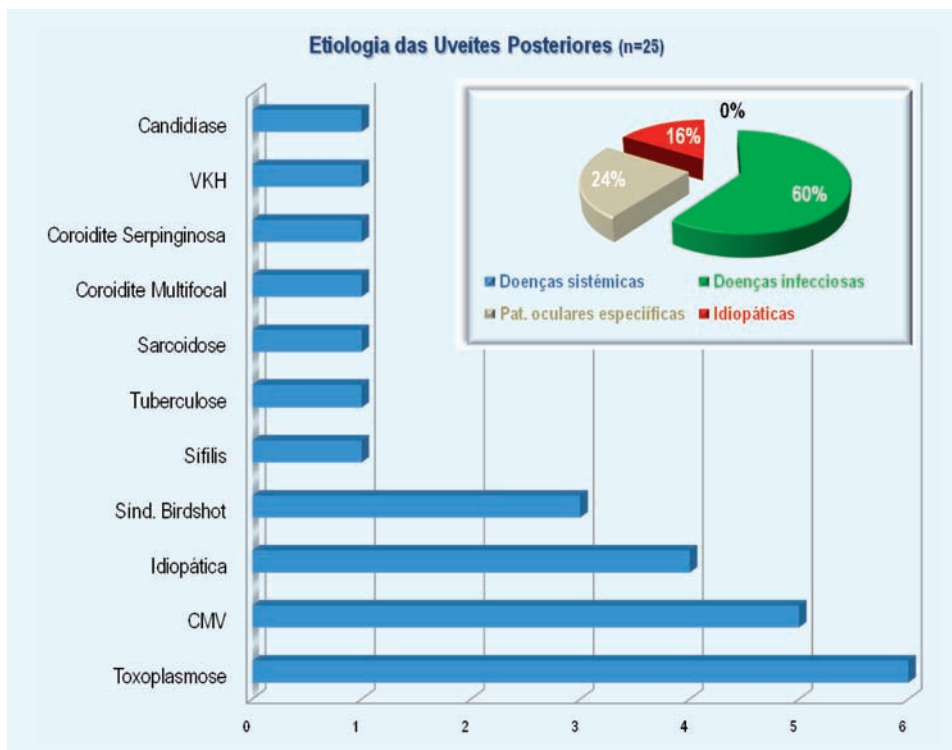


Fig. 8 | Etiologia das uveítes posteriores.

Para o conjunto das uveítes posteriores (n=25) a média de idades foi de 51 anos, havendo 11 doentes do sexo feminino (44%) e 14 doentes do sexo masculino (56%). De um total de 39 olhos, 11 foram unilaterais e 14 bilaterais. As etiologias verificadas foram: toxoplasmose (6 doentes; 24%), citomegalovírus (5 doentes (20%), idiopática (4 doentes; 16%), síndrome de Birdshot (3 doentes; 12%), sífilis (1 doente; 4%), tuberculose (1 doente; 4%), sarcoidose (1 doente; 4%),

coroidite multifocal (1 doente; 4%), coroidite serpinginosa (1 doente; 4%), doença de Vogt-Koyanagi-Harada (1 doente; 4%) e candidiase (1 doente; 4%). Não foi inserido qualquer caso no grupo das doenças sistêmicas, pelo que a distribuição foi a seguinte: grupo de doenças infecciosas (60%), grupo das patologias oculares específicas (24%), grupo das idiopáticas (16%) (figura 8). A média de melhor acuidade visual corrigida nos olhos acometidos com uveíte posterior foi de 0.2.

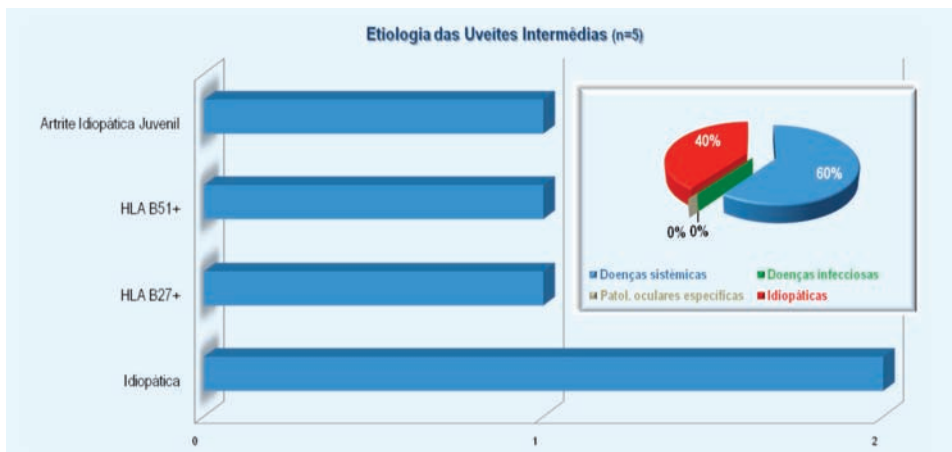
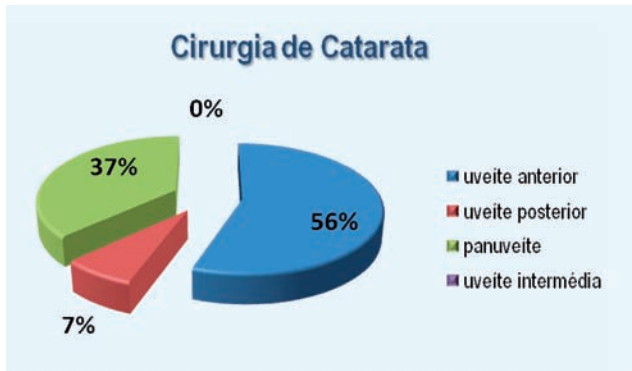
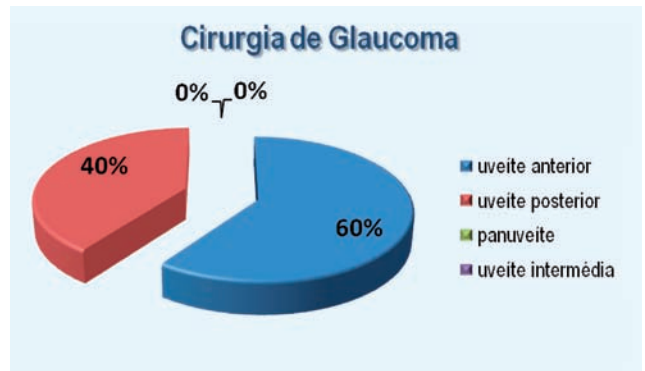


Fig. 9 | Etiologia das uveítes intermédias.



Cirurgia de Catarata	
Tipo de Uveíte	nº olhos
Uveíte Anterior	15
Uveíte Posterior	2
Panuveíte	10
Uveíte Intermédia	0
<b>Total</b>	<b>27</b>

Fig. 10 | Olhos com uveíte submetidos a cirurgia de catarata.



Cirurgia de Glaucoma	
Tipo de Uveíte	nº olhos
Uveíte Anterior	3
Uveíte Posterior	2
Panuveíte	0
Uveíte Intermédia	0
<b>Total</b>	<b>5</b>

Fig. 11 | Olhos com uveíte submetidos a cirurgia de glaucoma.

Das uveítes intermédias, 3 eram do sexo feminino (60%) e 2 do sexo masculino (40%), com uma média de idades de 42 anos e de melhor acuidade visual corrigida de 0.7. Quanto à lateralidade, 2 casos foram unilaterais e 3 bilaterais, perfazendo um total de 8 olhos. Relativamente à etiologia, 2 casos foram idiopáticos e os restantes 3 casos associados a artrite idiopática juvenil, HLA B27+ e HLA B51+. Assim, 60% pertenceram ao grupo das doenças sistémicas e 40% ao grupo das idiopáticas (figura 9).

Todos os 4 casos de episclerite enviados para a consulta de inflamação ocular eram do sexo feminino, sendo 3 casos unilaterais e 1 bilateral (total de 5 olhos). As etiologias encontradas foram o lúpus eritematoso sistémico (3 doentes; 75%) e idiopática (1 doente; 25%). O único caso de esclerite referenciado foi de um doente do sexo feminino, 35 anos, com acometimento unilateral e cuja etiologia foi associada a doença de Crohn. A média da melhor acuidade visual corrigida nos casos de episclerite e esclerite foi de 1.0.

Foram estudados ainda os olhos submetidos a cirurgia de catarata (27 de 197 olhos; 13,7% dos olhos com uveíte). Desses 27 olhos, 15 eram do conjunto das uveítes anteriores (56%), 10 do conjunto das panuveítes (37%) e 2 do conjunto das uveítes posteriores (7%) (figura 10). Assim,

foram sujeitos a cirurgia de catarata 22,2% dos olhos com panuveíte (10 de 45 olhos), 15,2% dos olhos com uveíte anterior (15 de 99 olhos) e 5,1% dos olhos com uveíte posterior (2 de 39 olhos).

Relativamente à cirurgia de glaucoma, houve um total de 5 olhos submetidos a essa cirurgia - 3 implantes de válvula de Ahmed em 3 olhos de 2 doentes com uveíte anterior e 2 trabeculectomias *ab externo* em 2 olhos de 1 doente com uveíte posterior (figura 11). Deste modo, 2,5% do total de olhos com uveíte foram sujeitos a cirurgia de glaucoma, correspondendo a 3% dos olhos com uveíte anterior e a 5,1% os olhos com uveíte posterior.

Tipo de uveíte	CHLC	Europa <sup>1,8</sup>	Mundo <sup>7,8</sup>
<b>Anterior</b>	51,2%	52-63%	27,8-63%
<b>Posterior</b>	19,7%	6-26%	9,3-38%
<b>Panuveíte</b>	21,3%	7-20%	7-38%
<b>Intermédia</b>	3,9%	1-12%	4-17%

Fig. 12 | Comparação da distribuição dos tipos de uveíte.

1. Wakefield D, Chang JH. Epidemiology of uveitis. *International Ophthalmology Clinics* 2005. 45(2) 1-13; 2. Khairallah M, Bem Yahia S, Ladjini A, Messaoud R, et al. Pattern of uveitis in a referral centre in Tunisia, North Africa. *Eye* 2007. 21 33-39; 8. Chang, JH, et al. Uveitis: a global perspective. *Ocular Immunology and Inflammation* 2002. 10 263-279.

## DISCUSSÃO

Estudos epidemiológicos centrados na distribuição dos vários tipos e causas de uveítes, assim como na influência de factores genéticos, sociais, ambientais e geográficos, são cada vez mais importantes na planificação dos cuidados de saúde na área da oftalmologia. Esse tipo de estudos, tal como este agora descrito, contribuem para o estabelecimento de tendências no padrão de uveítes que, como anteriormente mencionado, é heterogéneo e varia de região para região e também ao longo do tempo.

A frequência dos vários tipos de uveíte neste estudo foi comparável ao encontrado na literatura (figura 12)<sup>1,7,8</sup>. Assim, os dados adquiridos foram semelhantes ao padrão descrito para a maioria da Europa, com grande parte dos casos a corresponderem a uveíte anterior (51,2%), seguido de panuveíte (21,3%), uveíte posterior (19,7%) e uveíte intermédia (3,9%). Na bibliografia consultada não foi feita referência aos casos de episclerite e esclerite, uma vez que apenas foram considerados os casos de uveíte. Apesar de termos incluído esses dois tipos de inflamação ocular, uma vez que são relevantes na avaliação da casuística da consulta, parece-nos que a escassez da sua referenciação (5 doentes no total) torna os seus resultados pouco influentes e significativos no global da análise estatística.

Tal como referido nos diferentes estudos internacionais<sup>1,9,10</sup>, ambos os géneros aparentam ser igualmente afectados. Contudo, em algumas etiologias específicas parece haver preponderância de um dos géneros. É o caso das uveítes anteriores associadas ao HLA B27, quer estejam ou não relacionadas com espondilite anquilosante, em que existe predomínio do sexo masculino. Este facto foi também confirmado no nosso estudo em que dos 22 doentes com uveíte anterior associada a HLA B27 e/ou espondilite anquilosante, 13 eram do sexo masculino (59%).

Na grande maioria dos doentes foi estabelecido um diagnóstico definitivo ou específico presuntivo (72,4%), o que demonstra o avanço que se tem vindo a constatar na área de diagnóstico ao longo dos últimos anos. Assim, apesar de 35,4% dos casos de uveíte anterior terem sido considerados idiopáticos, quando somados os casos associados a HLA B27 com os casos de espondilite anquilosante diagnosticada, o total aproxima-se desse valor (33,9%), o que faz deste grupo a causa mais comum de uveíte anterior. A positividade para o antígeno HLA B27 é mesmo considerada um importante factor de risco genético para uveíte anterior aguda, uma vez que cerca de 55% dos doentes caucásicos com esta patologia são HLA B27+. Contudo, este facto não significa que todos os indivíduos HLA B27+ venham a desenvolver uveíte

anterior – pondera-se a possibilidade de existir algum tipo de *trigger*<sup>1</sup>. De realçar que se trata de uma consulta de referenciação, pelo que se estima que o número de casos de uveítes anteriores seja muito superior a este (alguns estudos apontam mesmo para 90% de todos os tipos de uveíte<sup>8</sup>), com a grande maioria dos primeiros episódios a serem considerados idiopáticos, sem necessidade de estudo etiológico.

A panuveíte foi o segundo tipo mais comum de uveíte na nossa amostra (21,3%), embora equiparável à uveíte posterior (19,7%). Para além das idiopáticas, a causa mais frequente foi a toxoplasmose (18,5%), seguida da tuberculose (7,4%), doença de Behçet (7,4%) e coroidite multifocal (7,4%). A grande contribuição da toxoplasmose para os casos de panuveíte, tal como nos casos de uveíte posterior, poderá ser devida, pelo menos em parte, à importante influência da comunidade brasileira no nosso país. Como já sobejamente discutido, a toxoplasmose é a causa mais frequente de uveíte na maioria dos países da América do Sul, nomeadamente no Brasil (57%<sup>11</sup>). De salientar também a doença de Behçet, que assume particular relevância nos países da bacia mediterrânica, nomeadamente em Portugal. Nesta amostra constituiu a terceira maior causa em *ex aequo* com a tuberculose e a coroidite multifocal. Presumir-se-á que, se a amostra fosse maior, a doença de Behçet destacaria-se das demais, dada a grande incidência desta doença no nosso país.

No que concerne às uveítes posteriores, a toxoplasmose também assumiu lugar de destaque, sendo mesmo a líder neste conjunto de uveítes. As razões que se prendem com este facto são, provavelmente, as mesmas mencionadas para as panuveítes. De destacar também a importância da retinite a citomegalovírus (CMV). Esta tornou-se uma das infecções mais frequentes da retina após os anos 80, ocorrendo principalmente como infecção oportunista em doentes HIV+/SIDA<sup>1</sup>. Com a introdução da terapêutica HAART (*highly active antiretroviral therapy*) em 1996, a incidência desta diminuiu, embora ainda assuma um papel relevante como causa de uveíte posterior. Teme-se inclusivamente que haja uma nova emergência de casos pelo facto dos doentes HIV+ poderem vir a desenvolver intolerância ou resistência aos fármacos HAART<sup>12,13</sup> e, assim, estarem novamente susceptíveis a infecções oportunistas, nomeadamente à infecção pelo CMV. Na nossa amostra, esta ocupa a segunda posição nas causas de uveíte posterior porque, para além do já mencionado, existe uma consulta de infecciologia dedicada ao HIV no nosso centro hospitalar à qual o departamento de inflamação ocular oferece apoio.



Tipo de Cirurgia	Porcentagem de olhos com uveíte			
	CHLC 2013	Rothova <i>et al</i> <sup>16</sup> 1996	Panek, WC <i>et al</i> <sup>17</sup> 1990	Takahashi, T <i>et al</i> <sup>18</sup> 2002
Cx catarata	13,7%	13,1%	-	-
Cx de glaucoma	2,5%	4,3%	1,2%	2,37%

Fig. 13 | Proporção de olhos com uveíte submetidos a cirurgia de catarata e a cirurgia de glaucoma.

16. Rothova A, Suttorp-van Schulten MAS, Treffers WF, Kijlstra A. Causes and frequency of blindness in patients with intraocular inflammatory disease. *British Journal of Ophthalmology* 1996. 80 332-336.  
 17. Panek WC, Holland GN, Lee DA, Christensen RE. Glaucoma in patients with uveitis. *British Journal of Ophthalmology* 1990. 74 223-227. 18. Takahashi T, Ohtani S, Miyata K, Miyata N, Shirato S, Mochizuki M. A clinical evaluation of uveitis associated secondary glaucoma. *Japanese Journal of Ophthalmology* 2002. 46 556-562

A baixa prevalência de uveítes intermédias (3,9%) não constituiu novidade uma vez que esta é a forma menos frequente de uveíte em todo o Mundo. A maioria dos casos são idiopáticos<sup>8</sup>.

Tal como esperado, a média de acuidade visual foi pior para o conjunto das uveítes posteriores e panuveítes (0.2) relativamente aos restantes tipos de uveíte. Isso pode ser explicado pelas alterações potencialmente irreversíveis de determinadas estruturas oculares, nomeadamente mácula e nervo óptico.

A proporção de olhos submetidos a cirurgia de catarata e a cirurgia de glaucoma esteve de acordo com estudos internacionais prévios (figura 13). Num estudo publicado em 2004 com 220 doentes, a catarata isoladamente foi responsável pela diminuição da acuidade visual em 39 doentes (17,7%) e o glaucoma em 11 doentes (5%)<sup>14</sup>. Existem também relatos de que a prevalência de glaucoma em olhos com uveíte varia entre 10 e 20%<sup>15</sup>. Contudo, apenas alguns desses casos acabam por ser sujeitos a intervenção cirúrgica.

À semelhança dos estudos epidemiológicos de uveítes publicados até à data, esta amostra pode não ser totalmente representativa da população geral mas sim um subgrupo da mesma. A isso deve-se o facto de se tratar de uma consulta de referenciação pelo que, para além de provavelmente não reflectir a proporção real dos tipos de uveíte (a uveíte anterior, nomeadamente, poderá estar subvalorizada), engloba os casos mais graves e raros, geralmente submetidos a uma abordagem diagnóstica mais complexa (o que também poderá ter influência no número de casos idiopáticos). Acresce ainda o facto de apenas termos incluído doentes adultos. No entanto, e apesar de relativamente pequena, esta amostra não deixa de ser relevante, uma vez que é fundamental conhecer a realidade em cada centro de forma a otimizar os recursos disponíveis, a melhorar a abordagem clínica e a permitir a comparação com outros centros.

## BIBLIOGRAFIA

1. Wakefield D, Chang JH. Epidemiology of uveitis. *International Ophthalmology Clinics* 2005. 45(2) 1-13.
2. Rathinam SR, Namperumalsamy P. Global variation and pattern changes in epidemiology of uveitis. *Indian Journal of Ophthalmology* 2007. 55 173-183.
3. Biziorek B, Mackiewicz J, Zagórski Z, Krwawicz L, Haszcz D. Etiology of uveitis in rural and urban areas of mid-eastern Poland. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 2001. 8 241-243.
4. Rathinam SR, et al; Infectious causes of uveitis in the developing world. *International Ophthalmology Clinics* 2000. 40 137-152.
5. Bloch-Michel E, Nussenblatt RB. International Uveitis Study Group recommendations for the evaluation of intraocular inflammatory disease. *American Journal of Ophthalmology* 1987. 103 234-235.
6. The Standardization of Uveitis Nomenclature (SUN) Working Group. Standardization of Uveitis Nomenclature for reporting clinical data – results of the first international workshop. *American Journal of Ophthalmology* 2005. 140 509-516.
7. Khairallah M, Bem Yahia S, Ladjini A, Messaoud R, et al. Pattern of uveitis in a referral centre in Tunisia, North Africa. *Eye* 2007. 21 33-39.
8. Chang, JH, et al. Uveitis: a global perspective. *Ocular Immunology and Inflammation* 2002. 10 263-279.
9. Rothova A, Buitenhuis HJ, Meenken C, et al. Uveitis and systemic disease. *British Journal of Ophthalmology* 1992. 76 137-141.
10. McCannel CA, Holland GN, Helm CJ, et al. Causes of uveitis in the general practice of ophthalmology. UCLA community-based uveitis study group. *American Journal of Ophthalmology* 1996. 121 35-46.

11. Gouveia EB, Yamamoto JH, Abdalla, M, Hirata CE, et al. Causas das uveítes em service terciário em São Paulo, Brasil. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia* 2004. 67 139-145.
12. Whitley RJ, Jacobon MA, Friedberg DN, Holland GN, et al. Guidelines for the treatment of cytomegalovirus diseases in patients with AIDS in the era of potent anti-retroviral therapy. *Archives of internal Medicine* 1998. 158 657-669.
13. Arruda RF, Muccioli C, Belfort Jr R. Achados oftalmológicos em infectados pelo HIV na era pós-HAART e comparação com série de pacientes avaliados no período pré-HAART. *Revista da Associação Médica Brasileira* 2004. 50(2) 148-152.
14. Durrani OM, Tehrani NN, Marr JE, Moradi P, Stavrou P, Murray PI. Degree, duration, and causes of visual loss in uveitis. *British Journal of Ophthalmology* 2004. 88 1159-1162.
15. Boyle, JW, et al. Uveitic glaucoma: pathophysiology and management. *Eyenet* 2008
16. Rothova A, Suttorp-van Schulten MAS, Treffers WF, Kijlstra A. Causes and frequency of blindness in patients with intraocular inflammatory disease. *British Journal of Ophthalmology* 1996. 80 332-336.
17. Panek WC, Holland GN, Lee DA, Christensen RE. Glaucoma in patients with uveitis. *British Journal of Ophthalmology* 1990. 74 223-227.
18. Takahashi T, Ohtani S, Miyata K, Miyata N, Shirato S, Mochizuki M. A clinical evaluation of uveitis associated secondary glaucoma. *Japanese Journal of Ophthalmology* 2002. 46 556-562.
19. Agrawal R, Murthy S, Ganesh SK, Phaik CS, Sanwan V, Biswas J. Cataract surgery in uveitis. *International Journal of Inflammation* 2012. 2012 1-16.
20. Barisani-Asenbauer T, Maca SM, Mejdoubi L, Emmingr W, Machold K, Auer H. Uveitis – a rare disease often associated with systemic diseases and infections – a systematic review of 2619 patients. *Orphanet Journal of Rare Diseases* 2012. 7 57-73.
21. Mahajan D, Venkatesh P, Garg SP. Uveitis and glaucoma: a critical review. *Journal of Current Glaucoma Practice* 2011. 5(3) 14-30.
22. Holland GN. AIDS and ophthalmology: the first quarter century. *American Journal of Ophthalmology* 2008. 145 397-408.
23. Zierhut M, Deuter C, Murray PI. Classification of uveitis – current guidelines. *European Ophthalmic Review* 2007. 77-78.
24. Gritz DC, Wong IG. Incidence and prevalence of uveitis in northern California: the northern California epidemiology of uveitis study. *Ophthalmology* 2004. 111 491-500.
25. Suttorp MAS, Rothova A. The possible impact of uveitis in blindness: a literature survey. *British Journal of Ophthalmology* 1996. 80 844-848.
26. Goto H, Mochizuki M, Yamaki K, Kotake S, Usui M, Ohno S. Epidemiological survey of intraocular inflammation in Japan. *Japanese Journal of Ophthalmology* 2007. 51 41-44.
27. Jakob E, Reuland MS, Mackensen F, Harsch N, et al. Uveitis subtypes in a german interdisciplinary uveitis center – analysis of 1916 patients. *The Journal of Rheumatology* 2009. 36 127-136.

---

#### CONTACTO

Maria Lisboa - Centro Hospitalar de Lisboa Central  
Serviço de Oftalmologia  
Alameda de Santo António dos Capuchos,  
1169-050 Lisboa  
mariaslx@hotmail.com  
Telemóvel: 916303035