

Causas das uveítes em serviço terciário em São Paulo, Brasil

Causes of uveitis in a tertiary center in São Paulo city, Brazil

Enéias Bezerra Gouveia¹
Joyce Hisae Yamamoto²
Milena Abdalla³
Carlos Eduardo Hirata⁴
Paulo Kubo⁴
Edilberto Olivalves⁵

RESUMO

Objetivos: Analisar as causas das uveítes em pacientes atendidos no Serviço de Uveítes do HC-FMUSP no período de fevereiro a agosto de 2002. **Métodos:** Realizou-se estudo retrospectivo baseado em prontuários de 262 pacientes que compareceram no serviço no período acima. Os seguintes dados foram analisados: idade, sexo, diagnósticos anatômico e etiológico, atividade da doença e complicações oculares. **Resultados:** A idade média dos pacientes foi de 41 anos, sendo 60% do sexo feminino e 40% do masculino. O diagnóstico anatômico distribuiu-se em anterior (20%), intermediário (4,5%), posterior (39,7%) e difuso (31,3%). A etiologia foi determinada em 79,4% dos casos, sendo os diagnósticos mais frequentes toxoplasmose (22%), síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada (13%) e doença de Behçet (10%). Causas infecciosas foram observadas em 79% das uveítes posteriores, ao passo que causas não infecciosas em 61% das uveítes anteriores e 73% das difusas. Foram observados alguns diagnósticos raros, tais como uveíte associada ao HTLV-I/II, síndrome do anticorpo antifosfolípide e retinopatia auto-imune. Quanto à atividade de doença ocular, a doença estava ativa em 15% dos pacientes e inativa em 85%. As complicações mais comuns foram catarata (42%) e glaucoma (13%). **Conclusões:** Estudos epidemiológicos podem refletir diferentes padrões de etiologia das uveítes; no entanto eles podem mostrar características particulares de cada centro (terciário, critério de diagnóstico, interesses específicos). O presente estudo demonstra a importância das uveítes endógenas (síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada e doença de Behçet), assim como das uveítes infecciosas (toxoplasmose e toxocaríase) em nosso meio.

Descritores: Uveíte/etiologia; Uveíte/epidemiologia; Estudo retrospectivo; Serviços de saúde comunitária

INTRODUÇÃO

As uveítes, processo inflamatório intra-ocular comprometendo a úvea e estruturas vizinhas, são responsáveis por 5 a 20% das causas de cegueira na América do Norte⁽¹⁾. Em nosso meio, uveíte é o principal diagnóstico encontrado em indivíduos que frequentam instituições para reabilitação visual⁽²⁾ e é responsável por 4% dos atendimentos em serviço de urgência⁽³⁾. Sua incidência varia de 14 a 28 em 100 mil⁽⁴⁻⁵⁾.

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 comparação de estudos realizados em diferentes regiões do mundo e em diferentes épocas permite estabelecer tendências e especular fatores relevantes para a etiopatogenia das uveítes. A literatura mundial relata grandes

Trabalho realizado no Serviço de Uveítes da Disciplina de Oftalmologia do Departamento de Oftalmologia e Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP.

¹ Médico Estagiário do Serviço de Uveítes da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP.

² Professora colaboradora doutora, médica do Serviço de Uveítes da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP.

³ Médico Estagiário do Serviço de Uveítes da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP.

⁴ Doutor, médico do Serviço de Uveítes da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP.

⁵ Doutor, chefe do Serviço de Uveítes da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP.

Endereço para correspondência: Dr. Enéias Bezerra Gouveia, Rua Conselheiro Rodrigues Alves, 127 - apto 111 - bloco B - São Paulo (SP) CEP 04014-010
Email: eneiasgouveia@uol.com.br

Recebido para publicação em 10.01.2003

Versão revisada recebida em 26.05.2003

Aprovação em 30.05.2003

Nota Editorial: Pela análise deste trabalho e por sua anuência na divulgação desta nota, agradecemos aos Drs. José Beniz Neto e Carlos Roberto Neufeld.

variações geográficas na etiologia das uveítes⁽⁶⁾. O presente trabalho tem como objetivo analisar a distribuição das uveítes em pacientes atendidos no Serviço de Uveítes da Clínica Oftalmológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP), no período de fevereiro a agosto de 2002.

MÉTODOS

Realizou-se estudo retrospectivo baseado em prontuários de pacientes que freqüentaram o Serviço de Uveítes da Clínica Oftalmológica do HC-FMUSP, no período de fevereiro a agosto de 2002, com o cuidado de inseri-los apenas uma vez na estatística. Os seguintes dados foram analisados: idade, sexo, diagnósticos anatômico e etiológico, atividade de doença e complicações oculares. Atividade de doença foi definida pela presença de hiperemia pericerática ou límbica associada à presença de células na câmara anterior, células no vítreo associadas ao edema cistóide de mácula, edema ou exsudação da retina ou edema e hemorragias perivasculares. As complicações oculares observadas foram: ceratopatia em faixa, sinéquias, seclusão pupilar, catarata, glaucoma, rotura de retina, descolamento de retina, hemorragia vítrea, edema macular cistóide, membrana neovascular sub-retiniana, fibrose de retina, hipotonia ocular e atrofia bulbar. Os pacientes incluídos neste estudo foram submetidos à rotina do Serviço de Uveítes, que consistiu em: exame ocular (medida da acuidade visual corrigida, exame ocular externo, biomicroscopia dos segmentos anterior e posterior, oftalmoscopia binocular indireta e tonometria de aplanção); exames complementares oculares, como ultrassom, angiofluoresceinografia da retina, campimetria visual, exames eletrofisiológicos da retina, quando necessários; e exames sistêmicos de acordo com o diagnóstico anatômico e/ou etiológico ou das complicações observadas. Os critérios para diagnóstico das uveítes foram os estabelecidos pelo Grupo Internacional de Estudo das Uveítes⁽⁷⁾. Uveíte intermediária é, segundo esses critérios, aquela onde as manifestações inflamatórias se localizam principalmente na retina periférica, vítreo anterior e na região da *pars plana*. Nessa classificação, esse termo indica apenas a localização anatômica preferencial da uveíte, sem nenhuma indicação etiológica. Embora possa ser a expressão de uma série de doenças como esclerose múltipla, doença de Behçet, sarcoidose, HTLV-I/II ("human T-lymphotropic virus types I and II"), sífilis, tuberculose, toxocaríase, entre outras, na maioria das vezes manifesta-se como uma uveíte isolada, cujos mecanismos etiopatogênicos não estão bem definidos, com provável componente auto-imune e que foi descrita na literatura com vários nomes como: *pars planite*, uveíte periférica, ciclite crônica e coriorretinite periférica e que nesse trabalho denominaremos de uveíte intermediária do tipo *pars planite*, independente da presença do "snow banks".

No período do levantamento, um protocolo específico com indivíduos portadores assintomáticos do HTLV-I/II estava

sendo realizado, sendo incluído na análise deste estudo somente os indivíduos com alterações inflamatórias intra-oculares.

RESULTADOS

Foram analisadas 262 fichas de pacientes que freqüentaram o Serviço de Uveítes do HC-FMUSP no período de 6 meses definido pelo estudo. A idade dos pacientes na data do levantamento variou de 4 a 88 anos, com idade média de 41 anos, com a seguinte distribuição (Tabela 1): entre 0 e 16 anos, 25 pacientes (9%), entre 17 e 40 anos, 108 pacientes (41%) e maior que 40 anos, 129 pacientes (50%), sendo 159 (60%) mulheres e 103 (40%) homens. Destes 262 pacientes, 25 (9,5%) apresentavam seguimento menor que 1 ano e o restante seguimento maior que 12 meses. Quanto à classificação das uveítes segundo o diagnóstico anatômico (Quadro 1), 20% eram uveíte anterior, 4,5% uveíte intermediária, 39,7% uveíte posterior e 31,3% uveíte difusa. Outros diagnósticos anatômicos observados foram: esclerouveíte em 4% (10 casos), ceratouveíte e neurite em um caso cada. As vasculites de retina foram incluídas nas uveítes posteriores.

O diagnóstico etiológico das uveítes pode ser determinado em 79,4% dos casos, sendo as etiologias mais freqüentemente encontradas toxoplasmose ocular 22% (57 casos), síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada 13% (33 casos) e doença de Behçet 10% (26 casos) (Quadro 1).

Quanto à atividade de doença ocular, na data do levantamento, 40 pacientes (15%) tinham doença ativa e 222 pacientes (85%) estavam sem atividade de doença.

As complicações encontradas foram: catarata (111 pacientes, 42%), glaucoma (35 pacientes, 13%), sinéquias posteriores e/ou seclusão pupilar (30 pacientes, 11,4%), descolamento de retina regmatogênico (17 pacientes, 6%), atrofia bulbar (6 pacientes, 2%), ceratopatia em faixa (5 pacientes, 2%) e outras complicações como sinéquias anteriores, hemorragia vítrea, edema macular cistóide, membrana neovascular sub-retiniana, fibrose de retina e hipotonia ocular (9 pacientes, 3%). Noventa e dois pacientes (35%) não apresentavam nenhuma complicação.

A distribuição da etiologia das uveítes segundo o diagnóstico anatômico está representado no quadro 1 e segundo a faixa etária na tabela 1. As causas infecciosas foram responsáveis por 79% das uveítes posteriores. As causas não infecciosas foram responsáveis por 61% das uveítes anteriores e 73% das uveítes difusas. Nas uveítes anteriores, destacaram-se como principais etiologias nas faixas etárias de 0-16 e de 17-40 anos, a artrite reumatóide juvenil, e na faixa etária acima de 40 anos a espondiloartropatia. Nas uveítes posteriores, a toxoplasmose predominou nos indivíduos acima de 16 anos e a toxocaríase naqueles com até 16 anos. Nas uveítes difusas, as etiologias mais freqüentes foram doença de Behçet e síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada. Não se definiu o diagnóstico etiológico em 25% dos casos das uveítes anteriores, em 15,4% das uveítes posteriores e em 19,5% das uveítes difusas.

Tabela 1. Distribuição do diagnóstico etiológico das uveítes (n=262) segundo faixa etária no levantamento retrospectivo realizado no Serviço de Uveítes do HCFMUSP no período de fevereiro a agosto de 2002

Faixa etária (anos)	Etiologia das uveítes	Número de casos
0-16	Sub-total	25 (9%)
	Artrite reumatóide juvenil	5
	Toxocaríase	9
	Toxoplasmose	3
	<i>Pars planite</i>	3
	Idiopático	5
17-40	Sub-total	108 (41%)
	Toxoplasmose	35
	Doença de Behçet	14
	Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada	11
	Artrite reumatóide juvenil	6
	Tuberculose	6
	Espondilite anquilosante	4
	Toxocaríase	3
	Sarcoidose	3
	Iridociclite heterocrômica de Fuchs	2
	Outros*	10
	Idiopático	14
> 40	Sub-total	129 (50%)
	Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada	22
	Toxoplasmose	19
	Doença de Behçet	12
	Espondilite anquilosante	6
	Tuberculose	4
	Doença de Chrön	3
	Sarcoidose	3
	Iridociclite heterocrômica de Fuchs	3
	HTLV-I/II	3
	Artrite reumatóide do adulto	2
	Sífilis	2
	Coroidite multifocal	2
	Oftalmia simpática	2
	<i>Pars planite</i>	3
	Outros*	9
	Idiopático	34

* outros: diagnósticos representados em somente 1 caso cada. 17-40 anos: S. Possner Schlossman, psoríase, uveíte associada ao HTLV-I/II, *pars planite*, retinite por CMV, sífilis, coroidite serpiginosa, lupus eritematoso sistêmico (LES), síndrome de antifosfolípide e neurite; > 40 anos: S. de Reiter, LES, artrite reumatóide juvenil, moléstia de Hansen, CMV, retinopatia auto-imune, necrose aguda de retina, coroidite por *P. carinii*, ceratouveíte herpética

DISCUSSÃO

Este estudo retrospectivo analisa a distribuição das uveítes em pacientes atendidos no Serviço de Uveítes da Clínica Oftalmológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, no período de fevereiro a agosto de 2002. O quadro 2 apresenta um resumo de alguns estudos epidemiológicos das uveítes realizados em diferentes regiões do mundo, em diferentes épocas e em diferentes serviços, incluindo o resultado do presente trabalho. Estes estudos permitem estabelecer tendências e especular fatores relevantes para a etiopatogenia das uveítes de uma forma geral. Enquanto na década de 60, Woods et al. atribuíram 60% das uveítes à toxoplasmose e à tuberculose⁽⁶⁾, levantamentos nas décadas de 80 e 90 demonstram um aumento no diagnóstico de

uveítes endógenas como a uveíte relacionada ao HLA-B27, vasculites de retina, sarcoidose e síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada⁽⁸⁻¹²⁾. Já os levantamentos realizados no Japão⁽¹³⁾, onde predominam a doença de Behçet, sarcoidose e síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada, apontam para diferenças étnicas na prevalência das uveítes. Em contrapartida, os levantamentos nacionais demonstram a importância da toxoplasmose no nosso meio, independente do período^(5,8-9,14-17). Estes mesmos levantamentos também apontam para a importância de causas infecciosas como tuberculose, sífilis, toxocaríase e hanseníase. Dentre as causas não infecciosas, no Brasil, destacam-se a doença de Behçet e síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada^(8-9,17). Fatores inerentes a cada serviço que podem influenciar os resultados são vários: interesse de estudo por determinada doença, forma de encaminhamento dos doentes, critérios de

Quadro 1. Distribuição da etiologia das uveítes segundo o diagnóstico anatômico no levantamento retrospectivo realizado no Serviço de Uveítes do HCFMUSP no período de fevereiro a agosto de 2002						
Etiologia	Todas as uveítes (262; 100%)#	Anterior (52; 20%)	Interm. (12; 4,5%)	Posterior (104; 40%)	Difusa (82; 31%)	Outras manifest.* (12; 4,5%)
Infeciosa						
Toxoplasmose	57			57		
Toxocaríase	12			12		
Tuberculose	10			7	3	
HTLV-I/II	4		3			1
Sífilis	3			2	1	
Retinite por citomegalovírus (HIV+)	2			2		
Coroidite por <i>Pneumocystis carinii</i> (HIV+)	1			1		
Ceratouveíte herpética	1					1
Necrose aguda de retina	1			1		
Moléstia de Hansen	1	1				
Sub-total	92 (35%)	1 (2%)	3 (25%)	82 (79%)	4 (5%)	2 (17%)
Não infecciosa						
Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada	33				33	
Doença de Behçet	26				26	
Artrite reumatóide juvenil	12	12				
Espondilite anquilosante	10	10				
Sarcoidose	6	4	1		1	
Doença de Chrön	3	3				
Artrite reumatóide do adulto	2	1				1
Lupus eritematoso sistêmico	2	1		1		
Síndrome antifosfolípide	1			1		
Psoríase	1		1			
Síndrome de Reiter	1	1				
Sub-total	97 (37%)	32 (61%)	2 (17%)	2 (2%)	60 (73%)	1 (8%)
Doenças puramente oculares						
<i>Pars planite</i>	7		7			
Iridociclite heterocrômica de Fuchs	5	5				
Oftalmia simpática	2				2	
Coroidite multifocal	2			2		
Síndrome de Possner Schlossman	1	1				
Coroidite serpiginosa	1			1		
Retinopatia auto-imune	1			1		
Sub-total	19 (7%)	6 (11%)	7 (58%)	4 (4%)	2 (2%)	0
Idiopática	54 (21%)	13 (25%)	0	16 (15%)	16 (19%)	9 (75%)

número total para cada sub-grupo e porcentagem; * outras manifestações: esclerouveíte, neurite, ceratouveíte

diagnóstico, acesso a métodos diagnósticos especializados. Estudos prospectivos incluindo pacientes atendidos em serviço de urgência e que tenham um seguimento mínimo de 6 a 12 meses, permitindo a observação do curso da uveíte, a investigação clínica e laboratorial, poderão demonstrar de forma mais precisa as tendências reais de incidência de cada uveíte. O presente estudo, realizado de forma retrospectiva, incluindo todos os pacientes que foram atendidos no período, supervalorizou a frequência de algumas doenças mais graves como síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada, e doença de Behçet, pois esses pacientes, embora incluídos no estudo uma única vez, são reavaliados de modo mais freqüente, aumentando a chance da sua inclusão no período do estudo.

Independente dos fatores mencionados acima, o presente

levantamento permitiu reforçar a importância de algumas doenças. Nas uveítes anteriores, destacaram-se como principais etiologias a artrite reumatóide juvenil, na faixa etária abaixo de 40 anos, e a espondiloartropatia, na faixa etária acima de 40 anos. A alta prevalência de artrite reumatóide juvenil em adultos entre 17 e 40 anos deve-se à inclusão no estudo da idade atual e não da idade na qual a doença se instalou. Na artrite reumatóide juvenil, principalmente na forma pauci-articular, a uveíte anterior é crônica, freqüentemente bilateral, com ausência de sinais como hiperemia conjuntival, resultando num diagnóstico tardio e com a presença de seqüelas que comprometem a função visual⁽¹⁸⁾. Já nas espondiloartropatias, a uveíte anterior é aguda, recorrente, bilateral, porém assimétrica e raramente simultânea. A espondilite anquilosante, o protótipo

Quadro 2. Distribuição das causas de uveítes segundo vários estudos realizados no exterior e no Brasil no período de 1960 a 2002

Casuística [#]	Woods ⁶ EUA 1960	Henderley ¹¹ EUA 1986	McCannel ¹⁰ EUA 1996	Rothova ¹² Holanda 1991	Konno ¹³ Japão 1993	de Abreu ⁹ SP, Brasil 1980	Fernandes ¹⁹ MG, Brasil 1996	Gomi ¹⁷ SP, Brasil 1996	Atual SP, Brasil 2002
Etiologia^a	432	600	213	865	394	477	3310	744	262
Infecçiosa									
Toxoplasmose	30,8 *	7	4	10	1	56,8	43,1	21,1	21,8
Tuberculose	27	0,2		1,4	1	4	0,9	4,3	3,8
Hanseníase						1	0,6	0,3	0,4
Sífilis	4,6	0,8	0,4	0,6	0,3	1,9	0,8	2,7	1,1
Toxocaríase		2,6				1	1,6	1,1	4,5
DUSN							0,9		
<i>Herpes simplex</i>		2,1	3		1,3		1,3	0,8	0,4
<i>Herpes zoster</i>		0,8							
Necrose aguda de retina		1,3			1,5				0,4
Histoplasmose	3,9	3,5							
Cisticercose							0,5	0,1	
Citomegalovírus (HIV+)		2,5	7				0,4		0,8
<i>P. carinii</i> (HIV+)									0,4
SIDA							3,4		
HTLV-I/II									1,5
Brucelose	4,9	0,2					0,1		
Cândida		1				0,2	0,2		
Sub-total	71,2	22	14,4	12	5,1	64,9	53,8	30,4	35,1
Não infecciosa									
Artrite reumatóide juvenil		2,8	1,3	0,9	0,3	0,6	1,4	0,8	4,5
U. associada ao HLA B-27		2,8	17,1	6		1,5	4,5		
Iridociclite aguda					2,5				
Espondilite anquilosante		1,7							3,8
Síndrome Reiter		1					0,5		0,4
Psoríase									0,4
D. inflamatória intestinal		0,3	2,1						1,1
Artrite reumatóide						0,4			0,8
LES				0,6			0,3	0,3	0,8
S. anticorpo antifosfolípide									0,4
SVKH		3,3	0,4		5,8	2,5	3,8	4,2	12,6
D. de Behçet		1,8	0,8	0,8	12,4	2,3	2,7	3,6	9,9
Sarcoidose	4,4	3,9	1	7	9,1	0,6	0,3	0,8	2,3
Esclerose múltipla				0,6					
Diabetes mellitus				2,3			0,1		
Sub-total	4,4	17,6	22,7	18,2	30,1	7,9	13,6	9,7	36,6
Doenças puramente oculares									
I. heterocrômica de Fuchs		1,8	0,9	6	0,5	2,3	6	0,3	1,9
S. de Possner Schlossman		0,3		0,9	5,1		0,5		0,4
<i>Pars planite</i>				6		2,5	5,9		2,7
Oftalmia simpática		0,4					0,6	0,3	0,8
Reticoroidopatia "birdshot"							0,1	0,3	
Coroidite serpiginosa		2					0,2		0,4
Coroidite multifocal									0,8
EPPMA		1,8					0,3		
Vasculite de retina		6,8		2,2		1,5			1,5
Retinopatia auto-imune									0,4
Sub-total		13,1	0,9	15,1	5,6	6,3	13,6	0,9	8,9
Síndromes mascaradas									
Linfoma		1,2			0,3		0,1		
Outros diagnósticos	7,4	22,1	9,4	27,3		3,7	5,5	6	
Idiopático	15,5	24	52,6	27,4	48,4	17,6	13,4	53	19,4

[#] casuística: nome do primeiro autor do estudo, local e data onde foi realizado, número de pacientes incluídos no estudo; ^{*} abreviaturas utilizadas: DUSN= "diffuse unilateral subacute neuroretinitis", SIDA= síndrome da imunodeficiência adquirida; HTLV= "human T-cell lymphotropic virus", LES= lupus eritematoso sistêmico, SVKH= síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada, EPPMA= epitelopatia pigmentar placóide multifocal aguda; * resultados em porcentagem. As quatro causas mais frequentes estão marcadas em negrito

das espondiloartropatias, começa, habitualmente, na segunda ou terceira década, acometendo 3 vezes mais os homens do que as mulheres. A uveíte anterior aguda ocorre em cerca de 20% dos pacientes com espondilite anquilosante, sendo a manifestação extra-articular mais comum, podendo preceder em anos os sintomas clínicos da artrite⁽¹⁹⁾.

A toxoplasmose foi a causa mais comum de uveíte em pacientes acima de 17 anos. Quer pela freqüência, quer pela gravidade, a prevenção e o tratamento adequado da toxoplasmose ocular assumem extrema importância para se evitar a cegueira em nosso meio. Na infância, a toxocaríase foi a principal causa de uveíte posterior. O seu diagnóstico baseia-se essencialmente no quadro clínico substanciado pelos antecedentes epidemiológicos e pela presença de anticorpos anti-*Toxocara canis* no soro. A pesquisa de anticorpos específicos no humor aquoso ou no vítreo pode também contribuir para o diagnóstico da toxocaríase ocular. Devemos lembrar das 3 formas clínicas clássicas, granuloma no pólo posterior, granuloma periférico e endoftalmite⁽²⁰⁾. Embora a maioria dos estudos epidemiológicos realizados no Brasil ressalte a importância da toxoplasmose em qualquer faixa etária^(9,17,19), a estreita colaboração que o Serviço de Uveítes mantém com o laboratório de Imunologia e Soroepidemiologia do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo da FMUSP, laboratório de referência para pesquisa de anticorpos anti-*T. canis* no soro e nos fluidos intra-oculares, pode ter influenciado os nossos resultados.

Outros aspectos interessantes podem ser observados através do presente estudo. A porcentagem de uveítes sem diagnóstico etiológico (20,6%) é comparável às demais casuísticas e é relativamente mais baixa à obtida no levantamento em 1996 (53%) no nosso serviço⁽¹⁷⁾. Alguns fatores contribuíram para esta queda. Dentre os 262 pacientes incluídos, a maioria eram pacientes com seguimento maior do que 1 ano, permitindo um diagnóstico etiológico de modo mais preciso. A reavaliação do prontuário e do paciente no retorno durante o período limitado por este estudo também foi fundamental para este resultado. Outra observação interessante foi que dentre os 12 pacientes com uveíte intermediária, 3 apresentavam infecção pelo HTLV-I/II, sugerindo uma forte relação com a doença. O HTLV-I/II é um retrovírus transmitido principalmente através do aleitamento materno, relação sexual e elementos celulares do sangue. O Brasil é considerado uma região endêmica para este retrovírus, sendo que as suas principais manifestações clínicas são a leucemia ou linfoma de célula T do adulto, paraparesia espástica tropical e a uveíte. Dentre as várias formas de uveíte, a mais comum é a uveíte intermediária⁽²¹⁾. A soroprevalência para o HTLV-I/II, em nosso meio, em pacientes com uveíte de etiologia indeterminada varia de 1,8% a 3,6%, e em doadores de sangue é de 0,32%, sugerindo que a infecção por este retrovírus é dez vezes maior em pacientes com uveíte do que em doadores de sangue⁽²²⁾. Desta forma, o HTLV-I/II deve ser lembrado como um possível agente etiológico de uveíte. E, por último, algumas doenças bastante incomuns, tais como a síndrome do anticorpo antifosfolípide e a retinopatia auto-imune, foram lembradas. A primeira é mais freqüentemente

acompanhada nos serviços de retina devido aos fenômenos oclusivos de retina. É caracterizada por eventos trombóticos arteriais e venosos recorrentes na presença de anticoagulante lúpico e/ou teste de anticardiolipina positivo⁽⁸⁾. Já a retinopatia auto-imune é bastante rara. É caracterizada por alterações degenerativas de retina e presença de anticorpos antiproteínas presentes no fotorreceptor. Geralmente é uma manifestação paraneoplásica de um carcinoma de pulmão ou de outra localidade⁽²³⁾, porém tem sido descritos casos na ausência de neoplasia⁽²⁴⁾.

CONCLUSÃO

O presente estudo retrospectivo analisou a distribuição das uveítes num serviço terciário permitindo observar a alta prevalência da toxoplasmose, de uveítes endógenas (Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada e doença de Behçet) e da toxocaríase em nosso serviço. Revelou também que a associação de uveíte intermediária e infecção por HTLV-I/II pode ser muito importante. Síndrome do anticorpo antifosfolípide e retinopatia auto-imune devem ser lembrados em situações específicas.

O conhecimento de novas entidades clínicas e o melhor diagnóstico das doenças já conhecidas tem permitido o melhor esclarecimento da etiologia das uveítes. No entanto, o diagnóstico definitivo ainda não é possível em um quinto delas, estimulando a contínua pesquisa de novos agentes e de novas entidades clínicas.

O presente estudo, assim como a grande maioria dos estudos epidemiológicos de uveíte, é proveniente de centros terciários de saúde, podendo trazer erros e tendências não reais na distribuição das uveítes na população geral⁽¹⁰⁾. Ainda assim a relativa freqüência com a qual várias formas de uveítes são observadas em serviço terciário de referência reflete a comunidade na qual o centro está localizado.

O resultado destes e de futuros estudos de uveítes podem ajudar a identificar o perfil epidemiológico das uveítes no Brasil, sendo isto fundamental para o estabelecimento das nossas prioridades junto ao ensino, ao atendimento da população e à pesquisa oftalmológica.

ABSTRACT

Purpose: To analyze retrospectively the diagnosis of patients being followed up at the Uveitis Service of Hospital das Clínicas, University of São Paulo Medical School, during a 6-month period, from February to August, 2002. **Methods:** 262 patients, who attended the Uveitis Service during that period, had their charts reviewed and their diagnoses confirmed during the appointment. The following data were analyzed: age, gender, anatomic and etiological diagnoses, disease activity and ocular complications. **Results:** Patients' mean age was 41 years, 60% being female and 40% male. Distribution according to anatomic diagnosis was: anterior 20%, intermediate 4.5%,

posterior 39.7 % and diffuse 31.3 %. Uveitis etiology was determined in 80% of the cases, and the most common causes were toxoplasmosis 22%, Vogt-Koyanagi-Harada syndrome 13% and Behçet's disease 10%. Infectious causes were present in 79% of posterior uveitis, whereas non-infectious systemic diseases were observed in 61% of anterior and 73% of diffuse uveitis. Uncommon diagnoses were observed such as HTLV-I/II related-uveitis, antiphospholipid syndrome and autoimmune retinopathy. Concerning disease activity, 15% were active and 85% were inactive. The most frequent ocular complications were cataract (42%) and glaucoma (13%).

Conclusions: Epidemiological studies may demonstrate different patterns of uveitis of etiology; nevertheless they also reflect the particular characteristics of each center (tertiary, diagnosis criteria, special interests). The present study demonstrates in our midst the importance of endogenous uveitis such as Vogt-Koyanagi-Harada syndrome and Behçet's disease, as well as of infectious uveitis such as toxoplasmosis and toxocaríasis.

Keywords: Uveitis/etiology; Uveitis/epidemiology; Retrospective studies; Community health services

AGRADECIMENTOS

Sra. Elisa Lieberman pela assessoria no atendimento aos pacientes com uveíte.

REFERÊNCIAS

- Kahn HA, Moorhead HB. Statistics on blindness in the model reporting area; 1969-70. US Department of Health, Education and Welfare Publication NIH 1973. p.73-427.
- Kara-José N, Carvalho KMM, Pereira VL, Venturini NHB, Gasparetto MEFR, Guchiken MT. Estudo retrospectivo dos primeiros 140 casos atendidos na clínica de visão sub-normal do Hospital das Clínicas da Unicamp. Arq Bras Oftalmol 1988; 51:65-9.
- Nascimento VP, Takei LM, Takahashi WY, Kara-José N. Epidemiologia dos atendimentos de seis meses do pronto socorro oftalmológico do HCFMUSP [resumo]. [Apresentado no 30º Congresso Brasileiro de Oftalmologia; 1999; Recife].
- Guex-Crosier Y. Epidemiology of uveitis. Rev Prat 1999; 49: 1989-94.
- Gehlen ML, Dabul VM, Obara SS, Grebos SP, Moreira CA. Incidência e etiologia de uveítes em Curitiba. Arq Bras Oftalmol 1999; 62:622-6.
- Woods AC. Modern concepts of the etiology of uveitis. Am J Ophthalmol 1960; 50:1170-87.
- Bloch-Michel E, Nussenblatt RB. International Uveitis Study Group recommendations for the evaluation of intraocular inflammatory disease. Am J Ophthalmol 1987; 103:234-5.
- Oréface F. Uveíte clínica e cirúrgica. São Paulo: Contexto; 2000.
- Abreu MT, Hirata PS, Belfort Jr. R, Neto SD. Uveítes em São Paulo. Estudo epidemiológico, clínico e terapêutico. Arq Bras Oftalmol 1980; 43:10-6.
- McCannel CA, Holland GN, Helm CJ, Cornell PJ, Winston JV, Rimmer TG. Causes of uveitis in the general practice of ophthalmology. UCLA Community-Based Uveitis Study Group. Am J Ophthalmol 1996; 121:35-46.
- Henderly DE, Genstler AJ, Smith RE, Rao NA. Changing patterns of uveitis. Am J Ophthalmol 1987; 103:131-6.
- Rothova A, Buitenhuis HJ, Meenken C, Brinkman CJJ, Linssen A, Alberts C, Luyendijk L, Kijlstra A. Uveitis and systemic disease. Br J Ophthalmol 1992; 76:137-41.
- Konno Y, Numaga J, Fujino Y, Joukou S, Masuda K. Incidence of uveitis at Tokyo University Hospital. Jpn J Clin Ophthalmol 1993; 47:1243-7.
- Albino GC, da Rocha AW, Jr Grumann A. perfil epidemiológico das uveítes na Grande Florianópolis [resumo]. Arq Bras Oftalmol 1997; 60:355-7. [Apresentado no 29º Congresso Brasileiro de Oftalmologia; 1997; Goiânia - GO].
- Garcia CAA, Gomes AHB, Barbosa MFA, Rocha MLR, Uchôa RAC. Aspectos clínicos e epidemiológicos das uveítes em Natal-RN. Rev Bras Oftalmol 2002; 61:121-9.
- Argentino A, Pezzutti S, Sabinelli MA, Neufeulde CR. Análise de 1580 casos de uveítes da Santa Casa de São Paulo [resumo]. Arq Bras Oftalmol 1998; 61: 439.
- Gomi CF, Makdissi FF, Yamamoto JH, Olivales E. Estudo epidemiológico das uveítes. Rev Med (São Paulo) 1997; 76:101-8.
- Damico FM, Hirata CE, Santoro SHW, Yamamoto JH, Kiss MHB, Olivales E. Estudo da uveíte na artrite reumatóide juvenil. Arq Bras Oftalmol 1998; 61:695-9.
- Fernandes LC, Oréface F. Aspectos clínicos e epidemiológicos das uveítes em serviços de referência em Belo Horizonte, de 1970 a 1993. Parte I. Rev Bras Oftalmol 1996; 55:569-78.
- Castro EFS, Yamamoto JH, Hirata CE, Yamashiro-Kanashiro EH, Peres BA. Diagnóstico da toxocaríase ocular- estudo retrospectivo. [resumo]. [Apresentado no 30º Congresso Brasileiro de Oftalmologia; 1999; Recife,].
- Yamamoto JH. Uveíte associada ao HTLV-I. In: Veronesi R, ed. Focaccia R, ed. Tratado de Infectologia. São Paulo: Atheneu, 1996.p.421-2.
- Yamamoto JH, Segurado AA, Hirata CE, Sampaio MW, Souza EC, Nukui Y, Cliquet M, Saéz-Alquézar A, Olivales E, Mochizuki M. Human T-cell lymphotropic vírus type I infection and ocular manifestations in São Paulo, Brazil. Arch Ophthalmol 1999; 117:513-7.
- Thirkill CE, Roth AM, Keltner JL. Cancer-associated retinopathy. Arch Ophthalmol 1987; 105:372-5.
- Mizener JB, Kimura AE, Adamus G, Thirkill CE, Goeken JA, Kardon RH. Autoimmune retinopathy in the absence of cancer. Am J Ophthalmol 1997; 123:607-18.

ABO ELETRÔNICO

Novo site

Acesso: <http://www.abonet.com.br>