

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

UVEÍTIS PEDIÁTRICA NO INFECCIOSA: EXPERIENCIA EN COSTA RICA 2008-
2020

TESIS SOMETIDO A LAS CONSIDERACIONES DE LA COMISIÓN DEL
PROGRAMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO PARA OPTAR AL GRADO Y
TÍTULO DE ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA

DR. OSCAR FREDDY CAMACHO ESQUIVEL
SUSTENTANTE

CIUDAD UNIVERSITARIA RODRIGO FACIO
2021

Dedicatoria

Esta tesis está dedicada a todas las personas que de una u otra manera intervinieron en el camino de mi formación académica, que concluye hoy gracias a Dios.

A mis padres por el apoyo incondicional durante toda mi vida.

A mis amigos y compañeros por todos los momentos inolvidables en esta etapa de mi vida.

Agradecimientos

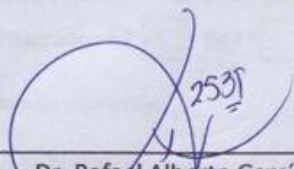
Primero que todo le agradezco a Dios por la vida y por permitirme llegar hasta la conclusión de mi especialidad.

Al Dr. Rafael García Sáenz por ser nuestro guía y por todos sus consejos para completar de manera exitosa esta etapa.

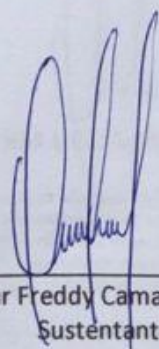
A la Dra. Gabriela Ivankovich Escoto y al Dr. Joaquín Martínez Arguedas por ser mis tutores y hacer posible la finalización de la tesis.

A todos los profesores por tantas enseñanzas en la parte clínica y práctica de mi formación como especialista.

Esta tesis fue aceptada por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Especialidades Médicas de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar por el grado y título de Especialista en Oftalmología



Dr. Rafael Alberto García Sáenz
Director del Programa de Posgrado de Oftalmología
Y
Director de tesis



Dr. Oscar Freddy Camacho Esquivel
Sustentante

TABLA DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	II
RESUMEN	VI
ABSTRACT.....	VII
LISTA DE FIGURAS.....	IX
INTRODUCCIÓN.....	1
MATERIALES Y MÉTODOS.....	2
RESULTADOS.....	3
DISCUSIÓN	9
CONCLUSIONES	11
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	12

Resumen

Objetivo: Realizar una caracterización epidemiológica y clínica de los pacientes de la Clínica de Uveítis del Hospital Nacional de Niños en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2008 y el 31 de diciembre de 2020.

Metodología: Se analizaron 99 expedientes, todos pacientes pediátricos con el diagnóstico de uveítis no infecciosa de la Clínica de Uveítis del Hospital Nacional de Niños.

Resultados: 51 pacientes fueron masculinos y 48 del sexo femenino. La edad promedio para la primera consulta 7.4 ± 2.3 años con un rango de edad entre 1-13 años. La localización anatómica más frecuente fue la uveítis intermedia (50.5% de los casos). La causa más común para todas las localizaciones de la uveítis fue idiopática. En la mayoría de los casos la enfermedad se manifestó de manera crónica y bilateral, de inicio insidioso, y de duración persistente. Las sinéquias fue el hallazgo clínico reportado con mayor frecuencia, seguido de las cataratas. Se reportó 69% de los pacientes con buena visión y un 31% con discapacidad visual.

Conclusión: Se evidenció que gran porcentaje de los casos de uveítis analizados en el estudio experimentó complicaciones, de ahí la importancia de un diagnóstico temprano y oportuno y un abordaje multidisciplinario.

Palabras clave: Uveítis pediátrica, complicaciones.

Abstract

Objective: To describe the epidemiological and clinical features of non-infectious pediatric uveitis in Costa Rica treated at the Hospital Nacional de Niños “Dr. Carlos Sáenz Herrera”.

Methodology: 99 files were analyzed, all pediatric patients with a diagnosis of non-infectious uveitis at the National Children's Hospital.

Results: 51 patients were male and 48 females. The average age for the first consultation was 7.4 ± 2.3 years with a range between 1-13 years. The most frequent anatomical location was intermediate uveitis (50.5% of cases). The most common cause in all locations of uveitis was idiopathic. In most cases, the disease manifested itself in a chronic and bilateral manner, with insidious onset, and of persistent duration. Synechiae were the most frequently reported clinical findings, followed by cataracts. 69% of patients with good vision and 31% with visual impairment were reported.

Conclusion: It was evidenced that a large percentage of the cases of uveitis analyzed in the study experienced complications, hence the importance of an early and timely diagnosis and a multidisciplinary approach.

Lista de tablas

TABLA 1. CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA DE UVEÍTIS DEL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS DR. CARLOS LUIS SÁENZ HERRERA DEL 2008-2020	4
TABLA 2. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA DE UVEÍTIS DEL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS DR. CARLOS LUIS SÁENZ HERRERA DEL 2008-2020 ..	4
TABLA 3. PREVALENCIA DE LA UVEÍTIS POR SEXO Y EDAD DE LA PRIMERA CONSULTA EN LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA DE UVEÍTIS DEL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS DR. CARLOS LUIS SÁENZ HERRERA DEL 2008-2020	6
TABLA 4. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL PARA LOS CASOS UVEÍTIS SEGÚN LOS DIFERENTES CRITERIOS PARA SU CLASIFICACIÓN EN LA CLÍNICA DE UVEÍTIS DEL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS DR. CARLOS LUIS SÁENZ HERRERA DEL 2008-2020.....	7
TABLA 5. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL PARA LA AFECTACIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL, SEGÚN LOS CRITERIOS DE SNELL Y SU EXPRESIÓN EN LOGMAR, EN LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA DE UVEÍTIS DEL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS DR. CARLOS LUIS SÁENZ HERRERA DEL 2008-2020	8
TABLA 6. AGUDEZA VISUAL SEGÚN LA LOCALIZACIÓN DE LA UVEÍTIS EN LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA DE UVEÍTIS DEL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS DR. CARLOS LUIS SÁENZ HERRERA DEL 2008-2020	8
TABLA 7. PRESIÓN INTRAOCULAR EN LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA DE UVEÍTIS DEL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS DR. CARLOS LUIS SÁENZ HERRERA DEL 2008-2020 ..	8

Lista de figuras

FIGURA 1. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL PARA LA PRIMERA CONSULTA, SEGÚN LUGAR DE ATENCIÓN, DE LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA DE UVEÍTIS DEL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS DR. CARLOS LUIS SÁENZ HERRERA DEL 2008-2020.....	5
FIGURA 2. PREVALENCIA PARA EL DIAGNÓSTICO DE UVEÍTIS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN ANATÓMICA EN LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA DE UVEÍTIS DEL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS "DR. CARLOS LUIS SÁENZ HERRERA" DEL 2008-2020	5
FIGURA 3. COMPLICACIONES EN LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA DE UVEÍTIS DEL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS "DR. CARLOS LUIS SÁENZ HERRERA, ENTRE EL PERÍODO 2008-2020.....	9

Abreviaturas

AIJ: Artritis Idiopática Juvenil

SUN: Estandarización de la Nomenclatura de la Uveítis

VKH: Vogt-Koyanagi-Harada



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

SEP Sistema de
Estudios de Posgrado

Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.

Yo, Oscar Camacho Esquivel, con cédula de identidad 109940277, en mi condición de autor del TFG titulado "Uveitis pediátrica no infecciosa. Experiencia en Costa Rica"

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI NO

*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: _____ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances llegan a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.

Introducción

La uveítis engloba un conjunto de trastornos inflamatorios del tracto uveal (1). Es una condición caracterizada por la inflamación de la estructura media, pigmentada y vascular del ojo; específicamente del iris, cuerpo ciliar y coroides (2,3). Esta condición representa una de las principales causas de ceguera a nivel mundial y es la tercera causa de ceguera en países en vías de desarrollo (4–6).

La uveítis tiene una prevalencia de entre los 17-52 casos por cada 100 000 habitantes con una incidencia anual de 4.3-6.9 por 100 000 (7,8). Globalmente, la uveítis en el paciente pediátrico representa entre el 2-20% del total de los casos, siendo su prevalencia entre 5-10 veces menor que en la población adulta (7,9). Específicamente, en la población pediátrica, la prevalencia tiende a aumentar conforme a la etapa del desarrollo (1,8,10,11).

De acuerdo con la Estandarización de la Nomenclatura de la Uveítis (SUN) por sus siglas en inglés, la uveítis puede clasificarse según su localización anatómica, inicio, duración, curso y forma de presentación, cada una de estas con manifestaciones clínicas específicas (8) y unilateral o bilateral si afecta a uno o ambas estructuras úveas (8). Respecto a la ubicación anatómica, la uveítis puede ser anterior, intermedia, posterior o panuveítis. La uveítis anterior corresponde al 90% de los casos reportados, principalmente en países desarrollados, mientras que la uveítis posterior parece ser más frecuente en países en vías de desarrollo (1,12).

La aparición o el desarrollo de la uveítis, se ha asociado con diversas causas, que pueden ser divididas entre causas no infecciosas y causas de origen infeccioso. Entre el primer grupo, aparecen la uveítis como secundario a diversos síndromes y enfermedades, por ejemplo, el síndrome de Kawasaki, la Pars planitis (13), el síndrome de Blau (2,3) la enfermedad de Vogt-Koyanagi-Harada (6,13) la vasculitis(14) sarcoidosis (12,15), la psoriasis (15) el síndrome del intestino irritable (12) entre otros (2,3,14,15). La uveítis idiopática, que significa que no se presenta asociada a otros síndromes es una de las causas más comunes (16)

Además, dentro del grupo de la uveítis no infecciosa, la Artritis Idiopática Juvenil (AIJ) ha sido reconocida como una de las principales causas en regiones como Estados Unidos o en el Norte de Europa (11,12). La AIJ, como agente etiológico, se ha descrito con menor frecuencia en la región suramericana, países del medio oriente, y continentes como África y Asia (2,12). Por su parte, la uveítis asociada a agentes infecciosos representa entre el 6-33% de los casos, afectando en mayor medida a los países en vías de desarrollo (2).

Respecto a la sintomatología, aparecen como los más frecuentes el enrojecimiento de los ojos, visión borrosa, episodios de dolor, fotofobia, picor y lagrimeo (2,12,15,17). Sin embargo, se ha descrito que hasta un 50% de los pacientes cursan la enfermedad de manera asintomática, lo cual puede llevar a un diagnóstico tardío, que puede aumentar el número de complicaciones o el deterioro de la capacidad visual (6).

En Costa Rica, para el tratamiento de la uveítis pediátrica, se estableció la Clínica de Uveítis en el Hospital Nacional de Niños, entre los servicios de Oftalmología y los Servicios de Inmunología y Reumatología Pediátrica. Esta clínica tiene como objetivo el abordaje de los pacientes con esta condición (18), sin embargo, hasta el conocimiento del autor, en Costa Rica no existen estudios previos que caractericen a perfil sociodemográfico y clínico del paciente con uveítis no infecciosa.

Este estudio se propone la descripción de la situación epidemiológica de la uveítis pediátrica en Costa Rica tratada en la Clínica de Uveítis del Hospital Nacional de Niños “Dr. Carlos Sáenz Herrera”, con el fin de conocer las particularidades de esta condición en la población y a partir de ello establecer programas de abordaje interdisciplinarios, adaptados a la realidad nacional, que permitan una atención temprana y una reducción de las complicaciones asociadas a la uveítis en el paciente pediátrico.

Materiales y métodos

Este es un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo acerca de las características epidemiológicas de la uveítis pediátrica no infecciosa en Costa Rica. Se incluyeron pacientes diagnosticados con uveítis no infecciosa de la Clínica de Uveítis del Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera, en el período comprendido entre el 1 enero 2008 y el 31 de diciembre del 2020. Se tomaron como criterios de inclusión pacientes con

edades entre los 0-18 años y con diagnóstico de uveítis no infecciosa de la Clínica de Uveítis del Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Luis Sáenz Herrera. Se revisaron los expedientes disponibles de la Clínica de Uveítis, expedientes físicos, microfilmados y disponibles en los sistemas como Weblink, e-power, Medisys y EDUS. Este estudio fue debidamente aprobado por el Comité Ético Científico del Hospital Nacional de Niños “Dr. Carlos Luis Sáenz Herrera”.

Se recolectó información acerca de los datos sociodemográficos y antecedentes patológicos familiares y personales, lugares y motivos de consulta, la clasificación de la Uveítis según los criterios de la Estandarización de la Nomenclatura en Uveítis (SUN) y las complicaciones presentadas en estos pacientes. Para el análisis de datos, la agudeza visual se determinó siguiendo los criterios de Snellen y, además, se expresó en logMar.

En la muestra inicial se incluyeron 111 expedientes, sin embargo, se excluyeron del estudio por tratarse de uveítis asociadas a causas infecciosas (6), diagnóstico de epiescleritis (1) retinitis por Citomegalovirus (2), neuroretinitis (1), asociadas a traumas (1) o por no tener consultas en el servicio de Oftalmología (2), por lo que se incluyeron en este análisis 99 expedientes. Los datos fueron analizados con el programa SPSS, vs23. Los datos se reportan como frecuencia del evento y promedios con su desviación estándar (DE), según la naturaleza de las variables. Se consideraron diferencias significativas aquellas con un valor de $p \leq 0.005$

Resultados

En total, se analizaron 99 expedientes, todos pacientes pediátricos con el diagnóstico de uveítis no infecciosa de la Clínica de Uveítis del Hospital Nacional de Niños. En total, 51 pacientes fueron masculinos y 48 del sexo femenino. La edad promedio para la primera consulta 7.4 ± 2.3 años con un rango de edad entre 1-13 años. Además, el 93.9% de los pacientes fueron costarricenses. En las tablas 1 y 2 se presenta las características sociodemográficas y los antecedentes heredofamiliares y personales de la población de estudio.

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica de los pacientes de la Clínica de Uveítis del Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Luis Sáenz Herrera del 2008-2020

Características sociodemográficas					
Sexo	n	%	Provincia	n	%
Masculino	51	51.5	San José	40	40.4
Femenino	48	48.5	Alajuela	18	18.2
Nacionalidad			Heredia	6	6.1
Costa Rica	93	93.9	Cartago	18	18.2
Nicaragua	2	2	Puntarenas	4	4
No registrado	4	4	Guanacaste	4	4
			Limón	5	5.1

Tabla 2. Caracterización clínica de los pacientes de la Clínica de Uveítis del Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Luis Sáenz Herrera del 2008-2020

Caracterización clínica	n	%
Antecedentes heredofamiliares		
Artritis Reumatoide	4	4
Artritis Idiopática Juvenil	0	0
Antecedentes personales		
Artritis Idiopática Juvenil	9	9.1
Otros	7	7.1
Motivo de consulta		
Ojo rojo	45	45.5
Fotofobia	18	18.2
Disminución de la agudeza visual	76	76.8
Dolor ocular	8	8.1
Lagrimo	1	1
Picor	1	1
Asintomático	2	2.1

Al analizar el lugar donde fueron atendidos los pacientes en la primera consulta se observó que la mayoría (62%) fue visto por primera vez en el Hospital Nacional de Niños (HNN),

seguido de hospitales regionales, clínicas o EBAIS y en menor porcentaje en consulta privada (Gráfico 1).

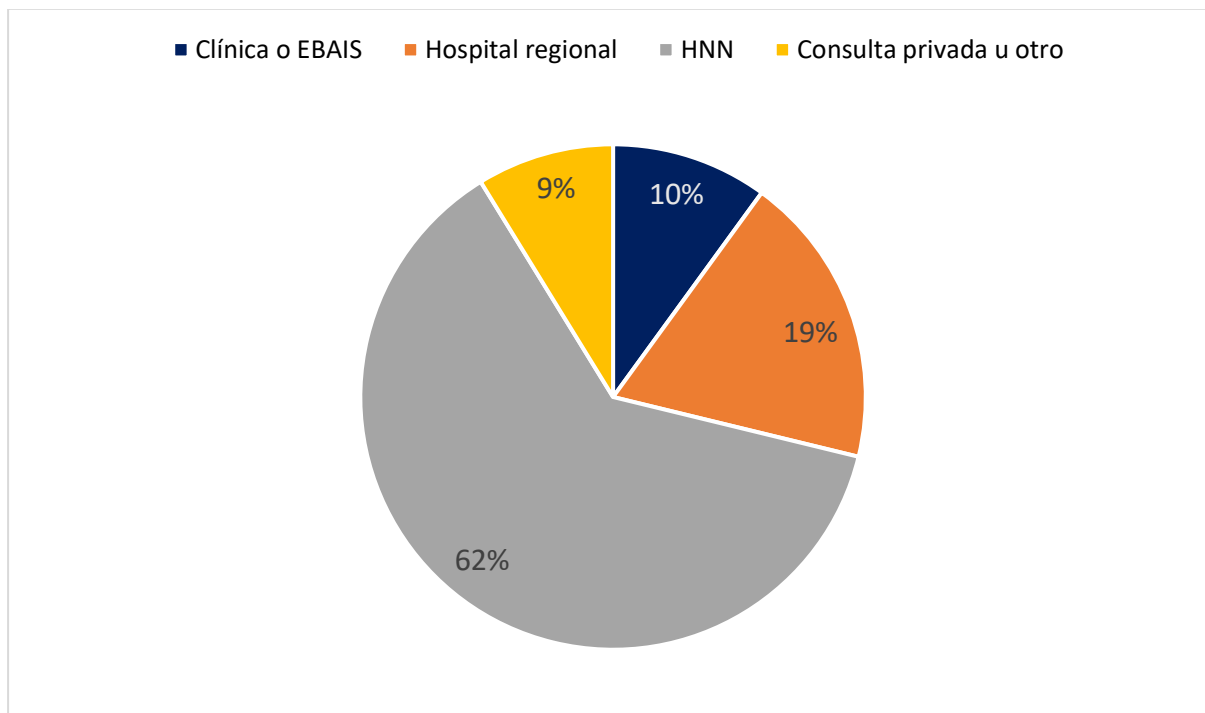


Figura 1. Distribución porcentual para la primera consulta, según lugar de atención, de los pacientes de la Clínica de Uveítis del Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Luis Sáenz Herrera del 2008-2020

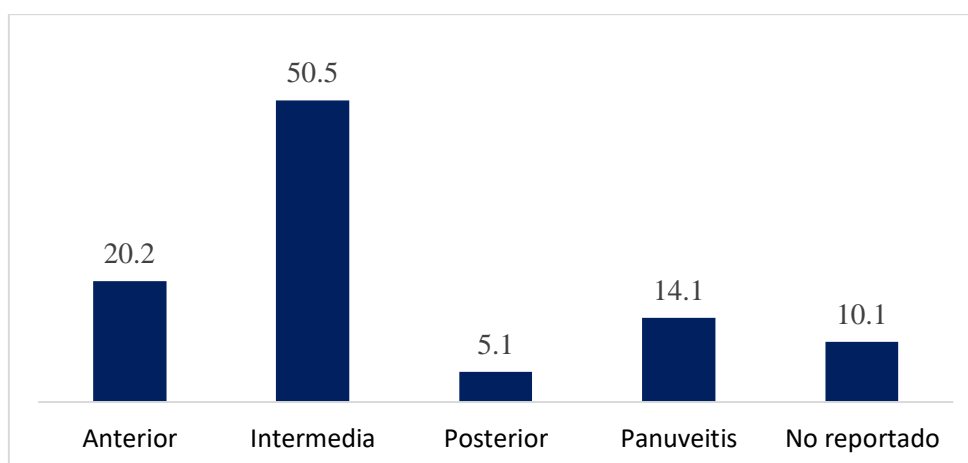


Figura 2. Prevalencia para el diagnóstico de uveítis según la clasificación anatómica en los pacientes de la Clínica de Uveítis del Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Luis Sáenz Herrera" del 2008-2020

Como se observa en el gráfico 2, la localización anatómica más frecuente presentada fue la uveítis intermedia, que se presentó en un 50.5% de los casos, seguida de la uveítis anterior con un 20%, la panuveítis (14.1%), y la uveítis posterior (5%), en un 10% de los casos la localización no fue reportada.

Se analizó la prevalencia de uveítis según el sexo y la edad de los pacientes y no se observaron diferencias significativas para estas variables, $p=0.414$ ni en la edad según la clasificación anatómica de la uveítis $p=0.545$ (Tabla 3).

Tabla 3. Prevalencia de la uveítis por sexo y edad de la primera consulta en los pacientes de la Clínica de Uveítis del Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Luis Sáenz Herrera del 2008-2020

Característica		Uveítis según localización anatómica			
		Anterior n (%)	Intermedia n (%)	Posterior n (%)	Panuveítis n (%)
Sexo	Masculino	10(50)	29(58)	1 (20)	6(42.9)
	Femenino	10 (50)	21 (42)	4 (80)	8 (57.1)
Edad	Promedio \pm DE	6.6 \pm 2.7	7.4 \pm 2.1	7.4 \pm 4.5	7.8 \pm 2.6
	Rango	2-12	3-11	1-12	4-12

La causa más común para todas las localizaciones de la uveítis fue idiopática. En el caso de la uveítis anterior, la AIJ fue la segunda causa más común, mientras que para la uveítis posterior fueron el VKH y las causas postquirúrgicas. En el caso de la panuveítis, la segunda causa reportada fue el VKH (Tabla 4).

En la mayoría de los casos (74.7%) la enfermedad se presentó de manera bilateral, de inicio insidioso (81.1%), de duración persistente (89.9%) y de manera crónica (88.9%).

Tabla 4. Distribución porcentual para los casos uveítis según los diferentes criterios para su clasificación en la Clínica de Uveítis del Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Luis Sáenz Herrera del 2008-2020

Categoría	Anterior		Intermedia		Posterior		Panuveítis		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Etiología										
Idiopática	12	60	48	96	3	60	13	92.9	78	78.8
AIJ	7	35	-	-	-	-	-	-	7	7.1
VKH	-	-	-	-	1	20	1	7.1	3	3
Post-quirúrgica	-	-	-	-	1	20	-	-	1	1
Lateralidad										
Unilateral	7	35	7	14	1	20	3	21.4	18	18.2
Bilateral	13	65	43	86	4	80	11	78.6	74	74.7
Inicio										
Súbito	5	25	1	2	1	20	3	21.4	10	10.1
Insidioso	15	75	49	98	4	80	10	71.4	81	81.8
Duración										
Limitada	3	15	-	-	-	-	-	-	3	3
Persistente	17	85	50	100	14	100	14	100	89	89.9
Curso										
Aguda	3	15	-	-	-	-	-	-	3	3
Crónica	17	85	49	98	14	100	14	100	88	88.9
Recurrente	-	-	1	2	-	-	-	-	1	1

AIJ: Artritis idiopática juvenil, VKH: Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada.

Tabla 5. Distribución porcentual para la afectación de la agudeza visual, según los criterios de Snell y su expresión en logMAR, en los pacientes de la Clínica de Uveítis del Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Luis Sáenz Herrera del 2008-2020

Snell(logMAR)	n	%
$\leq 20/200$ (≥ 1)	9	9.1
$\leq 20/50$ $> 20/200$ (≤ 0.4 - > 1.0)	16	16.2
$\geq 20/40$ (≥ 0.3)	56	56.6
Total	81	100

Del total de los expedientes analizados, se encontró que el 56.6% tenía una buena agudeza visual, mientras que en el 16.2% de los casos se presenta algún daño en la agudeza visual. Es importante resaltar que no se encontró información respecto a la agudeza visual en 18 de los expedientes revisados.

Tabla 6. Agudeza visual según la localización de la uveítis en los pacientes de la Clínica de Uveítis del Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Luis Sáenz Herrera del 2008-2020

Agudeza Visual	Anterior n (%)	Intermedia n (%)	Posterior n (%)	Panuveítis n (%)	Total 148 (100)
$\leq 20/200$	12(29.3)	19 (46.3)	3 (7.3)	7 (17.1)	41
$\leq 20/50, > 20/200$	10 (26.3)	20 (52.6)	4 (10.5)	4 (10.5)	38
$\geq 20/40$	12 (17.4)	41 (59.4)	1 (1.4)	15 (21.7)	69

Se evidenció un subregistro de la presión intraocular en los casos analizados. En los casos en que, si se reportó, esta fue registrada como normal para la mayoría de los pacientes (Tabla 7).

Tabla 7. Presión intraocular en los pacientes de la Clínica de Uveítis del Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Luis Sáenz Herrera del 2008-2020

Presión intraocular	Ojo derecho n (%)	Ojo izquierdo n (%)
Normal	10 (10)	12 (12)
Anormal	2 (2)	5 (5)
No registrado	88 (88)	83 (83)

Se registró una o más complicaciones en el 70% de los pacientes y no se encontró información en el 11% de los expedientes analizados. Entre las complicaciones registradas, las sinéquias posteriores y las cataratas fueron las más frecuentes, la queratopatía en banda y el edema macular continuaron en orden descendente (Figura 2)

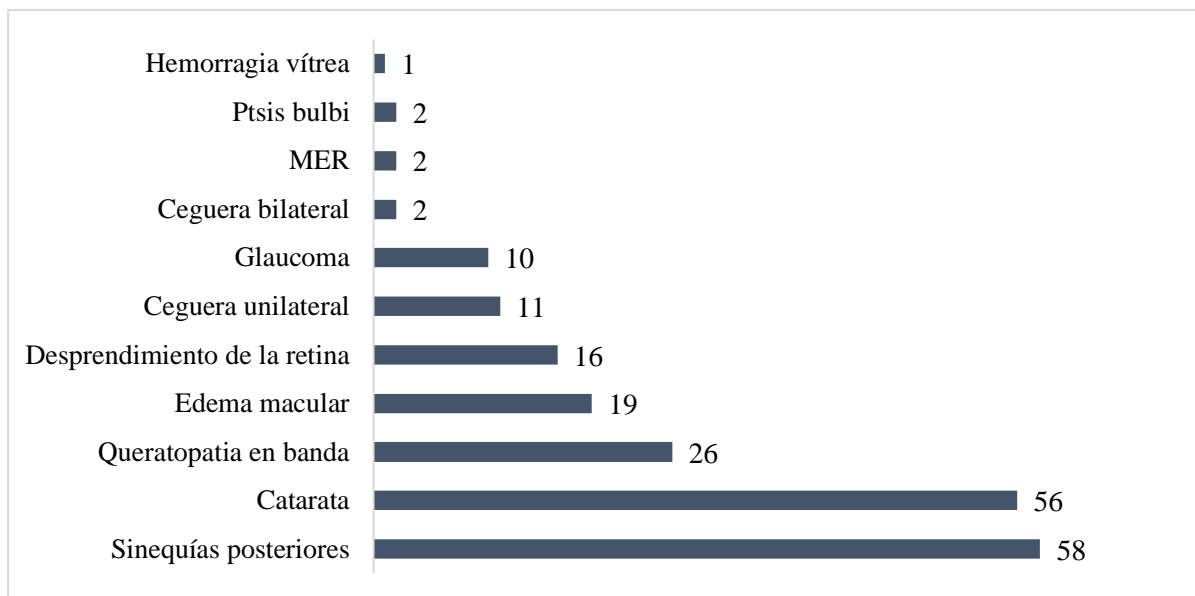


Figura 3. Complicaciones en los pacientes de la Clínica de Uveítis del Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Luis Sáenz Herrera, entre el período 2008-2020

Discusión

Hasta el conocimiento del autor, este es el primer estudio que realiza una caracterización epidemiológica y clínica de los pacientes de la Clínica de Uveítis del Hospital Nacional de Niños en Costa Rica.

En este análisis se encontró que en entre los pacientes pediátricos atendidos, la uveítis intermedia fue la que se presentó con mayor frecuencia, otros estudios han reportado un predominio de la uveítis posterior (1) o la uveítis anterior y contrario a nuestros resultados, una menor prevalencia de uveítis intermedia (10,18,19).

La uveítis idiopática fue la más frecuente lo cual coincide con lo observados en otros estudios epidemiológicos (10,19,20). De este análisis se excluyeron los casos de uveítis asociados a causas infecciosas, sin embargo, cabe resaltar que estos representaban casos cerca del 5% del total de los expedientes incluidos en la población de estudio inicial. Lo

anterior contrasta con lo reportado para países en vías de desarrollo, donde la uveítis infecciosa representa entre el 30 y el 50% de los casos, siendo la toxoplasmosis, la tuberculosis y la cisticercosis las infecciones más comunes (7).

En este estudio no se encontró que el sexo o la edad difirieran significativamente según el tipo de uveítis. En relación con el sexo, se encontró un ligero predominio de los hombres respecto a las mujeres, una distribución similar fue reportada en población pediátrica en Korea (10) sin embargo, el estudio de Lonngi y grupo (2016) reporta un mayor porcentaje de pacientes del sexo femenino(1). La edad promedio de los pacientes atendidos en la Clínica de Uveítis fue de 7.4 años, un promedio menor al observado en otras poblaciones (1,10) pero similar al reportado en la población infantil finlandesa (11). En esta investigación, la mayoría de las primeras consultas se registraron en niños entre los 5 años y 9 años, este rango coincide con las investigaciones previamente señaladas en población pediátrica colombiana, finlandesa y coreana.

Los síntomas clínicos reportados por los pacientes coinciden con los descritos en la literatura, siendo la disminución de la agudeza visual, el enrojecimiento del ojo y la fotofobia los más comunes (2,12,15). Se ha reportado hasta un 50% de pacientes asintomáticos (6), sin embargo, nuestros resultados mostraron una prevalencia del 2% de los casos.

En la mayoría de los casos la enfermedad se presentó de forma bilateral, de inicio insidioso, de duración persistente y de manera crónica, estas mismas características fueron reportadas por estudios similares en población pediátrica (1,11). En este estudio, las sinéquias fueron las manifestaciones clínicas encontradas con mayor frecuencia. Las sinéquias posteriores del iris, así como las cataratas y la queratopatías en banda se producen por un proceso inflamatorio crónico y provoca fotofobia y afectación de la visión (20). Las complicaciones oculares se incrementan conforme avanza el estadio o curso de la enfermedad y según la revisión realizada por Munro y grupo (2020), podrían estar presentes entre el 70%-90% de los casos de uveítis pediátrica (2), nuestros resultados muestran que el 69% de los pacientes presentó al menos una complicación.

Conclusiones

- Este es el primer reporte descriptivo de la situación epidemiológica de la uveítis pediátrica no infecciosa en Costa Rica, por lo que permite una aproximación a la caracterización de esta población y del curso de la condición. En Costa Rica, la uveítis clasificada como intermedia, según su localización anatómica, es la más prevalente. Además, se presenta, principalmente de manera bilateral, crónica, con un inicio insidioso y con una duración persistente.
- La uveítis mostró un ligero predominio del sexo masculino respecto al femenino.
- Según los expedientes revisados, en la Clínica de Uveítis del Hospital Nacional de Niños, son frecuentes las primeras consultas entre los 5-9 años.
- La edad de la primera consulta fue mayor en los pacientes residentes en las zonas costeras, lo cual podría significar una atención y diagnóstico tardío en estos grupos, aumentando las posibles complicaciones.
- Más del 50% de los pacientes, acudieron a la consulta con una agudeza visual buena ($\geq 20/40$, según los criterios propuestos por Snellen).
- Las complicaciones se registraron en el 70% de los pacientes con uveítis. En Costa Rica, las sinéquias posteriores, las cataratas, el glaucoma y el edema macular son las complicaciones más frecuentes en los pacientes con uveítis pediátricas no infecciosas.
- Este estudio evidenció que gran porcentaje de los casos de uveítis analizados experimentó complicaciones, de ahí la importancia de un diagnóstico temprano y oportuno y un abordaje multidisciplinario.
- Es necesario el desarrollo de estudios posteriores que permitan corroborar la caracterización del perfil epidemiológico y clínico de los pacientes con uveítis no infecciosa, así como la identificación de factores que retrasen su diagnóstico e intervención temprana, con el fin de establecer programas y protocolos de atención que reduzcan las consecuencias de la uveítis en el paciente pediátrico.

Referencias Bibliográficas

1. Lonngi M, Aguilar MC, Ríos HA, Aristizábal-Duque CH, Rodríguez FJ, de-la-Torre A. Pediatric Uveitis: Experience in Colombia. *Ocul Immunol Inflamm*. 2016 Jul 3;24(4):410–4.
2. Munro M, Lobo AM, Bhat P. Pediatric Noninfectious Uveitis Medical Treatment Update. Vol. 5, *Advances in Ophthalmology and Optometry*. Elsevier Inc; 2020. p. 331–44.
3. Chan NSW, Choi J, Cheung CMG. Pediatric uveitis [Internet]. Vol. 7, *Asia-Pacific Journal of Ophthalmology*. Asia-Pacific Academy of Ophthalmology; 2018. p. 192–9. Disponible en: https://journals.lww.com/apjoo/Fulltext/2018/05000/Pediatric_Uveitis.11.aspx
4. Rao N. Uveitis in developing countries [Internet]. Vol. 61, *Indian Journal of Ophthalmology*. Wolters Kluwer -- Medknow Publications; 2013, p. 253–4. Disponible en: </pmc/articles/PMC3744776/>
5. Pasadhika S, Rosenbaum JT. Update on the use of systemic biologic agents in the treatment of noninfectious uveitis [Internet]. Vol. 8, *Biologics: Targets and Therapy*. Dove Press; 2014, p. 67–81. Disponible en: </pmc/articles/PMC3933243/>
6. Rosenbaum JT, Bodaghi B, Couto C, Zierhut M, Acharya N, Pavesio C, et al. New observations and emerging ideas in diagnosis and management of non-infectious uveitis: A review. Vol. 49, *Seminars in Arthritis and Rheumatism*. W.B. Saunders; 2019. p. 438–45.
7. Miserocchi E, Fogliato G, Modorati G, Bandello F. Review on the worldwide epidemiology of uveitis. *Eur J Ophthalmol*. 2013;23(5):705–17.
8. Tsirouki T, Dastiridou A, Symeonidis C, Tounakaki O, Brazitikou I, Kalogeropoulos C, et al. A Focus on the Epidemiology of Uveitis. Vol. 26, *Ocular Immunology and Inflammation*. Taylor and Francis Ltd; 2018. p. 2–16.
9. Päivönsalo-Hietanen T, Tuominen J, Saari KM. Uveitis in children: Population-based study in Finland. *Acta Ophthalmol Scand* [Internet]. 2000;78(1):84–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10726797/>
10. Shin Y, Kang JM, Lee J, Lee CS, Lee SC, Ahn JG. Epidemiology of pediatric uveitis and associated systemic diseases. *Pediatr Rheumatol*;19(1):1–9. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12969-021-00516-2>
11. Siiskonen M, Hirn I, Pesälä R, Hautala T, Ohtonen P, Hautala N. Prevalence,

- incidence and epidemiology of childhood uveitis. *Acta Ophthalmol.* 2021 Mar 1;99(2):e160–3.
12. Marino A, Weiss PF, Davidson SL, Lerman MA. Symptoms in noninfectious uveitis in a pediatric cohort: Initial presentation versus recurrences. *J AAPOS.* 2019 Aug 1;23(4):220.e1-220.e6.
 13. Gorroño-Echebarría MB. Uveítis en niños. *An Pediatría Contin.* 2004 Jan;2(5):313–8.
 14. Engelhard SB, Bajwa A, Reddy AK. Causes of uveitis in children without juvenile idiopathic arthritis. *Clin Ophthalmol* 9:1121–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2147/OPTH.S83950>
 15. Habet-Wilner Z, Tiosano L, Sanchez JM, Shulman S, Barequet D, Rahat O, et al. Demographic and Clinical Features of Pediatric Uveitis in Israel. *Ocul Immunol Inflamm.* 2020 Jan 2;28(1):43–53.
 16. Sevé, P., Cacoub, P., Bodaghi B., Trad, S., Sellam, J., Bellocq, D., Bielefeld, P et al. Uveitis: Diagnostic work-up. A literature review and recommendations from an expert committee. *Autoimmun Rev* [Internet]. 2017, 16(12):1254–64. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29037906/>
 17. Couto C, Frick MM, LaMattina K, Schlaen A, Khoury M, Lopez MM, et al. Chronic Anterior Uveitis in Children. *Ocul Immunol Inflamm.* 2016 Jul 3;24(4):392–6.
 18. Ivankovich-Escoto G, Martínez J, Matus-Obregón D, Arguedas-Arguedas O. Guía Recomendaciones pediátricas para el manejo de la uveítis no infecciosa en Costa Rica (Pediatric recommendations for the management of non-infectious in Costa Rica). *Acta Med Costarric.* 2020;62(3):130–9.
 19. Al-Haddad C, BouGhannam A, Abdul Fattah M, Tamim H, El Moussawi Z, Hamam RN. Patterns of uveitis in children according to age: comparison of visual outcomes and complications in a tertiary center. *BMC Ophthalmol* 2019 19;19(1):1–8. Disponible en <https://bmcophthalmol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12886-019-1139-5>
 20. Tejada Palacios P. Uveítis en el paciente pediátrico. ¿Qué debe saber el pediatra? *An Pediatr Contin.* 2012;10(3):173–7.