



Uveíte: Etiologia, manifestações clínicas e diagnóstico

Cláudio Dionísio Ferreira¹, Andressa Bueno Carvalho², Victória Boutros³, Gabriela Lopes de Oliveira Fernandes⁴



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n10p690-706>

Artigo recebido em 17 de Agosto e publicado em 07 de Outubro

ARTIGO DE REVISÃO

RESUMO

Introdução: A uveíte, o processo de inflamação intraocular, pode resultar de muitas causas. Ocorre frequentemente junto a infecções e doenças inflamatórias, mas pode ocorrer como um processo isolado. As causas infecciosas incluem doenças bacterianas e espiroquetais, doenças virais, infecções fúngicas e parasitárias. Do ponto de vista imunomediado, ocorre como distúrbios da espondiloartrite, sarcoidose e esclerose múltipla. Raramente se deve a uma reação de hipersensibilidade medicamentosa. O encaminhamento ao oftalmologista é indicado para o diagnóstico e tratamento dos pacientes com sintomas sugerindo inflamação do trato uveal. **Objetivos:** discutir aspectos clínicos e diagnósticos da uveíte. **Metodologia:** Revisão de literatura integrativa a partir de bases científicas de dados da Scielo, da PubMed e da BVS, no período de janeiro a abril de 2024, com os descritores "Uveitis", "Etiology", "Clinical Manifestations" AND "Diagnosis". Incluíram-se artigos de 2019-2024 (total 77), com exclusão de outros critérios e escolha de 05 artigos na íntegra. **Resultados e Discussão:** Os sintomas da uveíte dependem da porção do trato uveal afetado. A uveíte anterior pode produzir dor e vermelhidão; a uveíte posterior ou intermediária é mais provável de ser indolor, mas é frequentemente associada a flutuadores e/ou algum grau de perda visual. A perda visual pode ocorrer com envolvimento anterior, intermediário ou posterior. Pode estar associada a uma variedade de complicações. A avaliação por um oftalmologista é importante no reconhecimento e manejo de possíveis complicações da uveíte. Tais complicações podem incluir: Ceratopatia de banda (deposição de cálcio no epitélio da córnea); Sinéquias posteriores (adesão da íris à lente que fica posterior a ela); Catarata (resultante de inflamação em alguns pacientes ou tratamento com glicocorticóides em outros); Edema macular cistoide (acúmulo de fluido na área de visão central); Hipertensão intraocular e glaucoma. Lâmpada de fenda e exame fundoscópico são necessários para estabelecer a presença de uveíte. O exame deve incluir depressão escleral para avaliar a inflamação apenas posterior à lente. O encaminhamento para um especialista em oftalmologia para exame de lâmpada de fenda e um exame de fundo dilatado é necessário para o diagnóstico de uveíte em pacientes suspeitos de inflamação do trato uveal com base em seus sintomas e achados ou na presença de outras doenças fortemente associadas à uveíte. O RSVP mnemônico pode ser útil para orientar quando encaminhar um paciente a um oftalmologista. R significa vermelhidão, que para esse propósito deve ser

persistente, já que a vermelhidão é comum e muitas vezes é uma manifestação de problemas que geralmente não ameaçam a visão, como alergia ocular, olho seco ou irritação química leve. S significa sensibilidade à luz. Embora isso não seja específico para a uveíte anterior aguda (ocorre frequentemente, por exemplo, com enxaqueca), pode indicar inflamação intraocular. V significa mudança visual. Qualquer pessoa que se queixe de perda visual ou obscuração precisa de um exame oftalmológico ou, às vezes, de um exame neurológico. O P é para dor, que é proeminente na uveíte anterior aguda, mas geralmente ausente em doenças mais comuns, como olho seco ou alergia. Em geral, os sintomas que começam de forma aguda requerem uma avaliação oftálmica imediata, enquanto há menos urgência em avaliar uma queixa crônica. **Conclusão:** A uveíte ocorre frequentemente em associação com outras condições médicas sistêmicas, especialmente infecções e doenças inflamatórias, mas pode ocorrer como um processo isolado. m histórico médico detalhado é o passo mais importante para diagnosticar uma doença sistêmica associada. Uma radiografia de tórax e um teste sorológico para sífilis devem ser realizados em pacientes para os quais não há causa aparente. Outros testes de diagnóstico podem incluir tomografia computadorizada de tórax e avaliação para excluir outras infecções, doenças inflamatórias sistêmicas ou esclerose múltipla.

Palavras-chave: Uveíte, Etiologia, Manifestações Clínicas, Diagnóstico.

Uveitis: Etiology, Clinical Manifestations and Diagnosis

ABSTRACT

Introduction: Uveitis, the process of intraocular inflammation, can result from many causes. It often occurs with infections and inflammatory diseases but can occur as an isolated process. Infectious causes include bacterial and spirochetal diseases, viral diseases, fungal and parasitic infections. From an immune-mediated perspective, it occurs as disorders of spondyloarthritis, sarcoidosis, and multiple sclerosis. It is rarely due to a drug hypersensitivity reaction. Referral to an ophthalmologist is indicated for the diagnosis and treatment of patients with symptoms suggesting inflammation of the uveal tract. **Objectives:** discuss clinical and diagnostic aspects of uveitis. **Methodology:** Integrative literature review based on scientific databases from Scielo, PubMed and VHL, from January to April 2024, with the descriptors "Uveitis", "Etiology", "Clinical Manifestations" AND "Diagnosis". Articles from 2019-2024 (total 77) were included, excluding other criteria and choosing 5 full articles. **Results and Discussion:** The symptoms of uveitis depend on the portion of the uveal tract affected. Anterior uveitis can produce pain and redness; posterior or intermediate uveitis is more likely to be painless but is often associated with floaters and/or some degree of visual loss. Visual loss can occur with anterior, intermediate, or posterior involvement. It can be associated with a variety of complications. Evaluation by an ophthalmologist is important in recognizing and managing possible complications of uveitis. Such complications may include: Band keratopathy (calcium deposition in the corneal epithelium); Posterior synechiae (adhesion of the iris to the lens that is posterior to it); Cataracts (resulting from inflammation in some patients or glucocorticoid treatment in others); Cystoid macular edema (accumulation of fluid in the area of central vision); Intraocular hypertension and glaucoma. Slit lamp and fundusoscopic examination are necessary to establish the presence of uveitis. The examination should include scleral depression to assess



inflammation just posterior to the lens. Referral to an ophthalmology specialist for slit lamp examination and a dilated fundus examination is necessary for the diagnosis of uveitis in patients suspected of uveal tract inflammation based on their symptoms and findings or in the presence of other diseases strongly associated with uveitis. The RSVP mnemonic can be useful to guide when referring a patient to an ophthalmologist. R stands for redness, which for this purpose must be persistent, as redness is common and is often a manifestation of problems that are not generally vision-threatening, such as eye allergies, dry eye, or mild chemical irritation. S stands for light sensitivity. Although this is not specific to acute anterior uveitis (it frequently occurs, for example, with migraine), it may indicate intraocular inflammation. V means visual change. Anyone complaining of vision loss or blurring needs an eye exam or sometimes a neurological exam. The P is for pain, which is prominent in acute anterior uveitis but usually absent in more common conditions such as dry eye or allergies. In general, symptoms that begin acutely require immediate ophthalmic evaluation, whereas there is less urgency in evaluating a chronic complaint. **Conclusion:** Uveitis often occurs in association with other systemic medical conditions, especially infections and inflammatory diseases, but can occur as an isolated process. A detailed medical history is the most important step in diagnosing an associated systemic disease. A chest x-ray and serologic test for syphilis should be performed in patients for whom there is no apparent cause. Other diagnostic tests may include a chest CT scan and evaluation to rule out other infections, systemic inflammatory diseases, or multiple sclerosis.

Keywords: Uveitis, Etiology, Clinical Manifestations, Diagnosis.

Instituição afiliada -1 -Médico, Universidad Privada Abierta Latinoamericana - Revalidado Universidade Federal de Alagoas; 2 -Médica, Centro Universitário IMEPAC; 3- Médica, Centro Universitário Uningá;4- Médica, Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP.

Autor correspondente: Cláudio Dionísio Ferreira - cmaganhinmed@gmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

INTRODUÇÃO

A uveíte é caracterizada pela inflamação da úvea, que é a porção média do olho; a porção anterior da úvea inclui a íris e o corpo ciliar, e a porção posterior da úvea é conhecida como coróide. O termo "úvea" deriva da palavra latina para "uva", já que os anatomistas pensavam que a descamação da parte externa do olho deixava uma estrutura semelhante a uma uva por baixo.

A inflamação do trato uveal anterior, caracterizada pela presença de leucócitos na câmara anterior do olho, é chamada de uveíte anterior e é sinônimo de irite. Quando o corpo ciliar adjacente também está inflamado, o processo é conhecido como iridociclite [1].

A presença de leucócitos no humor vítreo e a evidência de inflamação coriorretiniana ativa são diagnósticos de uveíte intermediária e uveíte posterior, respectivamente. Os termos usados para descrever formas de uveíte posteriores ao cristalino incluem vitreíte, uveíte intermediária, pars planitis, coróidite, retinite, coriorretinite e retinocoróidite [1].

Panuveíte é definida como inflamação simultânea na câmara anterior, humor vítreo e retina ou coróide.

A uveíte ocorre frequentemente em associação com outras condições médicas sistêmicas, especialmente infecções e doenças inflamatórias, mas pode ocorrer como um processo isolado. Formas individuais de uveíte podem ser distinguidas com base na localização dentro do olho; início, simetria e continuidade da inflamação; complicações associadas; e distribuição de células ao longo do endotélio da córnea. As últimas alterações são conhecidas como precipitados ceráticos. Tanto o tamanho quanto a distribuição dos precipitados ceráticos são úteis no diagnóstico diferencial da causa subjacente. A diversidade de precipitados ceráticos é especialmente apreciada por imagens ampliadas obtidas com microscopia confocal [2].

A uveíte pode ser dividida em quatro subconjuntos principais com base na etiologia da inflamação:

- Infecções
- Doença imunomediada sistêmica, incluindo: doenças inflamatórias sistêmicas e outras condições relacionadas ao sistema imunológico

- Síndromes geralmente confinadas ao olho
- Síndromes mascaradas, como linfoma, leucemia ou degeneração da retina, que resultam em uma resposta leucocitária que pode ser facilmente confundida com inflamação

A uveíte frequentemente ocorre em associação com outras condições médicas sistêmicas, especialmente infecções e doenças inflamatórias, mas pode ocorrer como um processo isolado. Aproximadamente 30 por cento dos pacientes com uveíte não têm uma etiologia infecciosa identificável, um padrão distinto como pars planitis ou qualquer doença sistêmica associada aparente [3-6].

As causas infecciosas da uveíte incluem doenças bacterianas e espiroquetas, doenças virais, infecções fúngicas e infecções parasitárias. A infecção por citomegalovírus (CMV) é uma etiologia importante em pacientes com HIV/AIDS. A toxoplasmose ocular pode afetar hospedeiros normais e imunocomprometidos, mas é muito mais comum em pacientes imunocompetentes, em contraste com a toxoplasmose do sistema nervoso central que é vista quase exclusivamente em imunocomprometidos [7].

Várias doenças inflamatórias sistêmicas estão associadas à uveíte, incluindo espondiloartrite (SpA, por exemplo, espondilite anquilosante, artrite psoriática e artrite reativa), doença inflamatória intestinal (DII), sarcoidose, síndrome de Behçet e artrite idiopática juvenil (AIJ). A esclerose múltipla (EM), mais comumente associada à neurite óptica, também pode causar uveíte. Vários medicamentos podem causar uveíte [8 -10].

Ressalta-se o objetivo em discutir os aspectos clínicos e diagnósticos da uveíte.

METODOLOGIA

O presente artigo trata-se de uma revisão de literatura integrativa sobre os aspectos clínicos e diagnósticos da uveíte: descritores "Uveitis", "Etiology", "Clinical Manifestations" AND "Diagnosis", com foco no levantamento bibliográfico de produções científicas atuais e conceituadas na comunidade acadêmica, com base nas melhores

evidências. Há de se construir uma nova perspectiva e linha de pensamento sobre a oftalmologia, com referências teóricas e desmistificação de terminologias.

Foi realizada uma profunda pesquisa de artigos de revisão a partir de bases científicas da Scielo, da PubMed e da BVS, no período de janeiro a março de 2024, com descritores em inglês "Uveitis", "Etiology", "Clinical Manifestations" AND "Diagnosis", e correspondentes em português. Incluíram-se artigos de 2019 a 2024, com total de 77 estudos. Após exclusão de artigos que abordavam outros critérios, foram eleitos 05 artigos para leitura na íntegra.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

A presença de leucócitos na câmara anterior do olho é característica da uveíte anterior, mas também pode ocorrer devido a uma infecção da córnea ou um fenômeno de "transbordamento" decorrente de inflamação no compartimento posterior do olho. A presença de leucócitos no humor vítreo e a evidência de inflamação coriorretiniana ativa são diagnósticos de uveíte intermediária e uveíte posterior, respectivamente. Panuveíte é definida como inflamação simultânea na câmara anterior, humor vítreo e retina ou coroide [11].

- Manifestações clínicas

Os sintomas da uveíte, que são todos inespecíficos, dependem da porção do trato uveal que está envolvida. Os achados também diferem dependendo da localização do envolvimento, e a perda visual pode ocorrer com envolvimento anterior, intermediário ou posterior. A uveíte anterior é cerca de quatro vezes mais comum do que a uveíte posterior [12].

- Uveíte Anterior

A uveíte anterior pode produzir dor e vermelhidão, embora esses sintomas sejam mínimos se a inflamação começar insidiosamente (por exemplo, na artrite idiopática juvenil [AIJ]). Na uveíte anterior (irite), a vermelhidão, se presente, é notada principalmente no limbo (a junção entre a córnea e a esclera); esses pacientes

geralmente têm pupila contraída e dor. O grau de perda visual associado à uveíte anterior é variável.

A presença de leucócitos na câmara anterior do olho no exame com lâmpada de fenda é característica de uveíte anterior, mas não é específica. Leucócitos normalmente não são encontrados no humor aquoso que preenche o espaço entre a córnea e a lente. Uma névoa, descrita por oftalmologistas como "flare", também pode ser apreciada pelo exame com lâmpada de fenda e reflete o acúmulo de proteína no humor aquoso secundário à ruptura da barreira aquosa do sangue.

- Uveíte posterior e intermediária

Em contraste com a uveíte anterior, a uveíte posterior ou intermediária tem mais probabilidade de ser indolor, mas pode resultar em alterações visuais inespecíficas, como moscas volantes e/ou redução da acuidade visual. A vermelhidão do olho não é uma característica proeminente da inflamação posterior, a menos que haja uma uveíte anterior acompanhante.

Na uveíte posterior ou intermediária, a visualização direta da inflamação coriorretiniana ativa e/ou leucócitos no humor vítreo pode ser detectada no exame oftálmico. O exame completo do olho posterior à lente geralmente inclui uma técnica chamada depressão escleral. Essa manobra permite que o examinador procure um exsudato inflamatório sobre a pars plana, a porção do olho logo entre a retina e o corpo ciliar. Exsudatos ou "bancos de neve" são característicos de uma forma relativamente comum de uveíte intermediária conhecida como pars planitis.

Em pacientes com panuveíte, a inflamação é detectada simultaneamente na câmara anterior, vítreo e retina ou coroide, seja pelo uso de uma lâmpada de fenda em conjunto com lentes especiais para focalizar o feixe posterior à lente ou com um oftalmoscópio indireto e uma lente portátil [13].

A uveíte pode estar associada a uma variedade de complicações. A avaliação por um oftalmologista é importante no reconhecimento e tratamento de potenciais complicações da uveíte. Tais complicações podem incluir:

- Ceratopatia em faixa (deposição de cálcio no epitélio da córnea).
- Sinequias posteriores (adesão da íris à lente que fica posterior a ela).



- Catarata (resultante de inflamação em alguns pacientes ou tratamento com glicocorticoides em outros).
- Hipertensão intraocular (OHT) e glaucoma.
- Edema macular cistoide (acúmulo de fluido na área da visão central). A tomografia de coerência óptica é frequentemente usada para detectar edema macular cistoide.

O risco de complicações específicas pode diferir, dependendo da doença subjacente e do tratamento. Como exemplos, a uveíte associada à AIJ é frequentemente associada à ceratopatia em faixa e em um estudo, a OHT ocorreu em metade dos pacientes com iridociclite associada ao vírus varicela zoster, mas em apenas cerca de um quarto dos pacientes com síndrome de Behçet, uveíte anterior aguda ou sarcoidose [14-20]. A OHT em pacientes com uveíte não granulomatosa foi principalmente OHT de ângulo aberto induzida por glicocorticoide, com alguns casos de OHT de ângulo fechado causados por bloqueio pupilar; na uveíte granulomatosa, foi tipicamente OHT induzida por inflamação sem OHT de ângulo fechado relacionada ao bloqueio pupilar.

- Diagnóstico e Encaminhamento

O encaminhamento a um especialista em oftalmologia para exame de lâmpada de fenda e exame de fundo dilatado é necessário para o diagnóstico de uveíte em pacientes com suspeita de inflamação do trato uveal com base em seus sintomas e achados ou na presença de outras doenças fortemente associadas à uveíte [21-25].

O mnemônico RSVP pode ser útil para orientar quando encaminhar um paciente a um oftalmologista. R significa vermelhidão, que para esse propósito deve ser persistente, já que a vermelhidão é comum e frequentemente é uma manifestação de problemas que geralmente não ameaçam a visão, como alergia ocular, olho seco ou irritação química leve (veja 'Diagnóstico diferencial' abaixo). S significa sensibilidade à luz. Embora isso não seja específico para uveíte anterior aguda (ocorre frequentemente, por exemplo, com enxaqueca), pode indicar inflamação intraocular. V significa alteração visual. Qualquer pessoa que se queixe de perda ou obscurecimento visual precisa de um exame oftalmológico ou, às vezes, de um exame neurológico. O P é para dor, que é proeminente na uveíte anterior aguda, mas geralmente ausente em doenças mais comuns, como olho seco ou alergia. Em geral, os sintomas que começam agudamente

requerem avaliação oftalmológica imediata, enquanto há menos urgência para avaliar uma queixa crônica [25-30].

Em pacientes com uveíte, leucócitos são vistos na câmara anterior do olho no exame com lâmpada de fenda. Em comparação com a uveíte anterior, a uveíte posterior ou intermediária é diagnosticada pela visualização direta da inflamação coriorretiniana ativa e/ou pela detecção de leucócitos no humor vítreo no exame oftálmico.

O diagnóstico de panuveíte é feito quando a inflamação é detectada simultaneamente na câmara anterior, vítreo e retina ou coroide. Esses achados são identificados pelo uso de uma lâmpada de fenda em conjunto com lentes especiais para focar o feixe posterior à lente ou com um oftalmoscópio indireto e uma lente portátil. O exame completo do olho posterior à lente geralmente inclui uma técnica chamada depressão escleral. Essa manobra permite que o examinador procure um exsudato inflamatório sobre a pars plana, a porção do olho logo entre a retina e o corpo ciliar, para determinar se os achados de pars planitis estão presentes [31].

Um exame oftalmológico completo geralmente pode excluir diagnósticos alternativos que podem resultar em sintomas e achados gerais de exame semelhantes [32].

Alguns dos sintomas ou achados observados na uveíte também podem ocorrer em outras condições, e uma série de processos não infecciosos, às vezes denominados síndromes de mascarada, podem ser confundidos com um processo inflamatório envolvendo o trato uveal; a maioria dessas últimas condições são malignidades, e a mais comum é um linfoma de células. O diagnóstico diferencial inclui: [33-37].

- Diagnóstico diferencial por sintoma ou achado:

- **Olho vermelho** – Embora muitos pacientes com uveíte anterior tenham olho vermelho, a uveíte pode geralmente ser distinguida de outras causas de olho vermelho, como inflamação da córnea (ceratite), inflamação da conjuntiva (conjuntivite), inflamação dos vasos sanguíneos na episclera ou esclera (episclerite e esclerite, respectivamente) e glaucoma agudo de ângulo fechado, no exame oftalmológico. Na irite (uveíte anterior), a vermelhidão é notada principalmente no limbo (a junção entre a córnea e a esclera), em associação com uma pupila contraída e dor [38].

- **Células na câmara anterior** – Leucócitos na câmara anterior do olho são característicos de uveíte anterior (irite), embora outras condições possam causar células brancas na câmara anterior; estas incluem uma úlcera bacteriana da córnea e esclerite, que muitas vezes podem ser diferenciadas da uveíte em um exame oftalmológico cuidadoso, auxiliado pelo exame de lâmpada de fenda. No entanto, em alguns pacientes, a uveíte pode ocorrer em associação com esclerite. As células brancas na câmara anterior também podem ocorrer devido a um fenômeno de "transbordamento" decorrente da inflamação no compartimento posterior do olho. A infiltração celular sem inflamação pode ocorrer devido a distúrbios hematológicos e linfoproliferativos também. Ocasionalmente, células pigmentadas na câmara anterior, como na síndrome de dispersão de pigmento, podem ser confundidas com leucócitos [38-41].

- **Moscas volantes** – Pacientes com uveíte posterior ou intermediária podem ter moscas volantes, mas moscas volantes ou detritos no campo visual também podem resultar de processos não inflamatórios, como envelhecimento normal, no qual outros achados sugerindo uveíte estarão ausentes. Moscas volantes também podem ocorrer em pacientes com descolamento ou ruptura da retina, que podem ser distinguidos da uveíte no exame de retina dilatada com oftalmoscopia indireta e exame de lâmpada de fenda [42].

- **Síndromes mascaradas:**

Linfoma intraocular – A malignidade mais comum que se apresenta como uveíte em adultos é o linfoma, tipicamente um tipo de célula B que é confinado ao olho e ao sistema nervoso central .A doença ocular é geralmente bilateral e geralmente se apresenta como o início insidioso de obscurecimento visual, como moscas volantes. O linfoma ocular pode ser difícil de diagnosticar, mas deve ser suspeitado quando a inflamação é refratária aos glicocorticoides, quando os sintomas neurológicos estão presentes ou quando a inflamação bilateral posterior do olho começou após os 45 anos. Se houver suspeita de linfoma, o especialista em oftalmologia pode obter uma amostra para citologia do humor vítreo para excluir linfoma ocular ou realizar uma biópsia da retina [43-47].

- **Abordagem pós-diagnóstica**

Uma história detalhada e exame físico geral, com atenção particular às causas potenciais de uveíte, fornecerão informações complementares àquelas obtidas com a lâmpada de fenda e exame fundoscópico dilatado que são necessárias para documentar e caracterizar a uveíte. Estabelecer uma etiologia pode ajudar a determinar o tratamento mais apropriado. Em pacientes nos quais a etiologia permanece incerta com base apenas na história e no exame, testes laboratoriais selecionados podem ajudar a elucidar a causa [48-51].

Histórico e exame - Um histórico detalhado é o passo mais importante na avaliação inicial de um paciente que apresenta sintomas que sugerem uveíte. Em geral, quando a uveíte está relacionada a um distúrbio sistêmico, o diagnóstico associado será aparente no momento do histórico inicial e do exame físico. Como exemplos:

- Pacientes com uveíte anterior devem ser questionados sobre características de espondiloartrite (EpA), como dor lombar, tipicamente antes dos 45 anos e especialmente se durar mais de três meses; dor ou inchaço nas articulações, especialmente para os quais o atendimento foi procurado por um clínico; ou histórico familiar de EpA. Responder sim a qualquer uma das duas primeiras perguntas (ou seja, dor nas costas ou nas articulações), seguido por teste positivo para antígeno leucocitário humano (HLA)-B27, teve alta especificidade e sensibilidade para o diagnóstico de EpA em pacientes com uveíte anterior unilateral aguda de etiologia previamente desconhecida [52].

O histórico também deve incluir perguntas sobre fatores de risco para infecção por HIV. Pacientes com infecção por HIV apresentam risco aumentado para várias causas infecciosas de uveíte, incluindo retinite por citomegalovírus (CMV) [53-57].

Em pacientes com pars planitis, atenção especial deve ser dada na história e no exame físico às características sugestivas de esclerose múltipla, que está presente com maior frequência em tais pacientes [58].

Em pacientes com panuveíte, o diagnóstico diferencial inclui síndrome de Behçet, síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada (VKH), sarcoidose, oftalmia simpática e infecção [59-67].

Testes diagnósticos — Apenas testes diagnósticos limitados são úteis quando uma condição associada não é aparente, apesar de um histórico médico completo e exame físico (veja 'Testes quando nenhuma causa potencial é aparente' abaixo). Em pacientes nos quais o histórico e o exame sugerem uma causa possível, os testes diagnósticos, que são focados em confirmar ou excluir a etiologia suspeita, são garantidos para confirmação do diagnóstico específico. Em qualquer situação, o uso de vários testes de triagem deve ser evitado [68].

A localização, acuidade e resposta à terapia podem ajudar a orientar considerações diagnósticas e testes. Por exemplo, uveíte anterior unilateral aguda sugere a possibilidade de uma espondiloartropatia, sobre a qual os pacientes devem ser questionados especificamente para identificar se sintomas que justifiquem avaliação adicional podem estar presentes.

Testes quando nenhuma causa potencial é aparente — Em pacientes com uveíte nos quais a etiologia permanece desconhecida apesar de um histórico detalhado e exame completo, apenas testes limitados são geralmente indicados. A localização e a resposta à terapia podem ajudar a orientar considerações diagnósticas e testes. Realizamos dois testes nesta população:

- Radiografia simples do tórax para procurar evidências de sarcoidose pulmonar ou infecção associada à uveíte, como tuberculose
- Teste sorológico para sífilis, que pode ser clinicamente silenciosa

Realizamos testes selecionados em uveíte de etiologia desconhecida porque as condições subjacentes podem ser clinicamente silenciosas e o tratamento pode ser necessário, embora a probabilidade desses diagnósticos possa ser baixa [75,76]. Uma história e exame cuidadosos em pacientes com uveíte anterior aguda não infecciosa frequentemente revelam evidências de SpA que não haviam sido reconhecidas anteriormente [33-37].

Sarcoidose e sífilis estão entre os distúrbios mais comuns que causam uveíte, nos quais as manifestações sistêmicas (não oculares) da doença subjacente podem ser clinicamente inaparentes. Pacientes com sarcoidose ocular devem ser questionados sobre sintomas cardíacos, como pré-síncope ou palpitações, e podem se beneficiar de avaliação cardiológica [77].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uveíte é uma inflamação da úvea, a camada vascular do olho que fica entre a retina e a esclera. A úvea é composta pela íris, corpo ciliar e coróide. A uveíte pode afetar uma parte ou toda a úvea, um ou ambos os olhos, e pode também atingir a retina e o nervo óptico. Os sintomas da uveíte podem incluir: dor ocular, vermelhidão do olho, pontos flutuantes, perda de visão, fotofobia (sensibilidade à luz) e visão turva ou embaçada. A uveíte pode ter várias causas, incluindo: doenças autoimunes, como artrite reumatóide, lúpus, espondilite anquilosante, entre outras, doenças infecciosas, como sífilis, toxoplasmose, herpes, citomegalovírus, predisposição genética, entre outras.

O tratamento da uveíte pode incluir corticosteroides, colírios dilatadores e relaxantes da pupila, e, em alguns casos, medicamentos supressores do sistema imunológico.

Apesar de ser tratável, a uveíte pode afetar a visão do paciente para sempre se não for diagnosticada desde o início.

REFERÊNCIAS

1. Jabs DA, Nussenblatt RB, Rosenbaum JT, Grupo de Trabalho de Padronização da Nomenclatura de Uveíte (SUN). Padronização da nomenclatura de uveíte para relato de dados clínicos. Resultados do Primeiro Workshop Internacional. *Am J Ophthalmol* 2005; 140:509.
2. Wertheim MS, Mathers WD, Planck SJ, et al. Microscopia confocal in vivo de precipitados ceráticos. *Arch Ophthalmol* 2004; 122:1773.
3. Yeh S, Forooghian F, Suhler EB. Implicações do estudo de epidemiologia da uveíte da inflamação ocular do Pacífico. *JAMA* 2014; 311:1912.
4. Yuen BG, Tham VM, Browne EN, et al. Associação entre tabagismo e uveíte: resultados do Pacific Ocular Inflammation Study. *Oftalmologia* 2015; 122:1257.
5. Lin P, Loh AR, Margolis TP, Acharya NR. Fumo de cigarro como fator de risco para uveíte. *Oftalmologia* 2010; 117:585.
6. Doan T, Sahoo MK, Ruder K, et al. Detecção abrangente de patógenos para infecções oculares. *J Clin Virol* 2021; 136:104759.
7. Radosavljevic A, Agarwal M, Chee SP, Zierhut M. Epidemiologia da uveíte anterior induzida por vírus. *Ocul Immunol Inflamm* 2022; 30:297.
8. Weiss MJ, Velazquez N, Hofeldt AJ. Testes sorológicos no diagnóstico de retinocoroidite toxoplasmática presumida. *Am J Ophthalmol* 1990; 109:407.
9. Bosch-Driessen LE, Berendschot TT, Ongkosuwito JV, Rothova A. Toxoplasmose ocular: características clínicas e prognóstico de 154 pacientes. *Oftalmologia* 2002; 109:869.
10. Margo CE, Hamed LM. Sífilis ocular. *Surv Ophthalmol* 1992; 37:203.
11. Suhler EB, Lauer AK, Rosenbaum JT. Prevalência de evidência sorológica de doença da aranhadura do gato em pacientes com neuroretinite. *Oftalmologia* 2000; 107:871.



12. Kibadi K, Mupapa K, Kuvula K, et al. Manifestações oftalmológicas tardias em sobreviventes da epidemia do vírus Ebola de 1995 em Kikwit, República Democrática do Congo. *J Infect Dis* 1999; 179 Suppl 1:S13.
13. Varkey JB, Shantha JG, Crozier I, et al. Persistência do vírus Ebola no fluido ocular durante a convalescença. *N Engl J Med* 2015; 372:2423.
14. Mattia JG, Vandy MJ, Chang JC, et al. Sequelas clínicas precoces da doença do vírus Ebola em Serra Leoa: um estudo transversal. *Lancet Infect Dis* 2016; 16:331.
15. de Paula Freitas B, de Oliveira Dias JR, Prazeres J, et al. Achados oculares em lactentes com microcefalia associados à suposta infecção congênita pelo vírus Zika em Salvador, Brasil. *JAMA Ophthalmol* 2016.
16. Furtado JM, Espósito DL, Klein TM, et al. Uveíte associada à infecção pelo vírus Zika. *N Engl J Med* 2016; 375:394.
17. Kodati S, Palmore TN, Spellman FA, et al. Uveíte posterior bilateral associada à infecção pelo vírus Zika. *Lancet* 2017; 389:125.
18. Zhang Y, Stewart JM. Manifestações retinianas e coroidais da COVID-19. *Curr Opin Ophthalmol* 2021; 32:536.
19. Lafay C, Assad Z, Ouldali N, et al. Aumento da incidência de uveíte pediátrica associada à pandemia de COVID-19 ocorrendo antes da implementação da vacina contra COVID-19: uma análise de séries temporais. *J Pediatr* 2023; 263:113682.
20. Testi I, Brandão-de-Resende C, Agrawal R, et al. Eventos inflamatórios oculares após vacinação contra COVID-19: uma série de casos multinacional. *J Ophthalmic Inflamm Infect* 2022; 12:4.
21. Quentin CD, Reiber H. Ciclite heterocrômica de Fuchs: anticorpos do vírus da rubéola e genoma no humor aquoso. *Am J Ophthalmol* 2004; 138:46.
22. Rosenbaum JT. Uveíte anterior aguda e espondiloartropatias. *Rheum Dis Clin North Am* 1992; 18:143.
23. Haroon M, O'Rourke M, Ramasamy P, et al. Uma nova detecção baseada em evidências de espondiloartrite não diagnosticada em pacientes com uveíte anterior aguda: o DUET (Dublin Uveitis Evaluation Tool). *Ann Rheum Dis* 2015; 74:1990.
24. Muñoz-Fernández S, de Miguel E, Cobo-Ibáñez T, et al. Inflamação da entese na uveíte anterior aguda recorrente sem espondilartrite. *Artrite Reum* 2009; 60:1985.
25. Rosenbaum JT. Uveíte. Visão de um internista. *Arch Intern Med* 1989; 149:1173.
26. Henderly DE, Genstler AJ, Smith RE, Rao NA. Padrões de mudança de uveíte. *Am J Ophthalmol* 1987; 103:131.
27. Rothova A, Buitenhuis HJ, Meenken C, et al. Uveíte e doença sistêmica. *Br J Ophthalmol* 1992; 76:137.
28. Obenauf CD, Shaw HE, Sydnor CF, Klintworth GK. Sarcoidose e suas manifestações oftálmicas. *Am J Ophthalmol* 1978; 86:648.
29. James DG. Sarcoidose ocular. *Ann NY Acad Sci* 1986; 465:551.
30. Karma A, Huhti E, Poukkula A. Curso e resultado da sarcoidose ocular. *Am J Ophthalmol* 1988; 106:467.
31. Lambert JR, Wright V. Inflamação ocular na artrite psoriática. *Ann Rheum Dis* 1976; 35:354.
32. Lyons JL, Rosenbaum JT. Uveíte associada à doença inflamatória intestinal comparada à uveíte associada à espondiloartropatia. *Arch Ophthalmol* 1997; 115:61.
33. Paiva ES, Macaluso DC, Edwards A, Rosenbaum JT. Caracterização de uveíte em pacientes com artrite psoriática. *Ann Rheum Dis* 2000; 59:67.
34. Malinowski SM, Pulido JS, Goeken NE, et al. A associação de HLA-B8, B51, DR2 e esclerose múltipla em pars planitis. *Oftalmologia* 1993; 100:1199.
35. Messenger W, Hildebrandt L, Mackensen F, et al. Caracterização de uveíte em associação com esclerose múltipla. *Br J Ophthalmol* 2015; 99:205.
36. Rubsamen PE, Gass JD. Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada. Curso clínico, terapia e resultado visual de longo prazo. *Arch Ophthalmol* 1991; 109:682.
37. Sakata VM, da Silva FT, Hirata CE, et al. Diagnóstico e classificação da doença de Vogt-Koyanagi-Harada. *Autoimmun Rev* 2014; 13:550.
38. Greco A, Fusconi M, Gallo A, et al. Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada. *Autoimune Rev* 2013; 12:1033.
39. Zhang XY, Wang XM, Hu TS. Perfil de antígenos leucocitários humanos na síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada. *Am J Ophthalmol* 1992; 113:567.
40. Critérios para diagnóstico da doença de Behçet. Grupo de Estudo Internacional para a Doença de Behçet. *Lancet* 1990; 335:1078.
41. Mamo JG. A taxa de perda visual na doença de Behçet. *Arch Ophthalmol* 1970; 84:451.

42. Rosenbaum JT, Bennett RM. Uveíte anterior e posterior crônica e síndrome de Sjögren primária. *Am J Ophthalmol* 1987; 104:346.
43. Gold DH, Morris DA, Henkind P. Achados oculares no lúpus eritematoso sistêmico. *Br J Ophthalmol* 1972; 56:800.
44. Stafford-Brady FJ, Urowitz MB, Gladman DD, Easterbrook M. Retinopatia lúpica. Padrões, associações e prognóstico. *Arthritis Rheum* 1988; 31:1105.
45. Rosenbaum JT, Ku J, Ali A, et al. Pacientes com vasculite retiniana raramente sofrem de vasculite sistêmica. *Semin Arthritis Rheum* 2012; 41:859.
46. Rosenbaum JT, Roman-Goldstein S, Lindquist GR, Rosenbaum RB. Uveíte e vasculite do sistema nervoso central. *J Rheumatol* 1998; 25:593.
47. Grupo de Trabalho de Padronização da Nomenclatura de Uveíte (SUN). Desenvolvimento de Critérios de Classificação para Uveítes. *Am J Ophthalmol* 2021; 228:96.
48. Shafran SD, Deschênes J, Miller M, et al. Uveíte e pseudoicterícia durante um regime de claritromicina, rifabutina e etambutol. MAC Study Group da Canadian HIV Trials Network. *N Engl J Med* 1994; 330:438.
49. Ambati J, Wynne KB, Angerame MC, Robinson MR. Uveíte anterior associada ao uso intravenoso de cidofovir em pacientes com retinite por citomegalovírus. *Br J Ophthalmol* 1999; 83:1153.
50. Bainbridge JW, Raina J, Shah SM, et al. Complicações oculares de cidofovir intravenoso para retinite por citomegalovírus em pacientes com AIDS. *Eye (Lond)* 1999; 13 (Pt 3a):353.
51. Witkin AJ, Chang DF, Jumper JM, et al. Vasculite oclusiva hemorrágica da retina associada à vancomicina: características clínicas de 36 olhos. *Oftalmologia* 2017; 124:583.
52. Dugel PU, Koh A, Ogura Y, et al. HAWK e HARRIER: Ensaios clínicos multicêntricos, randomizados, duplo-mascarados de fase 3 de brolicizumabe para degeneração macular relacionada à idade neovascular. *Oftalmologia* 2020; 127:72.
53. Eadie B, Etminan M, Mikelberg FS. Risco de uveíte com moxifloxacino oral: um estudo comparativo de segurança. *JAMA Ophthalmol* 2015; 133:81.
54. Foroughian F, Maberley D, Albani DA, et al. Risco de uveíte após terapia oral com fluoroquinolona: um estudo de caso-controle aninhado. *Ocul Immunol Inflamm* 2013; 21:390.
55. Sandhu HS, Brucker AJ, Ma L, VanderBeek BL. Fluoroquinolonas orais e o risco de uveíte. *JAMA Ophthalmol* 2016; 134:38.
56. Brown JP, Wing K, Evans SJ, et al. Uso sistêmico de fluoroquinolona e risco de uveíte ou descolamento de retina. *JAMA Ophthalmol* 2024; 142:636.
57. Wefers Bettink-Remeijer M, Brouwers K, van Langenhove L, et al. Síndrome semelhante à uveíte e transiluminação da íris após o uso de moxifloxacino oral. *Eye (Lond)* 2009; 23:2260.
58. Xie JS, Kaplan AJ. Uveíte anterior e esclerite difusa após infusão de pamidronato. *CMAJ* 2023; 195:E1722.
59. Dow ER, Yung M, Tsui E. Uveíte associada ao inibidor de ponto de verificação imunológico: revisão de tratamentos e resultados. *Ocul Immunol Inflamm* 2021; 29:203.
60. Malinowski SM, Pulido JS, Folk JC. Resultado visual de longo prazo e complicações associadas à pars planitis. *Oftalmologia* 1993; 100:818.
61. Zein G, Berta A, Foster CS. Uveíte associada à esclerose múltipla. *Ocul Immunol Inflamm* 2004; 12:137.
62. Bregerbc, Leopold IH. A incidência de uveíte na esclerose múltipla. *Am J Ophthalmol* 1966; 62:540.
63. Priem HA, Oosterhuis JA. Coriorretinopatia de Birdshot: características clínicas e evolução. *Br J Ophthalmol* 1988; 72:646.
64. Shao EH, Menezo V, Taylor SR. Coriorretinopatia de Birdshot. *Curr Opin Ophthalmol* 2014; 25:488.
65. LeHoang P, Ozdemir N, Benhamou A, et al. Subtipo HLA-A29.2 associado à retinocoroidopatia de birdshot. *Am J Ophthalmol* 1992; 113:33.
66. Chang GC, Young LH. Oftalmia simpática. *Semin Ophthalmol* 2011; 26:316.
67. Lubin JR, Albert DM, Weinstein M. Sessenta e cinco anos de oftalmia simpática. Uma revisão clinicopatológica de 105 casos (1913--1978). *Oftalmologia* 1980; 87:109.
68. Rosenbaum JT. Mordiscando o diagnóstico de uveíte idiopática. *JAMA Ophthalmol* 2015; 133:146.
69. Kaiser PK, Lowder CY, Sullivan P, et al. Tomografia computadorizada de tórax na avaliação de uveíte em mulheres idosas. *Am J Ophthalmol* 2002; 133:499.
70. de Groot-Mijnes JD, de Visser L, Zuurveen S, et al. Identificação de novos patógenos no fluido intraocular de pacientes com uveíte. *Am J Ophthalmol* 2010; 150:628.



71. Rosenbaum JT, Harrington CA, Searles RP, et al. Revisando o diagnóstico de uveíte idiopática por transcriptômica do sangue periférico. *Am J Ophthalmol* 2021; 222:15.
72. Darrell RW, Wagener HP, Kurland LT. Epidemiologia da uveíte. Incidência e prevalência em uma pequena comunidade urbana. *Arch Ophthalmol* 1962; 68:502.
73. Kanda T, Shibata M, Taguchi M, et al. Prevalência e etiologia da hipertensão ocular em uveíte aguda e crônica. *Br J Ophthalmol* 2014; 98:932.
74. Juanola X, Loza Santamaría E, Cordero-Coma M, SENTINEL Working Group. Descrição e prevalência de espondiloartrite em pacientes com uveíte anterior: Projeto colaborativo interdisciplinar SENTINEL. *Oftalmologia* 2016; 123:1632.
75. Jabs DA, Busingye J. Abordagem ao diagnóstico das uveítes. *Am J Ophthalmol* 2013; 156:228.
76. Lou SM, Larkin KL, Winthrop K, et al. Falta de consenso no diagnóstico e tratamento da tuberculose ocular entre especialistas em uveíte. *Ocul Immunol Inflamm* 2015; 23:25.
77. Han YS, Rivera-Grana E, Salek S, Rosenbaum JT. Distinguindo uveíte secundária à sarcoidose de doença idiopática: implicações cardíacas. *JAMA Ophthalmol* 2018; 136:109.