



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
"DR. BERNARDO SEPULVEDA G."

PREVALENCIA Y CARACTERISTICAS  
DE LAS UVEITIS EN LA  
POBLACION PEDIATRICA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA  
P R E S E N T A:  
DRA. SONIA EDELMIRA GORDON DIAZ



IMSS

MEXICO, D. F.

1995

FALLA DE ORIGEN

24  
112342ej  
RECEBIDA  
AGOSTO 1995  
AL  
ATLAS  
BIBLIOTECA



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**TESIS SIN PAGINACION**

**COMPLETA LA INFORMACION**

**TITULO**

**" PREVALENCIA Y CARACTERISTICAS DE LAS UVEITIS EN LA  
POBLACION PEDIATRICA DEL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA DEL HOSPITAL  
DE PEDIATRIA DEL CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI. "**

*wah*

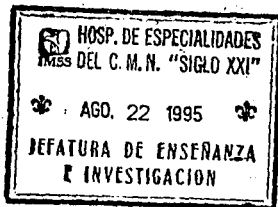
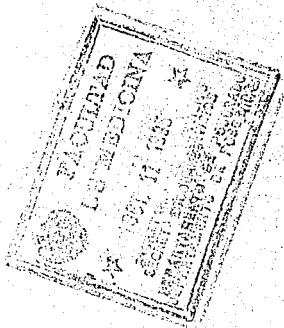
DOCTOR  
NIELS WACHER RODARTE  
JEFE DE ENSEÑANZA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

*[Signature]*

DOCTOR  
ALBERTO OSIO SANCHEZ  
JEFE DE LA DIVISION DE OPTALMOLOGIA  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

*[Signature]*

DOCTORA  
ENRIQUETA HOFMANN BLANCAS  
ASESOR DE TESIS  
MEDICO DE BASE DEL SERVICIO DE OPTALMOLOGIA  
HOSPITAL DE PEDIATRIA CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



**COLABORADORES**

**DOCTORA MARTA RAMIREZ LACAYO  
MEDICO DE BASE DEL SERVICIO DE REUMATOLOGIA  
HOSPITAL DE PEDIATRIA CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**DOCTOR JUAN CARLOS BRAVO ORTIZ  
MEDICO DE BASE DEL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA  
HOSPITAL DE PEDIATRIA CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

## **DEDICATORIA**

**A CARLOS MANUEL, mi hijo,**  
por llegar en el momento justo

**A MANUEL JOSE, mi esposo**  
por su amor y comprensión

**A MIS PADRES Y HERMANOS,**  
por su ejemplo y apoyo

**A MIS AMIGOS, MAESTROS Y COMPAÑEROS,**  
por su amistad, cariño y consejos.

## ANTECEDENTES

La Uvea es la capa media y vascular del ojo, protegida en su porción externa por la córnea y esclerótica, contribuye a la vascularización de la retina y se compone de tres partes : iris, cuerpo ciliar y coroides. <sup>26</sup>

Uveitis es un término general para la inflamación del tracto uveal relacionada con cualquier causa y que usualmente incluye un gran grupo de enfermedades que afectan no sólo la úvea sino también la retina y el vítreo. <sup>2,22</sup>

La uveitis es menos común en niños que en adultos y tiende a presentar un carácter crónico. En niños es un padecimiento raro. <sup>1,3</sup> Aproximadamente un 6% de todos los casos de uveitis ocurren en pacientes menores de 16 años. <sup>4</sup> No tiene predilección por sexos y se ha visto que en ambos la prevalencia aumenta con la edad. <sup>24</sup>

De los estudios realizados desde 1941 hasta nuestros días se aprecia que el porcentaje de incidencia va desde 1.3 a 9.8%. Es notable mencionar el trabajo realizado en 1954 por Kimura, Hogan y Thygeson los cuales encontraron una incidencia de un 5.8% y ha servido de base para muchos otros estudios. <sup>3</sup> Posee una incidencia baja mundialmente, de acuerdo a la literatura se dice que es de un 8% aproximadamente, aquí en México su incidencia es de aproximadamente de un tres a un cinco por ciento de acuerdo a estudios realizados. <sup>1,5</sup>

No existe un acuerdo universal con respecto a la manera de clasificar las uveitis. La clasificación puede estar basada en el



curso clínico, por ejemplo, tomando en cuenta el establecimiento (puede ser repentina o insidiosa), de acuerdo a su duración (aguda, subaguda y crónica), de acuerdo a su frecuencia ( aislada, recurrente) de acuerdo a la lateralidad (unilateral o bilateral), de acuerdo a su severidad (leve, moderado, o severo), de acuerdo a las características del paciente tales como edad, sexo, y raza, así como las asociacionesa enfermedades sistémicas.

Puede estar basada también en el agente etiológico, siendo en este caso endógenas o exógenas.

Si tomamos en cuenta sus características patológicas las uveítis pueden clasificarse en inflamaciones granulomatosas y no granulomatosas.

Por último la clasificación más utilizada es la anatómica que toma en cuenta el sitio primario de inflamación. Por tanto se incluyen dentro de las uveítis anteriores las iritis e iridociclitis. Dentro de las uveítis intermedias se incluyen las ciclitis, pars planitis y vitreítis. Dentro de las uveítis posteriores se incluyen las retinitis, coroiditis, corioretinitis. Se designa panuveítis cuando proceso inflamatorio abarca el segmento anterior y posterior.

En este estudio cada una de las entidades pediátricas que cursen con uveítis serán analizadas de acuerdo a la clasificación anatómica, sin embargo en importante tomar en cuenta que a menudo hay variabilidad en las formas de presentación de las uveítis 1,2,3,5,6,22,23,27

Existen por tanto en pediatría entidades que se asocian a uveítis anteriores tales como: Artritis reumatoide juvenil, Espondilitis anquilosante, Síndrome de Reiter, Iridociclitis heterocrómica de Fuchs Enfermedad de Kawasaki, Artritis psoriásica, Nefritis intersticial

aguda, todas estas entidades cursan con iritis o iridociclitis.<sup>23,24,27</sup>

La uveítis intermedia en niños es una inflamación crónica relativamente rara de etiología desconocida que involucra los vasos retinianos, y las porciones periféricas de la retina y del tracto uveal, se les conoce como ciclitis crónicas o pars planitis.<sup>1,9,11,22,25,27</sup>

En las uveítis posteriores donde participan tanto la retina como la coroides se presentan entidades como las toxoplasmosis y las toxocaríasis. Y en las panuveítis en donde se afecta tanto el segmento anterior como el posterior se mencionan : la sarcoidosis, la oftalmía simpática, el síndrome de Vogt Koyanagi Harada y la enfermedad de Behçet. 1.2.3.5.27

La etiología de las uveítis es difícil de establecer ya que la causa exacta de la uveítis es frecuentemente desconocida. La asociación de uveítis a enfermedades sistémicas es bien conocida, puede estar relacionada a enfermedades sistémicas así como a enfermedad ocular primaria.<sup>2,19,21,22</sup>

Existen numerosas causas que producen inflamación de úvea, las cuales pueden afectar una sola o las tres porciones en forma simultánea.<sup>26</sup>

Difícilmente se puede llegar a establecer la etiología de las uveítis en la mayoría de los pacientes.<sup>1,9,10</sup> La causa más frecuente identificable de uveítis anterior es la artritis reumatoide juvenil. 1.3.4.5.7.8.11.12.13.16,18 También se ha mencionado la espondilitis anquilosante, el síndrome de Behçet, sarcoidosis, sífilis, queratouveítis por herpes zoster o simple, tuberculosis artritis psoriásica

juvenil, enfermedad de Reiter, iridociclitis heterocrómica de Fuchs, entre otros. 1.2.3.4.5.6.7.15.17.22.25

En la mayoría de los pacientes con uveítis intermedia el diagnóstico etiológico es aún oscuro pero en su mayoría se relacionan con parasitosis intraocular.<sup>1</sup> También las parasitosis son las patologías más comúnmente asociadas con las uveítis posteriores y las panuveítis y de ellas la que se presenta con más frecuencia es la toxoplasmosis. 1.2.3.5

La uveítis muestra diferentes patrones en los niños y en los adultos.<sup>3</sup> Un aspecto importante y que debe ser destacado, es la escasa sintomatología visual que generalmente acompaña a este proceso y que puede hacerle pasar inadvertido por mucho tiempo, lo que permite que ocurran cambios severos en los medios transparentes que limitan o impiden la recuperación visual.<sup>1</sup>

Los principales síntomas en las uveítis son disminución de la agudeza visual, dolor y fotofobia. En los niños es importante tomar en cuenta dos aspectos: primero, que frecuentemente los niños no refieren una mala agudeza visual o alteraciones de la misma por lo que no se sospecha que esté presente hasta cuando se presenta el estrabismo. Segundo, la fotofobia que es más prominente en las uveítis anteriores, en los niños se aprecia como un marcado blefaroespasmó que posteriormente dificulta la apertura de los párpados para el examen de los ojos.<sup>5.7</sup> En las uveítis intermedias generalmente la enfermedad es asintomática hasta que está bien avanzada, aunque puede presentarse disminución de la agudeza visual y dolor. Los pacientes suelen

quejarse de "flotadores". 1.9.11.22

Todos los signos que se aprecian en las uveítis de los adultos pueden presentarse en los niños. La principal manifestación corneal de esta patología son los precipitados retroqueráticos<sup>5,7</sup> en casos en que exista hipertensión ocular podremos encontrar edema corneal, otra manifestación corneal que podemos encontrar en las uveítis es la queratopatía en banda. Podemos encontrar otras estructuras del segmento anterior afectadas, por tanto encontraremos sinequias, tyndall o células en cámara anterior y cataratas.<sup>5,7</sup> Puede presentarse hipopión e hifema.<sup>5,7,8,14,18</sup> Todos estos signos son más comunes en uveítis anteriores.

En las uveítis intermedios y posteriores los síntomas generalmente pueden acompañarse de mínimos datos inflamatorios en cámara anterior, es raro que se presenten sinequias y depósitos retroqueráticos. Característicamente se presentan opacidades subcapsulares posteriores y se aprecian datos de vasculitis periférica retiniana, edema macular cistoide, papilitis, hemorragia vítrea, condensaciones vítreas, respuesta celular en vítreo, lesiones corioretinianas y desprendimientos de retina. 1.9.11.22

Para el diagnóstico de las uveítis es necesario realizar una historia clínica completa así como un examen oftalmológico y valoración pediátrica. Se realizan exámenes de laboratorio básicos complementarios tales como una biometría hemática completa, química sanguínea, factor reumatoide, antiestreptolisinas, proteína C reactiva, VDRL, radiografía de tórax, por mencionar algunos. De acuerdo a los resultados

obtenidos y con el cuadro clínico se emplean estudios más dirigidos como estudios por parasitosis, anticuerpos, entre otros.<sup>1,5</sup>

En cuanto al tratamiento de las uveítis éste se basa en el uso de esteroides, ya sea en forma local, transeptal, sistémicos o pulsos, de acuerdo a la severidad del cuadro. También se utiliza ciclosporina y en el momento de actividad del proceso inflamatorio se utilizan los midriáticos. Hay casos en los que es necesario un tratamiento quirúrgico. Hay que tomar en cuenta que hay que tratar también la enfermedad de fondo que esté causando la uveítis. 1,5,7,20,24

Las complicaciones son comunes en los niños y están relacionadas con el retraso al realizar el diagnóstico. Entre las complicaciones que podemos encontrar se describen: queratopatía en banda, cataratas, ptisis bulbi y glaucoma secundario. 1,3,4,5,7,8,12,18

Hasta el momento se desconocen con exactitud los mecanismos a través de los cuales se manifiesta en parte de la úvea o bien abarca su totalidad en el ojo. La uveítis es un proceso inmunológico que tiene su expresión en el ojo. Los conocimientos actuales en inmunología son todavía escasos y persisten áreas oscuras en relación con las implicaciones patológicas derivadas de la respuesta inmune. Una de estas áreas es indudablemente la uveítis, tema que ha sido ampliamente discutido por diversos autores sin llegarse a conclusiones definitivas.<sup>1</sup>

## HIPOTESIS

Para este estudio nos planteamos la siguiente hipótesis:

" En nuestro hospital la mayoría de las uveítis están relacionadas con alguna enfermedad sistémica y el mayor grupo se encuentra dentro de las enfermedades parasitarias."

## OBJETIVOS

### GENERAL

1. Determinar cuáles son algunas de las características epidemiológicas de los pacientes con uveítis en el servicio de Oftalmología del H.P. C.M.N. Siglo XXI
1. Determinar la prevalencia de uveítis en la población pediátrica del servicio de Oftalmología del H.P. C.M.N. Siglo XXI
2. Determinar las enfermedades sistémicas relacionadas con uveítis en la población pediátrica del servicio de Oftalmología del H.P. C.M.N. Siglo XXI
3. Determinar los diagnósticos oftalmológicos en la población pediátrica relacionados con uveítis (de acuerdo a la clasificación anatómica) en el servicio de Oftalmología del H.P. C.M.N. Siglo XXI.
4. Determinar las manifestaciones oculares más frecuentes en las uveítis de la población pediátrica del servicio de Oftalmología del H.P. C.M.N. Siglo XXI.
5. Determinar los tratamientos más frecuentes utilizados en las uveítis de la población pediátrica del servicio de Oftalmología del H.P. C.M.N. Siglo XXI.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### GENERAL

1. ¿Cuáles son algunas de las características epidemiológicas de los pacientes con uveítis en el servicio de Oftalmología del H.P. CMN Siglo XXI?
1. ¿Cuál es la prevalencia de uveítis en la población pediátrica del servicio de Oftalmología del H.P. CMN Siglo XXI?
2. ¿Cuáles son las enfermedades sistémicas relacionadas con uveítis en la población pediátrica del servicio de Oftalmología del H.P. CMN Siglo XXI?
3. ¿Cuáles son los diagnósticos oftalmológicos en la población pediátrica relacionados con uveítis (de acuerdo a la clasificación anatómica) en el servicio de Oftalmología del H.P. CMN Siglo XXI?
4. ¿Cuáles son las manifestaciones oculares más frecuentes en las uveítis encontradas en la población pediátrica del servicio de Oftalmología del H.P. CMN Siglo XXI?
5. ¿Cuáles son los tratamientos más utilizados en las uveítis de la población pediátrica del servicio de Oftalmología del H.P. CMN Siglo XXI?

### MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio transversal, descriptivo, retrospectivo y observacional. Se estudiaron 49 pacientes del servicio de Oftalmología del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI que presentaron diagnóstico de uveítis y cuyas edades estuviesen comprendidas desde recién nacidos hasta los 16 años de edad, durante el período de enero de 1989 hasta junio de 1994.

Se revisaron los expedientes para determinar la prevalencia, las características epidemiológicas de las uveítis, las enfermedades sistémicas, los diagnósticos oftalmológicos y las manifestaciones oculares más frecuentes asociadas. Para obtener dicha información se diseñó una hoja de recolección de datos (ver anexo).

## CRITERIOS DE SELECCION

### 1. Criterios de inclusión

Expedientes de pacientes en edad pediátrica que cuenten con diagnóstico de Uveítis desde enero de 1989 hasta junio de 1994.

### 2. Criterios de No Inclusión

Expedientes de pacientes que no tengan definido el diagnóstico de Uveítis.

Expedientes de pacientes con diagnóstico de Uveítis traumática.

### 3. Criterios de Exclusión

Expedientes de pacientes que no hayan abandonado el tratamiento o que no cuenten con expediente completo.

## DESCRIPCION OPERATIVA DE LOS CRITERIOS DE SELECCION

✓ Definición conceptual de Uveítis: Inflamación del segmento anterior o posterior del ojo y se clasificará como anterior, intermedio o posterior.

✓ Uveítis: Cuando se identifique en el expediente el diagnóstico como tal.

✓ Uveítis traumática: Expedientes de pacientes con uveítis anterior o posterior secundario a trauma.

✓ Expediente completo: Expedientes de pacientes con diagnóstico de uveítis que cuenten con biometría hemática completa, valoración por reumatología y exámenes para Toxoplasma, Toxocara y Cisticerco.



## RESULTADOS:

Analizando la tabla 1 encontramos que el mayor grupo de edad está en el grupo de 10 - 12 años y el menor en el grupo de 4 - 6 años. En la tabla 2 encontramos que hay un 61% de pacientes masculinos y un 39% de pacientes femeninos.

En cuanto al lugar de procedencia, en la tabla 3 encontramos que el 55% de los pacientes provenían del D.F. y un 45% de provincia. En la tabla 4 observamos que 20 pacientes (41%) ingresaron entre 1991 y 1992 y 21 pacientes (43%) ingresaron entre 1993 y 1994. Sólo 8 pacientes (16%) ingresaron entre 1989 y 1990. Tomando en cuenta los diagnósticos oftalmológicos establecidos, en la tabla 5 encontramos que 10 pacientes (21%) presentaron uveítis anterior, 12 pacientes (24%) uveítis intermedia, 12 pacientes (24%) uveítis posterior y 15 pacientes (31%) panuveítis. Entre los diagnósticos sistémicos asociados encontramos los siguientes: artritis reumatoide 11 (23%), espondilitis anquilosante 1 (2%), toxoplasmosis 22 (45%), toxocariasis 5 (10%), cisticercosis 1 (2%) y algunos fueron clasificados como idiopáticos 9 (18%).

Tabla 6). Los síntomas que se encontraron en nuestros pacientes fueron en orden de frecuencia: disminución de la agudeza visual (30), ojo rojo (20), dolor (14), fotofobia (6), desviación ocular (5). La moda fue de 30 (disminución de la agudeza visual). (tabla 7).

Al realizar la exploración oftalmológica encontramos que en el segmento anterior: tyndall (31), depósitos retroqueráticos (20), sinequias (15), catarata (9), queratopatía en banda (6) y otras alteraciones (3). (tabla 8).

En el segmento posterior encontramos: condensaciones vítreas(17), lesiones corioretinianas(15), tyndall(12), desprendimiento de retina total(7), gliosis(7), desprendimiento de retina parcial(4). (tabla 9). De los pacientes con diagnóstico de uveítis fueron tratados con esteroides 38, con ciclosporina 2, se les realizó cirugía a 11 y recibieron antiparasitarios 12. Seis pacientes recibieron algún otro tipo de tratamiento(antibióticos, etc.) (tabla 10)

Se utilizó esteroides por una o varias vías a la vez, localmente en 25 pacientes(40%), transeptal en 9 (14%), mediante pulsos en 3 (5%) y sistémico en la mayoría de los casos vía oral en 26 (41%). (tabla 11)

Por último relacionando en la tabla 12 los diagnósticos oftalmológicos con los diagnósticos sistémicos encontramos: de los pacientes con artritis reumatoide 8 presentaron uveítis anterior, 2 intermedia y 1 panuveítis. El paciente que presentó espondilitis anquilosante presentó uveítis anterior. De los pacientes con toxoplasmosis 3 presentaron uveítis intermedia, 12 posterior y 7 panuveítis. De los pacientes con toxocariasis uno presentó uveítis anterior, dos intermedia y dos panuveítis. El paciente con cisticercosis presentó panuveítis. Los pacientes que presentaron uveítis clasificadas como idiopáticas cinco uveítis intermedia y cuatro panuveítis .

TABLAS

TABLA 1

<u>GRUPOS DE EDAD</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
Menores o igual a 3 años	8	16
4 - 6 años	5	10
7 - 9 años	7	14
10 - 12 años	16	33
13 o más años	13	27

TABLA 2

<u>SEXO</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
Masculino	30	61
Femenino	19	39

TABLA 3

<u>LUGAR DE PROCEDENCIA</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
D.F.	27	55
Provincia	22	45

TABLA 4

<u>AÑO DE INGRESO</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
1989 - 1990	8	16
1991 - 1992	20	41
1993 - 1994	21	43

TABLA 5

<u>DIAGNOSTICO OFTALMOLOGICO</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
UVEITIS ANTERIOR	10	21
UVEITIS INTERMEDIA	12	24
UVEITIS POSTERIOR	12	24
PANUVEITIS	15	31

TABLA 6

<u>DIAGNOSTICOS SISTEMICOS</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
<u>ASOCIADOS</u>		
ARTRITIS REUMATOIDE	11	23
ESPONDILITIS ANQUILOSANTE	1	2
TOXOPLASMOSIS	22	45
TOXOCARIASIS	5	10
CISTICERCOSIS	1	2
IDIOPATICO	9	18

TABLA 7

<u>SINTOMAS</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
Disminución de la AV	30	40
Ojo rojo	20	27
Dolor	14	19
Fotofobia	6	8
Desviación ocular	5	6

TABLA 8

<u>SEGMENTO ANTERIOR</u>	<u>N</u>
Tyndall	31
Depósitos retroqueráticos	20
Sinequias	15
Catarata	9
Queratopatía en banda	6
Otros	3

TABLA 9

<u>SEGMENTO POSTERIOR</u>	<u>N</u>
Tyndall	12
Condensaciones vítreas	17
Lesiones corioretinianas	15
D.R. parcial	4
D.R. total	7
Gliosis	7

**TABLA 10**

<u>TRATAMIENTO</u>	<u>N</u>
Esteroides	38
Ciclosporina	2
Cirugía	11
Antiparasitarios	12
Otros	6

**TABLA 11**

<u>ESTEROIDES</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
Local	25	40
Transeptal	9	14
Pulsos	3	5
Sistémicos	26	41

**TABLA 12**

<u>DIAGNOSTICOS</u>	<u>UVEITIS</u>	<u>UVEITIS</u>	<u>UVEITIS</u>	<u>PAN-</u>
<u>SISTEMICOS</u>	<u>ANTERIOR</u>	<u>INTERMEDIA</u>	<u>POSTERIOR</u>	<u>UVEITIS</u>
Artritis reumatoide	8	2	-	1
Espondilitis anquilosante	1	-	-	-
Toxoplasmosis	-	3	12	7
Toxocariasis	1	2	-	2
Cisticercosis	-	-	-	1
Idiopática	-	5	-	4

#### DISCUSION:

Los resultados obtenidos en el estudio concuerdan en gran parte con los datos que se encuentran en la literatura. Es un padecimiento menos común en niños que en adultos tal como apreciamos en nuestro grupo de estudio en donde la mayor cantidad de pacientes se encuentran en los niños con edad escolar. Se ha visto como menciona Rothova que la prevalencia aumenta con la edad, aunque en nuestro estudio hay una discreta predisposición por el sexo masculino.

De 1991-1994 ingresaron al servicio la mayor cantidad de pacientes, esto debido posiblemente a un diagnóstico más oportuno y certero así como también pudiera deberse a un adecuado manejo multidisciplinario de este tipo de pacientes. Un 27% de los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide tuvieron como primera manifestación uveítis, a los demás pacientes con esta enfermedad se les diagnosticó uveítis al ser enviados por otros servicios.

Como lo mencionan Nelson y Harley los principales síntomas en las uveítis son la disminución de la agudeza visual, dolor, fotofobia y la presencia de ojo rojo, datos que coinciden con lo que muestran nuestros resultados. Los hallazgos a la exploración oftalmológica en el segmento anterior y segmento posterior en nuestro estudio coincide con lo que se reporta en la literatura.

Aunque existen una gran cantidad de enfermedades relacionadas con las uveítis encontramos que las enfermedades de tipo parasitario son las que representan el mayor grupo en nuestro hospital; aunque existen algunas que se encuentran dentro del grupo de las "idiopáticas", pro-

bablemente debido a que no logramos establecer en estos casos los diagnósticos precisos ya que necesitamos de otros métodos diagnósticos como pudieran ser la punción de cámara anterior o de vítreo para estudios de laboratorio.

De acuerdo a nuestros resultados sí podríamos afirmar que las uveítis anteriores tienen como causa más frecuentemente identificable a la artritis reumatoide. Así mismo, la espondilitis anquilosante se asocia con uveítis anteriores. En cambio las uveítis intermedias como menciona el doctor Rojas Dosal su diagnóstico etiológico es aún oscuro, pero en su mayoría se relacionan con parasitosis intraocular.

Las parasitosis, en nuestro caso la toxoplasmosis, toxocariasis y cisticercosis son las patologías más comúnmente asociadas con uveítis posteriores y panuveítis y efectivamente de ellas, la que se presenta con más frecuencia es la toxoplasmosis.



# ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

## CONCLUSIONES:

De nuestros resultados podemos concluir:

1. La prevalencia de uveítis aumenta con la edad.
2. Hay un ligera predisposición por el sexo masculino.
3. La etiología más frecuente es la parasitaria, de ésta el mayor porcentaje corresponde a la toxoplasmosis.
4. La segunda causa en orden de frecuencia es la artritis reumatoide juvenil.
5. En 18% de los casos se desconoce la etiología.
6. Los síntomas de disminución de la agudeza visual y el ojo rojo son los que más frecuentemente presentan los pacientes.
7. La presencia de tyndall es el signo que más distingue a estos pacientes, en el segmento anterior.
8. En el segmento posterior la presencia de condensaciones vítreas es el signo más frecuente.
9. Los esteroides es el tratamiento más utilizado, administrados en forma sistémica y tópica.
10. Los pacientes con artritis reumatoide presentan frecuentemente uveítis anterior.
11. Los pacientes con toxoplasmosis presentan frecuentemente uveítis posterior.
12. Los pacientes en los cuales no se estableció el agente causal presentaron uveítis intermedia y panuveítis.

## RECOMENDACIONES:

Es importante en los niños tener presente que este padecimiento causa escasa sintomatología por lo que puede pasar inadvertido, y aunque hasta el momento se desconocen los mecanismos exactos; y persisten áreas oscuras en relación con las implicaciones patológicas, en la mayoría de los casos podemos determinar la causa o enfermedad asociada.

## BIBLIOGRAFIA

1. ROJAS DOSAL, José. Procesos inflamatorios de la úvea en el niño. *Rev. Mex. Oftalmol.* Enero - Febrero 1987: 61 (1):11-16
2. ROTHOVA A. y col. Uveitis and systemic disease. *Brit. J. Ophth.* 1992, 76, 137-141.
3. PERKINS, E. Pattern of Uveitis in children. *Brit. J. Ophtal.* 1966, 50, 169 - 185.
4. KANSKI J. et al. Systemic uveitis syndromes in childhood: An analysis of 340 cases. *Ophthalmology*, October 1984, Volume 91, number 10, 1247 - 1252.
5. NELSON L., PEDIATRIC OPHTHALMOLOGY, Third Edition. Chapter 12 pages 271 - 291.
6. GARCIA MONDRAGON P., Uveitis. *Rev. Hosp. Ntra. Sra. de la Luz* 1977, Jul - Dic. Vol. 29, 98-99; 193-196.
7. HARLEY · PEDIATRIC OPHTHALMOLOGY . Chapter 17, pages 515 - 548 W.B. Saunders Company, Vol.1, 1983
8. KANSKI, J. Lensectomy for complicated cataract in juvenile chronic iridocyclitis. *Brit. J. of Ophthal.* 1992, vol. 76, 72-75
9. SCHEPENS C., et al. UVEITIS. *Am. J. of Ophtal.* June 1960 volume 49, number 6, 1257-1266.
10. GILES C. Peripheral uveitis in children. *J. Pediatr. Ophtal* 1976, Vol 14, 93-95
11. GILES C., Pediatric Intermediate Uveitis. *J Pediatr. Ophthal* May/June 1989 Vol 26, number 3, 136-139
12. BLOOM J. et al. Serum antiocular antibodies in patients with juvenile rheumatoid arthritis. *J Pediatr. Ophthal* Jul/August 1993, vol. 30, number 4 . 243-248.
13. MURPHY E.A., et al. Cyclosporine A induced colitis and acquired selective IgA deficiency in a patient with juvenile arthritis. *Journal of Rheumatology* Aug.1993, Vol 20, Number 8, 1397 - 1398.
14. FONG D.S., RAIZMAN M.B., Spontaneous hyphema associated with anterior uveitis. *Br. J. of Ophthal.* Oct. 1993, Vol 77, Number 10, 635 - 638

15. DE CHADAREVIAN J.P. et al. Histologic, ultrastructural, and immunocytochemical features of granulomas seen in child with the syndrome of familial granulomatous arthritis, uveitis and rash. Arch. Pathol. Lab. Med. October 1993 Vol. 117, Number 10, 1050 - 1052.
16. MAXIMOV A.A. et al. Chlamydial associated syndrome of arthritis and eye involvement in young children. Journal of Rheumatology. Nov. 1992, Vol. 19, Number 11, 1794 -1797
17. HARVEY A.S., Chronic encephalitis (Rasmussen's syndrome) and ipsilateral uveitis. Ann of Neurol. Dec. 1992, Vol. 32 Number 6, 826 - 829.
18. FOX G.M., et al. Causes of reduced visual acuity on long-term follow-up after cataract extraction in patients with uveitis and juvenile rheumatoid arthritis. Am J. Ophthalmol. Dec. 1992, Vol 114, Number 6, 708 -714
19. BADEEB-O et al. Leukemic infiltrate versus anterior uveitis. Ann Ophthalmol. Aug. 1992, Vol. 24, Number 8, 295 - 298.
20. FEUTREN G. et al. Risk factors for cyclosporine-induced nephropathy in patients with autoimmune diseases. International Kidney Biopsy Registry of Cyclosporine in Autoimmune Diseases New England Journal of Medicine, Jun 1992, Vol 326, Number 25 1654 - 1660.
21. SNIR M., KREMER I., Eyelash complications in the anterior chamber. Ann of Ophthalmol. Jan. 1992, Vol. 24, Number 1, 9-11
22. ROSENBAUM J. Uveitis, an Internist's view. Arch Intern. Med. May 1989, Vol 149, 1173 -1176
23. BLOCH-MICHEL E. et al. International Uveitis Study Group recommendations for the evaluation of intraocular inflammatory disease. Am J. Ophthalmol. 1987, Vol 103, 234 - 235
24. ROTHOVA A. et al Clinical Features of Acute Anterior Uveitis Am J. Ophthalmol. Feb 1987, Vol 103, 137 - 145
25. HENDERLY D. et al. Changing patterns of Uveitis. Am J. of Ophthalmol. Feb 1987, Vol 103, 131-136.
26. VAUGHAN D., ASBURY T. Oftalmología General Edit. El Manual Moderno. Octava Edición.
27. BLOOM J.N. Uveitis in Childhood Ophthalmology Clinics of North America Vol.3 No.2 June 1990

A N E X O S

#### DESCRIPCION OPERATIVA DE LAS VARIABLES

- Edad pediátrica: Se incluirán en este grupo a los niños cuyas edades estén comprendidas desde el nacimiento hasta los 16 años.
- Agudeza visual: La mejor visión reportada al inicio y en la última consulta valorada por medio de la cartilla de Snellen o mediante objetos o movimientos de la mano de acuerdo a la edad. Cuando sea valorada con corrección aérea se denominará capacidad visual.
- NPL: No percibe luz, cuando el paciente no percibe ningún estímulo luminoso proyectado con lámpara de mano a 30 cm.
- PPL: Percibe y proyecta luz, cuando el paciente percibe algún estímulo luminoso proyectado con lámpara de mano a 30 cm y puede determinar de dónde viene la luz.
- PL: Percibe luz, cuando el paciente puede ver el estímulo luminoso proyectado a 30 cm con lámpara de mano.
- MM: Movimiento de manos, cuando el paciente percibe el movimiento de manos del explorador a una distancia de 30cms o más.
- CD: Cuenta dedos, cuando el paciente es capaz de contar los dedos que le muestre el explorador a 30 cms o más.
- ND: No disponible, se catalogará con este término a la agudeza que por alguna causa no podamos determinar.
- Disminución de la agudeza visual: Cuando el paciente presente una diferencia en su agudeza visual de por lo menos dos líneas en la cartilla de Snellen con respecto a la AV reportadas anteriormente, y que se acompañe con datos positivos a la exploración.
- Ojo rojo: Cuando se reporte en el expediente como hiperemia conjuntival mixta en alguna de las consultas sin datos de secreción
- Dolor: Cuando el paciente acude con esta sintomatología en alguna de sus consultas.
- Fotofobia: Molestias al percibir la luz, reportada en el expediente en alguna de las consultas.
- Segmento Anterior: Se incluyen en este término a todas las estructuras que se encuentren por delante del iris y cristalino, incluyéndolos como límite posterior.
- Depósitos retroqueráticos: Depósitos en el endotelio corneal después de algún episodio de uveítis que se encuentre reportado en el expediente en alguna de las consultas de Oftalmología.
- Catarata: Opacidades del cristalino que se encuentren reportados en el expediente de Oftalmología como tal.
- Tyndall: Presencia de células en el espacio limitado anteriormente por la córnea y posteriormente por el iris y cristalino y que se encuentre reportado en el expediente como tal.
- Sinequias: Adherencias del iris a la córnea o del iris al cristalino que se encuentre reportado como tal en el expediente de Oftalmología.

#### DESCRIPCION OPERATIVA DE LAS VARIABLES

- Edad pediátrica: Se incluirán en este grupo a los niños cuyas edades estén comprendidas desde el nacimiento hasta los 16 años.
- Agudeza visual: La mejor visión reportada al inicio y en la última consulta valorada por medio de la cartilla de Snellen o mediante objetos o movimientos de la mano de acuerdo a la edad. Cuando sea valorada con corrección aérea se denominará capacidad visual.
- NPL: No percibe luz, cuando el paciente no percibe ningún estímulo luminoso proyectado con lámpara de mano a 30 cm.
- PPL: Percibe y proyecta luz, cuando el paciente percibe algún estímulo luminoso proyectado con lámpara de mano a 30 cm y puede determinar de donde viene la luz.
- PL: Percibe luz, cuando el paciente puede ver el estímulo luminoso proyectado a 30 cm con lámpara de mano.
- MM: Movimiento de manos, cuando el paciente percibe el movimiento de manos del explorador a una distancia de 30cms o más.
- CD: Cuenta dedos, cuando el paciente es capaz de contar los dedos que le muestre el explorador a 30 cms o más.
- ND: No disponible, se catalogará con este término a la agudeza que por alguna causa no podamos determinar.
- Disminución de la agudeza visual: Cuando el paciente presente una diferencia en su agudeza visual de por lo menos dos líneas en la cartilla de Snellen con respecto a la AV reportadas anteriormente, y que se acompañe con datos positivos a la exploración.
- Ojo rojo: Cuando se reporte en el expediente como hiperemia conjuntival mixta en alguna de las consultas sin datos de secreción
- Dolor: Cuando el paciente acude con esta sintomatología en alguna de sus consultas.
- Fotofobia: Molestias al percibir la luz, reportada en el expediente en alguna de las consultas.
- Segmento Anterior: Se incluyen en este término a todas las estructuras que se encuentren por delante del iris y cristalino, incluyéndolos como límite posterior.
- Depósitos retroqueráticos: Depósitos en el endotelio corneal después de algún episodio de uveítis que se encuentre reportado en el expediente en alguna de las consultas de Oftalmología.
- Catarata: Opacidades del cristalino que se encuentren reportados en el expediente de Oftalmología como tal.
- Tyndall: Presencia de células en el espacio limitado anteriormente por la córnea y posteriormente por el iris y cristalino y que se encuentre reportado en el expediente como tal.
- Sinequias: Adherencias del iris a la córnea o del iris al cristalino que se encuentre reportado como tal en el expediente de Oftalmología.

- Queratopatía en banda: Depósitos de hidroxapatita y carbamato de calcio en la capa de Bowman, en la membrana basal del epitelio y en las porciones superficiales del estroma secundario a uveítis que se encuentre reportado en el expediente de oftalmología como tal.
- Presión intraocular: Es la presión del ojo reportada en mm de Hg a través de aparatos como el tonómetro de aplanación y el tonómetro de Schiotz y que se encuentre en el expediente de Oftalmología.
- Segmento Posterior: Todas las estructuras del ojo por detrás del iris y cristalino.
- Opacidades vítreas: Opacidades en el vítreo producto de la inflamación que condicionan la mala visualización del fondo de ojo.
- Lesiones corioretinianas: Cualquier lesión en la retina o en la coroides que se encuentre reportado como tal en el expediente de Oftalmología.
- Polo posterior: El área de la retina que se encuentra entre las arcadas nasales y temporales y comprende el área macular y la papila.
- Periferia: El área de la retina que se encuentra por fuera de las arcadas nasales y temporales.
- Opacificación difusa: Cualquier alteración en vítreo o retina que no se puede localizar en polo posterior o periferia.
- Desprendimiento de retina: Ocurre cuando las capas restantes de la retina se separan de la capa de epitelio pigmentario, pueden ser desprendimientos de retina serosos, regmatógenos, traccionales.

REGISTRO DE PACIENTES DE UVEITIS EN NIÑOS

- Folio \_\_\_ 1. Nombre: \_\_\_\_\_ 2. Afiliación: \_\_\_\_\_
3. Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_ 4. Edad: (años): \_\_\_ 5. Sexo: \_\_\_ 1. masc.  
0. fem
6. Residencia: \_\_\_\_\_ 1.D.F. 7. Escolaridad: (años): \_\_\_  
2. Provincia
8. Ojo afectado: \_\_\_ 1. OD 2. OI 3. AO
9. Síntomas: OD \_\_\_ OI \_\_\_ 10. Capacidad visual: Inicial Final  
OD \_\_\_ OI \_\_\_ OD \_\_\_ OI \_\_\_
1. Ojo rojo 1. NPL 5. CD  
2. Fotofobia 2. PL 6. 20/100 a 20/400  
4. Dolor 3. PPL 7. 20/50 a 20/80  
8. Disminución de la 4. MM 8. 20/15 a 20/40  
Agudeza visual
11. Segmento Anterior: OD \_\_\_ OI \_\_\_ 12. Segmento Posterior OD \_\_\_ OI \_\_\_
1. Tyndall 1. Tyndall  
2. Depósitos retroqueráticos 2. Condensaciones vítreas  
4. Sínequias 3. Lesiones coriorretinianas  
8. Catarata 8. D.R. Parcial  
16. Queratopatía en banda 16. D.R. Total  
32. Otros 32. Otros
13. Presión intraocular OD \_\_\_ OI \_\_\_ 14. Exámenes de laboratorio y Gabinete \_\_\_
1. menor de 10mmHg 1. Toxoplasma  
2. 10 a 20 mmHg 2. Toxocara  
3. mayor de 20mmHg 3. Cisticercio  
4. Rubéola  
5. VDRL
- DIAGNÓSTICOS
15. Oftalmológico OD \_\_\_ OI \_\_\_ 16. Reumatológico \_\_\_
1. Uveítis Anterior 1. A.R. Pauciarticular  
2. Uveítis Periférica Posterior 2. Espondiloartritis  
3. Panuveítis  
4. Coriorretinitis
17. Tratamiento \_\_\_ 8. Sistémico  
1. Local 16. Ciclosporina  
2. Esteroides transeptales 32. Cirugía  
4. Pulsos



## REGISTRO DE PACIENTES DE LUEITIS EN NIÑOS

### SINTOMAS

1. Ojo rojo
2. Fotofobia
3. Ojo rojo y fotofobia
4. Dolor
5. Ojo rojo y dolor
6. Fotofobia y dolor
7. Ojo rojo, fotofobia y dolor
8. Disminución de la agudeza visual
9. Disminución de la agudeza visual y ojo rojo
10. Disminución de la agudeza visual y fotofobia
11. Disminución de la agudeza visual, ojo rojo y fotofobia
12. Disminución de la agudeza visual, dolor
13. Disminución de la agudeza visual ojo rojo y dolor
14. Disminución de la agudeza visual, fotofobia y dolor
15. Disminución de la agudeza visual, ojo rojo, dolor y fotofobia

### SEGMENTO ANTERIOR

1. Tyndall
2. Depósitos retroqueráticos
3. Tyndall y depósitos retroqueráticos
4. Sinequias
5. Sinequias y tyndall
6. Sinequias y depósitos retroqueráticos
7. Sinequias, tyndall y depósitos retroqueráticos
8. Catarata
9. Catarata y tyndall
10. Catarata, depósitos retroqueráticos
11. Catarata, tyndall y depósitos retroqueráticos
12. Catarata, sinequias
13. Catarata, sinequias, tyndall
14. Catarata, sinequias y depósitos retroqueráticos
15. Catarata, sinequias, tyndall y depósitos retroqueráticos
16. Queratopatía en banda
17. Queratopatía en banda, tyndall
18. Queratopatía en banda, depósitos retroqueráticos
19. Queratopatía en banda, tyndall y depósitos retroqueráticos
20. Queratopatía en banda, sinequias
21. Queratopatía en banda, sinequias y tyndall
22. Queratopatía en banda, sinequias y depósitos retroqueráticos
23. Queratopatía en banda, sinequias, tyndall y depósitos retroqueráticos
24. Queratopatía en banda y catarata
25. Queratopatía en banda, catarata y tyndall
26. Queratopatía en banda, catarata y depósitos retroqueráticos
27. Queratopatía en banda, catarata, tyndall y depósitos retroqueráticos
28. Queratopatía en banda, catarata y sinequias
29. Queratopatía en banda, catarata, sinequias y tyndall
30. Queratopatía en banda, catarata, sinequias y depósitos retroqueráticos

31. Queratopatía en banda, catarata, sinequias, tyndall y depósitos retroqueráticos
32. Otros

#### SEGMENTO POSTERIOR

1. Tyndall
2. Condensaciones vítreas
3. Tyndall y condensaciones vítreas
4. Lesiones corioretinianas
5. Lesiones corioretinianas y tyndall
6. Lesiones corioretinianas y condensaciones vítreas
7. Lesiones corioretinianas, tyndall y condensaciones vítreas
8. D.R. parcial
9. D.R. parcial y tyndall
10. D.R. parcial y condensaciones vítreas
11. D.R. parcial, tyndall y condensaciones vítreas
12. D.R. parcial y lesiones corioretinianas
13. D.R. parcial, tyndall y lesiones corioretinianas
14. D.R. parcial, lesiones corioretinianas y condensaciones vítreas
15. D.R. parcial, lesiones corioretinianas, tyndall, y condensaciones vítreas
16. D.R. total
17. D.R. total y tyndall
18. D.R. total y condensaciones vítreas
19. D.R. total, tyndall y condensaciones vítreas
20. D.R. total y lesiones corioretinianas
21. D.R. total, lesiones corioretinianas y tyndall
22. D.R. total, lesiones corioretinianas y condensaciones vítreas
23. D.R. total, lesiones corioretinianas, tyndall y condensaciones vítreas
32. Otros

#### TRATAMIENTO

1. Local
2. Esteroides transeptales
3. Local y esteroides transeptales
4. Pulsos
5. Pulsos y local
6. Pulsos y esteroides transeptales
7. Pulsos, local y esteroides transeptales
8. Sistémicos
9. Sistémicos y local
10. Sistémicos y esteroides transeptales
11. Sistémicos, local y esteroides transeptales
12. Sistémicos y pulsos
13. Sistémicos, pulsos y local
14. Sistémicos, pulsos y esteroides transeptales
15. Sistémicos, local, pulsos y esteroides transeptales
16. Ciclosporina
17. Ciclosporina y local
18. Ciclosporina y esteroides transeptales
19. Ciclosporina, local y esteroides transeptales
20. Ciclosporina y pulsos

21. Ciclosporina, pulsos y local
22. Ciclosporina, pulsos y esteroides transeptales
23. Ciclosporina, pulsos, local y esteroides transeptales
24. Ciclosporina y sistémicos
25. Ciclosporina, sistémicos y local
26. Ciclosporina, sistémicos, y esteroides transeptales
27. Ciclosporina, sistémicos, local y esteroides transeptales
28. Ciclosporina, sistémico y pulsos
29. Ciclosporina, sistémico, pulsos y local
30. Ciclosporina, pulsos, esteroides transeptales y sistémicos
31. Ciclosporina, pulsos, esteroides transeptales, sistémicos y local
32. Cirugía