

11234

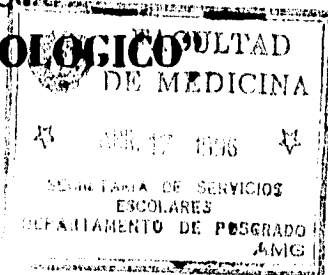
A
27



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
ASOCIACION PARA EVITAR LA CEGUERA EN MEXICO
HOSPITAL DR. LUIS SANCHEZ BULNES**

**“UVEITIS:
ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO”**



**TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL GRADO DE:
CIRUJANO OFTALMOLOGO**

PRESENTA:

DRA. MARIA ARLETTE AMADOR MONROY



ASOCIACION PARA EVITAR LA CEGUERA EN MEXICO I.A.P.
HOSPITAL DR. LUIS SANCHEZ BULNES

JEFATURA DE ENSEÑANZA

MEXICO, D. F.

1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



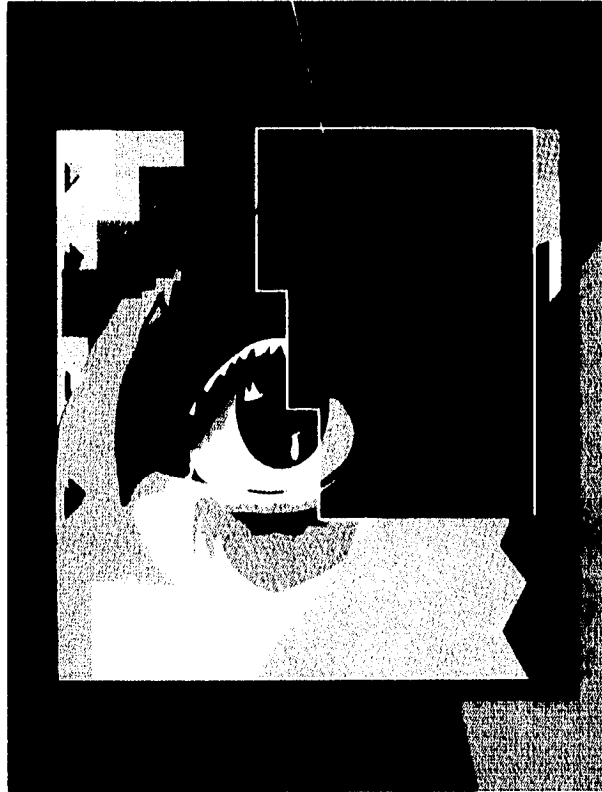
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta 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.

A



P

E

C

Dra. Ma. Arlette Amador Monroy
Cirujano Oftalmólogo

**Hospital Asociación
para Evitar la Ceguera**

*Estudio Epidemiológico de Uveítis en
La Asociación para Evitar la Ceguera en México
Hospital Dr. Luis Sánchez Bulnes*

DRA. MA. ARLETTE AMADOR MONROY

RESIDENTE DE OFTALMOLOGÍA

ASESORES:

Dra. Ma. de Lourdes Arellanes Garcia.

Jefe del Servicio de Uveitis.

Dr. Miguel Pedroza Seres.

Adscrito al Servicio de Uveitis.

UVEITIS: ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO

ASOCIACION PARA EVITAR LA CEGUERA EN MEXICO

Estudio epidemiológico de 1016 casos de uveítis.

PALABRAS CLAVES. Epidemiología (Epidemiology), Uveítis (Uveitis), Diagnóstico (Diagnosis).

* **DRA. MA. ARLETTE AMADOR MONROY.** Residente de 2do. año de Oftalmología

+ **DRA. LOURDES ARELLANES G.** Jefe del Servicio de Uveítis.

@ **DR. MIGUEL PEDROZA.** Adscrito del Servicio de Uveítis.

"AGRADECIMIENTOS"

A mis padres por su apoyo, amor y confianza en mí.

A la Asociación Para Evitar la Ceguera en México,

"Hospital Dr. Luis Sánchez Bulnes".

Al Dr. Rafael Sánchez Foman.

Al Servicio de Uveítis del Hospital APEC.

A la Universidad Nacional Autónoma de México.

INDICE

	PAGINA
<i>I - RESUMEN</i>	4
<i>II - INTRODUCCION</i>	5
<i>III - MATERIAL Y METODOS</i>	6
<i>IV - RESULTADOS</i>	7
<i>V - DISCUSION</i>	11
<i>VI - CONCLUSIONES</i>	14
<i>VII - APENDICES</i>	15
<i>VIII - BIBLIOGRAFIA</i>	22

RESUMEN:

Se revisaron retrospectivamente los expedientes de 1016 casos de pacientes con diagnóstico de uveítis. Todos los pacientes fueron valorados en el Servicio de Uveítis del Hospital Asociación para Evitar la Ceguera en México. "Dr. Luis Sanchez Bulnes" (APEC). El estudio comprendió un período de 9 años, entre enero de 1984 a diciembre de 1993, cuyos objetivos fueron conocer la distribución geográfica, las características demográficas de los pacientes con uveítis y las entidades uveíticas más frecuentes en nuestro medio.

La edad, el sexo, el lugar de origen, el lugar de residencia, el diagnóstico de ingreso, la fecha de ingreso y el diagnóstico de uveítis, entre otros, fueron los parámetros que se consideraron para este estudio. Las 10 entidades de uveítis más frecuentes fueron: las uveítis anteriores idiopáticas, 257 casos (68.35%); la toxoplasmosis, 152 casos (56.29%); la pars planitis con 119 casos (79.86%), las panuveítis inespecíficas 94 casos (42.53%), el síndrome de Vogt Koyanagi Harada con 69 casos (31.22%), secuelas de uveítis 54 casos (24.43%), las queratouveítis herpéticas con 34 casos (9.04%), la iridociclitis heterocrónica de Fuchs, 30 casos (7.97%) y las uveítis postraumáticas con 28 casos (7.44%).

I - INTRODUCCION:

Uveitis es un término general utilizado en referencia a un grupo extenso de enfermedades inflamatorias intraoculares de diversa etiología que afectan tanto a la uvea, a la retina, al vítreo y al nervio óptico. En muchas ocasiones, la uveitis no es una enfermedad ocular primaria, sino una afección relacionada a una enfermedad sistémica. A pesar del progreso logrado en los últimos años en el conocimiento de la etiopatogenia de la uveitis, muchos de los casos aún permanecen sin un diagnóstico definitivo (4).

La uveitis puede clasificarse de acuerdo a: 1) la localización primaria de la lesión en anterior, intermedia, posterior y panuveitis; 2) el curso temporal de la inflamación en aguda o crónica; 3) la presentación clínica en granulomatosa o no granulomatosa; 4) la severidad de la inflamación en leve, moderada y severa, y 5) de acuerdo a su etiología infecciosa o no infecciosa (7).

Las uveitis representan el 10-20% de las causas de ceguera en E.U.A.(2). En nuestro medio existen pocos estudios epidemiológicos y por lo tanto se desconoce la incidencia y prevalencia de las uveitis. En 1990, Mendoza y Arellanes reportaron las causas de uveitis de 180 casos en el servicio de uveitis de este hospital, encontrando en este reducido número de pacientes que la iridociclitis inespecífica (24%), pars planitis (11.6%), Vogt Koyanagi Harada (9.5%), fueron las entidades prevalentes estudiadas en un periodo de 2 años, (3). En el presente estudio reportamos las entidades de uveitis prevalentes en nuestro medio.

II - MATERIAL Y METODOS:

El presente trabajo es un estudio retrospectivo, descriptivo y observacional. Se revisaron 1044 expedientes clínicos de los pacientes valorados en el Servicio de Uveítis, APEC, durante un período comprendido entre Enero de 1984 a Diciembre de 1993 (9 años). Se registraron las siguientes variables: edad, sexo, diagnóstico, fecha de ingreso, ojo afectado, inicio de los síntomas, lugar de origen y de residencia, tiempo de seguimiento y padecimientos sistémicos asociados. A todos los pacientes se practicaron exámenes de laboratorio dirigidos a determinar la etiología probable de la uveítis. La mayoría fueron sometidos a una serie de exámenes de laboratorio denominado por nosotros como "perfil de uveítis", que incluyen: anticuerpos séricos anti-toxoplasma, anticuerpos séricos anti-toxocara, pruebas serológicas para la sífilis como fueron VDRL ("Venereal Disease Research Laboratory") y FTA-ABS ("Fluorescent treponemal antibody-absorption"), anticuerpos anti-tuberculosis, y PPD ("Protein Purified Derivate"). Pruebas de laboratorio adicionales y de gabinete fueron practicadas en caso de alta sospecha clínica de una entidad específica, como por ejemplo, anticuerpos antinucleares, factor reumatoide, baciloscopia en orina o esputo, radiografías de torax, angiografía de retina, etc.

III - RESULTADOS:

De 1044 pacientes, fueron excluidos 28 casos con diagnóstico de epiescleritis y escleritis. Un total de 1016 pacientes con diagnóstico de uveitis quedaron incluidos en el estudio. Todos los casos fueron clasificados empleando el criterio del Grupo Internacional de Estudio de las Uveitis (7), en el cual, las uveitis se clasifican como uveitis anterior, si la inflamación se limita al segmento anterior del ojo, e incluyen a la iritis, a la ciclitis, y a la iridociclitis; como uveitis intermedia se incluyen padecimientos en los cuales la inflamación intraocular se localiza en la parte posterior del cuerpo ciliar, en la pars plana y en el vítreo periférico, dentro de estas se incluyen a la pars planitis y a la retinocoroiditis basal. En las uveitis posteriores la inflamación está localizada en el vítreo posterior, la retina, la coroides y el nervio óptico e incluyen a la coroiditis focal, a la coroiditis multifocal o difusa, a la coriorreinitis, a la retinocoroiditis, a la neuroretinitis y a la vitritis. Por último, la panuveitis, en la cual la inflamación se localiza en el segmento anterior y posterior del ojo. También se considero el tiempo de evolución de la enfermedad, y se consideraron agudas cuando la inflamación era menor a 3 meses o crónicas cuando fue mayor a ese tiempo. En base al tipo de inflamación, se clasificaron en granulomatosas o no granulomatosas si el paciente presentaba o no depositos retroqueráticos en grasa de carnero, respectivamente. Se consideraron infecciosas si un agente infeccioso estuvo implicado, o no infecciosas. La afección de un solo ojo o ambos ojos tambien fué considerada.

En la mayoría de los pacientes, el diagnóstico etiológico y/o sindromático de la

uveítis y su asociación con enfermedades sistémicas fue confirmado o presuntivo en base a la historia clínica, los hallazgos oftalmológicos y las pruebas de laboratorio. El término idiopático fue utilizado en todos aquellos casos en los cuales no se encontró una etiología específica aunque se hayan realizado exámenes de laboratorio dirigidos o interconsultas con otras especialidades cuando así fue requerido.

El número total de pacientes con las diferentes formas clínicas de uveítis, fueron 376 con uveítis anterior, 149 con uveítis intermedias, 270 con uveítis posterior y 221 pacientes con panuveítis. Los promedios de edad al momento de presentación de las diferentes formas de uveítis fueron, en las anteriores 41 años (rango 3-86 años), en las intermedias 17 años (rango 2-72 años), en las posteriores 32 años (rango 3 meses a 86 años) y en las panuveítis 40 años (rango 4 meses a 88 años). La edad promedio de inicio de las uveítis anteriores, las posteriores y las panuveítis fueron 35.5 años, a diferencia de las uveítis intermedias cuya edad promedio de inicio fue a los 16 años. En las uveítis anteriores y las panuveítis hubo un predominio del sexo femenino, con una relación masculino:femenino de 1:1.5, en las uveítis intermedias y posteriores se encontró lo opuesto (Fig. 1).

En cuanto a su cronología, las formas crónicas de uveítis predominaron sobre las formas agudas. Las uveítis no granulomatosas fueron las más frecuentes en todos los tipos de uveítis, excepto en las uveítis posteriores, en las cuales predominaron las uveítis de tipo granulomatoso (74.07%) (Fig. 1).

Solamente en las uveítis posteriores predominó una causa infecciosa (72.96%), siendo el *Toxoplasma gondii* el principal agente etiológico (56.29%). En las otras formas clínicas de uveítis, las no infecciosas fueron la mayoría (Fig. 1).

En las panuveítis (59.72%) y en las uveítis intermedias (71.14%) ambos ojos estuvieron afectados en su mayoría, en comparación con las uveítis anteriores (33.51%) y las

uveítis posteriores (27.77%) en las cuales la unilateralidad fue más frecuente. (Fig. 1).

En cuanto al lugar de origen de los pacientes, 767 casos (75.49%) provenían del centro de la República Mexicana; 99 casos (9.74%) del sur-oeste; 85 casos (8.36%) del sur-este; 17 casos (1.67%) del nor-este; 10 casos (0.98%) noro-este. No se logró determinar en 36 casos (3.54%) y 2 pacientes fueron originarios de Centroamérica (0.19%). La mayoría de nuestros pacientes (85.4 %) residían en el centro de la República Mexicana.

Las uveítis anteriores más frecuentes fueron la uveítis anterior idiopática en 257 pacientes (68.35%), la queratouveítis herpética en 34 pacientes (9.04%), la iridociclitis heterocrómica de Fuchs en 30 pacientes (7.97%), las uveítis postraumáticas en 28 pacientes (7.44%); y las uveítis secundarias a la artritis reumatoide juvenil, a la artritis reumatoide del adulto, a la colitis ulcerativa crónica inespecífica (CUCI), a esclerodermia, a la espondilitis anquilosante, y al síndrome de Reiter, representaron menos del 1% (Fig. 2).

La pars planitis idiopática fue la principal entidad dentro de las uveítis intermedias (79.86%). Una inflamación periférica caracterizada por condensaciones vítreas, que no reunían todas las características clínicas de un cuadro clásico de pars planitis, se presentó en 30 pacientes (20.13%) (Fig. 3). La sarcoidosis no se manifestó como uveítis intermedia en nuestra población y solamente fue un diagnóstico presuntivo en las uveítis posteriores, manifestada como vasculitis.

En las uveítis posteriores las causas infecciosas fueron las más frecuentes, siendo la toxoplasmosis el diagnóstico más frecuente en 152 pacientes (56.29%), seguida por sífilis 10 casos (3.70%), coroiditis multifocal y por el virus de la inmunodeficiencia humana adquirida (VIH) en 9 casos (3.33%). Con menor frecuencia se diagnosticaron toxocariasis, tuberculosis y necrosis retiniana aguda. En menos del 1% de los casos se encontraron a la cisticercosis, a la coriorretinitis, a la coroiditis serpinginosa, a la enfermedad de Eales, al

síndrome de puntos blancos evanescentes, a las metástasis, a la epitelopatía placoide multifocal aguda, a las uveítis secundarias a desprendimientos de retina y a las vasculitis, entre otras (Fig. 4).

Solamente en 162 pacientes, se logró determinar una enfermedad sistémica asociada a las entidades uveíticas (Fig. 6). En los 854 restantes no se encontró ninguna asociación definitiva o los diagnósticos eran altamente sospechosos.

IV - DISCUSION:

La población analizada en este estudio representa una gran muestra de pacientes comparada con reportes previos epidemiológicos de uveítis (1,2).

La gran mayoría de estos pacientes 75.49% fueron originarios del centro de la República Mexicana nosotros pensamos que esto se debe a la ubicación de nuestro hospital y por ser este de tercer nivel.

Empleando una combinación de los diferentes sistemas clasificatorios de uveítis, la gran mayoría de estos pacientes pertenecieron a una forma de uveítis idiopática, crónica, no granulomatosa y no infecciosa(3,7).

Como se reporta en otros estudios epidemiológicos de uveítis, en nuestro estudio las uveítis anteriores fueron las más frecuentes con predominancia en el sexo femenino. El tipo crónico, no granulomatoso y no infeccioso, dentro de este grupo, fueron los más frecuentes. Las uveítis anteriores inespecíficas se presentaron en mayor número con 257 casos (25.29%). No podemos especificar cuales de ellas se asociaron al antígeno HLA-B27 debido a razones que son señaladas posteriormente. ya que en nuestro medio la titulación de este antígeno se empezó a realizar comercialmente hasta 1993 (94) , a partir de esa fecha hemos encontrado 11 pacientes con UAA B27 positivos, lo que muestra que esta asociación se presenta en nuestra población. Debido a que no fue posible realizar la tipificación del antígeno en todos los pacientes con UAA incluidos en el presente estudio los resultados no se incluyeron en el análisis(1,2,3,4,5,6,7,8).

En las uveítis posteriores y las panuveítis, la forma granulomatosa fue la más

frecuente. Esto se debió a la predominancia de entidades granulomatosas con afección al segmento posterior como son la toxoplasmosis, la sífilis, la tuberculosis y la sarcoidosis.

Mas aún, aunque la uveítis no infecciosa predominó entre las diferentes formas de inflamación intraocular, la uveítis de tipo infeccioso se encontró con mayor frecuencia en pacientes con uveítis posterior.

El mayor grupo de uveítis intermedias estuvo representado por las pars planitis y el grupo de pacientes más afectado en nuestra población fueron los niños con una edad promedio de 11.5 años.

Dentro de las uveítis posteriores la entidad más frecuentemente diagnosticada fue la toxoplasmosis con 152 casos (56.29%), lo cual es similar a otros estudios. La sífilis se confirmó en 10 casos. El VKH en nuestro estudio mostró una alta prevalencia con 69 casos (31.22%). Rodriguez y cols. reportaron 11 casos 5.5% en los E.U.A. (6). Weiner, en 1991 reporto 3 casos 0.7% (1). En otros reportes, el VKH tiene una incidencia del 8% en Japon, 2.7% en Brazil, y del 14.4% en Argentina (5).

Desafortunadamente, por las características de nuestra población, en una gran cantidad de pacientes no se logra obtener el diagnóstico definitivo, y la principal causa de esto es que los pacientes no cuentan con recursos económicos para completar sus exámenes de laboratorio o gabinete.

La mayoría de los reportes concluyen en que la uveítis anterior es la forma predominante de uveítis (45.8% a 63.0%) (1,6). En nuestro estudio, la uveítis anterior también fue la más frecuente (36.93%).

La uveítis intermedia, representó el 14.65% de todos los casos de uveítis, lo cual indica que fue la forma de uveítis menos frecuente (1).

En la última década, la aparición de nuevas entidades uveíticas tales como el SIDA,

En la última década, la aparición de nuevas entidades uveíticas tales como el SIDA, la retinopatía por HIV, la retinitis por CMV, la necrosis retriniana aguda, etc. han cambiado el panorama epidemiológico de las uveítis, y por lo tanto, el abordaje diagnóstico y de tratamiento de las uveítis posteriores y las panuveítis (5). Este cambio de patrones etiológicos de la uveítis se encuentra en este estudio fig. 4 y 5.

En resumen, este es un estudio epidemiológico probablemente el más grande en América Latina, que muestra datos de sus limitaciones, las causas más frecuentes de uveítis, así como la necesidad de conocer estudios similares que muestren otras posibles causas de uveítis como la sarcoidosis, esclerosis múltiple, etc. no reportadas en otros trabajos.

V - CONCLUSIONES:

De 1016 pacientes analizados en este estudio la uveítis anterior, no granulomatosa, no infecciosa e idiopática o inespecífica con predominio del sexo femenino fue la más frecuente (376 casos).

En las uveítis posteriores, la toxoplasmosis fue la causa más común con 152 casos (56.29%).

En las uveítis intermedias no se encontró asociación con enfermedades sistémicas, la pars planitis fue la más frecuente con 119 casos (79.86%) y la edad media al inicio en promedio fue de 11 años.

En 854 pacientes (84.05%) no se logró encontrar una causa sistémica asociada. En 162 pacientes (15.94%) se encontraron enfermedades sistémicas asociadas y las tres más frecuentes encontradas fueron artritis reumatoide del adulto, diabetes mellitus y espondilitis anquilosante.

Las uveítis en general requieren de una serie de estudios de laboratorio y ocasionalmente gabinete para llegar al diagnóstico definitivo, razones por las cuales en una gran parte de nuestros pacientes no se logra esto.

Este es un estudio epidemiológico de uveítis es, sin duda, el más grande que se ha realizado en México.

VI - APENDICES:

FIG. 1

GENERALIDADES

	ANTERIOR		INTERMEDIA		POSTERIOR		PANUVEITIS	
TOTAL DE PACIENTES	n = (376)		n = (149)		n = (270)		n = (221)	
EDAD DE PRESENTACION	3-86 años { X=41}		2-72 años {X=17}		3/12-86años {X=32}		4/12-88 años {X=40}	
	NUM	%	NUM	%	NUM	%	NUM	%
SEXO: FEMENINO	150	39.89	88	59.06	129	47.77	91	41.17
MASCULINO	226	60.10	61	40.93	141	52.22	130	58.82
AGUDA	142	37.76	30	20.13	79	29.25	40	18.06
CRONICA	234	62.23	119	79.86	191	70.74	181	81.90
GRANULOMATOSA	5	1.32	0	0	200	74.07	73	33.03
NO GRANULOMATOSA	371	98.67	149	100	70	25.92	148	66.96
INFECCIOSA	0	0	0	0	197	72.96	0	0
NO INFECCIOSA	376	100	149	100	73	27.03	221	100
BILATERAL	126	33.51	106	71.14	75	27.77	132	59.72

FIG. 2 CAUSAS DE UVEITIS ANTERIORES

ETIOLOGIA	NUM	SEXO	
		F	M
	n=376	%	
UVEITIS ANTERIOR IDIOPATICO	257	68.35	94 163
QUERATOUVEITIS HERPETICA	34	9.04	11 23
IRIDOCICLITIS HETEROCROMICA DE FUCHS	30	7.97	12 18
UVEITIS POSTRAUMATICA	28	7.44	15 13
UVEITIS SEC. A ESPON. ANQUILOS.	6	1.59	6 0
ESCLEROQUERATOUVEITIS.	5	1.32	2 3
UVEITIS SECUNDARIA A ARTRITIS JUVENIL	2	0.53	2 0
OTRAS *	14	0.37	8 6

* COLITIS ULCERATIVA CRONICA INESPECIFICA

ENFERMEDAD DE REITER, ETC.

FIG.3

CAUSAS DE UVEITIS

INTERMEDIAS

ETIOLOGIA	NUM		SEXO	
	n=149	%	F	M
PARS PLANITIS	119	79.86	72	47
UVEITIS INTERMEDIAS IDIOPATICAS	30	20.13	16	14

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS
 IIVIC

CAUSAS DE UVEITIS

FIG.4 POSTERIORES

ETIOLOGIA	NUM		SEXO	
	n=270	%	F	M
TOXOPLASMOSIS	152	56.29	74	78
SIFILIS	10	3.7	5	5
RETINOPATIA POR HIV	9	3.33	4	5
COROIDITS MULTIFOCAL	9	3.33	4	5
TOXOCARIASIS	8	2.96	4	4
TUBERCULOSIS	6	2.22	2	4
NECROSIS RETINIANA AGUDA	6	2.22	4	2
OTRAS *	70	25.92	44	26

* ENF. DE TAKAYASU

CISTICERCOSIS

COROIDITS SERPINGINOSA, ETC.

FIG. 5**CAUSAS DE PANUVEITIS**

ETIOLOGIA	NUM		SEXO	
	n=221	%	F	M
PANUVEITIS INESPECIFICA	94	42.53	42	52
VOGT KOYANAGI HARADA	69	31.22	19	50
SECUELAS DE UVEITIS	54	24.43	27	27
OFTALMIA SIMPATICA	4	1.8	3	1

FIG. 6**ANALISIS COMPARATIVO**

	WEINER A	BAARSM	MENDOZA E	SANTIN M	AMADOR M
	1991	1992	1990	1991	1984/93
LOCALIZACION	EUA	EUA	México	España	México
ANTERIOR	45.80%	50.70%	48.40%	61%	36.93%
POSTERIOR	14.20%	23.10%	20.50%	20.50%	26.42%
PANUVEITIS	24.50%	14.80%	19.50%	15%	21.74%
INTERMEDIAS	15.20%	11.30%	11.60%	3.50%	14.65%
TOTALES DE PACIENTES	400	769	180	200	1,016

BIBLIOGRAFIA

1. Weiner A, Benezra D. Clinical patterns and associated conditions in chronic uveitis. *Am J Ophthalmology* 1991; 112:151-158.
2. Darell and Wagener. Epidemiology of uveitis, *Arch Ophthalmol.* 1962; 68:502-515.
3. Mendoza E.: *Archivos de la Asociación Para Evitar la Ceguera*, 2da. Reunión de Residentes. México. 1990; 229-235.
4. William T. Jaeger E.: *Duane's Clinical Ophthalmology*. 17a Edición USA: Lippincott, 1993; 4.
5. Recent Advances in Uveitis, Proceeding of the third International Symposium in Uveitis; Kugler Publications Amsterdam, New York. 1993; 139-218.
6. Rodriguez GA, Messmer E, Pedroza-Seres M. y cols: Epidemiologic and etiologic characteristics of uveitis in tertiary care center. *Invest Ophthalmol Vis. Sci.* 1994; 35:3869.
7. Bloch-Michel E, Nussenblatt RB, International uveitis study group recommendations for the evaluation of intraocular inflammatory disease. *Am J Ophthalmol.* 1987; 103:234-235.
8. Santín M, Badrinas F, Mascaro J. Uveitis. Un estudio etiológico de 200 casos, siguiendo un protocolo, *Medicina Clínica. España.* 1991; 96 17. 641-644.