



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTRADO
FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
"DR. GAUDENCIO GONZÁLEZ GARZA"
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"
SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA



**CAUSAS DE UVEÍTIS EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA EN UN CENTRO DE
TERCER NIVEL DE ATENCIÓN.**

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE MEDICO
ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA

PRESENTA:

DR. MIGUEL ÁNGEL ANTONIO JIMÉNEZ

ASESOR

DRA. ASTRID VILLAVICENCIO TORRES

Facultad de Medicina



MÉXICO, D.F., AGOSTO 2009



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.

FIRMAS

DR. JOSÉ LUÍS MATAMOROS TAPIA

DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL GENERAL “DR. GAUDENCIO GONZÁLEZ GARZA”
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA

DRA. ASTRID VILLAVICENCIO TORRES

MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA PEDIÁTRICA
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL GENERAL “DR. GAUDENCIO GONZÁLEZ GARZA”
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA

DR. MIGUEL ÁNGEL ANTONIO JIMÉNEZ

RESIDENTE DE LA ESPECIALIDAD DE OFTALMOLOGÍA
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL GENERAL “DR. GAUDENCIO GONZÁLEZ GARZA”
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA

AGRADECIMIENTOS

*A Dios por llenarme de bendición, conservado con vida, con salud, y permitirme
realizar la especialidad*

*A mis padres y hermanos, por su sacrificio, por su ejemplo de superación incansable, por
su comprensión y confianza, por su amor y amistad incondicional, porque sin su apoyo no
hubiera sido posible.*

En especial a mi hermano René por ser mi guía y protector desde el cielo.

*A la Dra. Astrid Villavicencio Torres por su amistad y el honor de haber realizado este
trabajo bajo su dirección y le estaré siempre muy agradecido. Espero que me perdone por
haberle robado esas preciosas horas que podía haber dedicado a su familia.*

ÍNDICE

I.- Resumen	6
II.- Antecedentes	7
III.- Planteamiento del problema	9
IV.- Justificación	9
V.- Objetivo general.	10
VI.- Objetivo específico	10
VII.- Material y métodos	10
7.1 Diseño del estudio	10
7.2 Universo de trabajo	10
VII.-Criterios de selección	10
8.1 De inclusión	10
8.2 De exclusión	10
IX.- Variables del estudio	11
X.-Resultados	13
XI.-Discusión	17
XII.- Conclusiones	19
XIII.- Anexos	20
XIV.- Bibliografía	22

I.- RESUMEN.

Título: causas de uveítis en población pediátrica en un centro de tercer nivel de atención.

Planteamiento del problema: ¿Cuales son las causas por localización anatómica de uveítis en la edad pediátrica en pacientes atendidos en la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital General Gaudencio González Garza Centro Médico Nacional la Raza?

Objetivo: Conocer las causas de uveítis en la población pediátrica usuaria de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital General Dr. Gaudencio González Garza Centro Médico Nacional "La Raza".

Variables: Edad, Sexo, Ojo afectado, Localización anatómica de la inflamación ocular, Patología sistémica asociada.

Tipo de estudio: Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal y observacional.

Resultados: De un total de 102 pacientes 99 cumplieron con los criterios de inclusión; siendo 64% hombres y 36 % mujeres. La edad promedio fue de 8.6 ± 4.2 años. El 46% de los pacientes tuvieron afectados ambos ojos. Por su localización anatómica, la uveítis intermedia afectó al 41%, la posterior al 26%, la anterior al 23% y la panuveítis al 10%. Solo se confirmó enfermedad asociada en el 37% de los casos, el restante 63% se clasificó como idiopática. De acuerdo a la localización anatómica, la más frecuente en la uveítis anteriores e intermedia fue artritis reumatoide juvenil (21.7 y 2.5 % respectivamente), en la posterior toxoplasmosis (11.5%) y en la panuveítis, la enfermedad de Behcet, VKH y Síndrome de Blau (10 % respectivamente). En uno de los pacientes se encontró como patología asociada tuberculosis y artritis reumatoide juvenil.

Conclusiones: Los cuadros uveíticos en la población pediátrica de esta unidad son más frecuentes en hombres. La causa idiopática es la más frecuente (63%) en cualquier localización y grupo etario. En los casos en los que la etiología se conoce, la más frecuente es la artritis reumatoide en las anteriores e intermedias y Toxoplasmosis en la posterior. En todo paciente con uveítis es necesario seguir un protocolo de estudio que incluya la valoración por reumatología y por medicina interna.

II.- ANTECEDENTES

La uveítis estrictamente, es la inflamación del tracto uveal. Sin embargo el término se emplea actualmente para describir muchas formas de inflamación intraocular que puede afectar no solo a la úvea sino también a estructuras adyacentes. (1)

La incidencia anual de uveítis en niños es de 4.3 a 6.9/100 000 en Norte América y Europa, contra 26.6 a 102/100 000 en adultos. La prevalencia de uveítis pediátrico es de 30 casos en 100,000, contra 116 casos en 100, 000 en adultos. (2, 3, 4).

En la actualidad se disponen de varios sistemas de clasificación de las uveítis, se fundamentan en criterios anatómicos (porción afectada de la úvea), de evolución clínica (aguda, crónica, recurrente); etiológicos (infecciosa, traumática, inmunológica, masquerade), e histopatológicos (granulomatosa y no granulomatosa). (5,6).

En 1987 el Grupo Internacional para el Estudio de la Uveítis (IUSG) desarrolló criterios para la clasificación basados en la localización anatómica de la inflamación, en 2004 el Standardization of Uveitis nomenclature (SUN) Working Group analizó dicha clasificación corroborando su utilidad y agregando criterios de curso clínico tales como evolución, duración y comienzo, así como terminología en relación a la actividad inflamatoria. (7,8).

Los signos y síntomas asociados a la uveítis dependen de la parte de la úvea inflamada, la rapidez del inicio, la duración del proceso y la evolución del cuadro.

La uveítis anterior ocasiona dolor ocular, fotofobia, ojo rojo y visión borrosa; la uveítis intermedia se manifiesta con moscas volantes. La visión borrosa puede deberse a edema macular cistoide o a opacidades en el vítreo.

Los síntomas iniciales de la uveítis posterior incluyen la disminución indolora de la visión, moscas volantes, fotopsias, metamorfopsias, escotomas, nictalopía o una combinación de los mismos.

Los signos encontrados en el segmento anterior engloban: precipitados queráticos, células, turbidez (flare), fibrina, hipopion, dispersión de pigmento, miosis pupilar, nódulos en el iris, sinequias anteriores y posteriores, queratopatía en banda.

En el segmento intermedio cabe citar los siguientes signos: células inflamatorias en el vítreo, opacidades en bola de nieve, bancos de nieve, filamentos en el vítreo.

Los signos descritos en el segmento posterior comprenden: infiltrados inflamatorios en la retina o la coroides, envainamiento inflamatorio de las arterias o venas, inflamación vascular de naturaleza inflamatoria, hipertrofia o atrofia del epitelio pigmentario de la retina, atrofia o tumefacción de la

retina, la coroides o la papila óptica, fibrosis prerretiniana o subretiniana, desprendimiento de retina seroso, traccional o regmatógeno, neovascularización retiniana o coroidea. (5,6)

En cuanto a las complicaciones más frecuentes que se asocian a la uveítis pediátrico son en primer lugar la catarata, en segundo las sinequias posteriores, seguida de queratopatía en banda, edema macular cistoide y la hipertensión ocular/glaucoma. (16).

En la pars planitis las complicaciones son en orden de frecuencia el edema macular cistoide, la catarata de predominio subcapsular posterior y la membrana epirretiniana. (17).

El diagnóstico puede hacer necesaria una evaluación analítica y médica orientada por los antecedentes y la exploración física. No se dispone de ninguna batería normalizada de pruebas de obligada realización en todos los pacientes afectados por uveítis. En lugar de ello, se emplea un abordaje adaptado a la etiología más probable en cada paciente.

De acuerdo a las clasificaciones ya mencionadas, en Estados Unidos las causas más comunes de uveítis en niños son las siguientes:

- Uveítis Anterior No granulomatosa: Idiopática, asociada a HLA-B27, artritis reumatoide juvenil, espondilitis anquilosante, enfermedad de Reiter, psoriasis, enfermedad intestinal inflamatoria, nefritis, lupus eritematoso sistémico, enfermedad de Lyme, virus de herpes simple, leucemia, y uveítis inducida por drogas.
- Uveítis anterior granulomatosa: sarcoidosis, enfermedad inflamatoria de Lyme, sífilis, virus de herpes simple, tuberculosis, enfermedad de Behcet, esclerosis múltiple, enfermedad micótica y enfermedad de Whipple.
- Uveítis intermedia: artritis reumatoide juvenil, pars planitis, esclerosis múltiple, enfermedad de Lyme y sarcoidosis.
- Uveítis posterior sin vasculitis: toxocariasis, toxoplasmosis, cuerpo extraño intraocular, leucemia, tuberculosos y síndrome de Vogt-Koyanagi Harada.
- Uveítis posterior con vasculitis: citomegalovirus, virus herpes simple, virus varicela zoster, sífilis, enfermedad intestinal inflamatoria, enfermedad de Behcet, lupus eritematoso sistémico, enfermedad de Kawasaki, sarcoidosis, poliarteritis nodosa, y granulomatosis de Wegener.

En cuanto a grupo etario las causas más comunes son:

- Niños de 0 a 2 años: virus de herpes simple, toxocara, Lues congénito, retinoblastoma.

- Escolares (2 a 10 años): toxocariasis, toxoplasmosis, leucemia, neuroretinitis esclerosa unilateral difusa, síndrome de Vogt-Koyanagi Harada, artritis reumatoide juvenil.
- Adolescentes (10 a 20 años): artritis reumatoide juvenil, pars planitis, Vogt-Koyanagi Harada, toxoplasmosis, asociado a HLA-B27, sarcoidosis, cuerpos extraños intraoculares. (9)

En relación a la localización anatómica en Estados Unidos, México, India e Israel es más frecuente la uveítis anterior (10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18).

La distribución etiológica de la uveítis varía en distintas zonas geográficas; los datos indican que la uveítis de etiología idiopática es más frecuente en la uveítis anterior, mientras que las causas infecciosas predominan en la uveítis posterior. (10, 11, 12, 13, 18).

La uveítis de causa idiopática es la más frecuente de todas. Dentro de las causas no infecciosas la uveítis asociada a artritis reumatoide juvenil es la más frecuente. En las uveítis infecciosas las causas más frecuentes son toxoplasmosis, toxocariasis y herpes (10, 11, 12, 13, 18).

En México en cuanto a la localización anatómica es más frecuente la anterior, seguida de la posterior, la panuveítis y por último la intermedia.

En cuanto a los diagnósticos definitivos en la uveítis anterior se presentó con mayor frecuencia la uveítis anterior idiopática, seguida de la queratouveítis herpética. En las uveítis intermedias, la pars planitis fue la más frecuente y en las posteriores prevaleció la toxoplasmosis y la sífilis. (18).

En otro estudio realizado en México se encontró la toxoplasmosis en primer lugar (26%), uveítis anterior no granulomatosa idiopática (23%) y pars planitis (14%), Vogt-Koyanagi Harada (9.35), panuveítis idiopática (3%). (14).

En relación al ojo afectado se encontró que en la uveítis anterior y posterior se presentó de manera bilateral y en la uveítis intermedia y la panuveítis afección monocular. (18).

En la literatura nacional revisada, las revisiones incluyen mayoritariamente población adulta, por lo que es de interés conocer si las causas por localización anatómica son diferentes en población pediátrica como la que es atendida en el HG CMNR.

III.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las causas por localización anatómica de uveítis en la edad pediátrica en pacientes atendidos en la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital General Gaudencio González Garza Centro Médico Nacional la Raza?

IV.- JUSTIFICACIÓN

Se han reportado diversos estudios en la literatura internacional sobre la etiología de la uveítis. Los resultados obtenidos varían de acuerdo a la localización geográfica y edad del paciente. En población mexicana se encontró reportes de causa de uveítis en general sin referencia en específico a población pediátrica.

La uveítis es una enfermedad cuya afección deja secuelas y daño visual de severidad variable. La presentación de esta entidad en la edad infantil es de mayor gravedad tanto en su presentación clínica como en las secuelas, provocando incluso ceguera.

Por lo anterior es importante conocer las causas de uveítis en la población pediátrica para facilitar el diagnóstico oportuno y ofrecer un tratamiento específico y disminuir el riesgo de secuelas y pérdida visual.

V.- OBJETIVO GENERAL

Conocer las causas de uveítis en la población pediátrica usuaria de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital General Gaudencio González Garza Centro Médico Nacional la Raza?

VI.- OBJETIVO ESPECÍFICO

- Identificar a los pacientes con diagnóstico de uveítis de la consulta externa del servicio de Oftalmología pediátrica de la UMAE HG GGG CMNR
- Clasificar a estos pacientes por la localización anatómica de la inflamación uveal.
- Conocer la causa de la uveítis de estos pacientes.

VII. MATERIAL Y MÉTODOS

7.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal y Observacional

7.2 UNIVERSO DE TRABAJO

Pacientes en edad pediátrica atendidos en la UMAE HG GGG CMN R con diagnóstico de Uveítis de enero de 2007 a diciembre de 2008

VIII.- CRITERIOS DE SELECCIÓN.

8.1 DE INCLUSIÓN:

- Expediente de Pacientes pediátricos con diagnóstico de uveítis atendidos en el servicio de Oftalmología pediátrica de la UMAE HG GGG CMN R. de enero 2007 a diciembre de 2008

8.2 DE EXCLUSIÓN

- Expediente no localizados, incompletos o ilegibles.

IX.- VARIABLES DEL ESTUDIO.

1.- Edad.

Definición conceptual: lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia.

Definición operacional: se registrará el anotado en el expediente clínico

Variable: cuantitativa nominal politómica

Categorías:

- a) 0-4 años
- b) 5-9 años
- c) 10-15 años

2.- Sexo.

Definición conceptual: Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas.

Definición operacional: lo anotado en el expediente

Variable: cualitativa nominal dicotomía

Categorías: masculino o femenino.

3.-Ojo afectado.

Definición conceptual: órgano de la visión en donde se localiza la alteración.

Definición operacional: De acuerdo al expediente, el ojo que se encuentre con datos clínicos de inflamación

Variable cualitativa nominal politómica

Categoría:

- a) Ojo derecho
- b) Ojo izquierdo.
- c) Ambos ojos.

4.-Localización anatómica de la inflamación ocular.

Definición conceptual: parte del globo ocular en donde se encuentra el proceso inflamatorio.

Definición operacional: de acuerdo a las tablas del anexo I se definirá la localización anatómica de la uveítis

Variable: cualitativa nominal politómica.

Categorías:

- a) Anterior
- b) Intermedia
- c) Posterior
- d) Panuveítis.

5.- Patología sistémica asociada.

Definición conceptual: alteración patológica de uno o varios órganos, que da lugar a un conjunto de síntomas característicos, que se presume causó la inflamación ocular.

Definición operacional: lo anotado en el expediente de acuerdo a la valoración por el servicio de reumatología y/o medicina interna pediátrica, basados en los estudios clínicos, paraclínicos y de gabinete.

Variable: cualitativa nominal politómica.

Categorías:

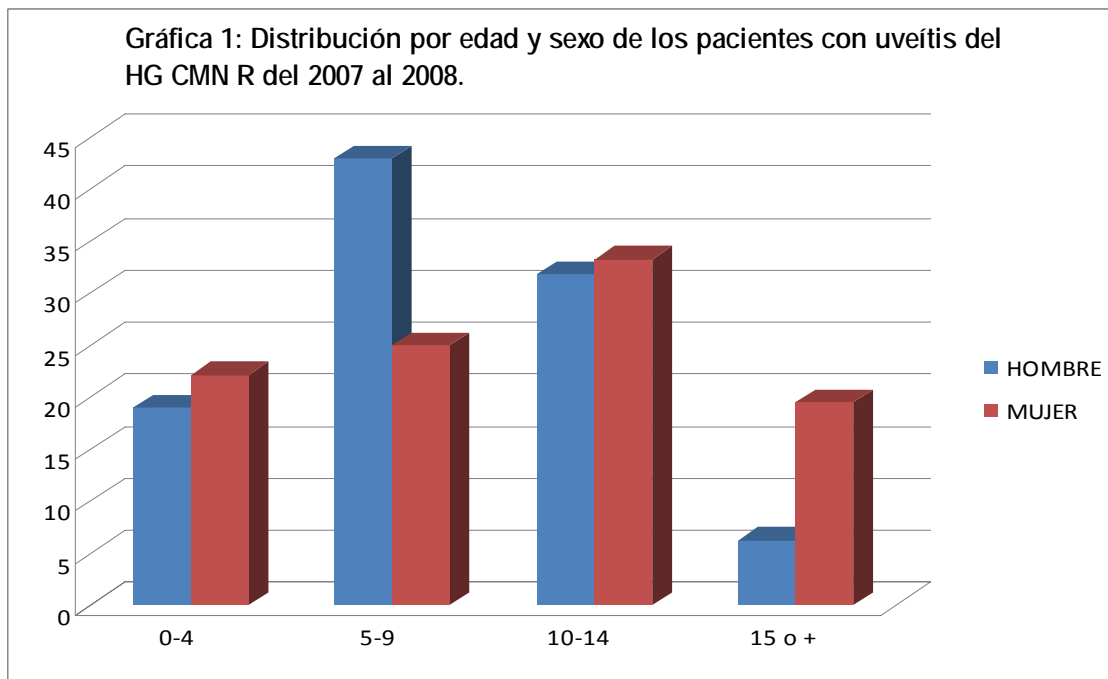
- a) Artritis reumatoide juvenil
- b) Enfermedad de Behcet
- c) Enfermedad de Blau
- d) Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada
- e) Esclerosis múltiple
- f) Espondilitis anquilosante

- g) Herpes simple
- h) Herpes zoster
- i) Citomegalovirus
- j) Rubeola
- k) Toxoplasmosis
- l) Toxocariasis
- m) Tuberculosis
- n) Idiopática
- o) Lupus eritematosos sistémico
- p) Leucemia
- o) Otros

X.- RESULTADOS

Se revisaron los expedientes de los pacientes atendidos en el servicio de Oftalmología del HG CMNR del periodo de enero del 2007 a diciembre de 2008. Se encontró 102 pacientes con diagnóstico de uveítis en dicho periodo. De estos, 99 (97%) cumplieron con los criterios de inclusión; de los cuales 63 (64%) fueron hombres y 36 (36%) mujeres, con una relación de 1.8:1 hombre: mujer. Tres pacientes (3%) no cumplieron con los criterios de inclusión por no localizarse el expediente.

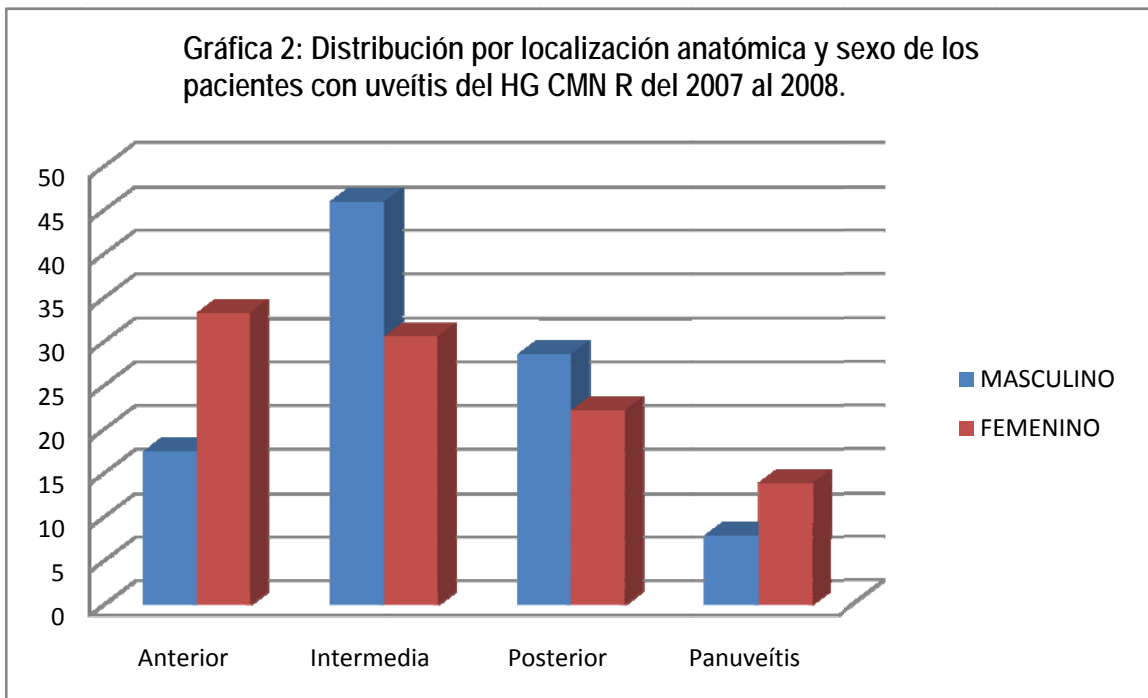
La edad promedio fue de 8.6 ± 4.2 años, con un rango de 1 a 15 años. La moda fue de 7 y 15 años, con una mediana de 9 años. Al dividirlos por sexo, la edad promedio de las niñas fue de 9.1 ± 4.73 años, y de los niños de 8.3 ± 3.86 . No se encontró diferencia significativa entre la edad de niños y niñas al efectuar la prueba de t y obtener una p mayor de 0.1. La distribución por grupo etario y sexo se observan en la gráfica 1.



El 46% de los pacientes tuvieron afectados ambos ojos (27 hombres y 18 mujeres), el 30% solo el ojo derecho (20 hombres y 10 mujeres) y el 24% solo el ojo izquierdo (16 hombres y 8 mujeres). No hubo diferencia significativa en el ojo afectado de acuerdo al sexo al compararse con X^2 y obtener

una p mayor de 0.1. De los casos bilaterales el 100 % estaba afectado en la misma localización anatómica.

Por su localización anatómica, la uveítis intermedia afecto al 41% (29 hombres, 11 mujeres), la posterior al 26% (18 hombres, 8 mujeres), la anterior al 23% (11 hombres, 12 mujeres) y la panuveítis al 10% (5 hombres, 5 mujeres). No hubo diferencia estadísticamente significativa en la localización de la uveítis entre hombres y mujeres al comparar los grupos con X^2 .



En cuanto a la causa relacionada al cuadro uveítico, solo se confirmó enfermedad asociada en el 37% de los casos, el restante 63% se clasificó como idiopática. En todas las localizaciones la principal fue la causa idiopática, aún dividiendo a la población estudiada por grupos etarios. En los casos en que pudo evidenciarse una enfermedad asociada al cuadro uveítico, de acuerdo a la localización anatómica, la más frecuente en la uveítis anteriores e intermedia fue artritis reumatoide juvenil (21.7 y 2.5 % respectivamente), en la posterior toxoplasmosis (11.5%) y en la panuveítis, la enfermedad de Behcet, VKH y Síndrome de Blau (10 % respectivamente). Solo en uno de los pacientes se encontró como patología asociada tuberculosis y artritis reumatoide juvenil.

El resto de las causas por localización anatómica y grupo etario se puede consultar en la siguiente tabla.

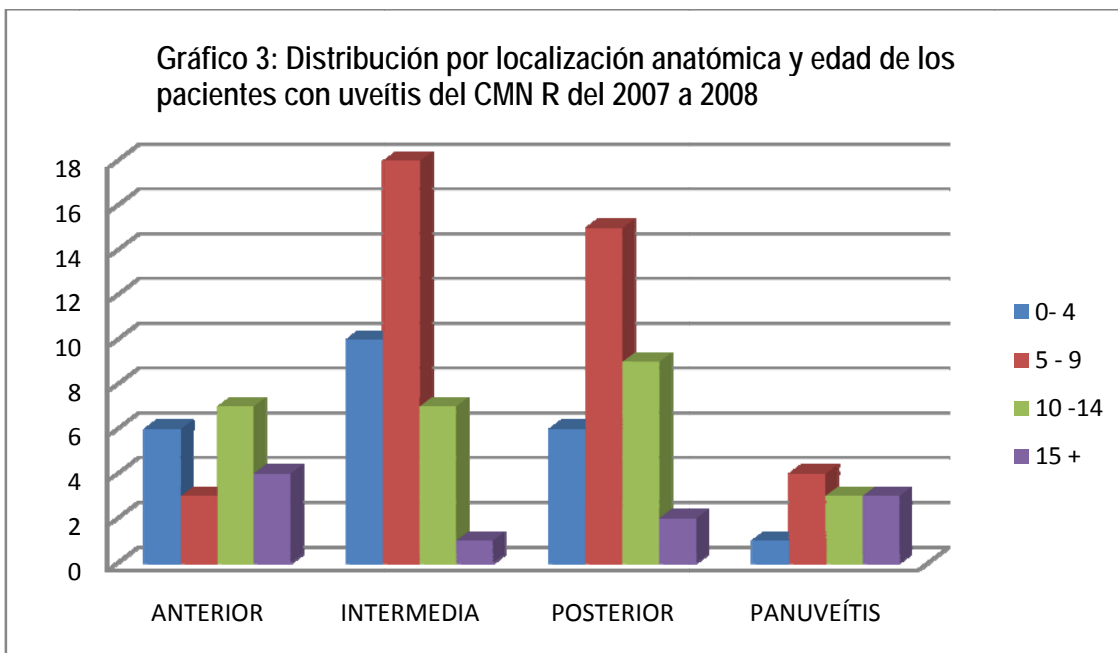
Tabla 1: Causas de uveítis por localización anatómica y grupo etario.

	Anterior				Intermedia				Posterior				Panuveítis			
	0-4	5-9	10-14	15	0-4	5-9	10-14	15	0-4	5-9	10-14	15	0-4	5-9	10-14	15
Artritis reumatoide juvenil	2	1	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedad de Behcet	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Síndrome de Blau	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
VKH	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Herpes zoster	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Toxoplasma	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0
Toxocariasis	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Tuberculosis	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Idiopática	2	7	3	1	1	16	12	4	5	1	6	2	0	0	2	1
Leucemia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Otros*	2	2	1	0	2	2	3	0	0	2	2	0	3	1	0	0
Total	6	11	6	1	3	18	15	4	7	7	9	3	4	1	2	3

*Otros: traumática, inmunodeficiencia celular, inmunodeficiencia mixta, posquirúrgica.

Nota: No se encontraron casos con reporte de Esclerosis múltiple, Espondilitis anquilosante, Herpes simple, Citomegalovirus, Rubéola y Lupus eritematoso sistémico.

En relación a los grupos etarios y la localización de la uveítis, la anterior se presentó con mayor frecuencia en el grupo etario de 10-14 años, la intermedia, posterior y panuveítis en el grupo de 5 a 9 años.



Cuando se encontraba afectado solo un ojo, se presento principalmente y con la misma frecuencia en forma de uveítis anterior, posterior e intermedia. En la afección bilateral, predomino la presentación intermedia seguida por la anterior y la posterior. Con χ^2 no se encontró diferencia significativa entre la localización anatómica y el ojo afectado.

Tabla 2. Localización anatómica y ojo afectado.

Ojo afectado	Anterior	Intermedia	Posterior	Panuveítis	Total
Derecho	9	8	9	4	30
Izquierdo	6	8	8	2	24
Unilateral	15	16	17	6	54
Bilateral	8	24	9	4	45
Total	23	40	26	10	99

XI.- DISCUSIÓN

La incidencia de uveítis en hombres (64 %) fue mayor que en mujeres (36 %), es muy similar a lo encontrado en el noreste de India por Das D, Bhattacharjee H, 68 % en hombre y 32 % en mujeres; en el estudio realizado en México por Voorduin S y Zagorín B, no reporta la distribución por sexo. En el estudio realizado por Kump L; difiere ya que se presentó el 53.5 % en mujeres y 46.5 % en hombres, pero la edad media fue de 8 años (DE 3.8 años, rango de 1-16); muy similar a nuestro estudio.

En relación a la localización anatómica, encontramos a la uveítis intermedia como la más frecuente (41%), seguida de la posterior (26%), la anterior (23%) y por último la anterior (10%), al comparar los datos con la literatura mexicana en población en general, observamos que difieren; Voorduin S y Zagorín B, publicaron en población general como la más frecuente a la uveítis anterior (38%), seguida de la posterior (26%), en tercer lugar la intermedia (20%) y, la posterior en último (16%) de igual forma al realizar la comparación con la literatura internacional se encontraron diferencias; en el noreste de India Das D, Bhattacharjee H; la uveítis anterior fue la más frecuente (47.07%) seguida de la posterior (29.87%), intermedia (12.98%) y panuveítis (10.06%); Kump L Encontraron uveítis anterior en 56.9%; intermedia, 20.8%; panuveítis, 16%; y posterior, 6.3%.

En cuanto al ojo afectado encontramos una afección bilateral en el 46% de los casos y 54 % unilateral, similar a lo reportado por Voorduin y Zagorín B, en México, donde encontró 53% de los casos unilaterales; pero contrario a lo reportado por Kump L, donde la afección fue bilateral en el 74.4% de los pacientes.

Kump L, publicó en cuanto a los diagnósticos definitivos solo se pudo realizar en el 48% de los pacientes y el 52% se clasificó como idiopático, presentándose en el 100% de las intermedias, 53% de las posteriores, 51% de las panuveítis y 34% de las anteriores. En cuanto a la asociación con enfermedad sistémica conocida, la ARJ fue la más frecuente con el 33%. Esto es muy similar a lo encontrado en nuestro estudio donde el 63% de los casos se clasificó como idiopática, siendo el 82% de las intermedias, 56.5% de las anteriores, posteriores 53.8% y panuveítis 30%.

En cuanto a la enfermedad sistémica conocida se pudo realizar en 37 % de los casos de estos, se encontró a la ARJ como la más frecuente con el 16.2%, toxoplasmosis 8.1%, toxacariasis y leucemia 5.4% respectivamente. Dentro de las otras causas que se presentó en el 20 % de los pacientes destaca la traumática con 7% del total.

Los reportes publicados en México por Voorduin S y Zagorín B, en donde se encontró a la toxoplasmosis con el (26%), uveítis anterior no granulomatosa idiopática (23%) y pars planitis (14%). VKH (9.35), panuveítis idiopática (3%); pero considerando a la uveítis anterior no granulomatosa, la pars planitis y la panuveítis idiopática como causas idiopáticas suman la gran mayoría al igual que en nuestro estudio.

En el estudio realizado en el noreste de India por Das D, Bhattacharjee H, se encontró en la uveítis anterior como diagnóstico definitivo a la espondilitis anquilosante seronegativa fue la más frecuente (23%). De los casos de uveítis posterior la toxoplasmosis se confirmó en 40.2 % de los casos, en la uveítis intermedia la causa idiopática fue la más frecuente con el 77.5 % de los casos y en la panuveítis se confirmó VKH en 45.16% de los casos, estos son similares a los nuestros solo en los casos de uveítis intermedia. En el estudio realizado por Rodríguez encontró como causa idiopática en el 69.1% de las intermedia, 37.8 % de las anteriores, 13.3% de las posterior y 22.2 % de las panuveítis.

Dentro de las causas conocidas en la anterior; síndrome de espondiloartropatía seronegativa 21.6%, ARJ 10.8%, queratouveítis herpética 9.7%; en la intermedia reporta a la sarcoidosis ocular en 22.2% y esclerosis múltiple en 8%. en la posterior la sarcoidosis 14.2%, coroiditis multifocal 12.2%, enfermedad de Behcet 11.7%; en la panuveítis, sarcoidosis 17.3% SLE 15.3%, enfermedad de Behcet 1.7%.

XII.- CONCLUSIONES

Los cuadros uveíticos en la población pediátrica de esta unidad son más frecuentes en hombres.

La uveítis intermedia es más frecuente en hombres y la anterior en mujeres.

La causa idiopática es la más frecuente (63%) en cualquier localización y grupo etario.

En los casos en los que la etiología se conoce, la más frecuente es la artritis reumatoide en las anteriores e intermedias y Toxoplasmosis en la posterior.

En la panuveítis las asociaciones sistémicas son diversas.

Aunque solo en el 37% se demostró la patología sistémica asociada, es de gran importancia el que en todo paciente con uveítis se siga un protocolo de estudio que incluya la valoración por reumatología en los casos de uveítis anteriores e intermedias y por medicina interna en las panuveítis.

XIII.- ANEXOS

Anexo I: Clasificación anatómica de las uveítis según el grupo de trabajo SUN.

TIPO	LOCALIZACIÓN PRIMARIA DE LA INFLAMACIÓN	INCLUYE
Uveítis anterior	Cámara anterior	Iritis Iridociclitis Ciclitis anterior
Uveítis intermedia	Vítreo	Pars planitis Ciclitis posterior Hialitis
Uveítis posterior	Retina o coroides	Coroiditis focal, multifocal o difusa. Coriorretinitis Retinocoroiditis. Retinitis Neurorretinitis
Panuveítis	Cámara anterior, vítreo, retina o coroides.	Incluye todas las anteriores

Anexo II

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

NOMBRE	_____			
AFILIACIÓN	_____			
FECHA DE DIAGNÓSTICO	_____			
EDAD	_____	SEXO	_____	
OJO AFECTADO	OD	OI	AO	
LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	Anterior	intermedia	posterior	panuveitis
PATOLOGÍA SISTÉMICA ASOCIADA*	_____			
Artritis reumatoide juvenil	_____			
Enfermedad de Behcet	_____			
Enfermedad de Blau	_____			
Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada	_____			
Esclerosis múltiple	_____			
Espondilitis anquilosante	_____			
Herpes simple	_____			
Herpes zoster	_____			
Citomegalovirus	_____			
Rubeola	_____			
Toxoplasmosis	_____			
Toxocariasis	_____			
Tuberculosis	_____			
Idiopática	_____			
Lupus eritematoso sistémico	_____			
Leucemia	_____			
Otros	_____			

* Anotar si o no de acuerdo al expediente.

XIV.- BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- Kanski JJ. Oftalmología clínica. Elsevier. Quinta edición, 2005; 278.
- 2.- Okada AA, Foster CS. Posterior uveitis in the pediatric population. *Int Ophthalmol Clin* 1992; 32:121-52.
3. - Kimura SJ, Hogan MJ, Thygeson P. Uveitis in children. *AMA Arch Ophthalmol* 1954; 51:80-8.
4. - Gritz Dc, Wong IG. The incidence and prevalence of uveitis in northern California. The Northern California Epidemiology of Uveitis Study. *Ophthalmology*. 2004;111:491-500.
5. - Foster CS, Vitale AT. Diagnosis and treatment of uveitis. Philadelphia: Saunders; 2002;19-21.
6. - American Academy of ophthalmology. Inflamación intraocular y uveítis. Elsevier; 2007; 101-2
7. - Bloch-Michel E, Nussenblatt RB, International Uveitis Study Group: recommendations for the evaluation of intraocular inflammatory disease, *Am J Ophthalmol*, 1987; 103:234-5.
8. - Jabs DA, Nussenblatt RB, Rosenbaum JT, The Standardization of Uveitis Nomenclature for Reporting Clinical Data. Results of the First International Workshop. *Am J Ophthalmology*. 2005; 140:509-516.
- 9.- Foster CS. Uveitis pediatric. The ocular immunology and uveitis foundation. Fuente: URL: <http://www.uveitis.org/default.html>
- 10.- Rodríguez A, Calonge M, Pedroza-Seres M, et al. Referral patterns of uveitis in a tertiary eye care center. *Arch Ophthalmol*. 1996;121:35-46.
- 11.- Narayana K, Bora A, Biswas J. Patterns of Uveitis in Children Presenting at a Tertiary Eye Care Centre in South India. *Indian J Ophthalmology* 2003;51:129-32 .
- 12.- BenEzra D, Cohen E, Maftzir G. Uveitis in children and adolescents. *Br J Ophthalmol* 2005;89:444-448.
- 13.- Kump L, Cervantes-Castañeda R, Androudi S, Foster S. Analysis of Pediatric Uveitis Cases at a Tertiary Referral Center. *Ophthalmology* 2005;112:1287-1292.
- 14.- Voorduyn S, Zagorín B. Frecuencia y causa de las uveítis en el Instituto de Oftalmología Conde de Valenciana. *Revista Mexicana de Oftalmología*. Julio-Agosto 2005; 79(4):193-96
15. - Das D, Bhattacharjee H, Bhattacharyya PK, Jain L, Panicker JM, Das K, Deka CA. Pattern of uveitis in North East India: A tertiary eye care center study. *Indian J Ophthalmol*: 2009;57:144-146.
- 16.- Rosenberg KD, Feuer WJ, Davis JL. Ocular Complications of Pediatric Uveitis. *Ophthalmology* 2004;111

- 17.- Donalso MJ, Pulido JS, Herman DC, Diehl N, Hodge D. Pars Planitis: A 20-Year Study of Incidence, Clinical Features, and Outcomes. *Am J of Ophthalmol*; 2007; 144:6; 812-817.
- 18.- Belfort R, Couto C, Martínez-Castro F. Uveítis: Sinopsis diagnóstica y terapéutica. *Ciba visión Ophthalmics Latinoamérica*.1997; 31-33.