



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIO DE POSGRADO
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ**

**UVEÍTIS EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA DEL
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ,
EXPERIENCIA DE 10 AÑOS**

TESIS

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN:**

PEDIATRIA

PRESENTA:

Dra. María Yumiko Akaki Carreño

Tutores:

Dra. Rocío Maldonado Velázquez

Dra. Patricia García Regil



HOSPITAL INFANTIL *de* MÉXICO
FEDERICO GÓMEZ
Instituto Nacional de Salud



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.

MÉXICO, D. F.

Febrero 2011

HOJA DE AUTORIZACION

Dr. Jaime Nieto Zermeño

Director de Enseñanza y Desarrollo Académico

Hospital Infantil de México Federico Gómez

DIRECTOR DE TESIS Y ASESOR METODOLOGICO

Dra. Rocío Maldonado Velázquez

Jefe del servicio de Reumatología Pediátrica

Hospital Infantil de México Federico Gómez

Dra. Patricia García Regil

Médico Adscrito al servicio de Oftalmología

Pediátrica

Hospital Infantil de México Federico Gómez

DEDICATORIAS

Dedico esta tesis a mis padres Alejandro y Rosi, sin los cuales no hubiera logrado concluir, ya que con su ayuda el camino recorrido disminuyó sus dificultades. Gracias por todo el tiempo empleado y por su cariño. Todos mis logros son debidos a ustedes y en lo que me enseñaron en el transcurso de la vida.

Dedico esta tesis a mi hermano Kenji, por su comprensión y apoyo durante estos 3 años.

A Carlos ya que siempre tuvo las palabras necesarias para alentarme y consolarme cuando más lo necesitaba.

A mis amigos Marianela, Eréndira, Josefa y Ximena, con los que compartí la mayor parte del tiempo durante estos tres años; gracias a los cuales pude sobrellevar los malos momentos, y con los que he tenido las mejores experiencias, así como enseñanzas.

A mis tutoras, la Dra. Rocío Maldonado y la Dra. Patricia García, por su orientación y apoyo para la realización de esta tesis.

A los niños por ser el motivo diario de superarme, para lograr en cada uno una sonrisa que disminuya su dolor.

ÍNDICE

ÍNDICE	4
TÍTULO.....	5
ANTECEDENTES	5
MARCO TEÓRICO.....	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
JUSTIFICACIÓN.....	15
OBJETIVOS	16
METODOLOGÍA.....	17
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	19
RESULTADOS.....	20
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	27
CONCLUSIONES.....	31
REFERENCIAS	33

TÍTULO

UVEÍTIS EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ, EXPERIENCIA DE 10 AÑOS.

ANTECEDENTES

La incidencia de uveítis, en los países desarrollados, es de 15-17 casos por 100,000 habitantes, siendo la causa de ceguera de entre 10-15%.

Las diferentes clases de uveítis varían según las distintas regiones del mundo, debido a factores geográficos (oncocercosis e histoplasmosis), alimentarios (toxoplasmosis ocular e ingesta de carne porcina) y genéticos (asociación de moléculas del HLA con algunos tipos de uveítis).

En algunas enfermedades como la artritis crónica juvenil, la uveítis se presenta con más frecuencia, siendo ésta poco común en los diez primeros años de vida y su frecuencia declina a partir de la sexta década, presentando la mayoría de los pacientes los primeros síntomas entre los 20 y 50 años. En la distribución por sexo en mujeres también destaca el predominio de la uveítis crónica asociada a artritis crónica juvenil y en hombres la uveítis anterior aguda asociada a espondilitis anquilosante; sin embargo, en general, la incidencia es igual en hombres que en mujeres.

La uveítis en edad pediátrica representa un 5-10% del total de los casos, la mayor parte está asociada a Artritis Idiopática Juvenil (AIJ), Espondilitis Anquilosante,

Síndrome de Reiter, enfermedad de Behçet, Artritis Psoriásica, Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Sarcoidosis y Lupus Eritematoso Sistémico.

Constituye una complicación que puede representar hasta un 30% de los niños con artritis crónica.

Al asociarse con una enfermedad reumatológica, la edad media de comienzo de la uveítis es de 5.9 años, con un intervalo de tiempo promedio de 18 meses desde el comienzo de la enfermedad.

Los signos oculares que se observan en la lámpara de hendidura son la hiperemia conjuntival mixta, queratopatía en banda, precipitados retroqueráticos, celularidad en cámara anterior, miosis, cataratas, así como afectación de la presión ocular.

Un elevado número de casos es diagnosticado con frecuencia a través de un examen de rutina del oftalmólogo, pues el niño niega molestia ocular alguna. En otros casos se presenta el ojo rojo, con fotofobia, disminución de la agudeza visual, dolor ocular, miodesopsias, estrabismo, e incluso dificultad en el rendimiento escolar. Weiss y Wallace plantean que el número de pacientes asintomáticos puede llegar a ser muy elevado por lo que la temprana detección de la uveítis en estos casos influye dramáticamente en la evolución futura de la agudeza visual.

MARCO TEÓRICO

El término *uveítis* se aplica a todo proceso inflamatorio del tracto uveal (iris, cuerpo ciliar, coroides). La inflamación inicial como la persistencia de la misma, es el resultado de una compleja combinación de factores genéticos, ambientales e inmunológicos.

La úvea es la porción media del ojo; es la capa vascular, el término se deriva del latín *uva*, por el color que presenta.

Las uveítis son originadas por la agresión de determinados agentes etiológicos sobre la úvea, lo cual activará una cascada de mecanismos fisiopatológicos que provocará la inflamación y a su vez ese propio tejido dañado la perpetuará, al liberarse restos tisulares degenerados que desarrollarán respuestas inmunes secundarias. Los principales mecanismos patogénicos desencadenantes suelen ser por agresión directa sobre el tracto uveal, o mediados inmunológicamente. Actualmente se han involucrado en su patogénesis el Factor de Necrosis Tumoral Alfa, las células dendríticas, los Th1 y la IL 8.

Las uveítis se clasifican de acuerdo a la duración (uveítis aguda, subaguda, crónica y recurrente), según las características clínicas (uveítis granulomatosa o no granulomatosa), según la etiología y según el origen anatómico de la inflamación (uveítis anterior, intermedia, y posterior).

a) Anatomía

Se clasifican por anatomía en anterior, intermedia y posterior. (Tabla 1)

Tabla1. Clasificación de las uveítis por anatomía

UVEITIS ANTERIOR Iritis Ciclitis Iridociclitis
UVEITIS INTERMEDIAS Vitritis Pars planitis
UVEITIS POSTERIORES Retinitis Coroiditis Coriorretinitis
PANUVEITIS

b) Etiología

La uveítis se divide en cuatro grandes grupos dependiendo de la etiología:

- 1.- Infecciosas
- 2.- Enfermedades sistémicas mediadas por el sistema inmune
- 3.- Síndromes con afectación primaria al ojo

4.- Síndromes enmascarados

1.- Infecciosas:

Dentro de las causas infecciosas se encuentran bacterias, virus, hongos y parásitos. (Tabla 2)

Tabla 2. Causas infecciosas de las uveítis

Bacterias	Virus	Hongos	Parásitos
Mycobacterias atípicas	Citomegalovirus	Aspergilosis	Acantamoeba
Enfermedad del araño de gato	Epstein-Bar	Blastomycosis	Cisticercosis
Lepra	Herpes simple	Candidiasis	Oncocercosis
Enfermedad de Lyme	Herpes zoster	Coccidioidomycosis	Pneumocistis
Propionibacterias	VIH-1	Criptococosis	Toxocariasis
Sífilis	Rubéola	Histoplasmosis	Toxoplasmosis
Tuberculosis		Esporotricosis	

Toxoplasmosis es una causa común de uveítis en pacientes inmunocompetentes. En algunos casos se ha observado como reactivación de una infección congénita o adquirida. Presenta una lesión corioretiniana típica.

La toxoplasmosis ocular se manifiesta como papilitis, retinitis e iridociclitis. Es la causa más frecuente de uveítis posterior de la infancia, la cual se presenta en el 50% de los casos. Los pacientes se presentan con disminución de la agudeza visual. En la exploración física se encuentran zonas focales de retinitis con inflamación de coroides, dejando áreas de atrofia rodeada de hiperpigmentación (cicatriz coriorretinal). El diagnóstico se realiza con serología.

Herpes simple y herpes zoster son causas de queratouveítis, una inflamación de la córnea con uveítis, de predominio anterior. La presencia de vesículas cutáneas, así como disminución de la sensibilidad corneal, aumento de la presión intraocular y atrofia del iris son clave en el diagnóstico. Pueden causar necrosis retiniana aguda.

2.- Síndromes autoinmunes:

La **Artritis Idiopática Juvenil (AIJ)** se define como una artritis crónica seronegativa periférica en un niño menor de 16 años y se puede clasificar según la forma de inicio en AIJ oligoarticular (pauciarticular), poliarticular y sistémica.

Es más frecuente en las niñas (75%) que en los niños. La forma oligoarticular es la más frecuente (50%), seguida de la poliarticular (40%) y la sistémica (10%).

El 25% de los niños con AIJ desarrollan alteración oftalmológica. El 20% de los niños con la forma oligoarticular y el 5% con la forma poliarticular desarrollarán una iridociclitis crónica no granulomatosa, que suele ser bilateral (75%) y

asintomática. Es habitual que la artritis preceda en años a la uveítis, pero puede suceder lo contrario. Los factores de riesgo para el desarrollo de la afectación ocular son el sexo femenino, la forma oligoarticular, la edad precoz de inicio de la AIJ, la artritis de aparición tardía, factor reumatoide negativo y la positividad de anticuerpos antinucleares. Es muy frecuente en la práctica clínica encontrar a niños con alteraciones oftalmológicas características de la AIJ, pero sin clínica sistémica asociada. Típicamente, a estos niños se les ha englobado dentro del término pseudo-Still. Tanto el manejo terapéutico como el seguimiento de la AIJ es aplicable a estos niños.

Tabla 3. Manifestaciones clínicas de la Artritis Idiopática Juvenil

	Oligoarticular	Poliarticular	Sistémica
Frecuencia	50%	40%	10%
Nº de articulaciones afectadas	<5	>4	Variable
Edad de inicio	Infancia temprana Pico 2 años	Niñez Pico 3 años	Niñez
Sexo (femenino: masculino)	5:1	3:1	1:1
Afectación sistémica	No	Moderada	Prominente
Uveítis anterior crónica	20%	5%	Rara
FR positivo	Raro	10%	Raro
ANA positivo	75-80%	40-50%	10%
Pronóstico	De bueno a excelente	De regular a bueno	De malo a bueno

3. Síndromes con afectación primaria al ojo

Existen múltiples formas de uveítis que se pueden asociar o no enfermedades inflamatorias sistémicas o a infecciones con única afectación a nivel ocular.

Pars planitis es una forma común de uveítis, la cual se caracteriza por la presencia de células inflamatorias en vítreo anterior y base del vítreo, extendiéndose sobre el cuerpo ciliar y retina periférica, complejo pars plana. Estas células inflamatorias se congregan en el vítreo (bolas de nieve) y en la parte

inferior de la pars plana (bancos de nieve). La pars planitis es una descripción de la localización de la inflamación. En ocasiones es llamada uveítis periférica, es clasificada como una uveítis intermedia.

La uveítis intermedia, generalmente no está asociada a enfermedades sistémicas, pero puede ser una manifestación de una condición sistémica como la esclerosis múltiple, sarcoidosis, sífilis, enfermedad de Lyme, etc. En la esclerosis múltiple puede ocurrir entre un 5-20% esta patología, por lo que se sugiere en los casos detectados una buena revisión oftalmológica incluyendo dilatación pupilar.

4.-Síndromes enmascarados

Existen procesos no infecciosos que pueden ser confundidos con un proceso inflamatorio, en su mayoría neoplasias. La neoplasia más común que se presenta como uveítis es el linfoma de células B, confinado al ojo y al sistema nervioso central.

En un estudio realizado entre 1982 y 1992 en el Massachusetts *Eye and Ear Infirmary*, Harvard Medical School; se analizó la frecuencia de las uveítis con respecto a la etiología en la población pediátrica:

- Uveítis asociada a la Artritis Reumatoide Juvenil (AEJ), (41,5%)
- Uveítis idiopática (21,5%)
- <i>Pars planitis</i> (15,3%)
- Toxoplasmosis (7,7%)
- Toxocariasis (3,1%)
- Sarcoidosis (2,3%)
- Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada (2%)
- Necrosis retiniana aguda (2%)
- Uveítis asociada a HLA-B27+ (1%)
- Síndrome de Reiter (1%)
- LES (1%)
- Enfermedad de Behçet (1%)
- Iridociclitis heterocrómica de Fuchs (1%)
- Síndrome de nefritis túbulo intersticial y uveítis (TINU), (1%)
- Varicela (1%)

El tratamiento de las uveítis se puede dividir en base a la clasificación anatómica, sin embargo el uso de pautas para los casos idiopáticos son similares.

El tratamiento consiste en tratar la causa de la inflamación si es posible, por ejemplo en enfermedades infecciosas, así como el uso de corticoides tópicos, y sistémicos según la localización de la uveítis, así como midriáticos.

En las crisis agudas de la uveítis anterior, los esteroides tópicos deben usarse con mucha frecuencia (gotas cada 1 ó 2 horas) e ir disminuyendo conforme la inflamación se resuelve. En los casos de uveítis crónica, como en la AIJ, habrá que encontrar la dosis mínima requerida para mantener la iridociclitis bajo control y minimizar el desarrollo de complicaciones como cataratas o glaucoma.

En los pacientes en los que no se logre controlar la inflamación con el tratamiento tópico, se podrán utilizar inyecciones de corticoides periorbitales, con el

inconveniente en los menores de 14 años por la poca colaboración que presentan y la necesidad de anestesia general o sedación para su aplicación.

Los AINE vía oral son recomendados por la Escuela de Medicina de Harvard. Consideran que ayudan a controlar la inflamación articular y la ocular, llegando a disminuir la dosis necesaria de corticoides tópicos.

En casos severos, pueden usarse corticoides orales (1 mg/kg/día) durante periodos cortos para rápidamente reducirlos según la respuesta clínica.

En casos refractarios, se pueden utilizar dosis bajas semanales de metotrexate, que es considerada una pauta muy segura.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Identificar los paciente con uveítis en la población pediátrica del Hospital Infantil de México Federico Gómez en los años comprendidos de 2000 a 2010, para determinar la etiología más frecuente, las características clínicas, enfermedades relacionadas y el tratamiento efectuado.

JUSTIFICACIÓN

Dentro de las patologías oculares la uveítis es una de las principales enfermedades que afecta a la población pediátrica, ya que puede ser secundaria a múltiples etiologías.

En el momento actual en nuestra población se desconoce su frecuencia, etiología, así como evolución, por lo que es importante describir y analizar la presencia de esta alteración ya que su identificación y tratamiento de manera oportuna, previene secuelas a largo plazo que alteran la función del individuo, reduce costos familiares, así como de la institución.

Identificar las uveítis hace sospechar de otras enfermedades que se relación de una manera frecuente, como es el caso de las enfermedades reumatológicas, principalmente la Artritis Idiopática Juvenil; así como enfermedades infecciosas como Toxoplasmosis.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Describir las uveítis en pacientes pediátricos en el Hospital Infantil de México Federico Gómez en el periodo comprendido de enero de 2000 a abril de 2010.

Objetivos Específicos:

- Identificar el grupo de edad más afectado.
- Identificar la etiología de las uveítis.
- Determinar el tipo de uveítis que más afecta a la población pediátrica.
- Describir las enfermedades asociadas.
- Describir las manifestaciones clínicas en los distintos tipos de uveítis que presentan los pacientes.
- Describir los tratamientos empleados, así como su vía de administración.

METODOLOGÍA

Diseño del Estudio: Estudio observacional descriptivo.

Lugar de estudio: Hospital Infantil de México Federico Gómez.

Tiempo de estudio: Enero de 2000 a Abril de 2010

Población de estudio: Pacientes pediátricos con diagnóstico de uveítis en seguimiento por la consulta externa de reumatología y oftalmología.

Criterios de inclusión

- Menores de 18 años
- Ambos sexos
- Pacientes con diagnóstico de uveítis confirmada, en seguimiento por el servicio de Oftalmología
- Pacientes en seguimiento en los meses comprendidos de enero de 2000 a abril de 2010

Criterios de exclusión

- Pacientes que no cuenten con expediente clínico completo.
- Diagnóstico no confirmado de uveítis.

DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

1. Edad

Edad al momento del diagnóstico expresado en años

2.- Género

Masculino o femenino

3. Etiología

Definida como la causa que originó la inflamación del tracto uveal

4. Manifestaciones oculares

5. Enfermedades asociadas

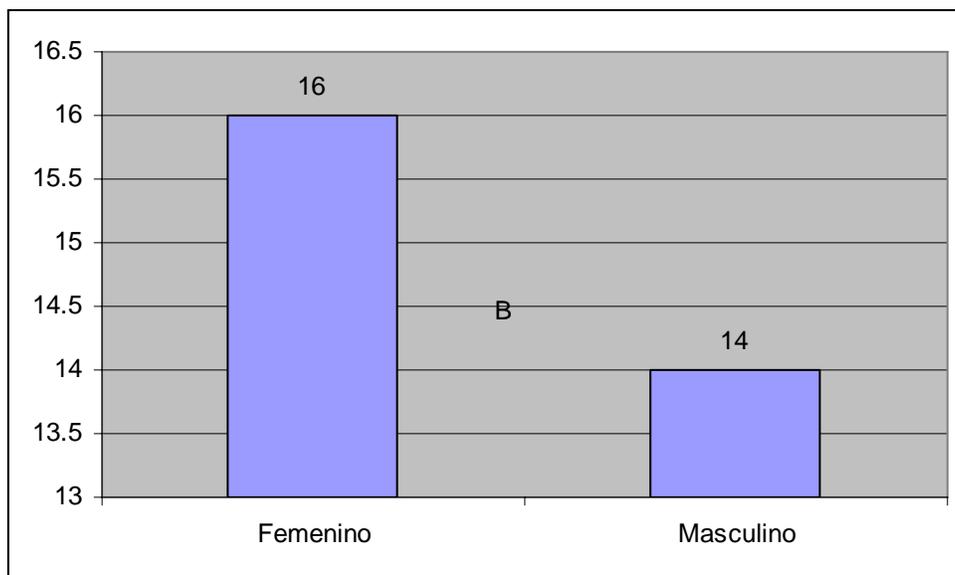
6. Tratamiento establecido

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el análisis estadístico se usaron únicamente medidas de tendencia central: media, mediana y moda.

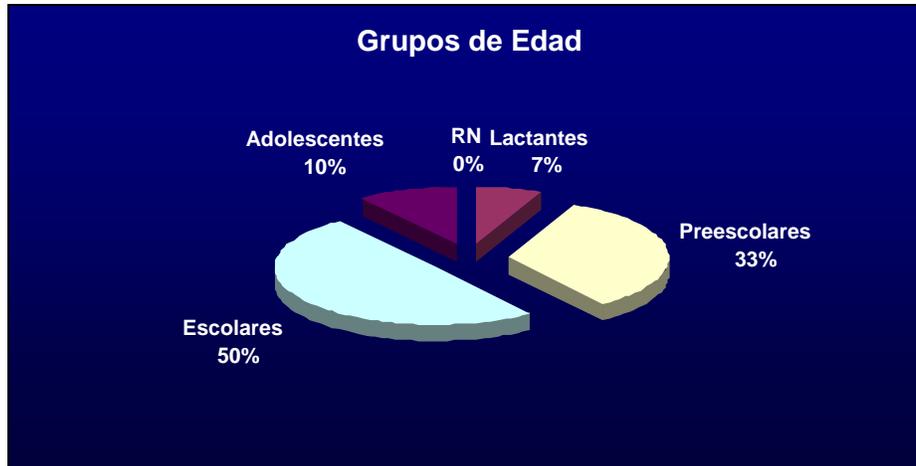
RESULTADOS

Se realizó un estudio descriptivo en donde se revisaron los expedientes de los pacientes con diagnóstico de uveítis en seguimiento por la consulta externa de oftalmología en el Hospital Infantil de México Federico Gómez en los años comprendidos del 2000 a 2010. Se incluyeron 30 pacientes pediátricos, 16 del sexo femenino (53%) y 14 del sexo masculino (47%). (Gráfica 1)



Gráfica 1. Descripción de género

Se definieron los grupos por edad como lactantes (mayores de 1 mes a menores de 2 años), preescolares (2 años a menores de 6 años), escolares (6 a 12 años) y adolescentes (>12 años). Encontrando la siguiente distribución en la población estudiada. Los lactantes representaban el 6.6% (2 pacientes), preescolares 33% (10 pacientes), escolares 50% (15 pacientes), y adolescentes 3 pacientes (10%) de la muestra. Con una media de 7 años de edad al diagnóstico, de pacientes de 10 meses de edad a 17 años. (Gráfica 2).

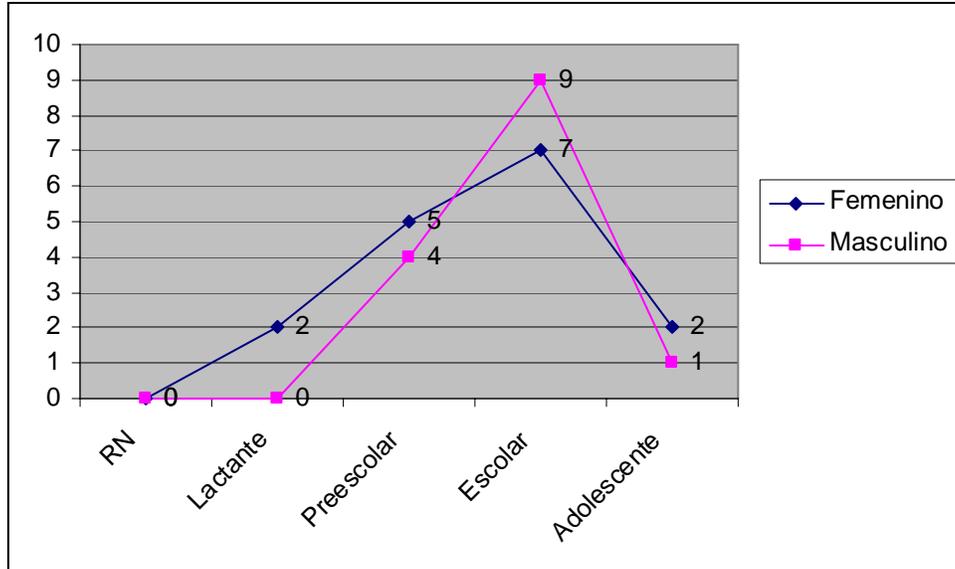


Gráfica 2. Distribución de uveítis por grupo de edad

Dentro de la población analizada se encontró que los lactantes pertenecían al género femenino (2 pacientes); de los preescolares predominaba el género femenino al igual que en los adolescentes con un porcentaje de 16.6% y 6.6% respectivamente. En la edad escolar hay predominio de pacientes del género masculino con un 30% de la población a comparación del género femenino (23.3%) en el mismo grupo de edad. (Tabla 4, Gráfica 3).

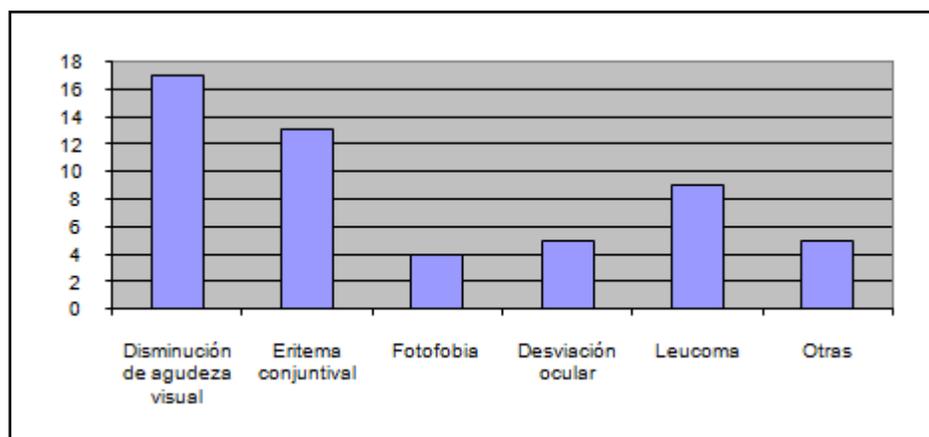
Tabla 4. Distribución por grupo de edad y género

Grupo etario y género	Femenino (%)	Masculino (%)
RN	-	-
Lactante	2 (6.6%)	-
Preescolar	5 (16.6%)	4 (13.3%)
Escolar	7 (23.3%)	9 (30%)
Adolescente	2 (6.6%)	1(3.3%)



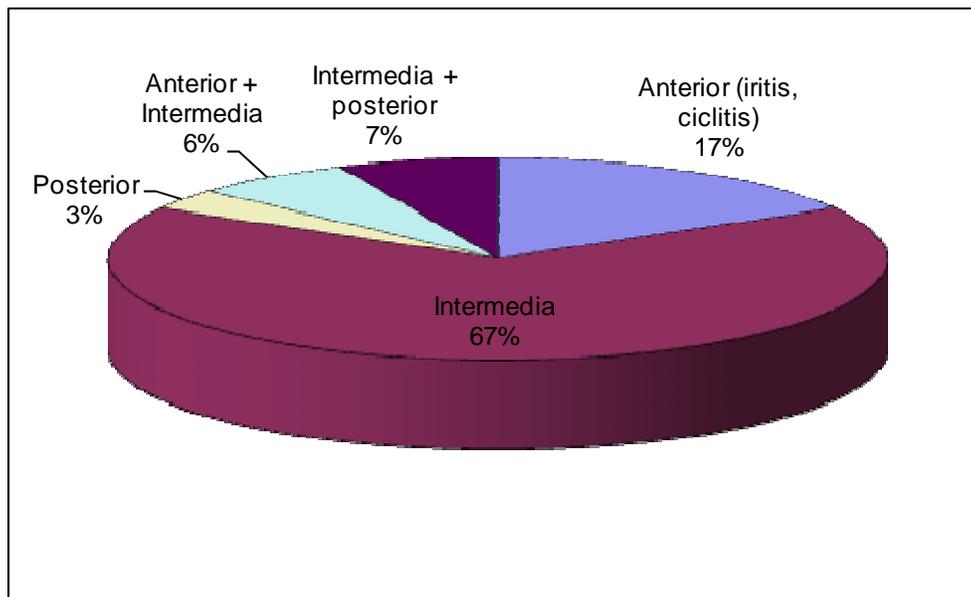
Gráfica 3. Distribución por grupo edad y género

Los principales signos y síntomas que presentó la población estudiada en esta institución fueron disminución de la agudeza visual y eritema conjuntival en 17 pacientes (57%) y 13 pacientes (43%) respectivamente, así como fotofobia en 4 pacientes (13%), desviación ocular en 5 pacientes (17%) y leucoma en 9 pacientes (30%). (Gráfica 4).



Gráfica 4. Manifestaciones Clínicas

A la exploración oftalmológica se encontró que 5 pacientes (17%) presentaba uveítis anterior, 20 pacientes (66%) uveítis intermedia y 1 paciente (3%) uveítis posterior. En 2 pacientes (7%) se encontró tanto uveítis anterior como intermedia y en 2 pacientes uveítis posterior e intermedia, sin encontrar casos pediátricos de panuveítis (Gráfica 5).



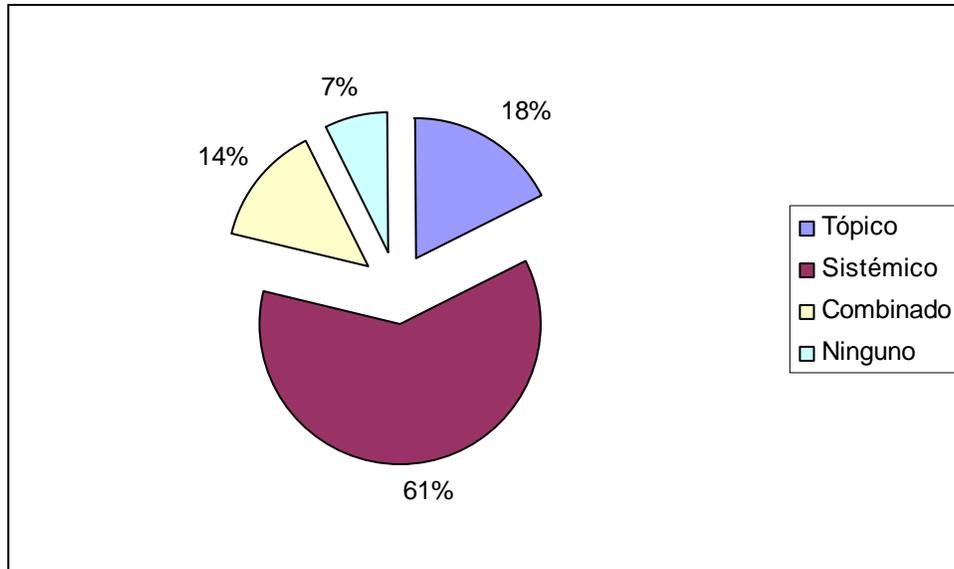
Gráfica 5. Tipos de uveítis

Se buscó la etiología de los distintos tipos de uveítis, encontrando únicamente en dos casos una causa específica, la cual correspondió a causa infecciosa, localizada únicamente a ojo. Un paciente presentó uveítis anterior por virus del herpes simple, otro paciente uveítis posterior secundario a *Toxocara canis*. En cinco pacientes se encontró uveítis como manifestación de una enfermedad sistémica inmune, tres de los pacientes presentaron artritis monoarticular, dos de los cuales presentaron uveítis anterior y uno anterior con uveítis intermedia. Dos pacientes con uveítis intermedia presentaron Lupus Eritematoso Sistémico. (Tabla 5).

Tabla 5. Etiología de las uveítis

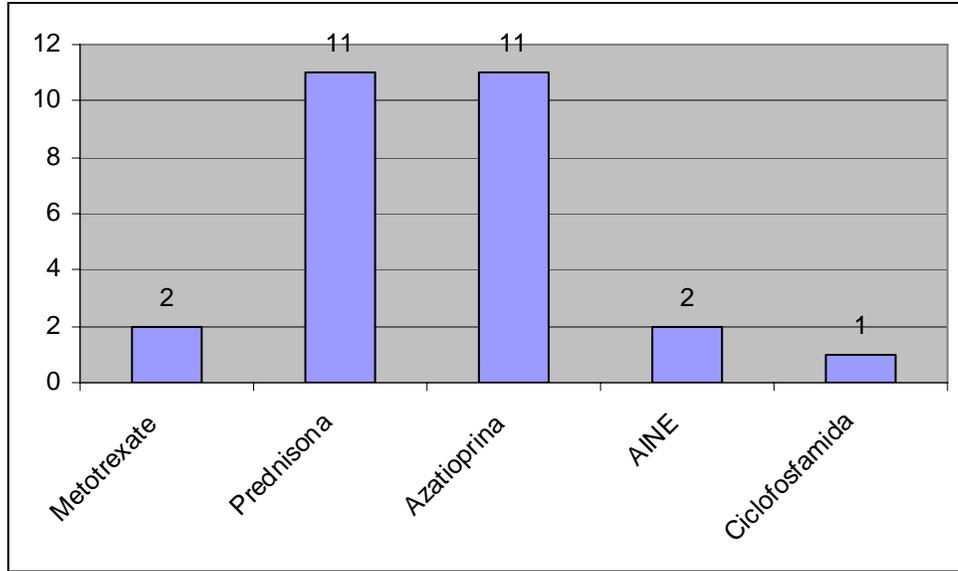
ETIOLOGÍA	N=	(%)
Virus del Herpes simple	1	3.30%
<i>Toxocara canis</i>	1	3.30%
Artritis monoarticular	3	10.00%
LES	2	6.60%
Idiopática	23	76.60%

A los pacientes que se les realizó diagnóstico de uveítis, se les inició tratamiento tópico, sistémico por vía intravenosa y combinado. En 2 pacientes (7%) se administró tratamiento antimicrobiano. En los 28 pacientes sin causa infecciosa se utilizaron principalmente antiinflamatorios e inmunomoduladores. En 5 pacientes (18%) se decidió el uso de antiinflamatorios tópicos, con adecuada respuesta. A 19 pacientes (61%) se les administró tratamiento sistémico, a 4 pacientes (14%) terapia combinada, tanto tópica como sistémica; y a 2 pacientes (7%) no se les administró tratamiento. (Gráfica 6).



Gráfica 6. Vía de administración del tratamiento

Los medicamentos que se utilizaron en el tratamiento de los pacientes con uveítis fueron: antivirales (aciclovir) en un paciente con diagnóstico de uveítis anterior secundario a virus del herpes simple y antiparasitario (albendazol) en un paciente con diagnóstico de uveítis posterior secundario a *Toxocara canis*. A los pacientes con diagnóstico de uveítis idiopática o asociada a una enfermedad inmunológica se les administró prednisona y azatioprina en el 40%, metotrexate y AINE en el 7%. A un paciente se le dio tratamiento con ciclofosfamida (4%), por mala respuesta al tratamiento con esteroide. (Gráfica 7)



Gráfica 7. Medicamentos empleados para el tratamiento sistémico

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Es importante conocer la prevalencia de uveítis en la población pediátrica, ya que a pesar de que la mayoría de enfermedades oftalmológicas no ponen en peligro la vida, deja secuelas que afectan la calidad de vida de los pacientes.

Dentro de lo reportado en la literatura ⁽¹⁹⁾ se encontró que la uveítis anterior es la más frecuente de las uveítis, lo que no se reflejó en este estudio, ya que se observa predominio de uveítis intermedia en un 60% de la población estudiada. A pesar de que las uveítis intermedias se asocian a causas autoinmunes, no predomina en el sexo femenino como otras enfermedades inmunológicas. Tomando en cuenta el género, no existe diferencia suficiente para determinar que éste sea un factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad. Encontrándose en esta investigación una relación femenino: masculino de 1:1.1 respectivamente.

Con respecto al grupo de edad se observa un pico de presentación en la edad escolar con media de 7 años (rango 10 meses a 17 años), siendo los más afectados los grupos de escolares y preescolares, con decremento progresivo. A nivel mundial se ha reportado la edad de inicio de la enfermedad entre 5 y 6 años, en el cual se observa el primer pico de uveítis intermedia, para presentar el segundo en la edad adulta con relación muy similar a lo encontrado en nuestra investigación ⁽⁴⁻⁶⁾.

En el estudio realizado por H. Patel, D. Goldstein en 2003 se encontró que la sintomatología se modificaba en base al tipo de uveítis que presentaban los pacientes; en las uveítis anteriores se encontró predominio de dolor ocular,

disminución de la agudeza visual y lagrimeo. Las uveítis intermedias y posteriores se manifestaban principalmente con disminución de la agudeza visual. En nuestro estudio se encontró que el síntoma más frecuente es disminución de la agudeza visual hasta en un 32%, lo cual era esperado ya que la mayoría de los pacientes presentaron uveítis intermedia, además de que es el síntoma que se presenta con más frecuencia en los tres tipos de uveítis.

En orden de frecuencia se encontró eritema conjuntival (24%), leucoma (16%), fotofobia (7%) y desviación ocular (9%). Cabe destacar que un número importante de pacientes presentaron leucoma y desviación ocular, lo cual demuestra cronicidad de la enfermedad al momento del diagnóstico.

Como sabemos, la etiología es distinta en cada una de las formas de presentación de la uveítis. En el estudio realizado por Giles (7) se encontró que el 60% de las uveítis anteriores son de tipo idiopático, el 20% se encuentran asociadas a AIJ, el 4% a sarcoidosis y el 3.5% a virus del Herpes simple. En este estudio se documentó que el 57% es de etiología idiopática, el 28% estuvo asociado a AIJ y el 14% (1 paciente) fue secundario a virus del Herpes simple. Lo cual es similar al estudio realizado por Giles en 1989. En lo que respecta a la presentación de las uveítis intermedias, el 80% fueron de carácter idiopático (7); en nuestra población se observó que el 87% fueron idiopáticas, 4% asociadas a AIJ y 8% a LES.

Las uveítis posteriores se asocian principalmente a agentes infecciosos, en donde la toxoplasmosis ocupa el primer lugar, representando hasta el 50% (19). En nuestra Institución se encontró únicamente 1 caso de uveítis posterior secundario a *Toxocara canis*, lo cual representa el 33% de la etiología infecciosa a este nivel, sin encontrar casos reportados de toxoplasmosis.

A nivel mundial se ha descrito a las uveítis como un hallazgo esperado en los pacientes con enfermedades reumatológicas hasta en un 60% en la población pediátrica, principalmente asociado a AIJ; sin embargo en el Hospital Infantil de México, son pocos los pacientes que presentan esta asociación, ya que documentó únicamente en un 16% de la muestra estudiada, a pesar que todos los niños con uveítis son referidos con el reumatólogo pediatra para su valoración y descartar etiología o asociación autoinmune.

El tratamiento fue dirigido dependiendo de la etiología de la uveítis, ya que en los casos de infecciones se administró tratamiento antiviral y antiparasitario. En las enfermedades sistémicas autoinmunes como en el Lupus Eritematoso Sistémico y en la Artritis Idiopática Juvenil, así como en el resto de las uveítis idiopáticas se otorgó tratamiento antiinflamatorio e inmunomodulador, de manera tópica o sistémica, lo cual dependió de las manifestaciones, evolución y respuesta al tratamiento inicial de la patología de base.

La combinación de elección en nuestra población fue prednisona sistémica, Azatioprina y/o metotrexate lo cual se administró a 11 pacientes con diagnóstico de uveítis, que fueron aquellos que no mostraron una adecuada respuesta a la medicación tópica habitual.

En comparación con lo reportado con en otros estudios, el tratamiento se establece por etapas, y se van administrando o modificando esquemas en base a la respuesta de cada paciente. Se inicia con medicamentos tópicos y locales como esteroides y agentes midriáticos, posteriormente AINE orales, esteroides orales a dosis altas, y por último se agregan inmunomoduladores, en donde el metotrexate es el más empleado, seguido de ciclosporina y azatioprina. En el Hospital Infantil

de México se observó que se prefiere la vía sistémica, y de los medicamentos la azatioprina en combinación con esteroide, sobre el metotrexate.

CONCLUSIONES

1. En el Hospital Infantil de México Federico Gómez de los 30 pacientes estudiados se encontró que no existe predominio de género.
2. Se aprecia que el 93% de la población eran menores de 10 años al momento de inicio de la sintomatología así como al diagnóstico.
3. Se aprecia que tanto las causas infecciosas como las inmunológicas son las más frecuentes, con predominio de la etiología al igual que a nivel mundial, siendo el Herpes simple la principal causa de uveítis anterior y *Toxocara canis* de afección posterior. En lo que respecta a las enfermedades inmunológicas, hubo mayor asociación con la AIJ que con el LES, similar a lo observado en otras partes del mundo.
4. A pesar de la edad de la población estudiada, se lograron identificar signos y síntomas relacionados con el tipo de afección que predominó en nuestra Institución.
5. El tratamiento de elección en esta Institución para el manejo de uveítis con etiología idiopática es a base de antiinflamatorios e inmunosupresores, siendo la prednisona y azatioprina los más utilizados en administración sistémica.

6. La base del tratamiento médico va a depender del grado de afección ocular, tiempo de evolución de la enfermedad, la respuesta inicial al manejo convencional y a su asociación con otras entidades nosológicas.