



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
SECRETARIA DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
Luis Guillermo Ibarra Ibarra
ESPECIALIDAD EN OFTALMOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
“FRECUENCIA DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS
INTRAOCULARES EN EL INSTITUTO NACIONAL DE
REHABILITACION.”**

TESIS

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE MÉDICO ESPECIALISTA EN
OFTALMOLOGÍA

P R E S E N T A

DR. MARIO ALBERTO SOLÓRZANO MUCHARRAZ

PROFESOR TITULAR:

DRA. FRANCISCA DOMÍNGUEZ DUEÑAS



CIUDAD DE MÉXICO

JULIO 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

DRA. MATILDE L. ENRIQUEZ SANDOVAL
DIRECTORA DE EDUCACION EN SALUD

DRA. XOCHIQUETZAL HERNANDEZ LOPEZ
SUBDIRECTORA DE EDUCACION MEDICA

DR. ALBERTO UGALDE REYES RETANA
JEFE DE SERVICIO DE EDUCACION MEDICA

DRA. FRANCISCA DOMINGUEZ DUEÑAS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE OFTALMOLOGIA

Contenido

ANTECEDENTES	5
JUSTIFICACION	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
PREGUNTA DE INVESTIGACION.....	13
OBJETIVO GENERAL.....	14
OBJETIVOS SECUNDARIOS	14
MATERIAL Y METODO	15
RESULTADOS	17
DISCUSIÓN	25
CONCLUSIONES.....	28
AGRADECIMIENTOS	29
BIBLIOGRAFIA.....	30

“PREVALENCIA DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INTRAOCULARES EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION.”

AUTORES: Dr. Mario Alberto Solórzano Mucharraz , Dra. Martha Cinthia Fuentes Cataño

ANTECEDENTES.

La úvea (del latín uva) esta compuesta por el iris, cuerpo ciliar y coroides. Cada componente es único en su histología, anatomía y fisiología.

La uveítis, o inflamación de la úvea, es la consecuencia a diversos estímulos. La inflamación es un mecanismo de defensa. El fin de la inflamación es el deshacerse tanto de la causa inicial del daño celular (por ejemplo bacterias y toxinas) así como la consecuencia de las lesiones, células y tejido necrótico. El sistema inmunológico juega un papel muy importante en este proceso. La inflamación y reparación están estrechamente relacionadas, sin embargo ambas pueden ser potencialmente dañinas como es visto comúnmente en diferentes patologías de origen alérgico y autoinmune.

Se ha reportado que en países desarrollados la incidencia de uveítis es de 15-17/100,000 habitantes/año. Algunas series reportan 10-15% de causas de ceguera. En Estados Unidos de América la uveítis es responsable de 30,000 nuevos casos de ceguera al año¹ y causa del 2.8% al 10% de todas las causas de ceguera y a pesar del gran impacto en la salud pública, aún es limitado el conocimiento de su epidemiología. En Estados Unidos de América realmente solo hay dos estudios que examinaron incidencia y prevalencia de uveítis en la población en general. El primero fue por Darrel y colaboradores² en donde examinaron la incidencia y prevalencia de uveítis en una población generalizada de Estados Unidos. El otro estudio fue realizado por David Gritz y colaboradores³ en donde valoraron mediante una base de datos a 2 comunidades con un total de población de 731,898 personas. Reportaron una incidencia de 52.4/100,000 personas años y una prevalencia de 115.3/100,000 personas. Fueron diagnosticados entre Julio de 1998 a Julio 1999 382 nuevos casos de uveítis. La incidencia fue menor en pacientes pediátricos y fue mayor en pacientes mayores de 65 años. Reportaron también mayor prevalencia en mujeres que en hombres.

¹ Nussenblatt RB. The natural history of uveitis. Int Ophthalmol 1990;14:303-8

² Darrell RW, Wagener HP, Kurland LT. Epidemiology of uveitis: incidence and prevalence in a small urban community. Arch Ophthalmol 1962;68:502-14

³ Gritz D, Wong I. Incidence and Prevalence of Uveitis in Northern California. Ophthalmology Vol 111;3:491-500, march 2004.

Los autores de este estudio reportaron una incidencia mayor de uveítis, de aproximadamente 3 veces más que en todos los estudios previos.

Es indispensable clasificar la uveítis por múltiples razones:

- La úvea consiste en 3 partes distintas: iris, cuerpo ciliar y coroides, pueden inflamarse de manera aislada o en su totalidad.
- La uveítis es causada por diferentes etiologías, podemos dividir las principalmente en dos grandes rubros las de origen autoinmune e infecciosa, por lo tanto el tratamiento y el pronóstico depende de establecer la causa.
- La uveítis puede ser causada por enfermedades sistémicas que pueden amenazar la vida potencialmente.
- La uveítis idiopática es una entidad en la cual a pesar de una exhaustiva búsqueda de la causa de la inflamación intraocular, no es posible determinar la etiología.
- La clasificación nos permite entender mejor la fisiopatología de la inflamación y así facilitar la búsqueda del diagnóstico. El establecer una clasificación nos permite también normar criterios generalizados para fines de investigación y publicación.

Existen múltiples clasificaciones de esta patología, basadas en la anatomía, el curso clínico, la etiología e histología. En el 2005 se llevo a cabo un taller para estandarizar estos criterios por el Standardization of Uveitis Nomenclature Working Group (SUN), quienes realizaron una clasificación anatómica mediante un análisis descriptivo y se estandarizó la terminología.⁴ (Tablas 1-5)

Tabla 1. Clasificación de acuerdo a estructura anatómica afectada

Tipo	Sitio de inflamación primaria	Tejido relacionado
Anterior	Cámara Anterior	Iritis Iridociclitis Ciclitis Anterior
Intermedia	Cavidad Vítrea	Pars Planitis Ciclitis posterior Hialitis

⁴ The Standardization of Uveitis Nomenclature (SUN) Working Group. Standardization of uveitis nomenclature for reporting clinical data. Results of the First International Workshop. Am J Ophthalmol 2005; 140(3):509-516

Posterior	Retina ó Coroides	Coroides Focal, Multifocal ó Difusa Coriorretinitis Retinocoroiditis Retinitis Neurorretinitis
Panuveítis	Cámara anterior, Vítreo, Retina y/ó Coroides	

Tabla 2. Descripción de uveítis de acuerdo al tiempo de evolución

Descripción de la Uveítis		
Categoría	Descripción	Comentario
Inicio	Súbito Incidioso	
Duración	Limitado Persistente	=<3 meses de duración >3 meses de duración
Curso	Agudo Recurrente Crónico	Inicio súbito y limitado Episodios repetidos, separados por episodios de inactividad sin tratamiento >=3 meses Episodio persistente con recaídas en <3 meses tras discontinuar el tratamiento

Tabla 3. Nivel de actividad y evolución

Actividad de Uveítis, Terminología	
Término	Definición
Inactivo	Grado 0 células en cámara anterior
Empeoramiento	Incremento de 2 niveles de inflamación (p.e. cámara anterior, turbidez vítrea) o aumento de grado 3+ a 4+
Mejoría	Decremento de 2 niveles de inflamación (p.e. cámara anterior, turbidez vítrea) o decremento a 0+.
Remisión	Enfermedad inactiva por =>3 meses tras discontinuar todos los tratamientos.

Tabla 4. Escalas de inflamación

Escala de Inflamación en Cámara Anterior	
Grado	Células por campo (Campo de 1mmx1mm en Lámpara de Hendidura)
0	<1
0.5+	1-5
1+	6-15
2+	16-25
3+	26-50
4+	>50

Existe poca información en la literatura mexicana de la epidemiología de estos pacientes, un estudio relevante para nuestro estudio es el estudio realizado por la Dra Gabriela Ortega-Larrocea, en el Instituto Nacional de Rehabilitación⁵. Fue un estudio retrospectivo, transversal, descriptivo de los pacientes del Servicio de Oftalmología con diagnóstico de inflamación ocular y/o uveítis, durante el período comprendido de noviembre 2007 a noviembre 2009. Se clasificaron de acuerdo a la Nomenclatura Estandarizada para las Uveítis del Grupo Internacional de Trabajo (SUN 2005). Incluyeron 213 pacientes; 64% mujeres. El 71% provenía de la Ciudad de México y zonas aledañas. Fue bilateral en 59% de los casos. Anterior en 35%, intermedia en 9% y posterior en 15%. Panuveítis en 11% y otras inflamaciones 18%. Se asoció a enfermedad sistémica en 37% de los casos y en 21% no se pudo establecer un diagnóstico etiológico. 15% presentaron ceguera legal. A lo que nos lleva a realizar este estudio para conocer un poco más acerca de nuestra epidemiología, para así poder enfrentar los retos de diagnóstico y tratamiento de esta patología.

Se han descrito datos epidemiológicos en otros grupos poblacionales, en China el grupo del doctor Yang Zheng⁶ en donde realizaron una revisión de Enero 2008 a Diciembre 2011 en el Hospital Hengli en donde la mayoría de los pacientes (51.8%) desarrollaron Uveítis Anterior, seguido de Panuveítis (32.7%), Uveítis posterior (14.6%) y Uveítis Intermedia al final (1.0%). Así como sus 3 entidades etiológicas más frecuentes (descartando la idiopática) fueron la Enfermedad de Behcet, Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada y Herpes Virus.

En un estudio retrospectivo en Turquía por el grupo del Dr. Muge Cakar⁷, juntaron un universo de 1028 pacientes con uveítis de 1990 a 2010, un periodo de 20 años. La edad promedio de presentación fue de 36 años (+/-14.9), la mayoría fueron hombres (58.2%), anatómicamente la Uveítis anterior fue lo más frecuente (42%), seguido de uveítis posterior (24.9%), panuveítis (24.7%), y por último la uveítis intermedia (8.4%). Su causa más frecuente fue Enfermedad de Behcet (32.2%), seguido de Toxoplasmosis (7.2%) y Uveítis herpética (6.8%).

En Argentina, que es uno de los pocos estudios de Latinoamérica, se realizó una búsqueda similar en la base de datos de la Clínica de Uveítis en la Universidad de

⁵ Ortega-Larrocea G. Vizcaíno-López G. Prevalencia de las enfermedades inflamatorias oculares. Revista Mexicana de Oftalmología 2010;84(3):153-158

⁶ Yang P, Zhang Z, Zhou H, et al. Clinical patterns and characteristics of uveitis in a tertiary center for uveitis in China. Curr Eye Res. 2005;30:943-8.

⁷ Sengun A, Karadag R, Karakurt A, et al. Causes of uveitis in a referral hospital in Ankara, Turkey. Ocul Immunol Inflamm. 2005;13:45-50.

Buenos Aires, Argentina por el grupo de la Dra Erika Hurtado⁸, la cual se llevo a cabo de Enero 2006 a Septiembre 2012 y fueron analizados de manera retrospectiva. Resultaron en un total de 402 pacientes revisados en la Clínica de Uveítis, de los cuales únicamente 341 fueron diagnosticados con Uveítis. Se excluyeron pacientes con escleritis y pénfigo. La mayoría fueron Mujeres (64%). La localización anatómica más frecuente fue la Uveítis anterior (33.4%), seguida de Panuveítis (30.4%), Uveítis Posterior (28%) y Uveítis Intermedia (8.2%). La mayoría fueron de carácter no infeccioso(63%), de la cual lo más frecuente fue el Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada (34%). De las causas infecciosas lo más frecuente fue la Toxoplasmosis (40.7%). Sólo el 10.55% era menor de 16 años, siendo el diagnóstico más frecuente la Artritis Reumatoide Juvenil.

⁸ Hurtado E. Lopez M. Epidemiological study of patients with uveitis in Buenos Aires, Argentina. Investigative Ophthalmology & Visual Science April 2014, Vol.55, 685.

JUSTIFICACION

Existe poca literatura en cuanto a la epidemiología y estadística de las enfermedades intraoculares inflamatorias en población Mexicana, y por lo tanto poco conocimiento en la distribución de las mismas.

Se busca conocer la frecuencia de las uveítis por clasificación anatómica y etiología de los paciente que acuden al Insitituto Nacional de Rehabilitación para determinar necesidades del servicio de oftalmología en cuanto a esta población en específico, así como sugerir cambios y actualizaciones en la clasificación del Sistema Automatizado de Información Hospitalaria (SAIH) de padecimientos, de manera que la búsqueda se facilite para su seguimiento clínico y futuros protocolos de investigación en esta línea en específico.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Tener un mejor conocimiento sobre las enfermedades inflamatorias intraoculares para realizar modificaciones y adecuaciones necesarias para una mejor atención a este grupo de pacientes.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuáles son las características epidemiológicas de las enfermedades inflamatorias intraoculares en el Servicio de Oftalmología del Instituto Nacional de Rehabilitación

OBJETIVO GENERAL

Determinar las características epidemiológicas de las enfermedades inflamatorias intraoculares en el Servicio de Oftalmología del Instituto Nacional de Rehabilitación

OBJETIVOS SECUNDARIOS

Conocer la frecuencia de acuerdo a la clasificación anatómica de SUN⁹ de los pacientes que acuden al Servicio de Oftalmología del Instituto Nacional de Rehabilitación (INR)

Conocer las principales causas etiológicas de las enfermedades intraoculares inflamatorias de los pacientes que acuden al Servicio de Oftalmología del Instituto Nacional de Rehabilitación (INR).

Conocer la frecuencia de las asociaciones entre enfermedades sistémicas y las enfermedades inflamatorias intraoculares en pacientes del Instituto Nacional de Rehabilitación (INR).

⁹ The Standardization of Uveitis Nomenclature (SUN) Working Group. Standardization of uveitis nomenclature for reporting clinical data. Results of the First International Workshop. Am J Ophthalmol 2005; 140(3):509-516

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del Estudio: Restrospectivo.

Se realizó una búsqueda en el Sistema Automatizado de Información Hospitalaria (SAIH) del Instituto Nacional de Rehabilitación en el periodo del 1° de Marzo del 2011, al 29 de Febrero del 2016 con los diagnósticos de la Tabla 5:

Tabla 5. Características de los diagnósticos utilizados para la búsqueda de pacientes.

Queratouveitis herpética	Glaucoma secundario a inflamación ocular
Queratouveitis herpética bilateral	Glaucoma secundario a inflamación ocular bilateral
Queratouveitis herpética ojo derecho	Glaucoma secundario a inflamación ocular ojo derecho
Queratouveitis herpética ojo izquierdo	Glaucoma secundario a inflamación ocular ojo izquierdo
Panuveitis	Coriorretinitis, no especificada
Panuveitis bilateral	Coriorretinitis no especificada bilateral
Panuveitis ojo derecho	Coriorretinitis no especificada ojo derecho
Panuveitis ojo izquierdo	Coriorretinitis no especificada ojo izquierdo
Uveitis posterior	Otras coriorretinitis
Uveitis posterior bilateral	Otras coriorretinitis bilateral
Uveitis posterior ojo derecho	Otras coriorretinitis ojo derecho
Uveitis posterior ojo izquierdo	Otras coriorretinitis ojo izquierdo
Pars Planitis	
Pars Planitis bilateral	
Pars Planitis ojo derecho	
Pars Planitis ojo izquierdo	

Posteriormente se revisaron los expedientes para capturar los diagnósticos exactos, así como las características demográficas del Universo de pacientes.

Criterios de Inclusión

Pacientes del Instituto Nacional de Rehabilitación del Servicio de Oftalmología, con diagnóstico clínico o por análisis de laboratorio de inflamación intraocular.

Criterios de Exclusión

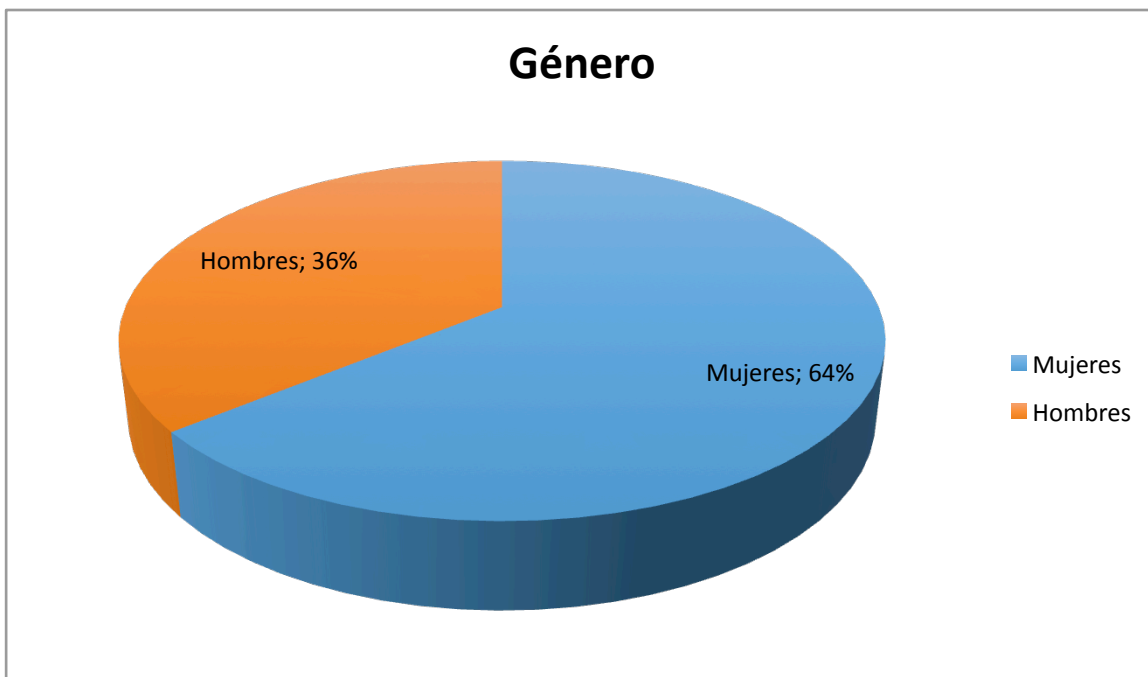
Pacientes que a pesar de aparecer en la búsqueda se descarte inflamación intraocular.

Pacientes que no hayan ingresado al servicio de Oftalmología del Instituto Nacional de Rehabilitación

RESULTADOS

En el período comprendido de 1° de Marzo del 2011, al 29 de Febrero del 2016 se dieron un total de consulta de primera vez de 5,177, y nosotros encontramos un total de 103 pacientes con enfermedades inflamatorias intraoculares que fueron atendidos en el Servicio de Oftalmología del Instituto Nacional de Rehabilitación a causa ó consecuencia de una enfermedad inflamatoria intraocular, resultando en 1.9% de la población total.

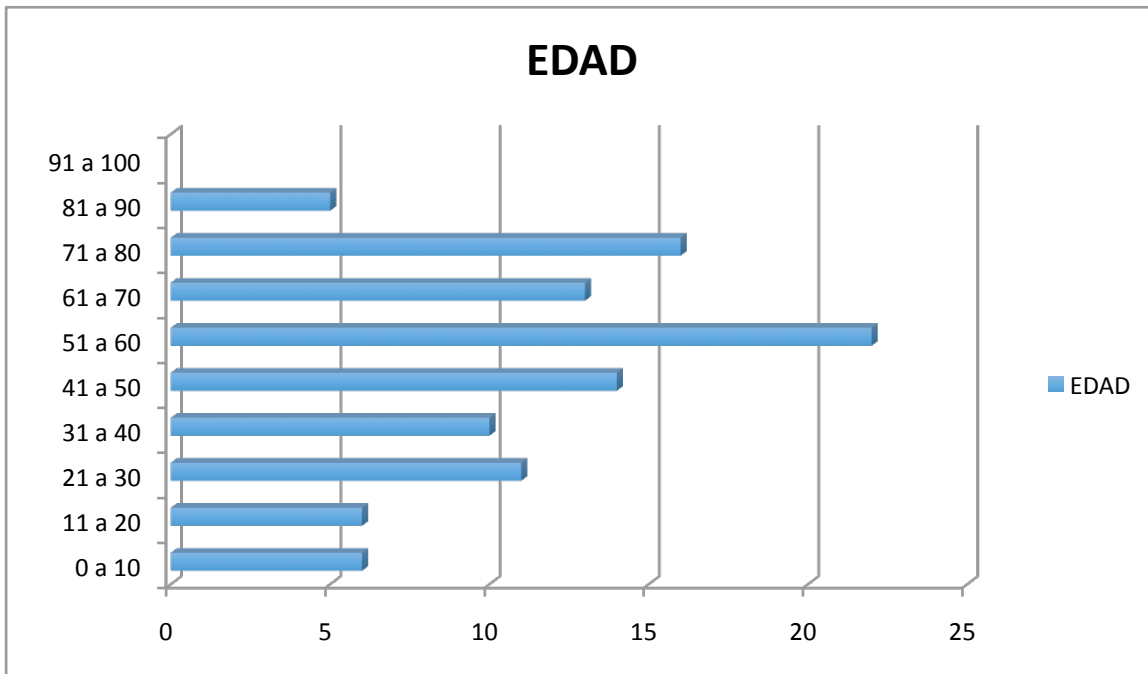
La distribución de la población por género fue de 37 Hombres y 66 Mujeres de un total de 103 pacientes. Como lo observamos en la Gráfica 1.



Gráfica 1. Tabla de distribución de la población por género de los pacientes con uveítis del Instituto Nacional de Rehabilitación.

En cuanto a la edad, el paciente de menor edad fue de 4 años, con diagnóstico de Uveítis Anterior asociada a Artritis Reumatoide Juvenil. El paciente de mayor edad fue un paciente de 87 años de edad, con diagnóstico de Uveítis Anterior, de origen idiopático. El promedio de edad fue de 49.41 años como lo podemos observar en la Gráfica 2.

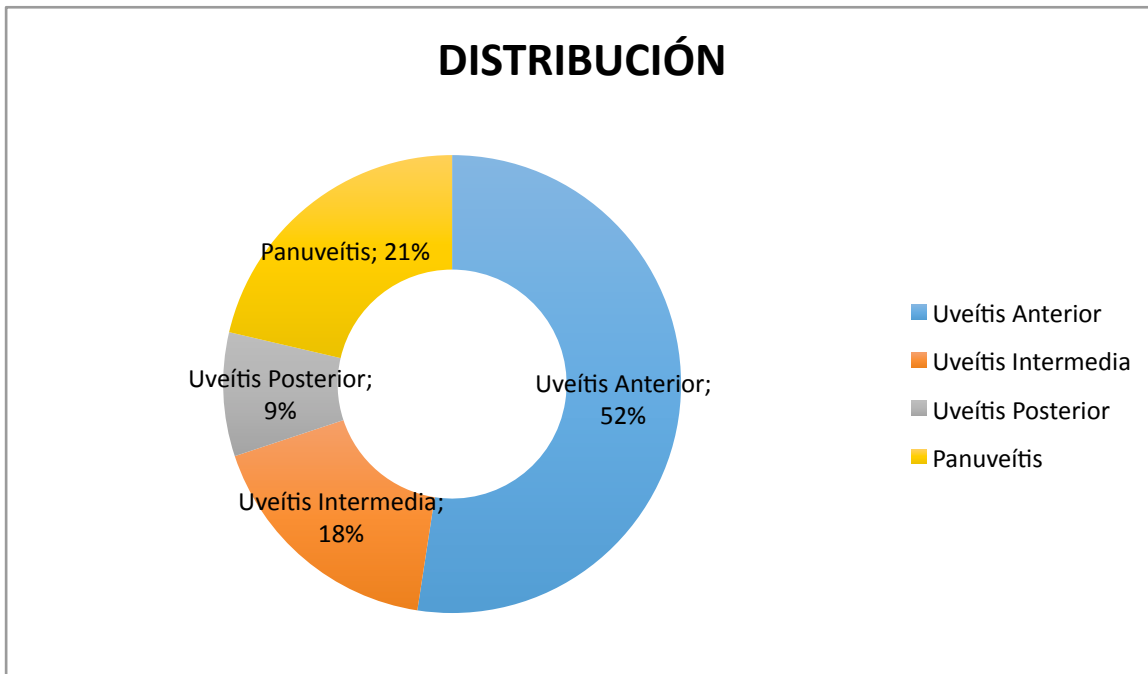
Cabe destacar que 9 pacientes (8.7%) eran menores de 18 años y 38 pacientes (36%) eran mayores de 60 años.



Gráfica 2. Distribución de la población con uveítis en el Instituto Nacional de Rehabilitación por edad

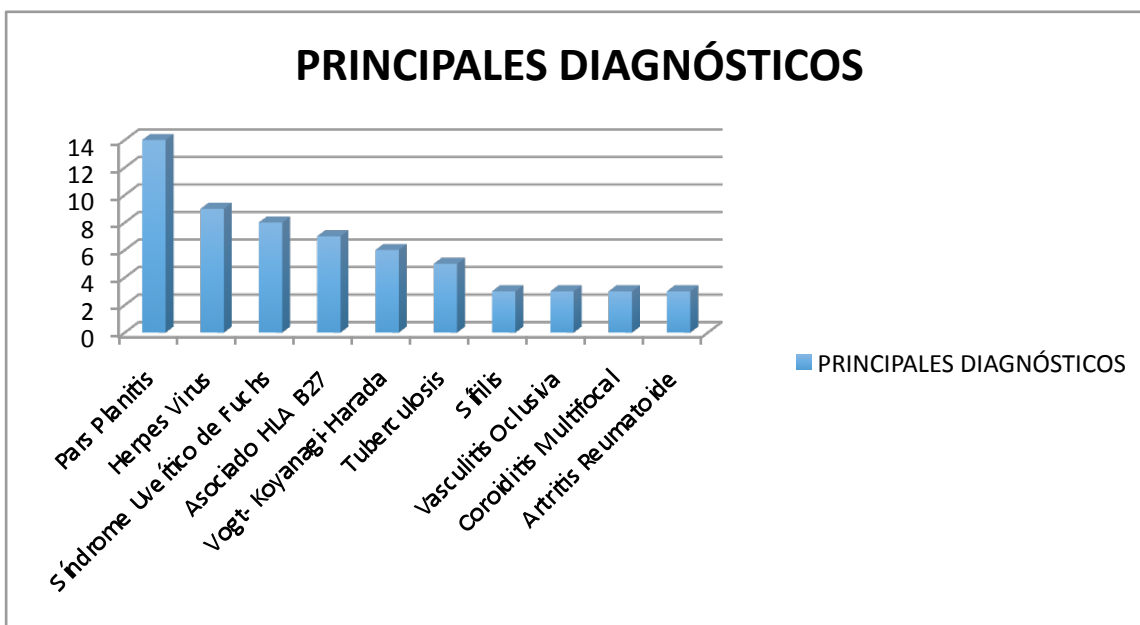
De acuerdo a la clasificación anatómica de SUN¹⁰, la cual divide a las Uveítis en Anterior, Intermedia, Posterior y Panuveítis encontramos cincuenta y cuatro pacientes (54%) que cursaron con Uveítis Anterior, dieciocho pacientes (18%) con Uveítis Intermedia, nueve pacientes (9%) con Uveítis Posterior y veintidos pacientes (21%) con Panuveítis. (Gráfica 3).

¹⁰ The Standardization of Uveitis Nomenclature (SUN) Working Group. Standardization of uveitis nomenclature for reporting clinical data. Results of the First International Workshop. Am J Ophthalmol 2005; 140(3):509-516



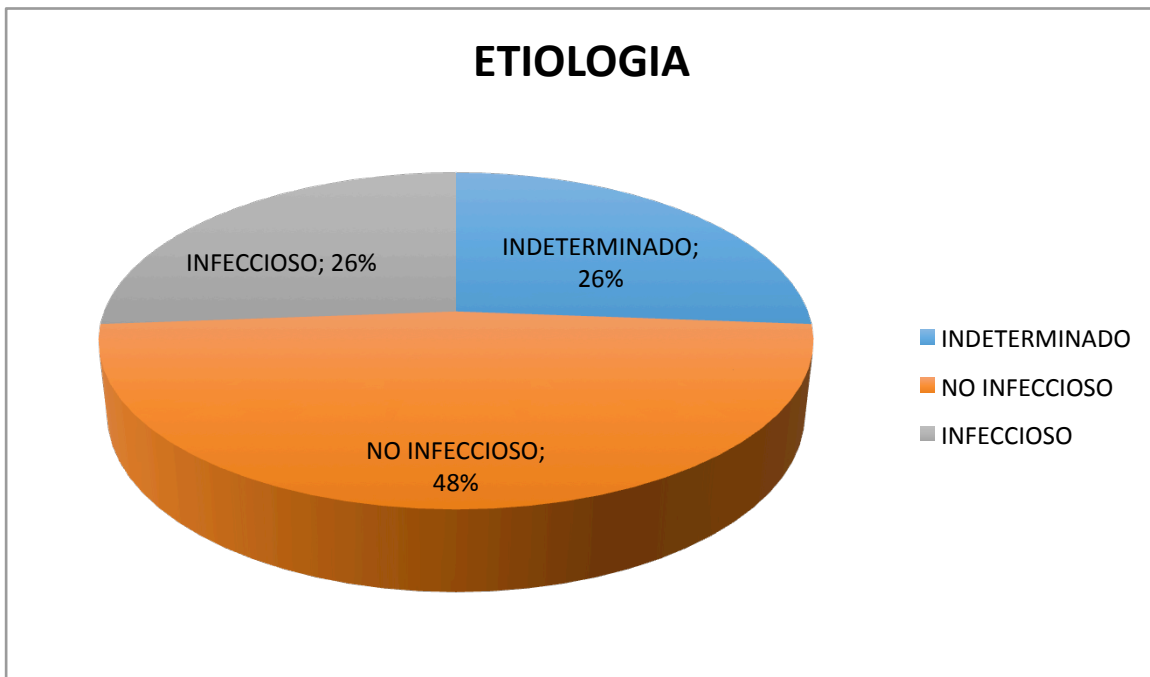
Grafica 3 . Frecuencia de la uveítis de acuerdo a clasificación anatómica (Referencia) en el Instituto Nacional de Rehabilitación.

Los 10 principales diagnósticos etiológicos fueron en orden descendente: Pars Planitis, Herpes Virus, Síndrome Uveítico de Fuchs, Asociados a HLA B27, Vogt – Koyanagi – Harada, Tuberculosis, Sífilis, Vasculitis Oclusiva, Coroiditis multifocal y Artritis Reumatoide, como se muestra en la siguiente gráficas. (Gráfica 4).



Gráfica 4. Principales diagnósticos etiológicos encontrados en el estudio.

Los diagnósticos observados en nuestra población se dividen en causas infecciosas y no infecciosas, fueron un total de 19 diagnósticos diferentes (tabla 3), 8 de etiología infecciosa, 11 de etiología inflamatoria-inmunológica y el resto de etiología indeterminada o idiopática, como se puede observar en la gráfica 5. Los diagnósticos específicos se observan en la tabla1 más adelante..



Gráfica 5. Distribución de los pacientes con uveítis de acuerdo a causa infecciosa, no infecciosa o indeterminada.

De las patologías indeterminadas, que fueron un total de 27, 20 fueron uveítis anteriores, 2 uveítis intermedias, 2 uveítis posteriores y 3 panuveítis. Existen diferentes razones por las cuales no se encontró alguna etiología, las principales fueron la pérdida de pacientes, los cuales no regresaban una vez solicitados los estudios, y la otra principal fue la resolución del cuadro con tratamiento tópico y con los estudios iniciales dentro de los parámetros normales.

Tabla 3 . Diagnósticos de los pacientes con uveítis en el INR de 1 de marzo de 2011 al 29 de febrero de 2016 por etiología.

ETIOLOGÍA		
INFECCIOSAS	NO INFECCIOSAS	INDETERMINADO
QUERATOUVEITIS HERPETICA	UVEITIS ANTERIOR RELACIONADA CON HLA B27	
TOXOPLASMOSIS	SÍNDROME UVEÍTICO DE FUCHS	
TUBERCULOSIS (MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS)	PARS PLANITIS	
LEPRA (MYCOBACTERIUM LEPRAE)	VOGT-KOYANAGI- HARADA	
SÍFILIS	VASCULITIS OCLUSIVAS	
ENDOFTALMITIS AGUDA	COROIDITIS MULTIFOCAL	
ENDOFTALMITIS CRÓNICA	ESPONDILITIS ANQUILOSANTE	
VIH (PORN)	IRIDOCICLITIS TRAUMÁTICA	
	ARTRITIS REUMATOIDE	
	OFTALMIA SIMPÁTICA	
	POLIANGEITIS GRANULOMATOSA	

Dentro de los pacientes con uveítis de etiología infecciosa se encontraron 9 pacientes por herpes virus, 5 por tuberculosis, 3 por sífilis, 3 por toxoplasmosis, 2 pacientes con endoftalmitis aguda, 2 pacientes con endoftalmitis crónica, 2 pacientes con VIH, de los cuales uno de ellos desarrolló necrosis retiniana externa progresiva (PORN) y 1 paciente con lepra, como se muestra en la gráfica 6.

Los pacientes con herpes recibieron tratamiento tópico y sistémico para la resolución del cuadro. Los pacientes con Tuberculosis fueron enviados a Infectología, en donde se les realizaron estudios complementarios para determinar el foco infeccioso y actividad sistémica de la enfermedad, así como el tratamiento antifímico correspondiente.

El paciente con Lepra fue tratado en el servicio de Infectología y Dermatología en el Hospital General de México.

Los pacientes con endoftalmitis aguda fueron tratados con antibióticos intravítreos y uno fue sometido a vitrectomía vía pars plana, enviado muestra a cultivo, en el cual no desarrolló crecimiento por falta de muestra.

Los pacientes con sífilis recibieron tratamiento sistémico para patología de base.

De los 2 pacientes con VIH, uno desarrolló Necrosis Retiniana Externa Progresiva como presentación inicial de la enfermedad sistémica, con lo cual posteriormente se estableció el diagnóstico de VIH, fue tratado en el Instituto Nacional de Nutrición y Ciencias Médicas Salvador Zubirán (INNCMSZ) con terapia antirretroviral altamente activa (HAART) y ganciclovir intravítreo por parte del Servicio de Oftalmología de esta Institución.

Los dos pacientes con endoftalmitis crónica eran pacientes pseudofacos, los cuales también fueron sometidos a vitrectomía vía pars plana, con toma de muestra de humor acuoso y vítreo que no desarrollo crecimiento por muestra insuficiente.

Cabe mencionar que uno de los pacientes con diagnóstico de uveítis asociada a HLA B27+ presentó uveítis anterior granulomatosa con coroiditis multifocal y PPD positivo, fue revisado por infectología y se estableció el diagnóstico de tuberculosis ocular sin focos pulmonar, ni renal. Este es un ejemplo de la importancia de estudiar a los pacientes de manera sistemática y exhaustiva.

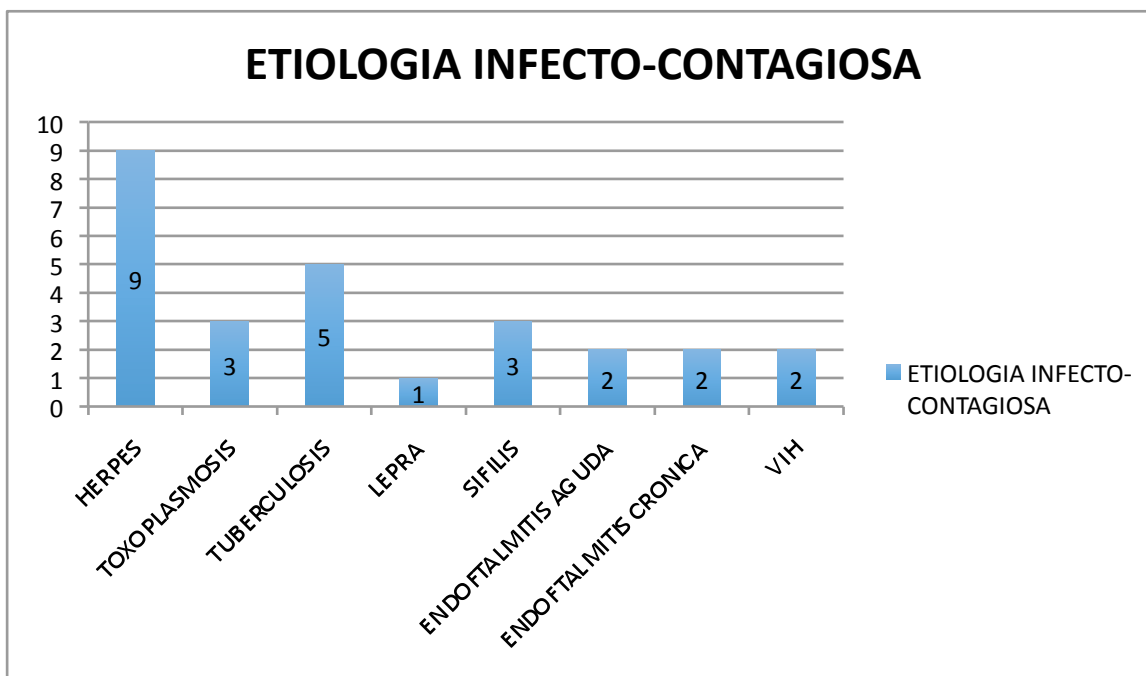


Gráfico 6. Representación gráfica de los pacientes con uveítis de etiología infecto-contagiosa.

Dentro de los pacientes con Uveítis de etiología inflamatoria – inmunológica. La principal fue Pars planitis con 14 pacientes, seguido del Síndrome Uveítico de Fuchs con 8 pacientes, después los relacionados con HLA B27 positivo fueron 7 pacientes, 6 pacientes con síndrome de Vogt-Koyanaki-Harada, 3 con vasculítis oclusiva, 3 con artritis reumatoide, 3 con coroiditis multifocal, 2 con uveítis relacionadas con espondilis anquilosante, 1 iridociclítis traumática, 1 oftalmía simpática y por último 1 paciente con poliangeítis granulomatosa, como se muestra en la gráfica 7.

De los pacientes con Pars Planitis, eran 7 pacientes menores de 18 años, y 7 mayores de 18 años. De los 3 pacientes con artritis reumatoide, 1 paciente era un paciente de 4 años de edad, el cual se envió a valoración solicitandola el servicio de Reumatología del Instituto, ya que padecía de ojo rojo crónico. Se estableció el diagnóstico de Uveítis Anterior relacionado a Artritis Reumatoide Juvenil.

De los pacientes con vasculítis oclusivas, 3 resultaron con C-ANCAS + por lo que se estableció diagnóstico de vasculitis ocular asociada a ANCA's positivos, sin poder establecer el diagnóstico de asociación sistémica debido a que no completaron sus estudios y no acudieron a todas sus citas.

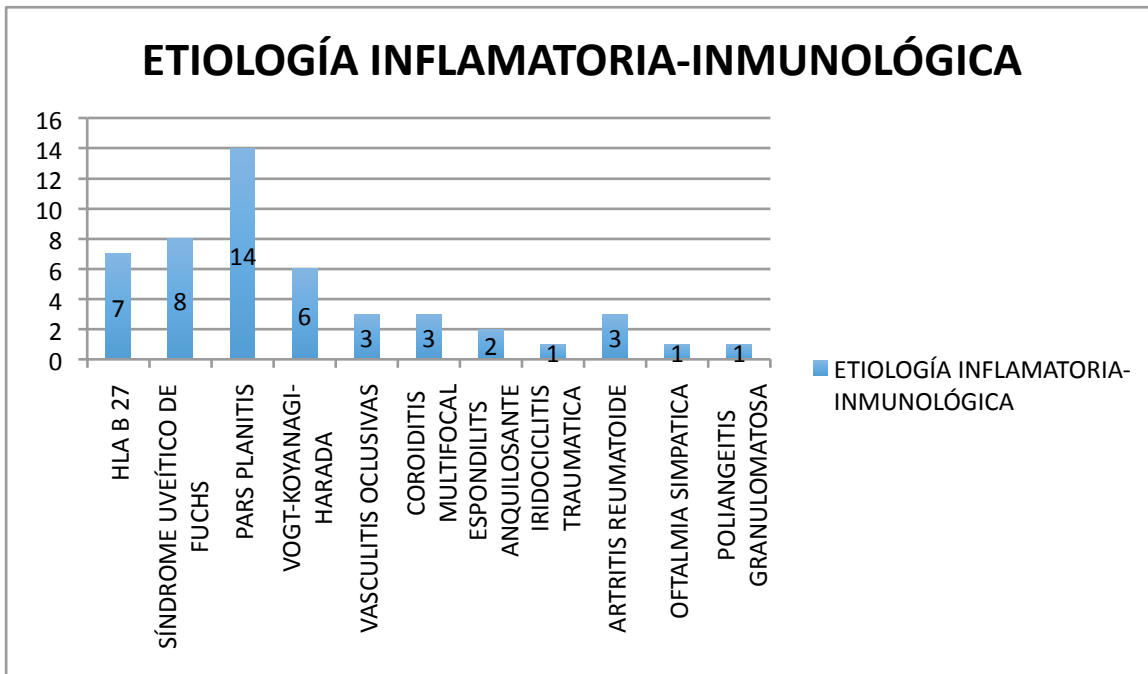


Gráfico 7. Representación gráfica de los pacientes con uveítis de etiología inmunológica.

DISCUSIÓN

En este período se dieron un total de consulta de primera vez de 5,177, y nosotros encontramos un total de 103 pacientes con enfermedades inflamatorias intraoculares, resultando en 1.9% de la población total. En comparación con un estudio en una población abierta¹¹, se encontró una una incidencia del 0.8%, lo que es mayor a la casuística reportada en este Instituto, esto puede deberse a que el INR es centro de referencia para patologías oculares.

La mayoría de los padecimientos fueron unilaterales, y la mayoría se asociaban a enfermedades sistémicas.

Esta casuística es muy similar a la reportada por la Dra. Ortega en este mismo Instituto del 2007 al 2009, pero hay que mencionar que la metodología es diferente y el número de pacientes que acudena a consulta de Primera Vez al Instituto ha ido cambiando a lo largo del tiempo.

A continuación podemos mostrar una tabla (Tabla 4) donde hacemos una comparación con otros estudios en diferentes poblaciones.

¹¹ Rathinam SR, Namperumalsamy P. Global variation and patterns changes in epidemiology of uveitis. Indian J Ophthalmol 2007M; 55(3):173-83

Tabla 4. Características de los pacientes con uveítis y su etiología en diferentes centros de referencia^{12 13 14 15}

AUTOR	YANG	CAKAR	HURTADO	RATHINAM	SOLORZANO
AÑO	2015	2013	2014	2007	2016
PAÍS	CHINA/ HENGLI	TURQUÍA / ANKARA	ARGENTINA / BUENOS AIRES	NORTE DE LA INDIA / MADURAI	MEXICO / CD MX
ESTUDIO	2008 – 2011	1990 – 2010	2006 – 2012	1996 – 2001	2011 - 2016
MUJER/HOMBRE	65/134	430 / 598	208 / 123	3308 / 5451	66 / 37
EDAD PROMEDIO	41.0	36.23		36.5	49.41
UVEÍTIS ANTERIOR	103 (51.8%)	432 (42%)	33.4%	5028 (57.4%)	54 (54%)
UVEÍTIS INTERMEDIA	2 (1.0%)	86 (8.4%)	8.2%	834 (9.5%)	18 (18%)
UVEÍTIS POSTERIOR	29 (14.6%)	256 (24.9%)	28%	932 (10.6%)	9 (9%)
PANUVEÍTIS	65 (32.7%)	254 (24.7%)	30.4%	1965 (22.4%)	22 (21%)
INFECCIOSAS	15 (7.5%)	144 (14.0%)	126 (37%)	2670 (30.5%)	27 (26%)
NO INFECCIOSAS	83 (41.7%)	620 (60.3%)	214 (63%)	2180 (24.9%)	49 (48%)
DESCONOCIDA	101 (50.8%)	264 (25.7%)	-	3909 (44.6%)	27 (26%)
TOTAL	199	1028	341	8759	103

¹² Rathinam SR, Namperumalsamy P. Global variation and pattern changes in epidemiology of uveitis. Indian J Ophthalmol. 2007;55:173-83.

¹³ Cakar M. Yazici A. Epidemiology of uveitis in a referral hospital in Turkey. Turkish Journal of Medical Science. 2014; 44:337-342

¹⁴ Zheng Y. Zhang L. Clinical patterns and characteristics of uveitis in a secondary hospital in southern China. Int J Ophthalmol, Vol 8. No. 2, Apr 18, 2015.

¹⁵ Hurtado E. Lopez M. Epidemiological study of patients with uveitis in Buenos Aires, Argentina. Investigative Ophthalmology & Visual Science April 2014, Vol.55, 685.

Cabe mencionar que gran parte del tiempo en el que se realizó este estudio, el Insituto daba cabida al Programa Nacional de Cataratas, por lo que la proporción de pacientes con Enfermedades Inflammatorias Intraoculares es reducida, siendo captada escasamente por consulta de Primera vez, para ser luego revisado por un Médico Oftalmólogo Especialista, otra parte es referida de los otros servicios del Insituto de su población cautiva, tanto de enfermedades ortopédicas crónicas como de enfermedades del aparato fonoauricular; y otra parte es del universo de pacientes de Oftalmología, los cuales reciben atención por alguna otra patología, ya se por Cirugía de Catarata ó Segmento Anterior, Glaucoma o Retina y Vítreo, y desarrollaron una enfermedad inflamatoria intraocular a lo largo del tiempo.

También podemos observar un porcentaje alto de pacientes con Síndrome Uveítico de Fuchs, esto se puede explicar debido a que el hospital al ser un centro de referencia para cirugía de Catarata, muchos de estos pacientes acudían con catarata y se establecía el diagnóstico de Fuchs.

Una limitación del estudio, es la pérdida de pacientes, o la no captación de los mismo para el estudio por errores al no colocar uno de los diagnóstico previos, utilizados en los métodos y por lo tanto no aparecer al momento de la búsqueda del Sistema Automatizado de Información Hospitalaria, por lo que proponemos se agreguen los siguientes diagnósticos al SAIH: uveítis anterior en estudio, uveítis anterior, uveítis anterior asociada a HLAB27 positivo, uveítis asociada a HLAB27 positivo, uveítis intermedia, uveítis idiopática, coroiditis multifocal, endoftalmitis aguda, endoftalmitis crónica, panuveítis asociada a tuberculosis, uveítis asociada a Sífilis, uveítis asociada a Toxoplasmosis, Vogt-Koyanagi-Harada, Síndrome uveítico de Fuchs, oftalmía simpática, retinitis hemorrágicas, necrosis retiniana externa progresiva, necrosis retiniana aguda.

Además agregar otras causas como: coroiditis, síndrome de puntos blancos evanescentes, panuveítis en estudio,

En este estudio no incluimos enfermedades extrauveales o de superficie, ya que únicamente se enfocaba en enfermedades intraoculares.

Este estudio no estaba enfocada a valorar factores de riesgo para disminución de la visión o ceguera legal, pero sirve como base para llevar a cabo otros estudios, ya que las enfermedades inflamatorias intraoculares son poco frecuentes pero muy agresivas, y el retraso en el diagnóstico, la falta de apego al tratamiento y la terapèutica errónea son factores de riesgo asociados para desarrollar ceguera legal irreversible y con esto afectar en gran medida disminuye la calidad de vida de los pacientes.

CONCLUSIONES

El 64% de la población eran Mujeres (2/3 de la población total del estudio), la edad promedio fue de 49.1 años, pero siempre hay que tomar en cuenta la distribución de la población, la mayoría siendo mayor de 18 años.

En la mayoría de los estudios, incluyendo el actual, la Uveítis Anterior fue la uveítis más frecuente siendo del 54%, pero la etiología principal fue diferente en los diferentes estudios, proporción comparable con otros estudios.

Las causas no infecciosas fueron las más frecuentes (48%), seguidas de las infecciosas y las uveítis de causa desconocida, proporción también comparable con otras poblaciones, siendo estas últimas las más frecuentes en China e India.

Evaluar a los pacientes de forma integral siempre es importante, aún cuando la inflamación intraocular se resuelve, ya que las enfermedades sistémicas asociadas pueden tener una alta morbilidad la cual podría ser tratada de manera temprana, tal como la Tuberculosis, Sífilis por decir algunos ejemplos.

Siempre es necesario tener una constante actualización de los Sistemas de Información Hospitalaria para poder recolectar en un futuro más información y poder enriquecer nuestros datos epidemiológicos para establecer acciones terapéuticas y en un futuro preventivas, de acuerdo a la población en estudio.

AGRADECIMIENTOS

Principalmente a mi madre que gracias a sus enseñanzas, su ejemplo y su respaldo he podido llegar a este punto

A mis hermanos Juan José y Francisco

A mi hijo Christopher Solórzano Albarrán que es el que más me ha motivado a seguir adelante por sobre cualquier adversidad

A mi amigo el Dr. Luis Manuel Uribe Castro

Al Dr. Everardo Barojas Weber por darme la oportunidad de pertenecer a tan importante grupo y ser un ejemplo para mi.

Dra. Francisca Dominguez Dueñas por todos sus consejos así como su apoyo a lo largo de mi formación académica

Dra. Adriana Solís Vivanco

Dra. Martha Cinthia Fuentes Cataño

Dr. Juan Carlos Carrera Sánchez

Dr. Mario Mondragon López

Dr. Francisco Javier Murillo González

Dra. Elizabeth Mundo Fernández

Dra. Ivonne Vázquez Montiel

Dra. Verónica Leyva González

Dra. Claudia Cortés

Dra. Sara Plazola

Dra. Claudia Recillas Gispert

Dra. Diana de los Ríos

Dra. Alejandra Juárez

A todos mis compañeros.

BIBLIOGRAFIA

1. The Standardization of Uveitis Nomenclature (SUN) Working Group. Standardization of uveitis nomenclature for reporting clinical data. Results of the First International Workshop. *Am J Ophthalmol* 2005; 140(3):509-516
2. Nussenblatt RB. The natural history of uveitis. *Int Ophthalmol* 1990;14:303-8
3. Darrell RW, Wagener HP, Kurland LT. Epidemiology of uveitis: incidence and prevalence in a small urban community. *Arch Ophthalmol* 1962;68:502-14
4. Gritz D, Wong I. Incidence and Prevalence of Uveitis in Northern California. *Ophthalmology* Vol 111;3:491-500, march 2004.
5. Ortega-Larrocea G. Vizcaíno-López G. Prevalencia de las enfermedades inflamatorias oculares. *Revista Mexicana de Oftalmología* 2010;84(3):153-158
6. Yang P, Zhang Z, Zhou H, et al. Clinical patterns and characteristics of uveitis in a tertiary center for uveitis in China. *Curr Eye Res.* 2005;30:943-8.
7. Sengun A, Karadag R, Karakurt A, et al. Causes of uveitis in a referral hospital in Ankara, Turkey. *Ocul Immunol Inflamm.* 2005;13:45-50.
8. Rathinam SR, Namperumalsamy P. Global variation and patterns changes in epidemiology of uveitis. *Indian J Ophthalmol* 2007M; 55(3):173-83
9. Cakar M. Yazici A. Epidemiology of uveitis in a referral hospital in Turkey. *Turkish Journal of Medical Science.* 2014; 44:337-342
10. Zheng Y. Zhang L. Clinical patterns and characteristics of uveitis in a secondary hospital in southern China. *Int J Ophthalmol*, Vol 8. No. 2, Apr 18, 2015.
11. Hurtado E. Lopez M. Epidemiological study of patients with uveitis in Buenos Aires, Argentina. *Investigative Ophthalmology & Visual Science* April 2014, Vol.55, 685