



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**CENTRO MEDICO NACIONAL 20 DE
NOVIEMBRE ISSSTE**

**INCIDENCIA DE LAS UVEÍTIS EN UN CENTRO DE
REFERENCIA NACIONAL**

Clave de registro:

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

CIRUJANO OFTALMÓLOGO

PRESENTA

DR. JOSE ANTONIO GARCIA ESPONDA

DIRECTOR DE TESIS: DR. LUIS PORFIRIO OROZCO GOMEZ

CD.MX., FEBRERO 2019



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.

**INCIDENCIA DE LAS UVEÍTIS EN UN CENTRO DE
REFERENCIA NACIONAL**

DR. LUIS PORFIRIO OROZCO GOMEZ
JEFE DEL SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA
TUTOR Y ASESOR DE TESIS
CENTRO MEDICO NACIONAL
20 DE NOVIEMBRE ISSSTE

DR. JOSE ANTONIO GARCIA ESPONDA
MÉDICO RESIDENTE
SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA
CENTRO MEDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE

AGRADECIMIENTOS

A mi padres por ser ejemplo de vida, fortaleza, lucha y amor por lo que hago, le dedico todo mi esfuerzo por su ayuda, cuidado y bendiciones esperando que este logro sea un orgullo más para ellos

A Fernanda por todo el apoyo y amor incondicional, mi fuente de tranquilidad y motivación para seguir adelante.

A mis maestros que gracias a su interés, dedicación y enseñanza hoy y siempre me sentiré afortunada y orgullosa de haberme formado en este hospital.

Y finalmente a mi tutor por toda su paciencia, orientación, ayuda incondicional y amistad.

ÍNDICE

RESUMEN	5
ANTECEDENTES	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
JUSTIFICACIÓN	8
OBJETIVOS	8
METODOLOGÍA	9
RESULTADOS	13
DISCUSIÓN	15
CONCLUSIÓN	16
REFERENCIAS	17
ANEXOS	18

RESUMEN

Objetivo Conocer la incidencia de uveítis, en pacientes atendidos por primera vez en el servicio de oftalmología en un periodo de 5 años.

Metodos Estudio retrospectivo, transversal, observacional y descriptivo, de 1309 expedientes incluyendo a todos los pacientes con diagnóstico de uveítis. Excluyendo a todos los pacientes con expediente clínico incompleto Clasificamos la enfermedad según lo descrito por *Internacional Uveitis Study Group*.

Resultados se encontró por genero 587 masculinos (44.91 %) y 722 femeninos (55.00 %) en cuanto a su evolución 438 con uveítis crónica (33.46 %) , 568 con uveítis aguda (43.39 %) y 166 con uveítis recurrente (12.68 %); patrón inflamatorio 488 con uveítis granulomatosa (37.28%) y 656 con uveítis no granulomatosa (50.11%). Afección ocular 423 pacientes afección bilateral (32.41%) y 882 afección unilateral (67.58%); diagnóstico anatómico uveítis anterior 644 casos (49.34%), uveítis posterior 358 casos (27.43%), uveítis intermedia 201 casos (15.40%) y panuveítis 102 casos (7.81%).

Conclusión Se debe capacitar al residente de oftalmología y al oftalmólogo general para poder llevar a cabo un diagnostico secuenciado tal y como se describe en la clasificación internacional con la finalidad seguir avanzando en cuanto al diagnostico oportuno y el manejo terapéutico que necesitan estas patologías

Palabras claves: Uveitis, Inflamación Ocular.

ANTECEDENTES

El término uveítis se refiere a la inflamación de iris, coroides cuerpo ciliar, la capa vascular media del ojo, la cual puede o no involucrar estructuras intraoculares adyacentes, es la causa más común de enfermedades inflamatorias en el globo ocular y una importante causa de ceguera alrededor del mundo. Se ha demostrado que la uveítis es la causa del 2.8% - 10% de todos los casos de ceguera, por ello representa un reto para el oftalmólogo general y para el especialista en úvea. Se estima que la prevalencia de las uveítis se encuentra entre 40 a 400 individuos por cada 100,000 (1-2, 4-5)

Las causas que pueden producir una inflamación en la úvea y partes adyacentes pueden variar desde infecciones, enfermedades sistémicas, procesos autoinmunes inespecíficos, trauma y neoplasias oculares primarias o secundarias. (5)

Previamente, el *International Uveitis Study Group* proponía un sistema de clasificación clínico basado en criterios etiológicos y en asociación con enfermedades sistémicas con lo que las uveítis se clasificaban en infecciosas, no infecciosas y enmascaradas, sin embargo, al no tomar en cuenta la localización anatómica de la inflamación no permitía la descripción física de la misma.

De acuerdo con el grupo de expertos que realizó la estandarización de la nomenclatura de las uveítis (*The Standardization of Uveitis Nomenclature Working Group*) éstas se clasifican de manera anatómica con una descripción categórica y una serie de esquemas para su evaluación. (5-6)

Desde el punto de vista anatómico, la uveítis puede ser anterior, intermedia, posterior o panuveítis.

- Uveítis anterior: se divide en iritis (afección predominantemente del iris), iridociclitis (afección del iris y cuerpo ciliar) y ciclitis anterior (afección del cuerpo ciliar anterior) y el sitio principal de inflamación es la cámara anterior.
- Uveítis intermedia: el sitio de afección primaria es el vítreo e incluye a la pars planitis, ciclitis posterior y hialitis.
- Uveítis posterior: puede afectarse la retina y/o la coroides, se divide clínicamente en coroiditis, retinitis, coriorretinitis y retinocoroiditis.
- Panuveítis: afectación de cámara anterior, vítreo, retina y/o coroides.

El inicio del cuadro inflamatorio puede ser *repentino* o *insidioso*. En cuanto a la duración, esta puede ser *limitada* cuando el tiempo de la enfermedad es menor a 3 meses o *persistente* cuando se prolonga más de 3 meses. En relación al curso este puede ser *agudo* cuando el inicio es repentino y tiene una duración limitada, *recurrente* cuando el episodio se repite posterior a un periodo de inactividad o *crónico* que se define como una uveítis persistente con recaídas al suspender el tratamiento en un periodo menor de 3 meses.

Con el fin de establecer una clasificación de la inflamación en la cámara anterior se ha establecido asignar 6 grados de acuerdo a la celularidad presente en un campo de 1x1mm: 0 menos de 1 célula, 0.5+ 1-5 células, 1+ 6-15 células, 2+ 16-25 células, 3+ 26-50 células, 4+ >50 células; en el caso del flare se asignaron 5 grados: 0 nada, 1+ débil, 2+ moderado (detalles claros de iris y cristalino), 3+ marcado (detalles confusos de iris y cristalino), 4+ intenso (acuoso plasmóide o fibrina).

De acuerdo a la actividad de los cuadros inflamatorios el término *inactividad* se define como un grado 0 de celularidad, *empeoramiento* como un aumento 2 veces del nivel de inflamación o incremento de 3+ a 4+, *mejoría* disminución en 2 veces del nivel de inflamación o disminución a grado 0 y *remisión* inactividad por más de 3 meses después de terminar el tratamiento. (6)

Las secuelas más comunes que se pueden presentar en casos de uveítis son: catarata, edema macular quístico, glaucoma, queratopatía en banda, opacidades vítreas, cicatrices retinianas, desprendimiento de retina, anormalidades vasculares retinianas, y atrofia óptica. (3)

Las uveítis pueden afectar personas en cualquier grupo de edad. Estudios epidemiológicos anteriores refieren que ciertas uveítis pueden afectar a ciertos grupos de edad, por ejemplo, la uveítis relacionado con la artritis idiopática juvenil, pars planitis y toxocariasis ocular son más comunes en niños, la uveítis anterior relacionada con HLA- B27 y el síndrome uveítico de Fuchs afectan predominantemente a los adultos jóvenes, el síndrome de Vogt Koyanagi Harada y la uveítis metabólica afecta adultos y los síndromes de uveítis enmascaradas como el linfoma intraocular ocurre con mayor frecuencia en pacientes de edad avanzada. (6)

El género en ocasiones es determinante, sabemos que los hombres presentan con mucho mayor frecuencia patologías como espondilitis anquilosante, síndrome de Reiter y oftalmia simpática, mientras que la artritis reumatoide, el síndrome de Vogt Koyanagi Harada es más frecuente en mujeres.

Muchas formas de uveítis son parte de procesos inflamatorios sistémicos. El cuadro inflamatorio ocular en ocasiones puede ser el único dato que nos lleve al diagnóstico de afección sistémica (como en el caso de artritis reumatoide) aunque en algunos casos las asociaciones son altamente características que no representan un reto diagnóstico (artritis idiopática juvenil).

Se debe realizar un abordaje clínico completo con el fin de lograr un diagnóstico, sin embargo en ocasiones es necesario el apoyo de estudios de laboratorio y gabinete con el fin de confirmar una sospecha diagnóstica.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México se han escrito diferentes reportes que indican la frecuencia de los diferentes tipos de uveítis de acuerdo a su clasificación anatómica mas no se ha estudiado la relación entre el sexo con la prevalencia de las uveítis, como tampoco se ha estudiado la relación con la edad.

JUSTIFICACIÓN

Existen estudios epidemiológicos en otros países donde se han encontrado cuales son las uveítis mas frecuentes. Actualmente en México existe poca información que nos indique la epidemiología de México por lo que es interesante realizar un estudio epidemiológico para saber la prevalencia de las uveítis en el país. Si se conociera la prevalencia de las uveítis tanto en México como en nuestro hospital podría permitir el desarrollo de estrategias no solo de prevención si no de un mejor tratamiento y vigilancia.

OBJETIVOS

Conocer la incidencia de uveítis, su etiología, la edad y genero, en pacientes del servicio de oftalmología de un centro de referencia nacional en los últimos 5 años.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Realizar una correlación entre variables de acuerdo al sexo y la edad
2. Realizar una correlacion entre diagnosticos y variables de edad

METODOLOGÍA

A) Tipo y diseño de la investigación.

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo en el departamento de oftalmología con diagnóstico de uveítis.

B) Población y tamaño de la muestra.

Fueron elegidos 1309 expedientes que cumplan los criterios de inclusión

C) Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Criterios de inclusión generales.

Todos los expedientes de los últimos 5 años del Departamento de Oftalmología con diagnóstico de inflamación ocular.

Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión fueron, expedientes incompletos, expedientes que no tuvieron un diagnóstico definitivo

DEFINICIÓN DE VARIABLES A EVALUAR Y FORMA DE MEDIRLA.

VARIABLES DEMOGRÁFICAS

Variables demográficas

NOMBRE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	MEDICIÓN
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Se le obtendrá del expediente clínico.	Cuantitativa	Continua	años
GÉNERO	Conjunto de seres que se caracterizan por su fenotipo siendo masculino o femenino.	Se identificará por las características fenotípicas y el expediente.	Cualitativa	Dicotómica	Hombre Mujer

VARIABLES INDEPENDIENTES

NOMBRE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	MEDICIÓN
PRESENTACION	Sistema propuesto por el <i>International Uveitis Study Group</i> , para definir la afectación en uno o ambos ojos	Se le obtendrá del expediente clínico.	Cualitativa	Dicotómica	Unilateral o bilateral
ZONA ANATOMICA	Sistema propuesto por el <i>International Uveitis Study Group</i> , describir la zona anatomica afectada.	Se obtendrá del expediente clínico.	Cualitativa	Politómica	Uveítis anterior Media posterior Panuveítis
CURSO	Sistema propuesto por el <i>International Uveitis Study Group</i> , para clasificar el episodio por el inicio y la duración	Se obtendrá del expediente clínico.	Cualitativa	Politómica	Aguda Recurrente Crónica
TIPO DE INFLAMACION	El tipo de inflamación será según su tipo de agente o sistema causal	Se obtendrá del expediente clínico.	cualitativa	Politómica	Infecciosa autoinmune traumática enmascaradas inespecíficas.

A) PROCEDIMIENTO

1. Obteniendo los datos antes mencionados se realizará una correlación estadística entre las variables dependientes con las independientes.
2. Se integraron los datos obtenidos de los expedientes valorados en una hoja de cálculo (SPSS) donde se procesaron y se integró el análisis estadístico, se obtuvieron medidas de dispersión estándar y de tendencia central.

E) CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



F) ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó un análisis estadístico descriptivo recabando los resultados obtenidos y haciendo comparación y cruce entre variables, utilizando las siguientes pruebas estadísticas no paramétricas:

- Kruskal – Wallis, la cual se emplea para comparar 3 o más grupos de rangos, y determinar la diferencia estadísticamente significativa entre ellas.

B) ASPECTOS ÉTICOS Y DE BIOSEGURIDAD

Fundamentado en el Artículo 23 del reglamento de Investigación de la Ley General de Salud, es una investigación sin riesgo para el paciente y se guardará estricta confidencialidad de los datos e identidad de los pacientes involucrados en el presente estudio de acuerdo a la normativa Institucional Vigente y las Leyes Federales que lo regulan. Los investigadores confirmamos que la revisión de los antecedentes científicos del proyecto justifican su realización, que contamos con la capacidad para llevarlo a buen término, nos comprometemos a mantener un estándar científico elevado que permita obtener información útil para la sociedad, a salvaguardar la confidencialidad de los datos personales de los participantes en el estudio, pondremos el bienestar y la seguridad de los pacientes sujetos de investigación por encima de cualquier otro objetivo, y nos conduciremos de acuerdo a los estándares éticos aceptados nacional e internacionalmente según lo establecido por la Ley General de Salud, Las Pautas Éticas Internacionales Para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos de la OMS, así como la Declaración de Helsinki.

C) RELEVANCIA Y EXPECTATIVAS

Se pretende que los resultados de este estudio arrojen información en la detección oportuna de enfermedades inflamatorias oculares en base a su edad de presentación. Se proyecta en un inicio como trabajo de tesis.

D) RECURSOS DISPONIBLES

Humanos:

Médico adscrito al servicio de Oftalmología responsable del proyecto, médico coordinador y médico Residente investigador asociados, quien llevó a cabo las actividades clínicas y metodológicas para la revisión de expedientes clínicos, análisis de resultados clínicos, así como análisis estadístico y resultados del estudio.

Materiales:

Expediente clínico de oftalmología físico y en sistema.

RESULTADOS

Se incluyeron los datos de 1309 con diagnósticos de uveítis donde se encontraron por genero 587 masculinos (44.91 %) y 722 femeninos (55.00 %) en cuanto a su evolución 438 con uveítis crónica (33.46 %) , 568 con uveítis aguda (43.39 %) y 166 con uveítis recurrente (12.68 %); patrón inflamatorio 488 con uveítis granulomatosa (37.28%) y 656 con uveítis no granulomatosa (50.11%). Afección ocular 423 pacientes afección bilateral (32.41%) y 882 afección unilateral (67.58%); diagnóstico anatómico uveítis anterior 644 casos (49.34%), uveítis posterior 358 casos (27.43%), uveítis intermedia 201 casos (15.40%) y panuveítis 102 casos (7.81%). **(véase tablas A, C, E, G, I y graficas B,D,F,H,J)**

Por grupos de edades se encontraron 108 expedientes correspondientes a pacientes de 1 a 10 años (8.3 %), 11 a 20 años 116 pacientes (8.9 %), de 21 a 30 años 201 pacientes (15.4 %), de 31 a 40 años se encontraron 231 pacientes (17.6 %), de 41 a 50 años 237 pacientes (18.1 %), de 51 a 60 años se encontraron 184 pacientes (14.1 %) de 61 a 70 años 143 pacientes (10.9 %), de 71 a 80 años se encontraron 68 pacientes (5.2%) y finalmente se encontraron 21 pacientes de entre 81 a 90 años (1.6%). **(véase tabla K Y L)**

De acuerdo al análisis hecho por rango de edades se encontró lo siguiente. En el grupo de edades de 1 a 10 años los 108 analizados 72 pacientes (66.7%) presentan pars planitis, 12 pacientes (11.1%) presentaron toxoplasmosis, 10 pacientes (10 %) presentaron toxocarías, 4 pacientes (3.7%) presentaron uveítis anterior no granulomatosa. El resto de pacientes analizados corresponden a uveítis que no cumplen un rango de frecuencia mayor al 1 % por ejemplo uveítis metabólica, uveítis congénita de leber etc. **(véase tabla M y grafica N)**

En el grupo de edades de 11 a 20 se analizaron 123 pacientes en donde se observo 44 pacientes (35 %) con diagnostico de pars planitis, 21 pacientes (17.1 %) con diagnostico de toxoplasmosis, 14 pacientes (11.4 %) con diagnostico de uveítis anterior no granulomatosa, 6 pacientes (4.9 %) que presentaron toxocarías, 4 pacientes (3.3 %) con diagnostico de Vogt Koyanagi Harada, 2 pacientes (1.6 %) los cuales presentaron queratouveitis herpética. Los otros 32 pacientes (26 %) presentaron enfermedades con frecuencia no mayor al 1%. **(véase tabla O y grafica P)**

En el siguiente grupo de edades el cual abarca de 21 a 30 años se encontró que las uveítis mas frecuentes entre 200 pacientes fueron: 47 pacientes (23.5 %) con diagnostico de toxoplasmosis, 58 pacientes (29%) presentaron uveítis anterior no granulomatosa, 11 pacientes (5.5%) presentaron Vogt Koyanagi Harada, 10 pacientes (5.0%) presentaron queratouveitis herpética, 7 pacientes (3.5%) se diagnostico con pars planitis, 4 pacientes (2.0 %) presentaron toxocarías, 3 pacientes (1.5%) presentaron uveítis anterior granulomatosa, el resto de 54 pacientes (27.0%) fueron enfermedades que no tenían una frecuencia significativa. **(véase tabla Q y grafica R)**

En el grupo pacientes de 31 a 40 años se analizaron 231 pacientes en donde se encontraron los siguientes resultados; 94 pacientes (40.7%) presentaron uveítis anterior no granulomatosa siendo la mas frecuente en este grupo de edad, 39 pacientes (16.9 %) con toxoplasmosis, 19 pacientes (8.2%) , 18 pacientes (7.8%) presentaron Vogt Koyanagi Harada, 9 pacientes (3.9 %) los cuales presentaron uveítis anterior, los 71 pacientes (30.7%) presentaron patologías con una frecuencia no significativa tales como retinitis por citomegalovirus, neuroretinitis agudas, coroiditis multifocal o oftalmia simpática etc. **(véase tabla S y grafica T)**

En los pacientes del rango de 41 a 50 años , del cual se analizaron un total de 237 expedientes se observaron las siguientes patologías. 104 pacientes (43.9 %) presentaron uveítis anterior no granulomatosa, en segundo lugar 30 pacientes (12.7 %) presentaron toxoplasmosis, , 9 pacientes (3.8%) presentaron Vogt Koyanagi Harada, 8 pacientes (3.4 %) presentaron queratouveitis herpética, 4 pacientes (1.7 %) presentaron uveítis anterior granulomatosa, el resto de los pacientes no presentaron un frecuencia significativa. **(véase tabla W y grafica X)**

En el grupo de edades de 51 a 60 años se analizaron 184 expedientes en donde se observaron las siguientes patologías mas frecuentes. 62 pacientes (33.7%) presentaron uveítis anterior no granulomatosa, 14 pacientes (7.6 %) presentaron queratouveitis herpética, 14 pacientes (7.6 %) presentaron toxoplasmosis, 6 pacientes (3.3 %) con diagnostico de Vogt Koyanagi Harada, 3 pacientes (1.6 %) presentaron uveítis anterior granulomatosa. El resto de los pacientes se les diagnostico con patología con una frecuencia no significativa. **(véase tabla Y y grafica Z)**

En el rango de 61 a 70 años se encontraron 143 expedientes donde se observo que 48 pacientes (33.6%) presento uveítis anterior no granulomatosa, 11 pacientes (7.7 %) presentaron toxoplasmosis, 9 pacientes (6.3%) presentaron queratouveitis herpética, 6 pacientes (4.2 %) presentaron Vogt Koyanagi Harada, 2 pacientes (1.4%) presentaron necrosis retiniana aguda, 2 pacientes (1.4%) presentaron uveítis anterior granulomatosa. el resto de 53 pacientes (37.0%) fueron enfermedades que no tenían un frecuencia significativa. **(Vease tabla 1 y grafica 2)**

En el grupo de edades de 71 a 80 se analizaron 68 expedientes observando lo siguiente; 14 pacientes (20.6%) presentaron uveítis anterior no granulomatosa, 5 pacientes (7.4 %) presentaron toxoplasmosis, el resto de los 48 pacientes (70.6%) presentaron diversas uveítis con un rango de frecuencia no significativo por ejemplo: Vogt Koyanagi Harada, coroiditis multifocal, queratouveitis herpética, sífilis ocular, entre otras. **(Véase tabla 3 y grafica 4)**

Por ultimo en el rango de edades de 81 a 90 años se analizaron 21 expedientes encontrando lo siguiente: 3 pacientes (14.3 %) presentaron queratouveitis herpética, 3 pacientes (14.3%) presentaron uveítis anterior no granulomatosa, el resto presento no presentaban una frecuencia significativa. **(véase tabla 5 y grafica 6)**

Se encontró que las uveítis mas comunes en los diferentes rangos de edades fueron pars planitis 125 pacientes (9.54 %), uveítis anterior no granulomatosa, con 401 pacientes (30.63%), toxoplasmosis 180 pacientes (13.75%), Vogt Koyanagi Harada con 56 pacientes (4.27 %) **(véase tabla 7 y graficas 8, 9, 10, 11)**

DISCUSIÓN

La uveítis representa un verdadero problema de salud, pues es una importante causa de morbilidad ocular y ceguera en varios países. Supone la tercera causa de ceguera en edades medias de la vida en países desarrollados y se plantea que la inflamación inicial como la persistencia de la misma y por tanto las complicaciones asociadas, son el resultado de una compleja combinación de factores genéticos, ambientales e inmunológicos. (1)

Los estudios epidemiológicos de las uveítis son importantes por el hecho de que factores demográficos como la edad, sexo, color de la piel, aspectos socioeconómicos, ocupación, hábitos de vida y origen geográfico, pueden influenciar en los mismos. La comparación de los estudios realizados en las diferentes regiones del mundo y en diferentes épocas permite establecer tendencias y especular hechos relevantes para la etiopatogenia de las uveítis. (5)

Cuando comparamos los resultados con la literatura se puede inferir que al tendencia en cuanto al orden de frecuencia es similar. El grupo de Mccannel encontraron un frecuencia de uveítis anterior (51,6%), seguido de la uveítis posterior (19,4%), panuveítis (16%), uveítis intermedia (13%) en cuanto a las uveítis intermedias si difieren ya que en el estudio se encontró mas causas de uveítis intermedia en comparación con la panuveititis (1)

En este estudio fue más frecuente la uveítis anterior, con síntomas y signos clásicos de la enfermedad: inicio brusco, agudo, con dolor, ojo rojo, fotofobia, disminución de la agudeza visual, hiperemia ciliar, precipitados queráticos finos, blanquecinos, células en el acuoso, sinequias posteriores, sensibilidad ciliar y alteraciones en la tensión ocular. Evolucionaron favorablemente con tratamiento médico, dejando pocas secuelas. No así la uveítis posterior que evolucionó más lentamente, algunas con complicaciones que dejaron secuelas irreversibles para la visión, la toxoplasmosis ocular fue la causa más frecuente de uveítis posterior en el estudio.

La toxoplasmosis ocular es la causa más frecuente de uveítis posterior de etiología conocida, caracterizada por recurrencias que conllevan a una pérdida significativa de la visión. La manifestación ocular más frecuente es la retinocoroiditis, tanto en una primoinfección como en la recidiva de una forma congénita.(9) La toxoplasmosis representa la principal etiología dentro de las uveítis posteriores en la India y en el Sur de Brasil, donde ocupa un lugar destacado en las alteraciones maculares. (3) esto concuerda con nuestro estudio ya que también en el servicio encontramos que la toxoplasmosis es una causa muy común y que conlleva a una disminución importante en la agudeza visual.

Belfort reporta la causa idiopática como principal etiología de la uveítis anterior, en 257 pacientes (68.35%), queratouveititis herpética en 34 pacientes (9.04%) e iridociclitis heterocrómica de Fuchs en 30 pacientes (7.97%); en uveítis posteriores las causas infecciosas prevalecieron siendo toxoplasmosis el diagnóstico más frecuente en 152 pacientes 56.29%, seguida por Sífilis en 10 casos 3.7% y SIDA en 9 casos 3.33%.(11), lo que coincide con nuestro estudio en donde observamos que: la mayor presentación fue una uveítis idiopática, crónica, no granulomatosa y no infecciosa en donde predominaron las uveítis anteriores y afección en el sexo femenino al igual que en otros estudios; se determinó la presencia de uveítis anteriores asociadas a HLA- B 27 en 8 % de los pacientes con uveítis anterior; los niños fueron los más afectados por uveítis intermedias idiopáticas en un promedio de 11.5%.(11)

CONCLUSIÓN

Actualmente desde que se utiliza la nomenclatura internacional se han podido clasificar a las uveítis y en base a eso proporcionar al paciente mejores tratamientos. En este estudio pudimos observar que las uveítis mas frecuentes presentan las edades de 25 y 55 años , siendo el genero femenino mas afectado. En orden de frecuencia la uveítis anterior no granulomatosa, toxoplasmosis y VKH.

Se pudo observar que las complicaciones mas frecuentes: Catarata secundaria a uveítis, Hipertensión ocular y glaucoma secundario, el edema macular cistoide y desprendimientos de retina.

Se debe capacitar al residente de oftalmología para poder llevar a cabo un diagnostico secuenciado tal y como se describe en la clasificación internacional con la finalidad seguir avanzando en cuanto al diagnostico oportuno y el manejo terapéutico que necesitan estas patologías

REFERENCIAS

1. Wakefield, Denis MD; Chang, John H Bsc. Epidemiology of Uveitis. International Ophthalmology Clinics. 2005 Spring 45 (2): 1-13.
2. Miserocchi E; Fogliato G; Modorati G; Bandello F, "Review on the worldwide epidemiology of uveitisEuropean" Journal Of Ophthalmology [Eur J Ophthalmol], ISSN: 1724-6016, 2013 Sep-Oct; Vol. 23 (5), pp. 705-17; Publisher: Wichtig Editore; PMID: 23661536,
3. Voorduin S y Col. Frecuencia y causa de uveítis en el Instituto de Oftalmología Conde de Valenciana. Revista Mexicana De Oftalmología: Julio- Agosto 2005: 79 (4):193- 196
4. Tan P; Koh YT; Wong PY; Teoh SC, Ocular Immunology And Inflammation [Ocul Immunol Inflamm], ISSN: 1744-5078, 2012 Dec; Vol. 20 (6), pp. 453-9; Publisher: Informa Healthcare; PMID: 23163773, Base de datos: MEDLINE with Full Text
5. Rao NA, Indian Journal Of Ophthalmology [Indian J Ophthalmol], ISSN: 1998-3689, 2013 Jun; Vol. 61 (6), pp. 253-4; Publisher: Medknow Publications; PMID: 23803475, Base de datos: MEDLINE with Full Text
6. The Standardization of Uveitis Nomenclature (SUN) Working Group. Perspectives: Standardization of Uveitis Nomenclature for Reporting Clinical Data. Results of the First International Workshop. JOphthalmol 2005; 140:509-516.
7. SR Rathinam, Manohar Babu. Algorithmic approach in the diagnosis of uveitis. Indian Journal of Ophthalmology 2013: 61; 255 -62.
8. Martínez Berriotxo A, et al. Aproximación diagnóstica a la uveitis. Revista Clínica Española 2012: 9; 442 – 52.
9. Commodaro A, Belfort R, Rizzo LV, Muccioli C, Silveira C, Burnier M, et al. Ocular toxoplasmosis - an update and review of the literature. Mem Inst Oswaldo Cruz Janeiro.
10. Fouces Gutiérrez Y, Galindo Reymond K, León Leal M, Díaz Valdivia H. Enfermedades inflamatorias de la úvea. MEDISAN[Internet]. 2010
11. Belfort R, Couto C, Martinez F. Distribución geográfica de la uveitis. Uveitis Sinopsis Diagnostica y Terapeutica. Ciba vision Ophthalmics Latinoamérica 1997. 31-33.

ANEXOS

TABLA A

SEXO	#
FEMENINO	722
MASCULINO	587

GRAFICA B

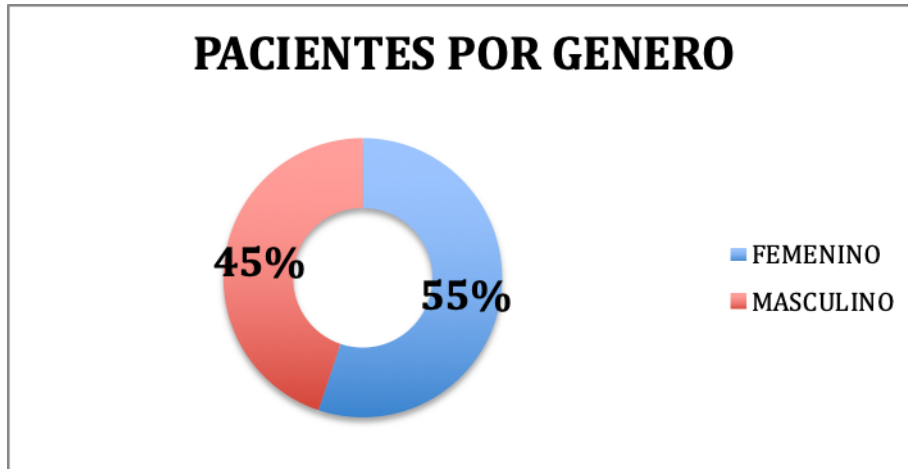


TABLA C

EVOLUCION	#	%
UVEITIS CRONICA	438	33.46%
UVEITIS AGUDA	568	43.39%
UVEITIS RECURRENTE	166	12.68%

GRAFICA D

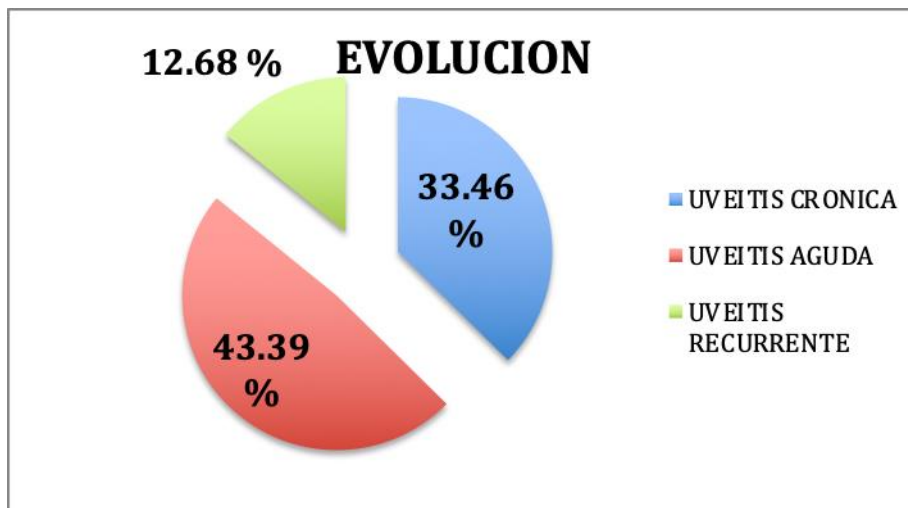


TABLA E

PATRON INFLAMATORIO	#	%
GRANULOMATOSA	488	37.28%
NO GRANULOMATOSA	656	50.11%

GRAFICA F

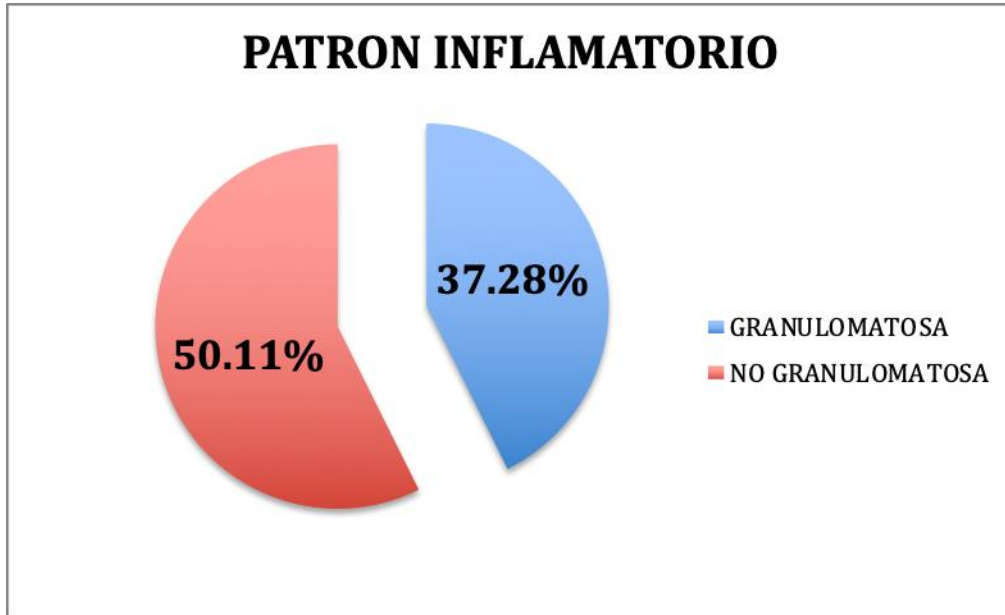


TABLA G

AFECCION OCULAR	#	%
BILATERAL	423	32.41%
UNILATERAL	882	67.59%

GRAFICA H

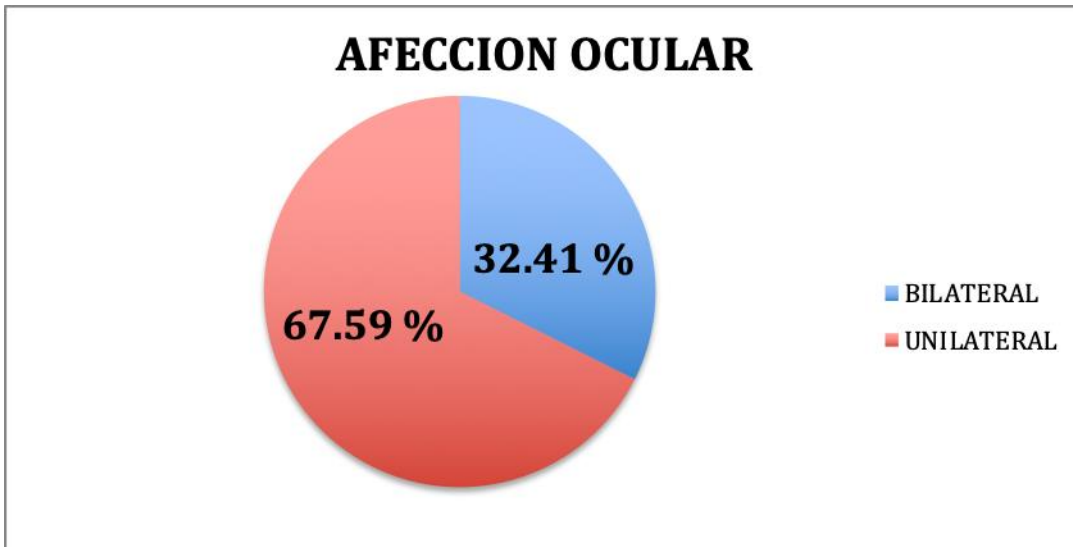


TABLA I

DIAGNOSTICO ANATOMICO	#	%
UVEITIS ANTERIOR	644	49.349%
UVEITIS POSTERIOR	358	27.433%
UVEITIS INTERMEDIA	201	15.402%
PANUVEITIS	102	7.816%

GRAFICA J

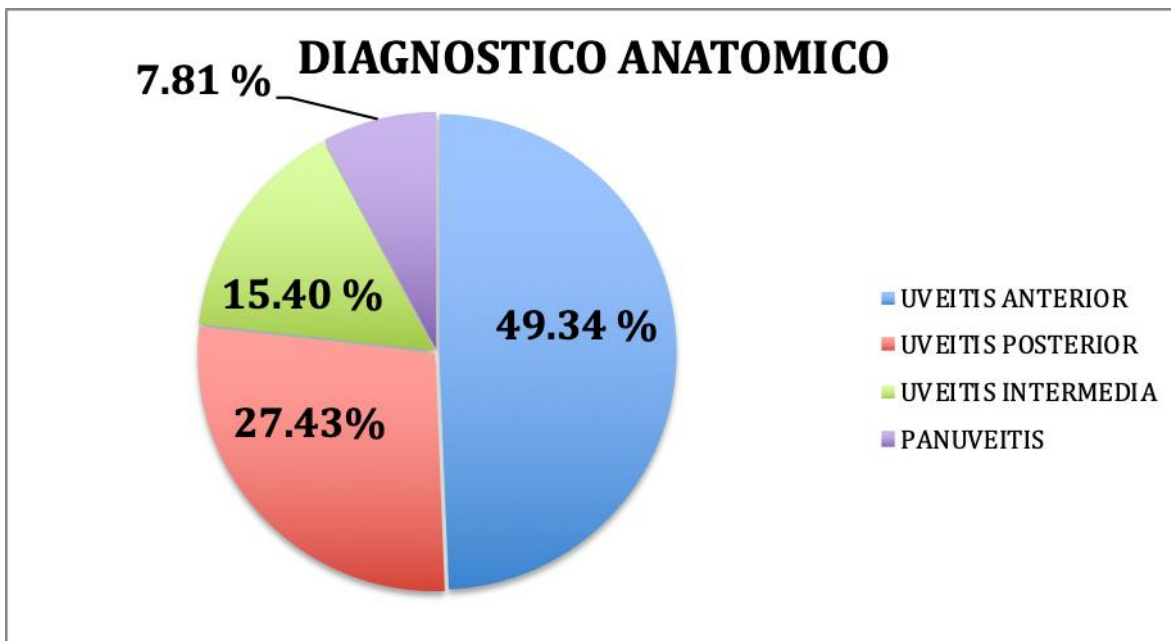


TABLA K
 TABLA DE MUESTRA TOTAL POR EDADES

EDAD	# DE PACIENTES	%
DE 0 A 10 AÑOS	108	8.3%
DE 11 A 20 AÑOS	116	8.9%
DE 21 A 30 AÑOS	201	15.4%
DE 31 A 40 AÑOS	231	17.6%
DE 41 A 50 AÑOS	237	18.1%
DE 51 A 60 AÑOS	184	14.1%
DE 61 A 70 AÑOS	143	10.9%
DE 71 A 80 AÑOS	68	5.2%
DE 81 A 90 AÑOS	21	1.6%
Total	1309	

GRAFICA L

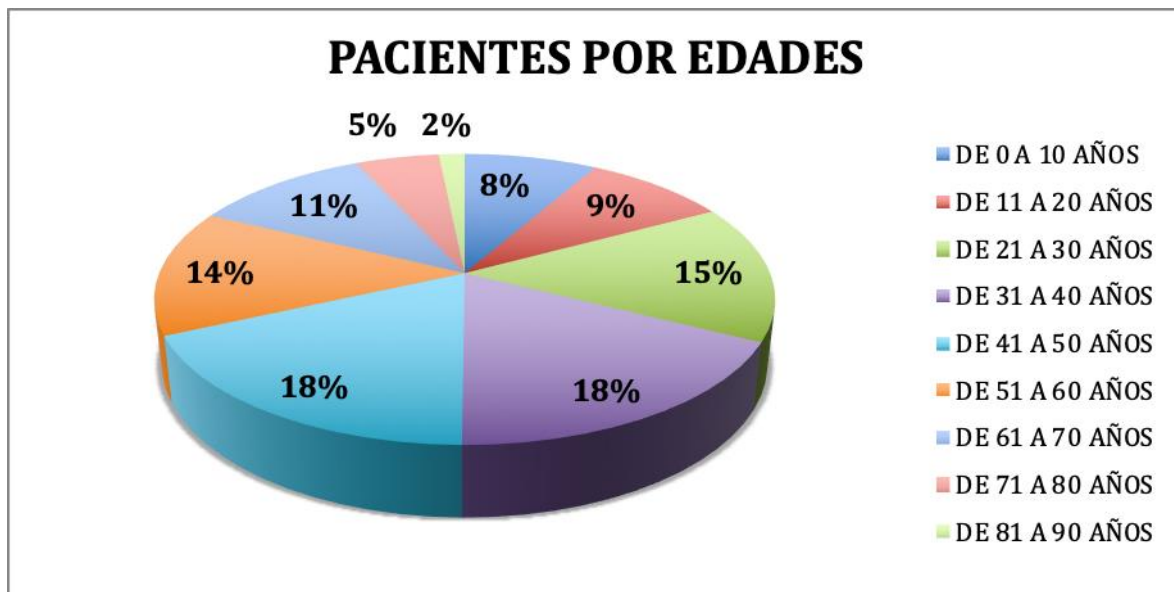


TABLA M

1 A 10 AÑOS

DIAGNOSTICO	# DE PACIENTES	%
PARSPLANITIS	72	66.7%
TOXOPLASMOSIS	12	11.1%
TOXOCARIASIS	10	9.3%
OTRAS	10	9.3%
UVEITIS ANTERIOR NO GRANULOMATOSA	4	3.7%
Total	108	

GRAFICA N

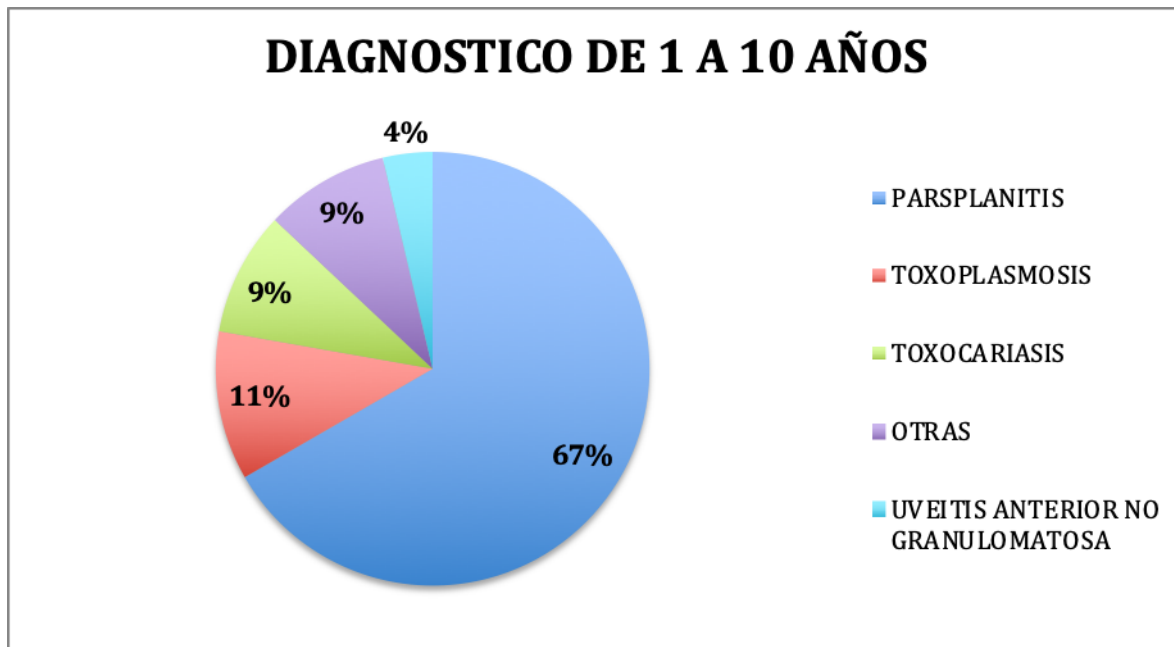


TABLA O

11 A 20 AÑOS

DIAGNOSTICO	# DE PACIENTES	%
PARSPLANITIS	44	35.8%
OTRAS	32	26.0%
TOXOPLASMOSIS	21	17.1%
UVEITIS ANTERIOR NO GRANULOMATOSA	14	11.4%
TOXOCARIASIS	6	4.9%
VKH	4	3.3%
QUERATOUVEITIS HERPETICA	2	1.6%
Total	123	

GRAFICA P

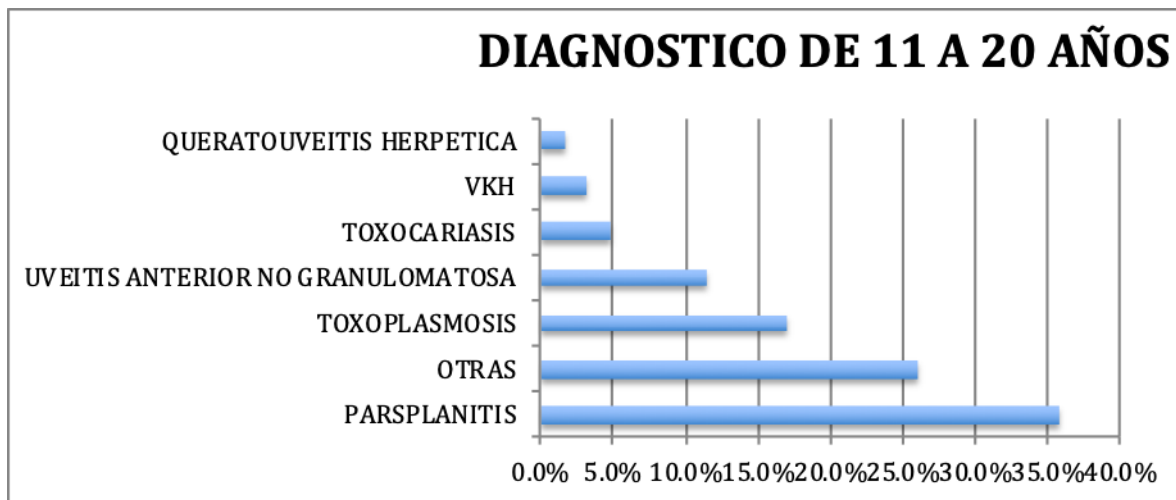


TABLA Q

21 A 30 AÑOS

DIAGNOSTICO	# DE PACIENTES	%
TOXOPLASMOSOS	47	23.5%
UVEITIS ANTERIOR NO GRANULOMATOSA	58	29.0%
VKH	11	5.5%
QUERATO UVEITIS HERPETICA	10	5.0%
PARSPLANITIS	7	3.5%
UVEITIS INTERMEDIA	6	3.0%
TOXOCARIASIS	4	2.0%
UNVEITIS ANTERIOR GRANULOMATOSA	3	1.5%
OTRAS	54	27.0%
Total	200	

GRAFICA R

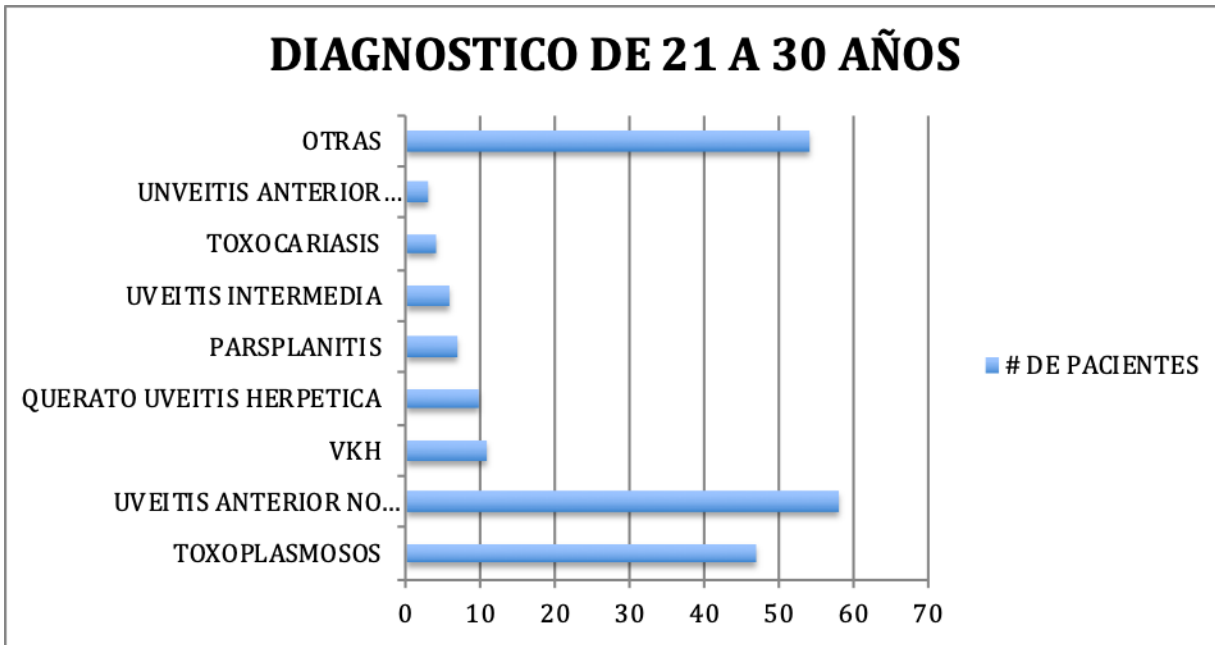


TABLA S

31 A 40 AÑOS

DIAGNOSTICO	# DE PACIENTES	Columna1
UVEITIS ANTERIOR NO GRANULOMATOSA	94	40.7%
TOXOPLASMOSIS	39	16.9%
VKH	18	7.8%
UVEITIS ANTERIOR	9	3.9%
OTRAS	71	30.7%
Total	231	

GRAFICA T

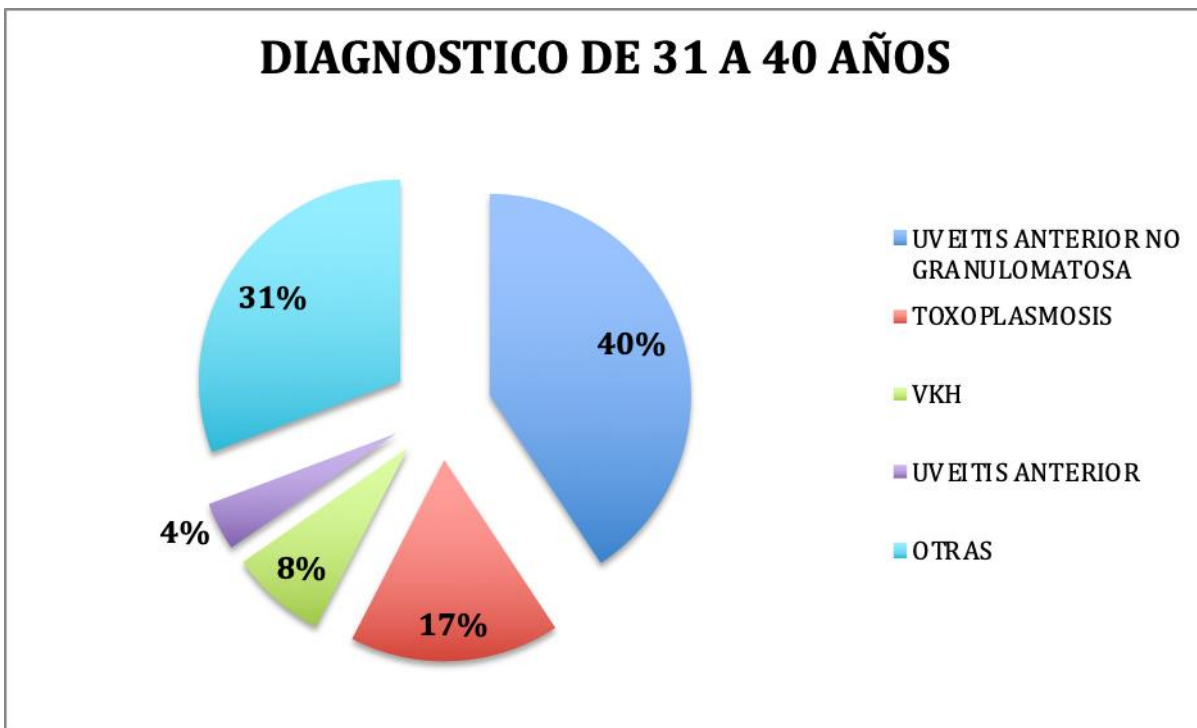


TABLA W

41 A 50 AÑOS

DIAGNOSTICO	# DE PACIENTES	%
UVEITIS ANTERIOR NO GRANULOMATOSA	104	43.9%
TOXOPLASMOSIS	30	12.7%
VKH	9	3.8%
QUERATOUVEITIS HERPETICA	8	3.4%
OTRA	86	36.3%
Total	237	

GRAFICA X

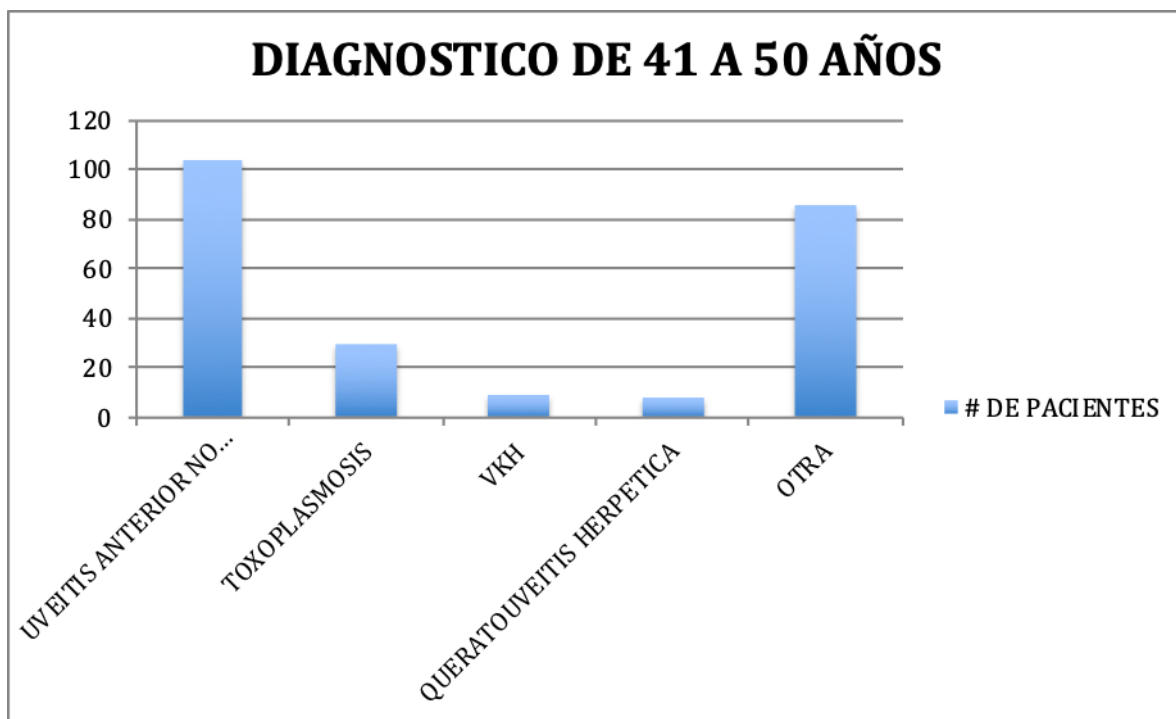


TABLA Y

51 A 60 AÑOS

DIAGNOSTICO	# DE PACIENTES	%
UVEITIS ANTERIOR NO GRANULOMATOSA	62	33.7%
QUERATOUVEITIS HERPETICA	14	7.6%
TOXOPLASMOSIS	14	7.6%
VKH	6	3.3%
PANUVEITIS	5	2.7%
UVEITIS ANTERIOR GRANULOMATOSA	3	1.6%
OTRAS	80	43.5%
Total	184	

GRAFICA Z

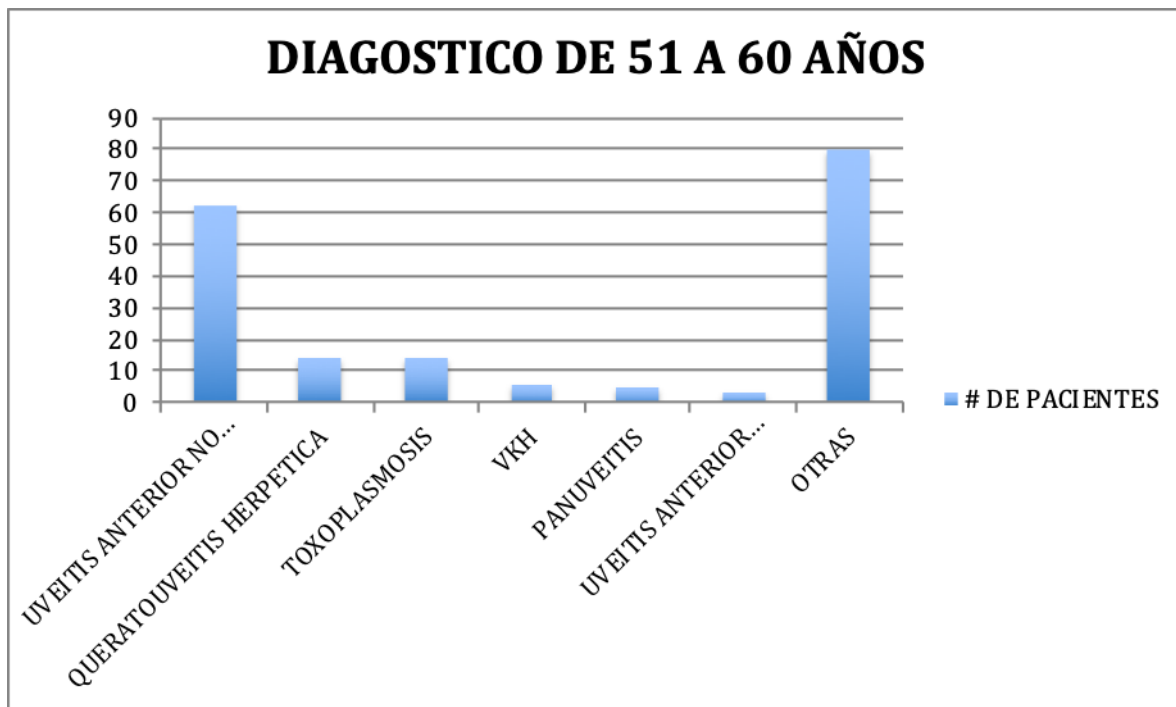


TABLA 1

61 A 70 AÑOS

DIAGNOSTICO	# DE PACIENTES	%
UVEITIS ANTERIOS NO GRANULOMATOSA	48	33.6%
TOXOPLASMOSIS	11	7.7%
QUERATOUVEITITS HERPETICA	9	6.3%
VKH	6	4.2%
NECROSIS RETINEANA	2	1.4%
UVEITIS ANTERIOR GRANULOMATOSA	2	1.4%
OTRAS	65	45.5%
Total	143	

GRAFICA 2

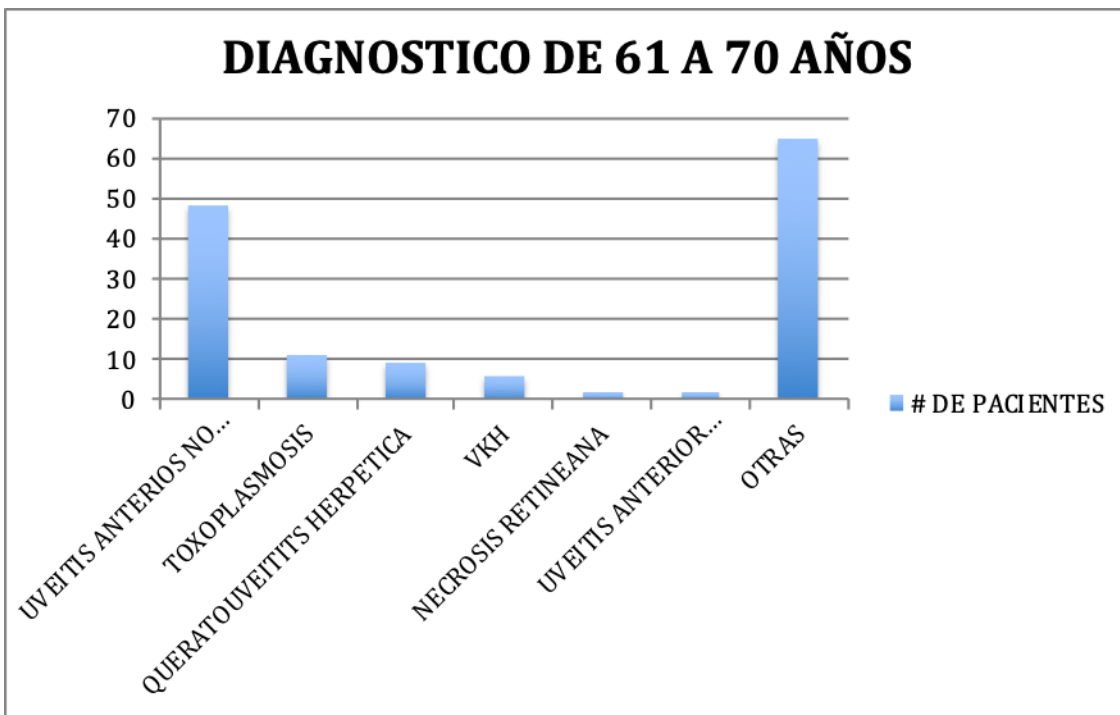


TABLA 3

71 A 80 AÑOS

DIAGNOSTICO	# DE PACIENTES	%
UVEITIS ANTERIOR NO GRANULOMATOSA	14	20.6%
TOXOPLASMOSIS	5	7.4%
VKH	1	1.5%
OTRAS	48	70.6%
Total	68	

GRAFICA 4

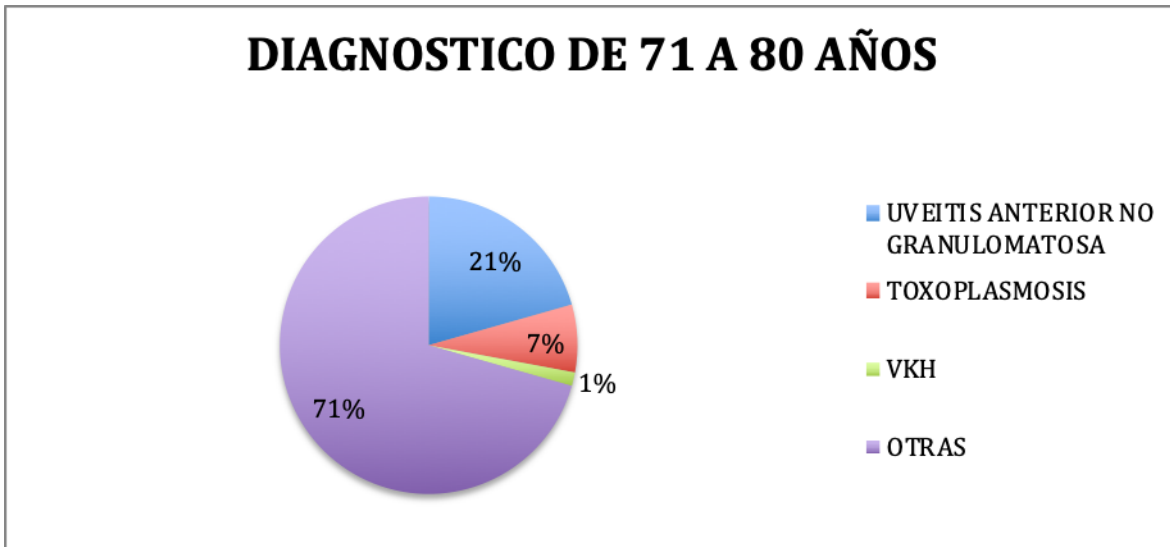


TABLA 5

81 A 90 AÑOS

DIAGNOSTICO	# DE PACIENTES	%
QUERATOUVEITIS HERPETICA	3	14.3%
UVEITIS ANTERIOR NO GRANULOMATOSA	3	14.3%
OTRA	15	71.4%
Total	21	

GRAFICA 6

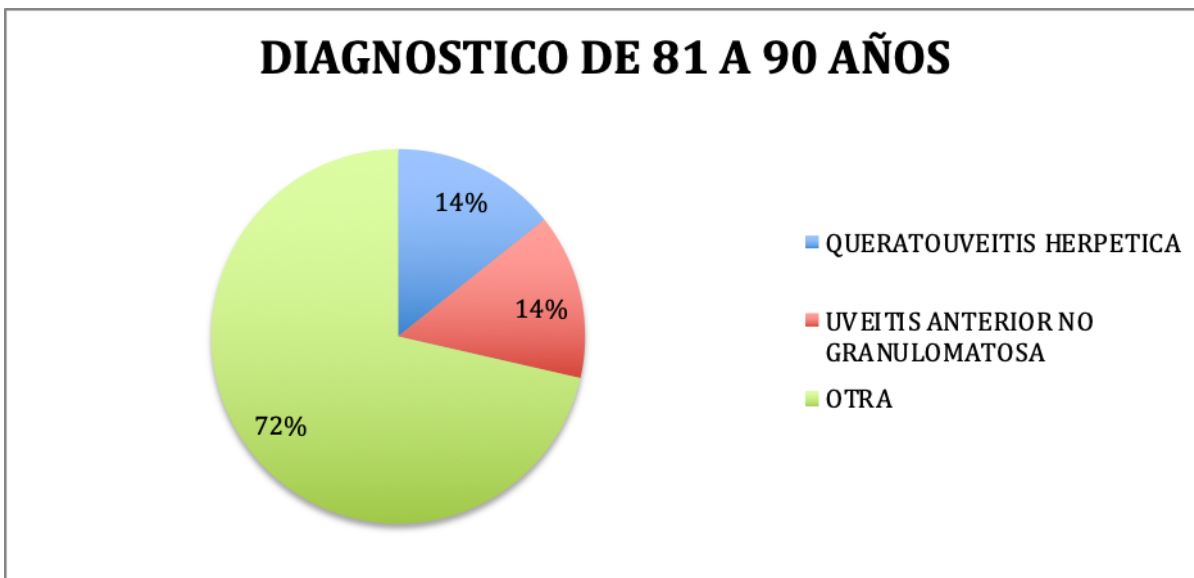
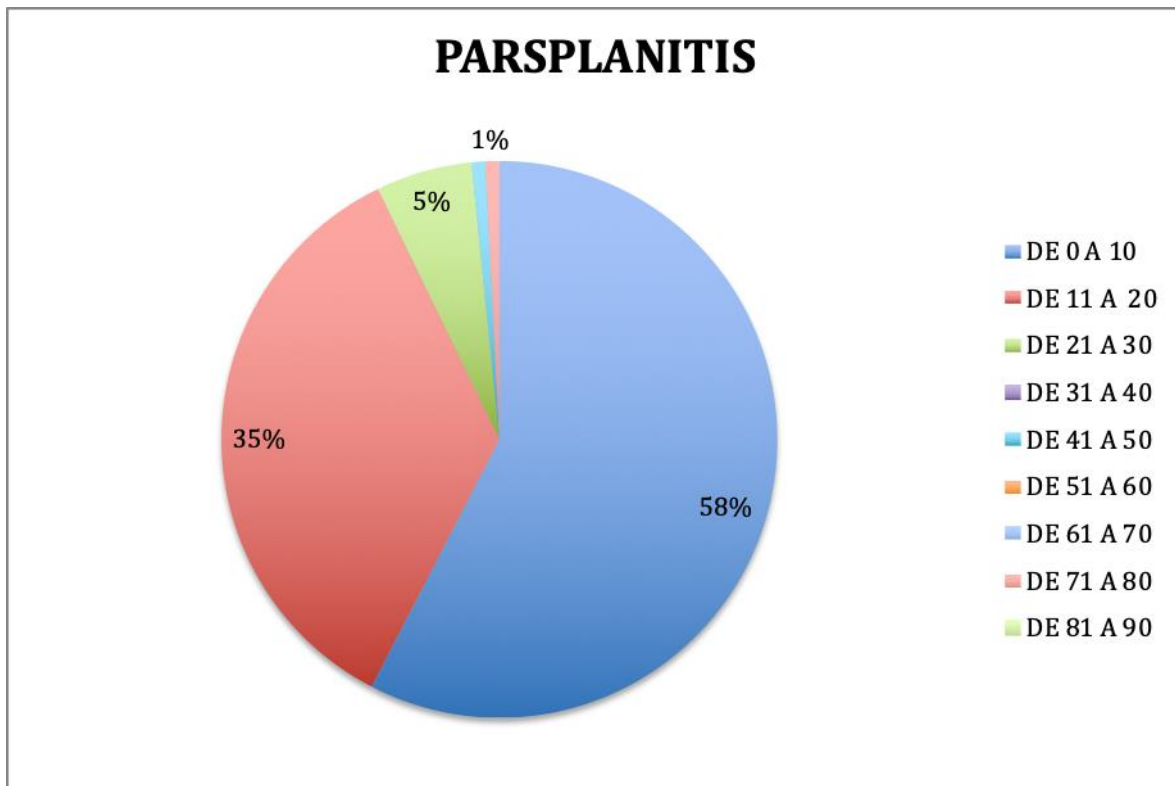


TABLA 7

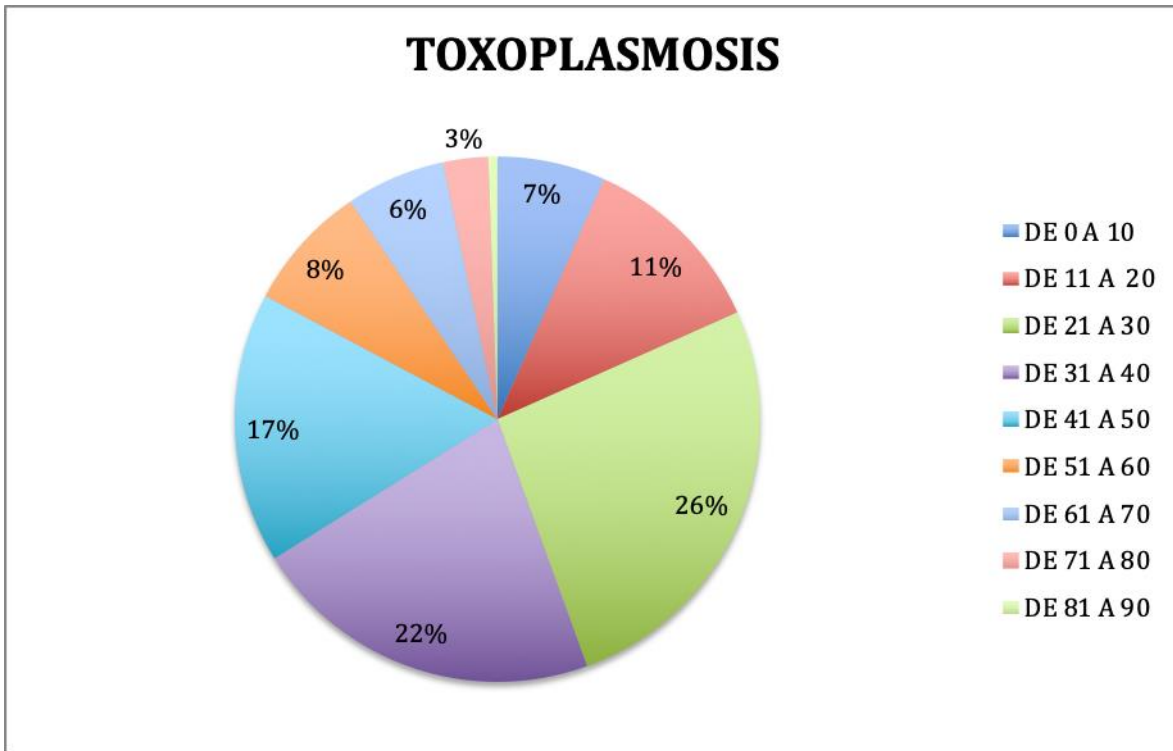
TABLA DE ENFERMEDADES MAS COMUNES

EDAD	PARSPLANITIS	TOXOPLASMOSIS	UVEITIS ANTERIOR NO GRANULOMATOSA	VKH
DE 0 A 10	72	12		0
DE 11 A 20	44	21		4
DE 21 A 30	7	47		11
DE 31 A 40	0	39		18
DE 41 A 50	1	30		9
DE 51 A 60	0	14		6
DE 61 A 70	0	11		7
DE 71 A 80	1	5		1
DE 81 A 90	0	1		0
Total	125	180		56

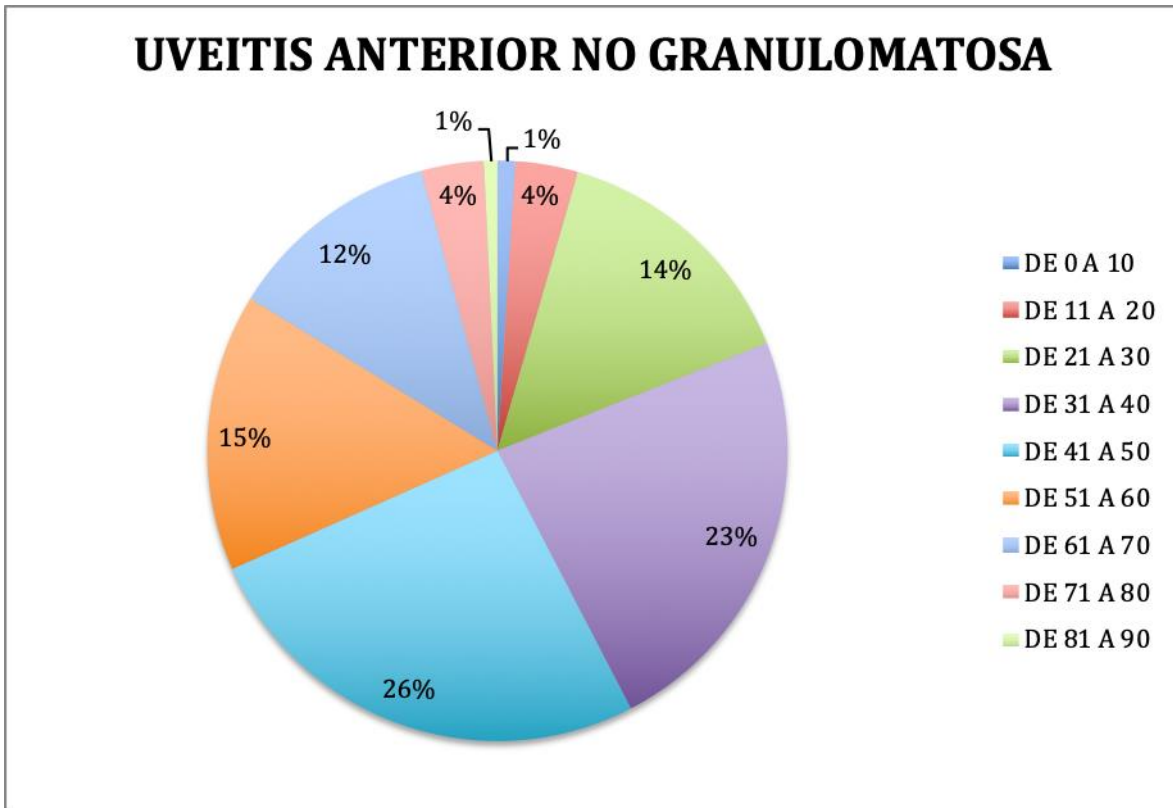
GRAFICA 8



GRAFICA 9



GRAFICA 10



GRAFICA 11

