

ARTÍCULO ORIGINAL

Prevalencia de uveítis y enfermedades sistémicas asociadas en un hospital general de referencia de México

Prevalence of uveitis and associated systemic diseases in a referral hospital in Mexico

Guadalupe Tenorio Guajardo^{a,*}

Recibido: 21 de marzo de 2019

Aceptado: 02 de abril de 2019

PALABRAS CLAVE:

Toxoplasmosis ocular;
Corioiditis, Retinitis,
Vasculitis retiniana.

RESUMEN

Objetivo: Determinar los tipos de las uveítis y su asociación a infecciones endógenas o bien a mecanismos autoinmunes, en un hospital general de referencia en México.

Método: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, mediante la revisión de los expedientes de los pacientes de la Clínica de Uveítis del Servicio de Oftalmología, atendidos en junio de 2007 a marzo de 2017.

Resultados: Se revisaron 724 expedientes, de los cuales 134 no cumplieron con los criterios de inclusión, resultando 590 pacientes. Predominó la uveítis anterior (52%), seguida de la uveítis posterior (25%) y de las uveítis intermedias (15%), menos frecuente fue la panuveítis (8%). Del total, 327 (55%) fueron del género femenino y 263 (45%) del masculino; con edad promedio de 36.83 años. La uveítis infecciosa más frecuente fue la toxoplasmosis, de las autoinmunes predominaron las vasculitis retinianas, la pars planitis y el síndrome de Vogt Koyanagi Harada.

Conclusiones: se trata de un estudio epidemiológico sobre las uveítis y su asociación con enfermedades sistémicas que prevalecen en nuestro medio, por tratarse en uno de los hospitales generales más grande de nuestro país. Esperamos que este trabajo apoye al mejor reconocimiento de las enfermedades inflamatorias intraoculares en México.

ABSTRACT

Aim: To determine the prevalent types of uveitis and their association with endogenous infections or autoimmune diseases, in a tertiary referral hospital in Mexico. **Methods:** Observational, descriptive, retrospective study. Medical records of patients who presented to the Uveitis Clinic of the Ophthalmology Service from June 2007 to March 2017 were reviewed retrospectively.

Results: Out of the 724 reviewed clinical records from patients with uveitis diagnosis, 134 were excluded, resulting in 590 patients. The predominant anatomic type was anterior uveitis (52%), followed by posterior (25%) and intermediate uveitis (15%), the less common was panuveitis (8%). Out of the total, 327 patients were female (55%) and 263 male (45%). The average age was 36.83 years old. The main cause of infectious uveitis was toxoplasmosis,

^a Universidad Nacional Autónoma de México, México.

* Autor para contacto: mgtenorio9@yahoo.com

KEY WORDS:

Ocular
toxoplasmosis;
Corioiditis; Retinitis;
Retinal vasculitis.

and retinal vasculitis, pars planitis and Vogt-Koyanagi-Harada were the most common causes of autoimmune related uveitis.

Conclusions: This is an epidemiological study on uveitis and its association with systemic disease in one of the largest tertiary referral hospitals in the country. We hope that this work contributes to a prompt recognition of inflammatory intraocular diseases in Mexico.

INTRODUCCIÓN

La uveítis es la tercera causa de ceguera en el mundo y actualmente es causa del 10% de pérdida de la visión en los EEUU y hasta el 15% en todo el mundo. Sólo en los EEUU tiene una prevalencia de 38 casos por 100 000 y una incidencia de 15 casos por 100 000. Se estima que más de 2 millones de personas en todo el mundo padecen uveítis, afectando a sujetos de cualquier edad, desde la infancia hasta la edad adulta.¹

En el tercer nivel de atención médica en la Ciudad de México se atienden pacientes referidos de diferentes estados de la República, con diversas patologías, desde las más comunes, como la diabetes mellitus (DM) o la artritis reumatoide (AR), hasta las de difícil

diagnóstico o complejidad en su cuadro clínico. Las uveítis son inflamaciones intraoculares que frecuentemente se relacionan con enfermedades autoinmunes o bien infecciosas, siendo importante el diagnóstico de la enfermedad sistémica asociada para el tratamiento y en algunos casos como apoyo para el diagnóstico de estas enfermedades. El presente estudio se realizó para determinar los tipos y causas de las uveítis, en un hospital general de referencia con tercer nivel de atención médica.

MÉTODO

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, mediante la revisión de los expedientes de los pacientes de la Clínica de Uveítis del Servi-

cio de Oftalmología del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” atendidos en junio de 2007 a marzo de 2017. Se revisaron los expedientes de pacientes con diagnóstico de uveítis; con dos o más consultas, con los estudios de laboratorio y gabinete necesarios para establecer el tipo de uveítis, el estado general del paciente y posible etiología inflamatoria. Se realizó un interrogatorio exhaustivo de sus antecedentes patológicos, con exploración oftalmológica completa del segmento anterior y posterior. Para este estudio se incluyeron variables como edad, género, variante anatómica de la uveítis y enfermedad sistémica asociada. Para determinar el tipo de uveítis de que se trataba se siguieron los criterios de clasificación del *Standardization of Uveitis Nomenclature Working Group* (SUN).²

Se solicitó angiografía retiniana con fluoresceína, ecografía ocular, ultrabiomicroscopia, campo visual, tomografía de coherencia óptica e incluso tomografía o resonancia magnética cerebral dependiendo del tipo de uveítis y su evolución, enfatizando en descartar infecciones antes de decidir terapia inmunosupresora sistémica.

A todos los pacientes se les realizaron estudios para valorar su estado sistémico; biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, prueba de tuberculina y VDRL. Para los casos específicos se solicitaron estudios complementarios como HLA-B27, anticuerpos antinucleares, anti-DNA, factor reumatoide y anticuerpos antipeptidos cíclicos citrulinados, anticuerpos por ELISA para toxoplasmosis y herpes. En caso de sospecha de sífilis solicitamos FTA-ABS además del VDRL. En casos de posible CUCI (colitis ulcerativa crónica inespecífica) se solicitó valoración en Gastroenterología para colonoscopia. El término uveítis idiopática se indicó para las uveítis en las que no se encontró enfermedad sistémica asociada o bien el cuadro clínico no correspondió a síndromes uveíticos reconocidos. Las pruebas complementarias de diagnóstico se solicitaron de forma «dirigida por la clínica» y no protocolizada. Cuando en un mismo paciente con-

currieron dos o más enfermedades, se consideró “relacionada con la uveítis” aquella que se asociara con el cuadro clínico inflamatorio.

Se excluyeron los expedientes de pacientes con VIH-SIDA, por falta de seguimiento, ya que estos pacientes se envían a centros de apoyo para sus terapias y de ahí a diferentes servicios de oftalmología. También se excluyeron a los pacientes con antecedentes de traumatismo ocular reciente, las endoftalmitis posquirúrgicas y las asociadas a patología del cristalino. Los criterios de eliminación fueron todos los expedientes que no contaban con la información necesaria, como falta de estudios, datos personales, entre otros.

Análisis estadístico. Las variables cualitativas, como tipo de uveítis y género, se mencionan por medio de sus frecuencias absolutas y los correspondientes porcentajes. En cuanto a las variables cuantitativas, la descripción se llevó a cabo utilizando el promedio y la desviación estándar, así como los valores mínimo y máximo. Para la comparación de grupos se utilizó la prueba t de student para muestras independientes, con un nivel de significancia de 5% (alfa = 0.05). El análisis fue realizado en el programa SPSS, v. 20

RESULTADOS

En este estudio se revisaron 724 expedientes de pacientes atendidos en la Clínica de Uveítis de junio de 2007 a marzo de 2017, de los cuales 134 no cumplieron con los criterios de inclusión, resultando 590 pacientes. Del total, 327 (55%) fueron del género femenino y 263 (45%) del masculino; con edad promedio de 36.83 años (tabla 1). Mediante la prueba t para muestras independientes se demostró que no existen diferencias significativas entre género y edad en todos los grupos, excepto en la uveítis intermedia (mujeres promedio de edad 30.8 años y hombres 19.4 años, $p < 0.01$).

Tabla 1. Datos demográficos de 590 pacientes con uveítis

Tipo	Pacientes No. (%)	Edad Promedio (rango)	Género Femenino	Masculino
Uveítis Anterior Aguda	256 (43)	44 (6-85)	146	110
Crónica	51 (9.0)	33 (15-62)	16	35
U. Intermedia	87 (15)	26 (5-67)	43	44
U. Posterior	146 (25)	36 (5-62)	90	56
Panuveítis	50 (8.0)	37 (10-60)	32	18
Total	590 (100)		327(55%)	263(45%)

Fuente: Elaboración propia.

Uveítis anteriores

Revisamos 256 casos de uveítis anterior aguda (UAA), siendo el tipo de uveítis más frecuente de todos los pacientes (43.4%). Predominó la uveítis idiopática (51.6%), en este grupo se incluyeron 62 pacientes (24.0%) con características de uveítis anterior aguda y diagnóstico sistémico de diabetes mellitus, con hiperglucemia reciente. Los incluimos en este grupo por tratarse de pacientes diabéticos que no presentaron cuadros infecciosos sistémicos, que mejoraron

con terapia tópica de esteroides y con el control de la hiperglucemia. Como segundo tipo de UAA, fueron las asociadas al HLA-B27 con y sin espondilitis anquilosante (20.9%), seguidas por las herpéticas y las asociadas a artritis reumatoide (artritis psoriásica 4 casos y artritis sistémica 11 casos), además en este grupo de pacientes, tuvimos 4 niñas con uveítis recurrente asociada a artritis reumatoide juvenil (ARJ). Los incluimos en este grupo por tratarse de pocos casos (tabla 2).

Tabla 2. Distribución de casos de uveítis anterior aguda según etiología

Etiología	Pacientes	Porcentaje	Uni/bilateral
Idiopática	132	51.6	Unilateral (64%)
Espondilitis Anquilosante	39	15.2	Alternante (100%)
HLA- B 27+ Sin Espondilitis	14	5.7	Alternante (100%)
Herpética	34	13.8	Unilateral (100%)
Artritis Reumatoide	19	7.4	Unilateral (60%)
Otras	18	7.0	Unilateral (89%)
Total	256	100	

Otras: TB ocular 6 pacientes, Lupus eritematoso sistémico 5, Hipóxicas 5, Behcet 2.

Fuente: Elaboración propia.

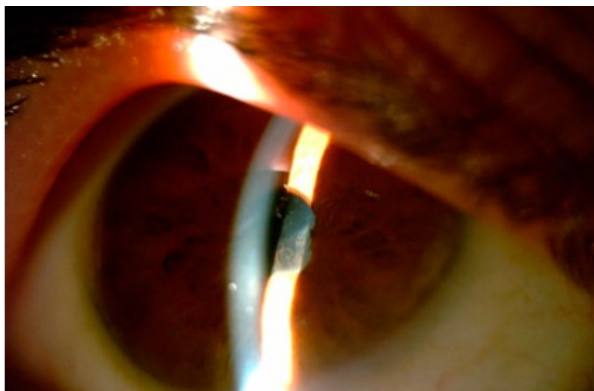
En las uveítis anteriores crónicas (UAC) tuvimos un franco predominio de síndrome uveítico de Fuchs, con 47 casos de 51, edad promedio de 33.2 años, mínima de 15 y máxima de 62 años. Género: se observó una relación de 2 a 1, con predominio en hombres ([34/13]), 43 fueron unilaterales y 4 bilaterales. De las uveítis anteriores crónicas diferentes a Fuchs, una estuvo asociada a Behcet, otra fue con colitis ulcerativa crónica inespecífica (CUCI) y otras dos fueron tipo crisis glaucomatociclítica.

Entre las uveítis anteriores agudas y las crónicas, encontramos una diferencia estadísticamente significativa según sexo, ($\chi^2 = 10.2$; $p < 0.01$). En las formas agudas predominaron las mujeres, mientras que en las crónicas fueron más frecuentes en hombres.

Uveítis intermedias

De los 87 pacientes diagnosticados como uveítis intermedia (U_I), 64 (73.5%) se clasificaron en el grupo de niños-jóvenes con pars planitis, siendo 39 del género masculino y 25 del femenino, con edad promedio de 16 años (mínima 5, máxima 19) (figura 1). Entre los 23 pacientes restantes con U_I , en 20 no encontramos cuadro clínico o bien datos de laboratorio de algún tipo de enfermedad sistémica, clasificándolos como U_I idiopática o pars planitis del grupo de adultos, con edad promedio de 46.8 años (rango 20-75) y predominio en mujeres (18/2). El cuadro clínico se caracterizó por vasculitis retiniana periférica, organizaciones vítreas y edema macular. En los otros 3 pacientes de este grupo, se diagnosticó enfermedad sistémica asociada, una paciente con esclerosis múltiple, una mujer con espondilitis anquilosante y un paciente con linfoma no Hodgkin diagnosticado y tratado por el Servicio de Hematología.

Figura 1. Paciente con pars planitis, segmento anterior de OD con sinequias posteriores, queratopatía en banda. Imagen de fondo de ojo con característicos "copos de nieve"

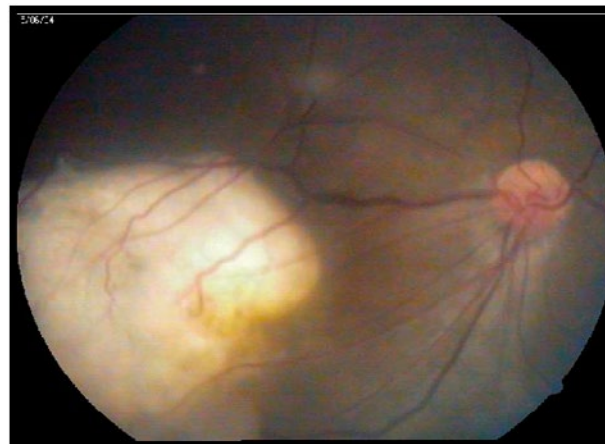


Fuente: Imágenes del Servicio de Oftalmología del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga".

Uveítis posteriores

Se diagnosticaron 146 pacientes (25% del total) como uveítis posterior (U_P) con edad promedio de 36.1 años. Predominó en mujeres (61%). De acuerdo con la etiología, la mayoría correspondió a toxoplasmosis en 83 pacientes (56.7%), seguido con menos casos infecciosos como los de tuberculosis ocular (figura 2).

Figura 2. Fondo de ojo de paciente con tuberculosis ocular, se observa un granuloma en zona nasal



Fuente: Imagen del Servicio de Oftalmología, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga".

En este grupo, un niño de 5 años de edad, tuvo toxocariasis, variedad granuloma. De los 40 pacientes con enfermedades autoinmunes, sin causa infecciosa asociada; las más frecuentes (20) fueron diagnosticadas como vasculitis retiniana idiopática y otras 20

fueron enfermedades autoinmunes reconocidas como el lupus eritematoso sistémico en 9 pacientes, vasculitis oclusivas como la enfermedad de Takayasu, entre otras menos frecuentes (tabla 3).

Tabla 3. Uveítis posteriores en 146 pacientes

Infeciosas	Pacientes	Porcentaje
Toxoplasmosis	83	56.7
Toxocariasis	6	4.1
Necrosis Retiniana Aguda Herpética	6	4.1
Coroiditis Tuberculosa	9	6.1
Sífilis Ocular	2	1.3
Total	106	72.5
Autoinmunes	Pacientes	Porcentaje
Vasculitis retiniana idiopática	20	14.0
Lupus eritematoso sistémico	9	6.0
Otras**	11	7.5
Epiteliopatía placoide (1) Poliarteritis nodosa (3) Coroiditis Serpiginosa, (2) Enf. Takayasu (1) Enf. de Susac, (1) Behcet(2) Esclerosis Múltiple		
Total	40	27.5

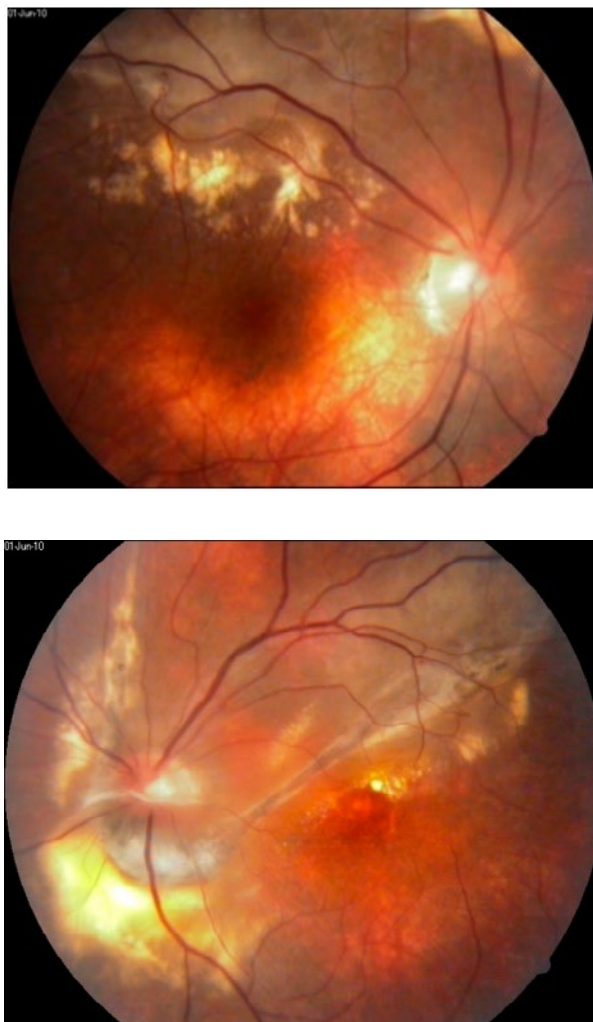
Fuente: Elaboración propia.

Panuveítis

El síndrome de Vogt Koyanagi Harada (VKH) fue la principal causa dentro del grupo de las panuveítis con 46 pacientes (92%); la mayoría de los pacientes se encontraban en la fase uveítica aguda (40/46) y en 6 casos, establecimos el diagnóstico de VKH por las secuelas inflamatorias de la retina después de la cirugía de catarata (figura 3). Entre los más graves fueron dos

niñas con desprendimientos serosos totales en ambos ojos, una de 10 años y otra de 12. De los 4 casos restantes con panuveítis, 3 los consideramos idiopáticos y uno fue presunta tuberculosis ocular.

Figura 3. Fondo de ojo de paciente con Vogt Koyanagi Harada, ambos ojos con gliosis y cambios por dispersión de pigmento con imagen de “rojo atardecer”



Fuente: Imágenes del Servicio de Oftalmología, Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

DISCUSIÓN

En este estudio, el tipo de uveítis más frecuente fue la uveítis anterior en el 52.0% de los pacientes, seguida de la posterior en el 25.0%. Si comparamos es-

tudios epidemiológicos, los tipos de uveítis y causas dependen de la población estudiada, por ejemplo, en el estudio de Manandhar³ en Nepal, predominaron las panuveítis sobre las uveítis posteriores, siendo la tuberculosis la enfermedad asociada más común. En contraste, un estudio realizado en Austria demostró que las enfermedades asociadas más comunes fueron Behcet, sarcoidosis y esclerosis múltiple.⁴ Otro estudio realizado en Barcelona, España,⁵ las uveítis anteriores fueron las más frecuentes (36%) seguidas de las posteriores (31%) y las causas infecciosas (31%), incluidas las herpéticas y aquellas asociadas a toxoplasmosis y la tuberculosis, estas últimas se justificaron por el hecho de que el 14% fueron pacientes extranjeros.

En nuestro estudio, la uveítis anterior aguda fue la más frecuente (43%), la edad correspondió al promedio de este tipo de uveítis (44.4 años), prevaleciendo el género femenino con 146 pacientes (57%), diferente a la uveítis anterior crónica con 51 pacientes, la mayoría hombres (68.6%) y con síndrome uveítico de Fuchs. Estos hallazgos son similares a otras publicaciones de origen latino, como en un estudio realizado en Chile,⁶ las uveítis anteriores agudas se presentaron muy similares a nuestro reporte, con predominio de las asociadas a espondilitis anquilosante (EA) y a la diabetes mellitus. Otros estudios epidemiológicos de pacientes caucásicos con uveítis anterior autoinmune determinaron predominio del género femenino con un promedio de edad de 40.1 años; entre las enfermedades asociadas las más frecuentes fueron la EA, tiroiditis autoinmune, enfermedad inflamatoria intestinal y enfermedad de Behcet.⁷ En México, en un estudio epidemiológico de un hospital para enfermedades oculares, la mayor frecuencia de uveítis fue la anterior en 38%, seguida de la posterior en 26%, intermedia en 20% y panuveítis en 16% de los casos. En 70% de los pacientes se trató de un proceso no granulomatoso.⁸ En nuestro trabajo, los porcentajes fueron similares, más frecuentes las uveítis anteriores (52%) seguidas de las uveítis posteriores (25%).

Un estudio de Rodríguez A *et al.*,⁹ encontró en 1 237 pacientes conocidos en 10 años, que la uveítis anterior fue la más común (51.6%), seguida de la posterior (19.4%), la panuveítis (16.0%) y la uveítis intermedia (13.0%); de las uveítis en niños predominó la artritis idiopática juvenil en el 5.6% de los casos.

De acuerdo con nuestros hallazgos, coinciden los tipos anatómicos de uveítis, la diferencia estuvo en la asociación sistémica, en nuestro estudio la artritis se asoció a otros tipos que se asocian a uveítis agudas (psoriásica, relacionada a entesitis y sistémica), sólo tuvimos cuatro casos de niñas con artritis reumatoide juvenil y uveítis anterior recurrente. Otra asociación en

las UAA fue en diabéticos con hiperglucemia aguda, sin enfermedades infecciosas asociadas; estos casos los agregamos a las uveítis idiopáticas, similar al estudio de Liberman P⁶ en Chile, donde la uveítis diabética se menciona entre las causas de uveítis anteriores. En un estudio de Turquía, las pars planitis fueron el 36% de las uveítis intermedias, aunque la prevalencia de la enfermedad de Behcet, fue la más común después de las idiopáticas.¹⁰ Dentro de nuestros hallazgos, las uveítis anteriores crónicas fueron diferentes a las agudas, prevaleció el síndrome uveítico de Fuchs, la mayoría hombres adultos. En una revisión de pacientes de origen oriental, en Singapur, las causas más comunes de uveítis anteriores incluyeron este tipo de uveítis (5.6%), así como a la espondilitis anquilosante (5.1%), herpes virus simple (4.7%) y herpes zoster (4.5%).¹¹

Aunque en los últimos años se ha asociado a la uveítis intermedia con enfermedades sistémicas, como la esclerosis múltiple; en nuestro estudio la más frecuente fue la pars planitis, uveítis idiopática de acuerdo con la clasificación del SUN,² siendo la principal causa de uveítis en pacientes de edad pediátrica (4-16 años) y que además predominó en el género masculino (60.9%). En este trabajo, es importante señalar la alta frecuencia de pars planitis en los niños con uveítis (64 pacientes), solo tuvimos dos casos más con Vogt Koyanagi Harada (niñas de 10 y 12 años de edad respectivamente) y cuatro niñas con uveítis recurrente asociada a ARJ. En los pacientes adultos de este mismo grupo de uveítis intermedia idiopática, encontramos edad promedio de 46.8 años y predominio del género femenino ([18/20]). Diferente a la prevalencia en otros países donde las enfermedades asociadas a las UI son la esclerosis múltiple y la sarcoidosis,⁹ esta última, enfermedad poco frecuente en México.

En este estudio, las uveítis posteriores le siguieron en frecuencia a las anteriores; con el 25.0% de los pacientes. Como en la mayoría de los estudios epidemiológicos, predominó la toxoplasmosis con 83 pacientes, seguido de las vasculitis retinianas. Si comparamos el estudio de Liberman *et al.*, en Chile, la toxoplasmosis fue la causa más común de las uveítis posteriores y en el estudio de Llorenc *et al.*,⁵ España, la toxoplasmosis predominó como causa de uveítis posterior debido probablemente a que el 14% fueron extranjeros. Otro tipo de uveítis posterior fue la necrosis retiniana aguda, con 6 pacientes, cinco de ellos relacionadas al herpes y uno a toxoplasmosis. Lo importante de estos pacientes es que eran VIH negativos, lo que demuestra reacciones inflamatorias muy graves en individuos inmunocompetentes. Recientemente se han propuesto criterios para el diagnóstico de Necrosis Retiniana Aguda,¹² nuestros pacientes

presentaron los hallazgos clínicos descritos. Entre las vasculitis retinianas de nuestros pacientes; la mayoría se asociaron a actividad autoinmune, como al lupus eritematoso sistémico y otras causas poco frecuentes, ejemplo de un caso fue un joven de 32 años con síndrome de Susac, con la triada que lo caracteriza: encefalopatía por zonas isquémicas, oclusiones de las ramas arteriolas de retina y daño sensorial auditivo.¹³ En el caso de las vasculitis asociadas a los anticuerpos antifosfolípidos, el diagnóstico de oclusiones vasculares en la retina de mujeres jóvenes fue importante porque se indicaron anticoagulantes, como lo han sustentado artículos al respecto de la terapia.¹⁴ En un estudio de vasculitis retinianas en pacientes caucásicos, las vasculitis se encontraron asociadas a otras enfermedades menos comunes en México, como son la enfermedad de Behcet y la sarcoidosis.¹⁵

Otro grupo de uveítis posteriores fueron las coroiditis, predominando la ocasionada por tuberculosis. El diagnóstico lo sustentamos en la prueba de la tuberculina (PPD) positiva en pacientes con antecedentes familiares de Tb y en coroiditis con poca respuesta a la corticoterapia, sin otros hallazgos positivos de laboratorio, además de buena respuesta a la terapia antituberculosa (Rifampicina, Isoniacida, Etambutol y Pirazinamina) dirigida por el Servicio de Neumología. Estos criterios han sido validados por otros estudios, uno del 2014 de Los Ángeles, Cal.¹⁶ y en el mismo año, un reporte de casos publicado en nuestro hospital¹⁷ con las características clínicas ya mencionadas. De las panuveítis, la más frecuente fue la enfermedad de Vogt Koyanagi Harada (VKH) con 46 pacientes (92.0%). La mayoría fueron mujeres (32/46), como en las razas orientales¹⁸ y el cuadro clínico similar en poblaciones hispano americanas.¹⁹

De acuerdo con otros estudios de prevalencia de uveítis; comparando un centro de oftalmología de los EUA y un hospital de enfermedades oftalmológicas de México,⁸⁻⁹ la prevalencia entre las uveítis anteriores y las posteriores son similares; por el contrario, en las uveítis intermedias, encontramos menor frecuencia, con predominio de las pars planitis y en las panuveítis la mayoría fueron Vogt Koyanagi Harada.

Un artículo de revisión de prevalencia de uveítis en todo el mundo, reportado por un grupo de oftalmólogos de Grecia,²⁰ menciona características de poblaciones con uveítis, desde las variaciones geográficas, como la panuveítis que es más común en Japón con VKH y en la India con tuberculosis. Entre las uveítis anteriores, prevalecen las asociadas al HLA-B27 en países occidentales y en el oriente son las asociadas a Behcet, síndrome uveítico de Fuchs y las herpéticas. Sobre las UI, en la mayoría de los países, son las menos comunes, prevaleciendo las idiopáticas, asociadas a la ARJ en países desarrollados y las pars planitis

en países en desarrollo, donde tiende a diagnosticarse tardíamente. De las uveítis infecciosas, en países occidentales sigue siendo la toxoplasmosis la causa más común y la oncocercosis en países de África.

CONCLUSIONES

Se trata de un estudio de los tipos y asociaciones sistémicas de las uveítis en un hospital general que atiende pacientes con patologías de todo tipo, causa y gravedad. Conocer este tipo de pacientes con afectaciones oculares que ponen en riesgo su visión, en una Clínica de Alta Especialidad, puede considerarse una referencia del diagnóstico situacional, en este caso, de las uveítis en los hospitales generales de referencia en México.

Conflicto de intereses:

La autora declara la ausencia de conflicto de intereses.

Agradecimientos: a la Dra. Teresa Valdéz González, oftalmóloga del Hospital "Nuestra Señora de la Luz", por su apoyo a los residentes de 2º año, en la consulta durante los miércoles de los años 2016 y 2017.

REFERENCIAS

1. Foster S, Kothari S, Anesi SD, Vitale A, Chu D, Metzinger JL, et al. The Ocular Immunology and Uveitis Foundation. Preferred practice patterns of uveitis management. *Surv Ophthalmol.* 2016; 61: 1-17.
2. Jabs DA, Nussenblatt RB, Rosenbaum JT. 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: 509-16.
3. Manandhar A. Patterns of Uveitis and Scleritis in Nepal: A Tertiary Referral Center Study. *Ocul Immunol Inflamm.* 2017; 25:54-62.
4. Brisani AT, Maca SM, Mejdoubi L, Emminger W, Machold K, Auer H. Uveitis a rare disease often associated with systemic diseases and infections a systematic review of 2619 patients. *Orphanet J Rare Dis.* 2012; 29: 57-64.
5. Lorenc BV, Adan CA, Espinosa GG, Cervera SR, González MJ, Pellegrin CL, et al. Caracterización de las uveítis diagnosticadas en un centro de referencia del área de Barcelona. *Med Clin (barc).* 2012; 138: 277-282.
6. Liberman P, Gauro F, Berger O, Urzua C. Causes of uveitis in a tertiary center in Chile; a cross-sectional retrospective review. *Ocul Immunol Inflamm.* 2015; 23:339-345.

7. Prete M, Guerriero S, Dammacco R, Fatone MC, Vacca A, Dammacco M, et al. Autoimmune uveítis: a retrospective analysis of 104 patients from a tertiary reference center. *J Ophthalmic Inflamm Infect*. 2014; 24:4-17.
8. Voorduin S, Zagorín B. Frecuencia y causa de las uveítis en el Instituto de Oftalmología Conde de Valenciana. *Rev Mex Oftalmol*. 2005; 79: 193-196.
9. Rodríguez A, Calonge M, Pedroza-Seres M, Akova YA, Messner NE, D'Amico JD, et al. Referral Patterns of Uveitis in a Tertiary Eye Care Center. *Arch Ophthalmol*. 1996; 114: 593-599.
10. Çakar Ö, Yazici A, Tüfek M, Öztürk F. Epidemiology of uveitis in a referral hospital in Turkey. *Turk J Med Sci*. 2014; 44: 337-34.
11. Tan WJ, Wong P, Ho S-U, Lim WK, Teoh SC. Trends in patterns of anterior uveitis in a Tertiary Institution in Singapore. *Ocul Immunol Inflamm*. 2013; 21: 270-275.
12. Takase H, Okada AA, Goto H, Mizuki N, Namba K, Oghuro N, et al. Development and validation of new diagnostic criteria for acute retinal necrosis. *Jpn J Ophthalmol*. 2015; 59:14-20.
13. Greco A, De Virgilio A, Gallo A, Fusconi M, Turchetta M, Trombolini M, et al. Susac's syndrome-pathogenesis, clinical variants and treatment approaches. *Autoimmun Rev*. 2014; 13: 814-21.
14. Lally L, Sammaritano LR. Vasculitis in antiphospholipid syndrome. *Rheum Dis Clin North Am*. 2015; 41:109-23.
15. Graham EM, Stanford RM, Sanders MD, Kasp E and Dumonde E. A point prevalence study of 150 patients with idiopathic retinal vasculitis: Diagnostic value of ophthalmological features. *Br J Ophthalmol*, 1989; 73: 714-721.
16. Hong BK, Khanamiri HN, Bababegy SR, Rao NA. The utility of routine tuberculosis screening in county hospital patients with uveitis. *Br J Ophthalmol*. 2014; 98:1091-5.
17. Tenorio-Guajardo G, Ramírez-Casanova E, González-Rodríguez E. Tuberculosis ocular. Serie de casos en el Hospital General de México. *Rev Med Hosp Gen Mex*. 2014; 77: 17-23.
18. Nig YW J, Luk FQ, Lai TY, Pang Ch. Influence of molecular genetics in Vogt-Koyanagi-Harada. *J Ophthalmic Inflamm Infect*. 2014 July. 22; 4: 20-23.
19. Guayacán CL, Galindo-Mendez BD. Vogt-Koya-nagi-Harada syndrome in a group of patients in two ophthalmology referral centers in Bogotá, Colombia. *Ocul Immunol Inflamm*. 2017; 14:1-5.
20. Tsirouki T, Dastiridou A, Symeonidis CH, Tounakaki O, Brazitikou I, Kalogeropoulos CH, et al. A focus on the epidemiology of uveitis. *Ocul Immunol Inflamm*. 2016; 26:2-16.