

Caracterización clínica-epidemiológica de las uveítis y su relación con la pérdida visual

Clinical-epidemiologic Characterization of Uveitis and its Relation to Visual Loss

Yuannis Peña Almenares^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-2662-1617>

Yohani García Mederos¹ <https://orcid.org/0000-0003-2518-0434>

Zoila María Reyes Maceo¹ <https://orcid.org/0000-0002-8313-755X>

Nancy Peña López¹ <https://orcid.org/0000-0002-6618-0812>

¹Hospital Provincial General “Carlos Manuel de Céspedes”. Bayamo, Granma. Cuba.

* Autor para la correspondencia: yuannispenna@infomed.sld.cu

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar clínica y epidemiológicamente las uveítis y su relación con la pérdida visual.

Métodos: Se realizó un estudio observacional prospectivo y longitudinal de serie de casos en 137 pacientes, atendidos en la consulta de úvea del Hospital General Provincial “Carlos Manuel de Céspedes”, desde febrero de 2015 hasta febrero del 2018. Se estudiaron las variables: sexo, edad, la clasificación anatómica de las uveítis, clasificación de las uveítis según lateralidad de las crisis, etiología, complicaciones oculares y pérdida visual. Se confeccionaron tablas y gráficos que expresaron los resultados en números absolutos y porcentajes, además se emplearon la prueba de la ji al cuadrado de asociación y coeficiente phi de correlación.

Resultados: Predominó la edad de 41 a 60 años (37,2 %) y el sexo femenino (60,6 %). Resultaron más frecuentes las uveítis anteriores unilaterales de causa infecciosa. La complicación más frecuente fue la catarata (25,8 %). La mayoría de los pacientes presentaron

pérdida visual, con predominio de la leve (36,5 %). Existió asociación estadísticamente significativa entre la clasificación anatómica las de uveítis y la gravedad de la pérdida visual.

Conclusiones: Los pacientes más afectados fueron las mujeres entre la cuarta y sexta década de vida. Predominaron los pacientes con uveítis anteriores unilaterales. Las infecciones fueron la causa más común, así como la catarata resultó la complicación más frecuente. La gravedad de la pérdida visual guardó relación directa con la clasificación anatómica de la uveítis.

Palabras clave: uveítis; caracterización; epidemiológica; pérdida visual.

ABSTRACT

Objective: To clinically and epidemiologically characterize uveitis and its relation to vision loss.

Methods: A prospective and longitudinal observational study of case series was performed in 137 patients, seen in the uvea consultation of the Carlos Manuel de Céspedes Hospital, from February 2015 to February 2018. The following variables were studied: gender, age, anatomical classification of uveitis, classification of uveitis according to laterality of the crisis, etiology, ocular complications and vision loss. Tables and graphs were prepared to express the results in absolute numbers and percentages, and the chi-squared test of association and the phi correlation coefficient were used.

Results: Predominance was between 41 and 60 years of age (37.2 %) and female sex (60.6 %). Unilateral anterior uveitis of infectious cause was more frequent. The most frequent complication was cataract (25.8 %). Most patients presented vision loss, with predominance of mild vision loss (36.5 %). There was a statistically significant association between the anatomical classification of uveitis and the severity of vision loss.

Conclusions: The most affected patients were females between the fourth and sixth decade of life. Patients with unilateral anterior uveitis predominated. Infections were the most common cause, and cataract was the most frequent complication. The severity of vision loss was directly related to the anatomical classification of uveitis.

Keywords: uveitis; characterization; epidemiologic; vision loss.

Recibido: 02/12/2021

Aceptado: 17/01/2022

Introducción

El término uveítis es difícil de definir ya que no involucra únicamente la inflamación del tracto uveal (iris, cuerpo ciliar, coroides), sino cualquier condición inflamatoria que lo afecta, debido a su proximidad con otras estructuras oculares o tejidos, como la retina. Por esto, el término uveítis se utiliza para nombrar cualquier inflamación intraocular.⁽¹⁾ No se trata de una enfermedad concreta, sino de una manifestación de diversas entidades que constituye una importante causa de ceguera y alteraciones graves de la función visual.⁽²⁾

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) su incidencia anual varía de una región a otra, pero de forma general se estima que es de aproximadamente 17-52 casos por cada 100 000 habitantes, con una prevalencia de 38-140 casos por 100 000 habitantes.⁽¹⁾ De acuerdo con los datos publicados por la organización Research To Prevent Blindness, 2 300 000 personas presentan uveítis en los Estados Unidos de América (EE. UU.), siendo la causa del 10-15 % de los nuevos casos de ceguera en este país, con una máxima incidencia en el grupo de edad de 25 a 44 años. En países en desarrollo se estima que un 5-20 % son causas de ceguera legal.⁽²⁾

En Cuba no se reportan, hasta el momento de este estudio, publicaciones relacionadas con la incidencia y prevalencia de uveítis, pero sí con su caracterización clínica y epidemiológica en algunas regiones del país. Las que concuerdan con las características clínicas de la enfermedad reportadas en EE. UU. y Europa,⁽²⁾ con un predominio de las uveítis anteriores, no así en un estudio realizado en una región de Brasil.⁽³⁾

Debido a la gran heterogeneidad clínico-epidemiológica de la uveítis se han propuesto múltiples clasificaciones que intentan sistematizar sus diferentes aspectos, y aunque todas son útiles para el clínico, ninguna puede considerarse como definitiva. Desde el punto de vista anatómico, las más utilizadas actualmente son:^(2,3,4)

- Uveítis anterior: son aquellas en las que la inflamación afecta principalmente al iris y parte anterior del cuerpo ciliar.
- Intermedia: afecta la parte posterior del cuerpo ciliar, vítreo, hialoides y pars plana.
- Posterior: son aquellas en las que la afectación principal se sitúa en retina y coroides.
- Panuveítis o total: este término solo se reserva para cuando la inflamación no tiene una localización específica, y se ven implicados el iris, cuerpo ciliar, vítreo, retina y/o coroides.

También se clasifican según el inicio en súbito o insidioso. Según la duración en limitada (\leq 3 meses con tratamiento adecuado) y persistente ($>$ 3 meses). En cuanto al curso clínico se diferencia entre aguda, recurrente y crónica.^(2,5) Etiológicamente pueden ser exógenas cuando son causadas por lesiones o microorganismos externos o endógenas si se deben a infecciones u otras condiciones provenientes del propio paciente.

En cuanto a la etiología, las uveítis pueden estar asociadas a enfermedades sistémicas en el 20 % de los casos, tener una causa específica en el 20 % o ser uveítis idiopáticas en un 60 %. En este contexto también se pueden agrupar en infecciosas, no infecciosas y síndromes de enmascaramientos, estos últimos referidos a causas neoplásicas o paraneoplásicas.^(2,6) Las causas también van a estar relacionadas con la edad, o sea, existe predominio de determinados tipos de uveítis en algunas etapas de la vida. Se puede decir que la uveítis es poco común en los diez primeros años de vida, sin embargo, algunas entidades clínicas como la artritis idiopática juvenil predominan en niños.⁽⁷⁾

El sistema inmunitario cumple un papel fundamental para el desarrollo de dicha respuesta inflamatoria, ya sea de origen infeccioso o autoinmune.^(8,9) A pesar del denominado privilegio inmune ocular la aparición de uveítis autoinmune sigue siendo común y su causa aún está por establecerse.^(9,10) Las uveítis pueden causar daños graves en la visión, debido a la aparición de complicaciones, que incluyen, entre otras: catarata, glaucoma, queratopatía en banda, sinequias anteriores y posteriores, seclusión pupilar, opacidades vítreas, cicatrices retinianas, desprendimiento de retina, anormalidades vasculares retinianas, edema macular quístico, atrofia óptica, entre otras.^(2,11)

La mayor parte de los pacientes con uveítis son adultos jóvenes, personas que se encuentran en edad laboral, lo que supone afectación en su productividad y, por consiguiente, repercute en su calidad de vida. Además, tiene como agravantes su carácter crónico o recidivante, sus complicaciones potenciales y la terapéutica prolongada en múltiples ocasiones. Más de la mitad de los pacientes desarrollan complicaciones relacionadas con el curso de la enfermedad, de forma que las diferentes formas de uveítis son responsables del 10 % de los problemas visuales en el mundo desarrollado, y hasta el 35 % de estos pacientes tienen graves problemas de visión o ceguera legal.⁽¹²⁾

Aunque en estos últimos años ha ocurrido un incremento en el número de trabajos que estudian factores epidemiológicos, existen escasos estudios poblacionales que permitan conocer la prevalencia e incidencia y factores de riesgo de esta enfermedad.^(13,14,15)

Con esta investigación se pretendió caracterizar clínica y epidemiológicamente las uveítis y su relación con la pérdida visual.

Métodos

Se realizó un estudio observacional, prospectivo y longitudinal de serie de casos, con pacientes con diagnóstico de uveítis, atendidos en la consulta de úvea del Centro Médico Ambulatorio, perteneciente al Hospital “Carlos Manuel de Céspedes” en el período de febrero de 2015 a febrero de 2018.

Teniendo en cuenta que todos los pacientes que asistieron a consulta cumplieron con los criterios de inclusión, en esta investigación coinciden el universo y la muestra, quedando conformada por 137 pacientes con diagnóstico de esta enfermedad.

Se estudiaron variables como la edad, el sexo, color de la piel, procedencia, clasificación anatómica y lateralidad de las crisis, etiología más frecuente, complicaciones oculares (estrabismo, ambliopía, glaucoma, catarata, sinequias anteriores o posteriores y desprendimiento de retina seroso y traccional, membranas neovasculares, membranas epirretinianas (MER), edema macular quístico (EMQ) y la pérdida visual, por ser la complicación más importante y que puede ocurrir como consecuencia de otras, se evalúa independiente y no como una más.

Para ello se tuvo en cuenta la agudeza visual (AV) mejor corregida antes y después de la crisis y evolutivamente se evaluó su comportamiento en cada consulta. Se estableció como pérdida visual aquella cuya AV mejor corregida estuvo por debajo de 1,0 por cartilla de Snellen, de manera irreversible. Se establecieron los siguientes grupos:

- Sin pérdida visual.
- Con pérdida visual: leve de 0,6-0,9; moderada de 0,2-0,5; grave $> 0,1$. Atendiendo a los criterios de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) de déficit visual grave.⁽¹²⁾

Los datos fueron recogidos por la autora y colaboradores mediante la revisión de historias clínicas y en el examen oftalmológico. A todos los pacientes se les indicó complementarios que ayudaron en la confirmación del diagnóstico, y se les realizó seguimiento a todos durante un año como mínimo. El período de inclusión fue de enero 2015 a enero 2017. Se confeccionó una base de datos en Microsoft Excel y se emplearon los sistemas EPIDAT 4.0 y SPSS versión 25.0 para el procesamiento y presentación de los resultados.

Se aplicaron las técnicas de estadística descriptiva, para resumir los datos se usó el número y el porcentaje. Para identificar la existencia de relación se empleó la prueba de asociación de la ji al cuadrado y el coeficiente phi de correlación, se tomaron como significativos aquellos valores con $p < 0,05$. El valor de phi ofreció, además de la intensidad de la relación ($> 0,3$ es una relación fuerte) su sentido, pues si su valor es negativo, entonces la relación entre las variables es inversa. Su valor oscila entre 1 y -1 siendo el 0 la ausencia total de relación.

Todos los pacientes que participaron en la investigación fueron informados sobre sus objetivos y los procedimientos diagnósticos a realizar en cada caso, así como los principios de riesgo-beneficio, garantizando la confidencialidad de la información obtenida y se recogió su consentimiento informado.

Resultados

El grupo más afectado fue el de las edades comprendidas entre 41 y 60 años con 51 pacientes (37,2 %), seguido del grupo de 18 a 40 años con 40 pacientes (29,2 %), de manera que la mayoría de los casos estaban entre 18 a 60 años de edad (tabla 1). En relación con el sexo, en la investigación hubo un predominio del femenino con 83 pacientes para un 60,6 %. En cuanto al color de la piel y la procedencia resaltó la piel mestiza y procedencia urbana con 69 (50,4 %) y 89 (65,0 %) pacientes, respectivamente.

Tabla 1 - Pacientes según variables sociodemográficas y categorías estudiadas.

| Variables | | Frecuencia absoluta | % |
|------------------|------------|---------------------|-------|
| Edad | < 18 años | 17 | 12,4 |
| | 18-40 años | 40 | 29,2 |
| | 41-60 años | 51 | 37,2 |
| | > 60 años | 29 | 21,2 |
| | Total | 137 | 100,0 |
| Sexo | Femenino | 83 | 60,6 |
| | Masculino | 54 | 39,4 |
| | Total | 137 | 100,0 |
| Color de la piel | Blanco | 61 | 44,5 |
| | Mestizo | 69 | 50,4 |
| | Negro | 7 | 5,1 |
| | Total | 137 | 100,0 |
| Procedencia | Rural | 48 | 35,0 |
| | Urbana | 89 | 65,0 |
| | Total | 137 | 100,0 |

Atendiendo a la clasificación anatómica (tabla 2) se obtuvo un predominio de las uveítis anteriores con 87 casos y menos frecuentes las panuveítis y las uveítis intermedias con 13 y 4 casos, respectivamente. Las uveítis unilaterales fueron las que predominaron en todos los tipos de uveítis, excepto en las intermedias que se presentaron en igual cantidad de pacientes, estas representaron un 79,1 %.

Tabla 2 - Pacientes según clasificación anatómica y lateralidad

| Clasificación anatómica | Lateralidad | | | | Total |
|-------------------------|-------------|-------|-----------|-------|-------|
| | Unilateral | % | Bilateral | % | |
| Anterior | 65 | 79,71 | 22 | 25,29 | 87 |
| Intermedia | 2 | 50,00 | 2 | 50,00 | 4 |
| Posterior | 28 | 84,85 | 5 | 15,15 | 33 |
| Panuveítis | 8 | 61,54 | 5 | 38,46 | 13 |
| Total | 103 | 75,18 | 34 | 24,82 | 137 |

Referente a las causas se obtuvo un predominio de las infecciosas, seguido de la desconocida. Las menos frecuentes fueron el síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada, cuya enfermedad se estudió aparte del grupo de las autoinmunes con vista a estudios posteriores (fig.).

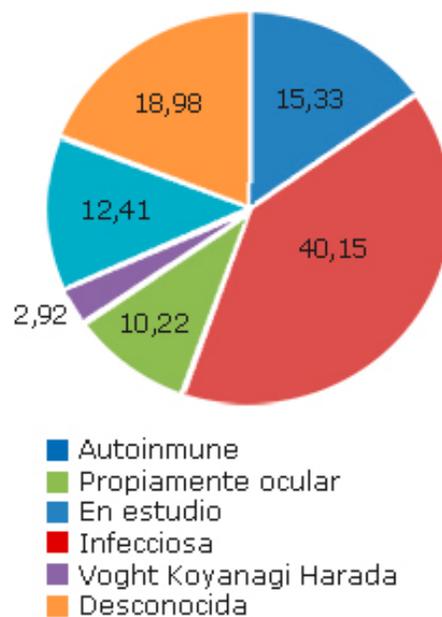


Fig. - Pacientes según causas.

Las complicaciones oculares más frecuente fueron la catarata en 17 casos (25,8 %), seguida de la hipertensión ocular (16,7 %) (tabla 3).

Tabla 3 - Pacientes según complicaciones oculares más frecuentes

| Complicaciones | Frecuencia absoluta | Frecuencia relativa |
|--------------------------------------|---------------------|---------------------|
| Atrofia óptica | 3 | 4,5 |
| Catarata | 17 | 25,8 |
| Edema macular quístico | 10 | 15,2 |
| Glaucoma | 1 | 1,5 |
| Seclusión pupilar | 7 | 10,6 |
| Queratopatía en banda | 4 | 6,1 |
| Hipertensión ocular | 11 | 16,7 |
| Ambliopía | 3 | 4,5 |
| Desprendimiento de retina traccional | 6 | 9,1 |
| Estrabismo | 1 | 1,5 |
| Desprendimiento seroso de retina | 1 | 1,5 |
| Membrana epirretiniana | 1 | 1,5 |
| Neovascularización coroidea | 1 | 1,5 |
| Total | 66 | 100,0 |

Las uveítis que tuvieron una mayor repercusión en la agudeza visual, con una pérdida visual grave fueron las posteriores con 13 casos, seguida de las panuveítis con tres casos. Sin embargo, las anteriores fueron las que mayor pérdida visual moderada y leve presentaron, con 24 y 49 casos respectivamente (tabla 4).

Tabla 4 - Relación entre los tipos de uveítis y la gravedad de la pérdida visual

| Clasificación anatómica | Pérdida visual inicial | | | | Total |
|-------------------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|---------------|
| | Sin pérdida | Leve | Moderada | Grave | |
| Anterior | 8(9,20 %) | 49(56,30 %) | 24(27,60 %) | 6(6,90 %) | 87(100,00 %) |
| Intermedia | 1(25,00 %) | 1(25,00 %) | 1(25,00 %) | 1(25,00 %) | 4(100,00 %) |
| Posterior | 0(0,00 %) | 8(24,20 %) | 12(36,40 %) | 13(39,40 %) | 33(100,00 %) |
| Panuveítis | 0(0,00 %) | 4(30,80 %) | 6(46,20 %) | 3(23,10 %) | 13(100,00 %) |
| Total | 9(6,60 %) | 62(45,30 %) | 43(31,40 %) | 23(16,80 %) | 137(100,00 %) |

Ji al cuadrado de Pearson = 29,741; $p = 0,0005$; coeficiente phi de correlación = 0,466.

Discusión

En relación con la edad, sexo y color de la piel, hay uveítis que afectan más a un determinado grupo. Así, las uveítis de aparición típica en la infancia son la artritis idiopática juvenil (AIJ) o la pars planitis, en contraposición a otras que se presentan a edades más avanzadas como

la coroidopatía en perdigonada (*birdshot*), o el linfoma intraocular. Las uveítis típicas del sexo masculino son las asociadas a espondiloartropatías seronegativas y en general las uveítis agudas o recurrentes, mientras que la uveítis asociada a AIJ es prácticamente exclusiva del sexo femenino.

Referente al color de la piel, los resultados coinciden con los reportados por otro estudio en el que existe predominio de cierto color de la piel en determinadas enfermedades, que son causas de uveítis. Al comparar los resultados con los de la literatura, se puede observar que la tendencia, en cuanto al orden de frecuencia, es básicamente la misma.^(1,16) Prieto M y otros encontraron una frecuencia de uveítis anterior en un 51 %, posterior un 19 %, panuveítis un 16 % e intermedia de un 13 %.⁽⁴⁾ De esta misma manera existe consenso con los demás estudios revisados, que refieren que en la piel negra son más frecuentes las uveítis por VKH o sarcoidosis, mientras que en la piel blanca es más frecuente el síndrome de presunta histoplasmosis ocular (PHO).⁽⁵⁾

El resultado relacionado con las causas difiere un poco con la bibliografía consultada, en la cual la mayoría se encuentra en el grupo de las idiopáticas, seguida de las causas autoinmunes. Esto puede deberse a que existen un grupo de pacientes que no se les completó el estudio, por lo que no se incluyeron en algún grupo específico. También pudiera ser por las diferencias en las técnicas de diagnóstico y por las formas que existen para llegar a este (conocimientos, estudios paraclínicos) en distintos lugares.

Por otro lado, las diferencias en cuanto a distribución geográfica de las uveítis son claras y determinan muchas veces en las causas, lo es también la influencia de los factores genéticos y ambientales. A medida que se pueda contar con nuevas y mejores técnicas diagnósticas el diagnóstico diferencial de las uveítis continuará cambiando.^(15,17) Es por esto que resulta de vital importancia estandarizar el abordaje diagnóstico y terapéutico del paciente con uveítis a fin de que en un futuro se tengan cifras más claras y reales de lo que ocurre con ellos.

Con frecuencia las complicaciones están presentes al momento del diagnóstico, pero cuando no es así, el grado y características de la inflamación ocular en el examen inicial puede ser un importante factor pronóstico para el desarrollo de complicaciones oculares y en consecuencia de pérdida de agudeza visual durante el seguimiento. Se pueden presentar

diferentes complicaciones entre ellas las más frecuentes son la catarata, el glaucoma, la queratopatía en banda y edema macular cistoide.^(13,18)

Prieto del Cura describió las complicaciones más frecuentes, entre ellas la catarata (30 % del total de complicaciones), seguida por el edema macular (21,3 %) y de la hipertensión ocular/glaucoma con un 13 %, siendo la evolución crónica y la bilateralidad de las crisis los factores que más influyeron.⁽⁴⁾ La catarata es la complicación más frecuente de las uveítis anteriores. *Miquelis* y otros citan los mecanismos a través de los cuales se produce el glaucoma en pacientes con uveítis, describiendo que existe una asociación frecuente entre uveítis y glaucoma, la cual está favorecida por varios mecanismos interrelacionados.^(15,16)

Al analizar la relación existente entre los tipos de uveítis y la gravedad de la pérdida visual la evidencia estadística confirma que existe relación entre la clasificación anatómica y la pérdida visual y su gravedad ($p = 0,0005$). Esto guarda relación con el sitio primario de inflamación, pues en las posteriores son más frecuentes las complicaciones retinales y en el caso de las anteriores la mayor cantidad de pacientes con pérdida visual puede estar influenciado por el predominio de este tipo de uveítis en el estudio.

Estos resultados coinciden con la literatura revisada. Una investigación realizada por la OMS arrojó como resultado que los casos de deterioro visual más leves (> 80 % de visión en un ojo) fueron algo más frecuentes, observándose en niños y adultos entre 16-60 años de edad (en torno al 12 %), y en mayores de 60 (casi el 20 %), sobre todo en uveítis posteriores.⁽¹⁸⁾ El progreso en los métodos de diagnóstico, el mejor conocimiento de la historia natural de la uveítis, así como, la aparición de nuevos fármacos, entre otros factores, es clave para la disminución de las complicaciones derivadas de esta enfermedad, siendo esto fundamental para evitar la pérdida visual del paciente.⁽¹⁹⁾

Se concluye que los pacientes más afectados fueron las mujeres entre la cuarta y sexta década de vida. Predominaron los pacientes con uveítis anteriores unilaterales. Las infecciones fueron la causa más común, así como la catarata resultó la complicación más frecuente. La gravedad de la pérdida visual guardó relación directa con la clasificación anatómica de la uveítis.

Referencias bibliográficas

1. Foster CS, Vitale AT. Diagnosis and treatment of uveitis. Philadelphia: WB Saunders Company; 2013 [acceso 09/02/2021] p. 563-7. Disponible en: <https://n9.cl/h71yu>
2. Díaz M, Calonge M, Sainz MT, Benítez JM, Gallego R, Arévalo F. Uveítis y escleritis. Diagnóstico y Tratamiento. España: Editorial Sociedad Española de Oftalmología; 2015 p. 44-46.
3. González D, Nascimento H, Nascimento C, Muccioli C, Belfort R. Uveítis en Sao Paulo, Brasil: 1053 New Patients in 15 Months. Ocular immunology and inflammation. 2017;25(3):382-7. DOI: 3109/09273948.2015.1132741.
4. Prieto M, González J. Complicaciones de las uveítis: prevalencia y factores de riesgo en una serie de 398 casos. Arch Soc Esp Oftalmol. 2017;84(10). DOI:10.4321/S0365-66912009001000007.
5. Selmi C. Diagnosis and classification of autoimmune uveitis. Autoimmun Rev. 2014;13(4-5):591-4. DOI: 10.1016/j.autrev.2014.01.006.
6. Toro O, De la Torre A, Pachón Suárez D, Salazar J, Parra Morales AM, Diagnóstico y tratamiento inicial de la uveítis por médicos no oftalmólogos. NOVA. 2017 [acceso 29/10/2021];15(28):99114. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/nova/v15n28/1794-2470-nova-15-28-00099.pdf>
7. Lonngi M, Aguilar MC, Ríos HA, Aristizábal CH, Rodríguez FJ, de-laTorre A. Pediatric Uveitis: Experience in Colombia. Ocul Immunol Inflamm. 2016;24(4):410-4. DOI: 10.3109/09273948.2016.1160129.
8. Caspi R. A look at autoimmunity and inflammation in the eye. J Clin Invest. 2017;120(9):3070-83. DOI: 10.1172/JCI42440.
9. Fouces Y, Galindo K, León M, Díaz H. Enfermedades inflamatorias de la úvea. MEDISAN. 2010 [acceso 12/082019];14(6):754-60. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192010000600003&lng=es&nrm=iso
10. Prieto M, González, J. Risk factors for ocular complications in adult patients with uveitis. European Journal of Ophthalmology. 2020;30(6):1381-9. DOI: 10.1177/1120672119899379.

11. OPS. Salud visual. Washington, DC: Organización panamericana de la salud; 2021. [acceso 09/02/2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-visual>
12. Fanlo P, Heras H, Espinosa G, Adan A. Complicaciones y agudeza visual en los pacientes con uveítis en una unidad multidisciplinar de referencia del norte de España. Archivos de la sociedad Española de Oftalmología. 2019;94(9):419-25. DOI: 10.1016/j.ofal.2019.05.005.
13. Espinoza MdR; Chan HCh, Dorado C, León MP. Casos clínicos de uveítis del Hospital México, 2010-2013. Acta méd. Costarric. 2016 [acceso 24/10/2021];58(2):74-80. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000160022016000200074&lng=en
14. Miqueli M, López S M, Ambou Frutos I. La uveitis y el glaucoma, un reto para el oftalmólogo. Rev cubana Oftalmol. 2018 [acceso 29/10/2021];31(3):1-9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08621762018000300009&lng=es
15. Díaz D, Méndez R, Arriola P, Cuiña R, Ariño M. Enfermedades sistémicas no infecciosas y uveítis. Anales Sis San Navarra. 2008 [acceso 30/10/2021];31(Suppl 3):97-110. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272008000600009&lng=es
16. Gupta A, Ramanan AV. Uveitis in Children: Diagnosis and Management. Indian J Pediatr. 2016;83(1):71-7. DOI: 10.1007/s12098-015-1889-x.
17. Ozdal PC, Berker N, Tugal I. Pars Planitis: Epidemiology, Clinical Characteristics, Management and Visual Prognosis. J Ophthalmic Vis Res. 2015;10(4):469-80. DOI: 10.4103/2008-322X.176897.
18. Díaz Valle D, Benitez del Castillo Sánchez JM, Méndez Fernández R. Actualización en el tratamiento de las uveítis. Gran Canaria: Sociedad Española de Oftalmología; 2007 p. 11-19. Disponible en: <https://docplayer.es/10438427-Actualización-en-el-tratamiento-de-las-uveitis.html>.
19. Naranjo BT, López M, Moreno J C, Acosta F. La uveítis, comportamiento clínico epidemiológico en Pinar del Río. Rev Ciencias Médicas. 2015 [acceso 29/10/2021];19(2):266-74. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156131942015000200011&lng=es

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Conceptualización: Yuannis Peña Almenares, Yohani García Mederos, Zoila María Reyes Maceo, Nancy Peña López.

Curación de datos: Yohani García Mederos

Análisis formal: Yuannis Peña Almenares, Yohani García Mederos, Zoila María Reyes Maceo, Nancy Peña López.

Adquisición de fondos: Nancy Peña López

Investigación: Yuannis Peña Almenares, Yohani García Mederos, Zoila María Reyes Maceo, Nancy Peña López.

Metodología: Yuannis Peña Almenares, Yohani García Mederos.

Financiación

La financiación estuvo a cargo del Hospital Provincial General “Carlos Manuel de Céspedes”.