

Uveítis

Fecha de la última revisión: **18/06/2013**

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cómo se diagnostica?](#)
3. [¿Cómo se trata?](#)
4. [Bibliografía](#)
5. [Más en la red](#)
6. [Autor](#)

¿De qué hablamos?

La uveítis es un proceso inflamatorio que afecta a la uvea (figura 1), capa del ojo situada entre la retina y la esclerótica que consta de tres estructuras: el iris, el cuerpo ciliar y la coroides. Según la localización del segmento ocular que se considera origen del proceso inflamatorio, se distinguen cuatro tipos de uveítis (Jabs DA, 2005):

- Uveítis anterior: es la forma más frecuente (60%). Afecta al iris y/o cuerpo ciliar e incluye iritis, ciclitis y/o iridociclitis. Suele ser aguda y autolimitada.
- Uveítis intermedia: representan el 7% del total de uveítis. Afecta a la porción posterior del cuerpo ciliar (pars plana), dando lugar a una pars planitis y/o a la zona de la periferia extrema retiniana, originando una vitritis o ciclitis posterior.
- Uveítis posterior: representan alrededor del 15% del total de las uveítis. La inflamación puede afectar a la coroides, la retina y la porción posterior del cuerpo vítreo e incluye los siguientes subtipos: coroiditis focal, multifocal, difusa, corioretinitis, retinocoroiditis, retinitis, neuroretinitis.
- Panuveítis: afecta a cámara anterior, vítreo y retina o coroides, representando el 20% de todas las uveítis.

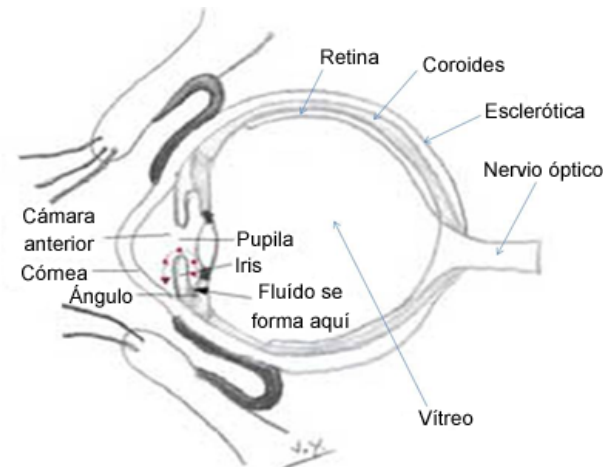


Figura 1. Partes del ojo humano

Además, según las características evolutivas la uveítis puede ser:

- De inicio brusco o insidioso.
- De duración aguda (≤ 3 meses) o crónica (≥ 3 meses).
- Episodio único o recidivante.
- Unilateral o bilateral.

La incidencia de uveítis se estima entre 15-45 casos por 100.000 habitantes y año, con una prevalencia de 40-70 casos por 100.000 habitantes (Gritz DC, 2004). Es mas frecuente entre los 30 y 40 años, aunque puede afectar a personas de cualquier grupo de edad.

La uveítis puede ser la manifestación de una enfermedad generalizada ya establecida, ser un proceso limitado al globo ocular, o incluso ser el primer signo clínico de una entidad que se desarrollará mas tardíamente. La etiología de la uveítis es múltiple (Bodaghi B, 2001; McCannel CA, 1996; Silverstein A, 1997; Albarrán F, 2009), pudiéndose clasificar en:

- Idiopática: representan aproximadamente el 25-30% de las uveítis.
- Secundaria a enfermedades sistémicas y autoinmunes: suponen el 30-40%, entre las que se incluyen las espondiloartropatías seronegativas (HLA-B27 +), como la espondilitis anquilosante, síndrome de Reiter y artritis psoriásica, enfermedad inflamatoria intestinal (EII) -enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa-, artritis idiopática juvenil, policondritis recidivante, vasculitis -enfermedad de Behçet, enfermedad de Kawasaki, otras vasculitis necrosantes-, sarcoidosis, síndrome de nefritis tubulointersticial, síndrome de Sjögren, lupus eritematoso sistémico, síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada, enfermedad celíaca, etc.

- Secundaria a enfermedades infecciosas (15-25%): virales -herpes simple, herpes zóster, VIH, citomegalovirus-, bacterianas -tuberculosis, sífilis, enfermedad de Lyme, enfermedad de Whipple, enfermedad por arañazo de gato, lepra-, parásitos -toxoplasma, toxocara-, hongos -candidiasis, histoplasmosis-, etc.
- Síndromes confinados principalmente a los ojos (25%-30%): entre los que se incluyen crisis glaucomatociclíticas, pars planitis, ciclitis heterocrómica de Fuchs, uveítis asociadas al HLA B 27 sin manifestaciones sistémicas, síndrome de puntos blancos, coroidopatía en perdigonada, enfermedad de Eales, uveítis postquirúrgicas no infecciosas, oftalmía simpática, etc.
- Grupo misceláneo en el que se incluyen los síndromes de enmascaramiento: neoplasias -metástasis, linfoma, leucemia, retinoblastoma, farmacológicas (rifabutina, abtivirales, moxifloxacino, bifosfonatos, etc.), vasculopatías -enfermedad venooclusiva, y otras entidades -retinitis pigmentaria, malformaciones-, etc.

En la tabla 1 se resumen las causas mas frecuentes en función de la localización primaria de la uveítis y en la tabla 2 las características de la uveítis asociada a los procesos más frecuentes (Bañares A, 1997).

Tabla 1. Etiología más frecuente de las uveítis según localización y características evolutivas		
Uveítis aguda anterior	Aguda no recurrente unilateral	• Idiopática. • Espondiloartropatía. • Oftalmológicas. • Herpes.
	Aguda recurrente unilateral	• Espondilitis anquilosante. • Idiopática HLA-B27 (+). • Idiopática HLA-B27 (-). • Herpes. • Sífilis. • Psoriasis. • Oftalmológicas. • Idiopática. • Traumatismo ocular (puede ser leve).
	Aguda bilateral	• Idiopática. • Oftalmológicas. • Psoriasis. • TINU. • Espondiloartropatía.
	Crónica	• Idiopática. • Oftalmológicas. • Artritis idiopatica juvenil. • Síndrome de Sjögren. • Sarcoidosis. • Enfermedad de Crohn. • Espondiloartropatía.
Uveítis intermedia	• Idiopática. • Sarcoidosis. • Esclerosis múltiple. • Síndrome de enmascaramiento. • Enfermedad de Lyme.	
Uveítis posterior	Infecciosa	• Toxoplasmosis. • Infección por virus herpes simple y varicela-zoster. • Citomegalovirus. • Sífilis. • Candidiasis. • Toxocariasis.
	No infecciosa	• Lupus eritematoso sistémico. • Sarcoidosis. • Poliarteritis nodosa. • Granulomatosis de Wegener. • Síndromes de puntos en blanco.
Panuveítis	• Síndrome de Behçet. • Sarcoidosis. • Tuberculosis. • Enfermedad de Lyme. • Sífilis. • Lupus eritematoso sistémico. • Enfermedad de Vogt-Koyanagi-Harada.	

- Oftalmía simpática.

Tabla 2. Características de la uveítis asociada a algunas etiologías	
Etiología	Características de la uveítis
Idiopática	• Son las uveítis más frecuentes. • La mayoría son anteriores, aunque pueden afectar a cualquier segmento. • No presentan síntomas sistémicos asociados. Las asociadas a HLA-B27 sin espondiloartropatía se incluyen en este grupo.
Espondilitis anquilosante	• Es la enfermedad sistémica inmune mas frecuentemente asociada a uveítis. • El cuadro más frecuente es la uveítis anterior aguda unilateral recurrente - pueden ocurrir en el ojo contralateral-, en más de la mitad de los casos asociada a HLA-B 27 positivo (Rosenbaum JT, 1992). • Es dos veces más común en los hombres que en las mujeres. • Es típicamente unilateral y tiende a resolverse dentro de los tres meses siguientes a su aparición. Las recurrencias son comunes • Los pacientes con uveítis anterior recurrente pueden tener una forma incompleta de espondilitis anquilosante, particularmente aquellos que son HLA-B27 positivo, asociada a la presencia de inflamación en tendones o ligamentos de inserción (entesitis) que se evidencia mediante ecografía, a pesar de la ausencia de síntomas clínicos de la espondiloartropatía (Muñoz S, 2009).
Artritis psoriásica y enfermedad inflamatoria intestinal (EII)	• El 7% de los pacientes con artritis psoriásica y el 2-9% de los pacientes con EII pueden desarrollar uveítis posterior o pauveitis (Lambert JR, 1976; Lyons JL, 1997). • Se asocia con HLA-B27 en aproximadamente el 45 por ciento de los casos con EII. • Es frecuentemente bilateral, insidiosa en su inicio y de duración crónica, siendo más común en las mujeres que en los hombres (Lyons JL, 1997; Paiva ES, 2000). • Aproximadamente el 75 por ciento de los pacientes con EII tienen uveítis y una artritis asociada que puede ser axial y/o periférica y puede, por lo tanto, simular una espondiloartropatía. Frecuentemente la uveítis puede preceder a los síntomas y signos de la EII.
Sarcoidosis	• Aproximadamente el 20% de los pacientesdesarrollan afectación ocular: ojos secos, neuritis óptica, episcleritos, uveítis, etc., como forma de presentación inicial de la sarcoidosis (Obenauf CD, 1978). • La uveítis en pacientes con sarcoidosis se asocia frecuentemente con vasculitis retinia (James DG, 1986). La enfermedad de los ojos puede persistir a pesar de la resolución de las adenopatías (Karma A, 1988).
Enfermedad de Behçet	• El 80 por ciento de los pacientes con enfermedad de Behçet desarrollan uveítis (ISGBD, 1990). La uveítis es a menudo la manifestación predominante de esta enfermedad y es típicamente bilateral y a menudo se presenta como un panuveítis y vasculitis retiniana que normalmente conduce a la ceguera si no se trata (Mamo JG, 1970).
Nefritis tubulointersticial	• La uveítis asociada a nefritis tubulointersticial es un trastorno poco común que se presenta con mayor frecuencia en adolescentes y mujeres jóvenes, que también pueden presentar otros síntomas sistémicos como fiebre, mialgias, anemia leve y pruebas anormales de la función hepática. Los pacientes pueden experimentar uveítis recurrente o crónica. También puede ocurrir juntos en la sarcoidosis y en el síndrome de Sjögren (Mandeville JT, 2001).
Síndromes primarios oculares	• Puede afectar a cualquiera de los segmentos, presentándose con cuadros específicos. El examen oftalmológico es diagnóstico y no suele necesitarse de otras exploraciones.

¿Cómo se diagnostica?

La historia del paciente es clave en el diagnóstico de la uveítis debido a las manifestaciones sistémicas frecuentemente asociadas. Se deben recoger los antecedentes personales, con especial énfasis en los referidos a trastornos autoinmunes y enfermedades inflamatorias. También se debe indagar sobre antecedentes de enfermedades infecciosas, y sobre antecedentes de riesgos laborales y traumatismos oculares (Muñoz-Fernández S, 2005; Calvo LM, 2008; Albarrán F, 2009).

Los síntomas oftalmológicos de la uveítis dependerán de la parte del tracto uveal que esté involucrado. La uveítis anterior aguda, cuatro veces más común que la uveítis posterior, a menudo se presenta con dolor ocular, fotofobia, lagrimeo, enrojecimiento -principalmente en el limbo (la unión entre la córnea y la esclerótica)- y pupila contraída, aunque estos síntomas son mínimos en la uveítis anterior crónica. El grado de pérdida visual asociada con la uveítis anterior es variable, aunque raramente cursa con agudeza visual disminuida. La uveítis intermedia y posterior se presenta con sintomatología más inespecífica y comúnmente es indolora, siendo el síntoma de presentación mas frecuente las miodesopsias, aunque en ocasiones puede comenzar con pérdida de visión central debido a edema macular. En la mayoría de los casos la parte externa del ojo no está alterada, y no hay síntomas inflamatorios a menos que exista una uveítis anterior que la acompañe (Mahmood AR, 2008).

El médico de familia debe realizar una historia clínica con una anamnesis por aparatos completa, enfocada a descartar las posibles etiologías y una exploración física completa incluyendo la exploración del esqueleto axial y un examen externo del ojo, siendo frecuente en la uveítis anterior encontrar hiperemia, principalmente en el limbo esclero-corneal, de distribución radial, máxima a medida que se acerca al limbo (patrón inverso en la conjuntivitis). En las formas crónicas no suele haber hiperemia. Requiere también ser diferenciada del **ojo rojo** de la escleritis y episcleritis –no tan difusas–, y de la queratitis, donde suele haber lesión corneal. La

miosis suele acompañar a la uveítis anterior (no presente en la conjuntivitis y ocasional en la escleritis y queratitis).

Todos los pacientes con sospecha de uveítis deben ser remitidos al oftalmólogo para una exploración oftalmológica de la agudeza visual, medición de presión intraocular- en la uveítis anterior aguda es frecuente encontrar una disminución de la presión intraocular frente a la uveítis anterior crónica que suele cursar con aumento de la presión- y examen con lámpara de hendidura, en el que puede objetivarse en la uveítis anterior aguda: hiperemia iridiana y ciliar periquerática, miosis y exudación en la cámara anterior (fenómeno Tyndall), precipitados queráticos y sinequias. En la uveítis intermedia el signo más característico es la vitritis, donde se objetiva infiltrado celular prominente y agregados de células denominados "bolas de nieve o algodón". En al uveítis posterior, en el fondo de ojo puede haber un grado variable de turbidez vítrea, exudados focales en coroides y retina, edema macular, vasculitis o desprendimiento exudativo de la retina. Otras técnicas imprescindibles en la evaluación por el oftalmólogo de la uveítis y sus complicaciones son la tomografía de coherencia óptica y la angiografía (Rosenbaum JT, 1990; Albarrán F, 2009).

En pacientes con un primer episodio de uveítis unilateral, sin manifestaciones sistémicas, o con antecedentes de un traumatismo o cirugía ocular, o en síndromes primariamente oculares, y en pacientes con signos clínicos infección por virus del herpes simple o herpes zoster, no proceden exploraciones complementarias adicionales. En el resto de las situaciones se deben solicitar pruebas complementarias básicas que incluirán: hemograma, VSG, PCR, coagulación, bioquímica de sangre completa y proteinograma; sistemático de orina; serología luética (FTA-ABS, VDRL), HLA B 27 -positivo en cerca del 90% de los pacientes con espondilitis anquilosante, en el 80% de los pacientes con síndrome de Reiter, en el 75% de los pacientes con artritis psoriásica y en el 50% de los pacientes con Eil-, Mantoux, radiografía de tórax pa y lateral.

En función del resultado de la anamnesis y de las pruebas anteriores y según la localización anatómica de la uveítis podrá estar justificado la realización de otras pruebas complementarias (Muñoz-Fernandez S, 2005; Albarrán F, 2009):

- Serología herpética, citomegalovirus, toxoplasma, borrelia burgdorferi, VIH, etc.: indicada en todos los cuadros que cursen con coriorretinitis.
- Anticuerpos antinucleares (ANA): indicados en uveítis crónica en niños con AIJ, sospecha de síndrome de Sjögren o lupus eritematoso sistémico.
- Anticuerpos anti-Ro y anti-La: indicados si se sospecha síndrome de Sjögren.
- Anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA): sólo indicado si hay sospecha de granulomatosis de Wegener, rara vez causa de uveítis.
- Anticuerpos anticardiolipina-anticoagulante lúpico: Indicados en casos de enfermedad venooclusiva retiniana o en uveítis de pacientes con colagenosis.
- Enzima convertidora de la angiotensina (ECA): el aumento en los niveles de ECA puede ser un signo de sarcoidosis. Los niveles de ECA se elevarán o bajarán a medida que la sarcoidosis empeora o mejora.
- Tipaje del HLA: indicado ante la sospecha de coroidopatía de Birdshot (HLA-A29), enfermedad de Behçet (HLA-B51), enfermedad de Vogt-Koyanagi-Harada (HLA-DR4), sarcoidosis (HLA A1), y oftalmia simpática (HLA A11).
- Radiografía simple de articulaciones sacroilíacas: indicada en toda uveítis anterior aguda recurrente para descartar espondiloartropatía.
- Tomografía computarizada (TC) torácica y gammagrafía con galio: pueden ser útiles en el diagnóstico de sarcoidosis.
- TC craneal y/o resonancia magnética: si existe clínica neurológica asociada o sospecha de lesiones ocupantes de espacio (ej. linfoma).
- Colonoscopia-Ileoscopia: si sospecha de Eil.
- Vitrectomía -extracción del humor vítreo para el análisis citológico, citometría de flujo, serología, PCR (reacción en cadena de polimerasa) y cultivo-: no se utiliza habitualmente, pero en ocasiones será necesaria para ayudar a identificar la etiología y por lo tanto guiar el tratamiento.
- Biopsia de tejidos intraoculares: de gran utilidad en el diagnóstico de tumores, sobre todo linfoma intraocular.

¿Cómo se trata?

La uveítis es una enfermedad grave, que se acompaña con frecuencia de complicaciones que pueden desembocar en pérdida de visión: edema macular quístico, desprendimiento de retina, opacidades vítreas, glaucoma, cataratas, papilitis, neovascularización retiniana o subretiniana, hemorragia vítrea y queratopatía en banda. Algunos expertos recomiendan que sea evaluada y tratada por un equipo interdisciplinar en unidades de uveítis, debiendo derivarse el paciente incluso con carácter de urgencia para instaurar un tratamiento precoz y agresivo que minimice el riesgo de desarrollar complicaciones oculares (McCluskey PJ, 2000; SER, 2009; Albarrán F, 2009). El tratamiento depende en gran medida de la localización, etiología y de la gravedad de la enfermedad. En la tabla 3 se muestra un resumen del tratamiento específico de algunas uveítis según la etiología.

Tabla 3. Tratamiento específico de algunas uveitis según la etiología	
Etiología	Tratamiento específico
Toxoplasmosis	Pirimetamina , sulfadiazina y ácido folínico, junto con corticoides según el grado de inflamación.
Tuberculosis	Tratamiento específico, el mismo que para otras formas de la enfermedad, siendo de 6 meses en pacientes inmunocompetentes y hasta 1 año en inmunodeprimidos.
Virus herpes simple	Aciclovir tópico y ciclopléjicos; mientras que cuando existe afectación posterior se debe añadir tratamiento antiviral por vía oral.
Herpes zoster	Tratamiento antiviral por vía oral.
Citomegalovirus	Administración sistémica o local (implante) de ganciclovir, foscarnet o valganciclovir.
Espondilitis anquilosante	Suelen responder a tratamiento tópico con ciclopléjicos y corticoides. La sulfasalazina , dosis de 1,5-3 g/día disminuye el número de recidivas de uveítis, así como la gravedad de los brotes. (Muñoz-Fernández S, 2003). Tambien el metotrexato se ha mostrado eficaz para reducir la frecuencia de las recurrencias de uveítis asociadas a espondiloartropatía (Muñoz-Fernández S, 2009). El tratamiento con etanercept o infliximab se muestran eficaz para reducir la incidencia de uveítis en pacientes con espondilitis anquilosante, pero el riesgo y el coste por lo general no justifican su uso si el propósito es únicamente evitar la uveitis (Braun J, 2005).
Uveítis asociadas a HLA B27	La sulfasalazina es eficaz para prevenir las recurrencias de uveítis asociadas a HLA B27 (Muñoz-Fernández S, 2003).
Enfermedad de Behçet	En la uveítis anterior es de primera elección la administración de corticoides tópicos, si no hay respuesta se debe administrar prednisona vía oral, y en caso de recidiva se debe iniciar tratamiento con ciclosporina . En la uveítis posterior son de elección los esteroides sistémicos y la ciclosporina A.

	Los inmunosupresores como la azatioprina , el metotrexato o el micofenolato de mofetilo que se pueden asociar al tratamiento anterior en caso de evolución tórpida.
	Cada vez existe mayor experiencia y buenos resultados con el infliximab, el cual se ha utilizado en casos de uveítis posteriores y anteriores refractarias, o si la terapéutica previa es mal tolerada (Sfikakis PP, 2001; Ohno S, 2004; Tugal-Tutkun I, 2005; Tabbara KF 2008).
Sarcoidosis	Corticoides sistémicos y en caso de evolución tórpida inmunosupresores.

Tratamiento tópico

El tratamiento de primera elección de la uveítis anterior aguda no infecciosa son los corticoides tópicos y los ciclopléjicos, a pesar de que las evidencias que apoyan su eficacia son escasas (Albarrán F, 2009; Islam N, 2010):

- Corticoides tópicos oftálmicos: [prednisolona](#), [dexametasona](#) o [fluorometolona](#), al principio cada 1-2 horas; al cabo de 1-2 semanas el corticoide se retira progresivamente en 4-6 semanas.
- Cicloplejicos: [ciclopentolato](#) o [fenilefrina](#), 1-2 gotas 3-6 veces al día, para reducir el dolor por espasmo del músculo ciliar y las sinequias. Tras controlar el proceso inflamatorio se pueden suspender antes que los corticoides.

Infiltraciones peri o intraoculares de glucocorticoides (Albarrán F, 2009)

Las infiltraciones peri o intraoculares de glucocorticoides [-triamcinolona](#) o [dexametasona](#)- están indicadas en uveítis anterior aguda grave, uveítis intermedia, y como tratamiento adjunto al tópico o sistémico en casos de uveítis anteriores crónicas resistentes y en pacientes con poca adherencia al tratamiento tópico.

Tratamiento sistémico

Indicado como de segunda elección en los pacientes con uveítis anterior que no se controlan con glucocorticoides tópicos, y como de primera elección en la uveítis anterior bilateral, uveítis intermedia con pérdida de visión y en las uveítis posteriores (Smith JR, 2002).

En la mayoría de los casos los corticoides vía oral son el tratamiento de primera elección, [prednisona](#) 1 mg/kg/día, con una disminución progresiva, después de la respuesta inicial, hasta la dosis más baja que controle la inflamación. Si se logra la remisión durante 6-12 meses los corticoides pueden ser gradualmente suspendidos (Rothova A, 2002).

En los pacientes que no responden a los corticoides sistémicos en 2-4 semanas, o en los que requieren dosis de mantenimiento de prednisona superiores a 10 mg, el tratamiento debe individualizarse, siendo los principales agentes utilizados:

1. Inhibidores de calcineurina (ciclosporina A y tracolimus).
2. Antimetabólicos: [azatioprina](#), [micofenolato](#) de mofetilo y [metotrexato](#).
3. Alquilantes ([ciclofosfamida](#) y [clorambucil](#)).
4. Agentes biológicos, como los anti-TNF (infliximab, adalimumab y etanercept).

En general, se considera de primera elección la [ciclosporina](#) aunque otros autores prefieren iniciar el tratamiento con [metotrexato](#) o [azatioprina](#). Sin embargo, hay que saber que los escasos ensayos clínicos aleatorios disponibles sobre estos fármacos impiden hacer recomendaciones con un alto grado de evidencia (Jabs DA, 2000; Michel SS, 2002; Ozdal PC, 2002; Murphy CC, 2005; Pasadhika S, 2009; Ali A, 2010; Daniel E, 2010).

El papel de los anti-TNF es incierto y se requieren más estudios para aclarar sus indicaciones y riesgos. Varios estudios sugieren que infliximab es más eficaz que etanercept (Galor A, 2006; Foeldvari I, 2007), sin embargo, hay que tener en cuenta que en un estudio prospectivo con infliximab se ha descrito una alta frecuencia de efectos adversos, incluido lupus inducido por medicamentos (Suhler EB, 2005). Adalimumab parece tener una eficacia superponible a infliximab, pero se dispone de menos estudios (Biester S, 2007; Simonini G, 2011; Díaz-Llopis M, 2012). Se encuentran indicados en uveítis resistente a corticoides, [ciclosporina](#) o [azatioprina](#) y en algunas situaciones específicas como por ejemplo la enfermedad de Behçet, en donde infliximab ha demostrado en varios estudios una respuesta es especialmente rápida (Ohno S, 2004; Tugal-Tutkun I, 2005; Tabbara KF, 2008).

Implantes oculares liberadores de corticoides

El implante intraocular de fluocinolona esta aprobado por la FDA para el tratamiento de la uveítis no infecciosa posterior refractaria a las infiltraciones con corticoides, y en las que el tratamiento sistémico está contraindicado. El dispositivo implantado quirúrgicamente proporciona una liberación de fluocinolona durante alrededor de 2,5 años. Sin embargo, aunque el implante no produce toxicidad sistémica y puede ser eficaz en pacientes seleccionados (Cohen AE, 2011). Sin embargo, conlleva un pequeño riesgo de complicaciones quirúrgicas, incluyendo endoftalmitis y casi todos los pacientes desarrollarán una catarata, y alrededor del 30% de los pacientes requieren cirugía adicional por desarrollar glaucoma. Además no se conoce la seguridad de los implantes múltiples después de mas de 2,5 años (MUST, 2012).

Bibliografía

- Albarrán Hernández F, Sánchez Atrio AI, Pérez Gómez A, Cuende Quintana E. Uveítis I. Clasificación. Exploración oftalmológica. Etiología. Aproximación diagnóstica. Complicaciones. Medicine. 2009;10:2145-54.
- Albarrán Hernández F, Turrión Nieves AI, Bohórquez Heras C, Movasat Hajkhan A. Uveítis II. Tratamiento sistémico. Medicine. 2009;10:2155-61.
- Ali A, Rosenbaum JT. Use of methotrexate in patients with uveitis. Clin Exp Rheumatol. 2010;28(5 Suppl 61):S145-50. PubMed [PMID: 21044449](#)
- Bañares A, Jover JA, Fernández-Gutiérrez B, Benítez del Castillo JM, García J, Vargas E, et al. Patterns of uveitis as a guide in making rheumatologic and immunologic diagnoses. Arthritis Rheum. 1997;40(2):358-70. PubMed [PMID: 9041948](#)
- Benitez-Del-Castillo JM, Garcia-Sanchez J, Iradier T, Bañares A. Sulfasalazine in the prevention of anterior uveitis associated with ankylosing spondylitis. Eye (Lond). 2000;14(Pt 3A):340-3. PubMed [PMID: 11026996](#)
- Biester S, Deuter C, Michels H, Haefner R, Kuemmerle-Deschner J, Doycheva D, et al. Adalimumab in the therapy of uveitis in childhood. Br J Ophthalmol. 2007;91(3):319-24. PubMed [PMID: 17035274](#). [Texto completo](#)
- Bodaghi B, Cassoux N, Wechsler B, Hannouche D, Fardeau C, Papo T, et al. Chronic severe uveitis: etiology and visual outcome in 927 patients from a single center. Medicine (Baltimore). 2001;80(4):263-70. PubMed [PMID: 11470987](#)
- Braun J, Baraliakos X, Listing J, Sieper J. Decreased incidence of anterior uveitis in patients with ankylosing spondylitis treated with the anti-tumor necrosis factor agents infliximab and etanercept. Arthritis Rheum. 2005;52(8):2447-51. PubMed [PMID: 16052578](#). [Texto completo](#)

- Calvo Hernández LM, Bautista Salinas RM, Suárez Cabrera M. Uveítis. Un reto para el internista. An Med Interna. 2008;25(3):141-8. PubMed **PMID: 18560683**. **Texto completo**
- Cohen AE, Assang C, Patane MA, From S, Korenfeld M; Avion Study Investigators. Evaluation of dexamethasone phosphate delivered by ocular iontophoresis for treating noninfectious anterior uveitis. Ophthalmology. 2012;119(1):66-73. doi: 10.1016/j.ophtha.2011.07.006. PubMed **PMID: 22115712**
- Criteria for diagnosis of Behçet's disease. International Study Group for Behçet's Disease. Lancet. 1990;335(8697):1078-80. PubMed **PMID: 1970380**
- Daniel E, Thorne JE, Newcomb CW, Pujari SS, Kaçmaz RO, Levy-Clarke GA, et al. Mycophenolate mofetil for ocular inflammation. Am J Ophthalmol. 2010;149(3):423-32.e1-2. doi: 10.1016/j.ajo.2009.09.026. PubMed **PMID: 20042178**. **Texto completo**
- Díaz-Llopis M, Salom D, García-de-Vicuña C, Cordero-Coma M, Ortega G, Ortego N, et al. Treatment of refractory uveitis with adalimumab: a prospective multicenter study of 131 patients. Ophthalmology. 2012;119(8):1575-81. doi: 10.1016/j.ophtha.2012.02.018. PubMed **PMID: 22525047**
- Foeldvari I, Nielsen S, Kümmerle-Deschner J, Espada G, Horneff G, Bica B, et al. Tumor necrosis factor-alpha blocker in treatment of juvenile idiopathic arthritis-associated uveitis refractory to second-line agents: results of a multinational survey. J Rheumatol. 2007;34(5):1146-50. PubMed **PMID: 17343318**
- Galor A, Perez VL, Hammel JP, Lowder CY. Differential effectiveness of etanercept and infliximab in the treatment of ocular inflammation. Ophthalmology. 2006;113(12):2317-23. PubMed **PMID: 16996615**
- Gritz DC, Wong IG. Incidence and prevalence of uveitis in Northern California; the Northern California Epidemiology of Uveitis Study. Ophthalmology. 2004;111(3):491-500; discussion 500. PubMed **PMID: 15019324**
- Islam N, Pavesio C. Uveitis (acute anterior). Clin Evid (Online). 2010;2010. doi:pii: 0705. PubMed **PMID: 21736765**. **Texto completo**
- 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(3):509-16. PubMed **PMID: 16196117**
- Jabs DA, Rosenbaum JT, Foster CS, Holland GN, Jaffe GJ, Louie JS, et al. Guidelines for the use of immunosuppressive drugs in patients with ocular inflammatory disorders: recommendations of an expert panel. Am J Ophthalmol. 2000;130(4):492-513. PubMed **PMID: 11024423**. **Texto completo**
- James DG. Ocular sarcoidosis. Ann N Y Acad Sci. 1986;465:551-63. PubMed **PMID: 3460394**
- Karma A, Huhti E, Poukkula A. Course and outcome of ocular sarcoidosis. Am J Ophthalmol. 1988;106(4):467-72. PubMed **PMID: 3177566**
- Lambert JR, Wright V. Eye inflammation in psoriatic arthritis. Ann Rheum Dis. 1976;35(4):354-6. PubMed **PMID: 970993**. **Texto completo**
- Lyons JL, Rosenbaum JT. Uveitis associated with inflammatory bowel disease compared with uveitis associated with spondyloarthropathy. Arch Ophthalmol. 1997;115(1):61-4. PubMed **PMID: 9006426**
- Mahmood AR, Narang AT. Diagnosis and management of the acute red eye. Emerg Med Clin North Am. 2008;26(1):35-55, vi. doi: 10.1016/j.emc.2007.10.002. PubMed **PMID: 18249256**
- Mamo JG. The rate of visual loss in Behçet's disease. Arch Ophthalmol. 1970;84(4):451-2. PubMed **PMID: 5492449**
- Mandeville JT, Levinson RD, Holland GN. The tubulointerstitial nephritis and uveitis syndrome. Surv Ophthalmol. 2001;46(3):195-208. PubMed **PMID: 11738428**
- McCannel CA, Holland GN, Helm CJ, Cornell PJ, Winston JV, Rimmer TG. Causes of uveitis in the general practice of ophthalmology. UCLA Community-Based Uveitis Study Group. Am J Ophthalmol. 1996;121(1):35-46. PubMed **PMID: 8554079**
- McCluskey PJ, Towler HM, Lightman S. Management of chronic uveitis. BMJ. 2000;320(7234):555-8. PubMed **PMID: 10688564**. **Texto completo**
- Michel SS, Ekong A, Baltatzis S, Foster CS. Multifocal choroiditis and panuveitis: immunomodulatory therapy. Ophthalmology. 2002;109(2):378-83. PubMed **PMID: 11825826**
- Multicenter Uveitis Steroid Treatment (MUST) Trial Research Group; Kempen JH, Altaweel MM, Holbrook JT, Jabs DA, Louis TA, Sugar EA, et al. Randomized comparison of systemic anti-inflammatory therapy versus fluocinolone acetonide implant for intermediate, posterior, and panuveitis: the multicenter uveitis steroid treatment trial. Ophthalmology. 2011;118(10):1916-26. Erratum in: Ophthalmology. 2012;119(2):212. doi: 10.1016/j.ophtha.2011.07.027. PubMed **PMID: 21840602**. **Texto completo**
- Muñoz-Fernández S, de Miguel E, Cobo-Ibáñez T, Madero R, Ferreira A, Hidalgo MV, et al. Enthesis inflammation in recurrent acute anterior uveitis without spondylarthritis. Arthritis Rheum. 2009;60(7):1985-90. doi: 10.1002/art.24636. PubMed **PMID: 19565479**. **Texto completo**
- Muñoz-Fernández S, García-Aparicio AM, Hidalgo MV, Platero M, Schlincker A, Bascones ML, et al. Methotrexate: an option for preventing the recurrence of acute anterior uveitis. Eye (Lond). 2009;23(5):1130-3. doi: 10.1038/eye.2008.198. PubMed **PMID: 18688259**. **Texto completo**
- Muñoz-Fernández S, Hidalgo V, Fernández-Melón J, Schlincker A, Bonilla G, Ruiz-Sancho D, et al. Sulfasalazine reduces the number of flares of acute anterior uveitis over a one-year period. J Rheumatol. 2003;30(6):1277-9. PubMed **PMID: 12784403**
- Muñoz-Fernández S, Martín Mola E. Protocolo diagnóstico del paciente con uveítis. Medicine. 2005;9:2069-72.
- Murphy CC, Greiner K, Pliskova J, Duncan L, Frost NA, Forrester JV, et al. Cyclosporine vs tacrolimus therapy for posterior and intermediate uveitis. Arch Ophthalmol. 2005;123(5):634-41. PubMed **PMID: 15883282**. **Texto completo**
- Obenaus CD, Shaw HE, Sydnor CF, Klintworth GK. Sarcoidosis and its ophthalmic manifestations. Am J Ophthalmol. 1978;86(5):648-55. PubMed **PMID: 568886**
- Ohno S, Nakamura S, Hori S, Shimakawa M, Kawashima H, Mochizuki M, et al. Efficacy, safety, and pharmacokinetics of multiple administration of infliximab in Behçet's disease with refractory uveoretinitis. J Rheumatol. 2004;31(7):1362-8. PubMed **PMID: 15229958**
- Ozdal PC, Ortaç S, Taskintuna I, Firat E. Long-term therapy with low dose cyclosporin A in ocular Behçet's disease. Doc Ophthalmol. 2002;105(3):301-12. PubMed **PMID: 12539855**
- Paiva ES, Macaluso DC, Edwards A, Rosenbaum JT. Characterisation of uveitis in patients with psoriatic arthritis. Ann Rheum Dis. 2000;59(1):67-70. PubMed **PMID: 10627431**. **Texto completo**
- Pasadhika S, Kempen JH, Newcomb CW, Liesegang TL, Pujari SS, Rosenbaum JT, et al. Azathioprine for ocular inflammatory diseases. Am J Ophthalmol. 2009;148(4):500-509.e2. doi: 10.1016/j.ajo.2009.05.008. PubMed **PMID: 19570522**. **Texto completo**
- Rosenbaum JT. Acute anterior uveitis and spondyloarthropathies. Rheum Dis Clin North Am. 1992;18(1):143-51. PubMed **PMID: 1561400**
- Rosenbaum JT. An algorithm for the systemic evaluation of patients with uveitis: guidelines for the consultant. Semin Arthritis Rheum. 1990;19(4):248-57. PubMed **PMID: 2181671**
- Rothova A. Corticosteroids in uveitis. Ophthalmol Clin North Am. 2002;15(3):389-94. PubMed **PMID: 12434488**
- Sfikakis PP, Theodossiadis PG, Katsiari CG, Kaklamanis P, Markomichelakis NN. Effect of infliximab on sight-threatening panuveitis in Behçet's disease. Lancet. 2001;358(9278):295-6. PubMed **PMID: 11498218**
- Silverstein AM. Changing trends in the etiologic diagnosis of uveitis. Doc Ophthalmol. 1997;94(1-2):25-37. PubMed **PMID: 9657289**
- Simonini G, Taddio A, Cattalini M, Caputo R, De Libero C, Naviglio S, et al. Prevention of flare recurrences in childhood-refractory chronic uveitis: an open-label comparative study of adalimumab versus infliximab. Arthritis Care Res (Hoboken). 2011;63(4):612-8. doi: 10.1002/acr.20404. PubMed **PMID: 21452272**. **Texto completo**
- Smith JR, Rosenbaum JT. Management of uveitis: a rheumatologic perspective. Arthritis Rheum. 2002;46(2):309-18. PubMed **PMID: 11840433**
- Sociedad Española de Reumatología (SER). Guía de práctica clínica sobre el manejo de los pacientes con Espondiloartritis [Internet]. Espoguía 2009 [acceso 30/5/2013]. Disponible en: **http://www.ser.es/practicaClinica/espoguia/index.php**
- Tabbara KF, Al-Hemidan Al. Infliximab effects compared to conventional therapy in the management of retinal vasculitis in Behçet disease. Am J Ophthalmol. 2008;146(6):845-50.e1. doi: 10.1016/j.ajo.2008.09.010. PubMed **PMID: 18929351**
- Tugal-Tutkun I, Mudun A, Urgancioglu M, Kamali S, Kasapoglu E, Inanc M, et al. Efficacy of infliximab in the treatment of uveitis that is resistant to treatment with the combination of azathioprine, cyclosporine, and corticosteroids in Behçet's disease: an open-label trial. Arthritis Rheum. 2005;52(8):2478-84. PubMed **PMID: 16052571**. **Texto completo**

Más en la red

- Cincinnati Children's Hospital Medical Center. Best evidence statement (BEST). Screening for uveitis in children with juvenile idiopathic arthritis (JIA). Cincinnati (OH): Cincinnati Children's Hospital Medical Center; 2012 Jun 18. 6 p. **http://www.guideline.gov/content.aspx?id=38247**
- Guly CM, Forrester JV. Investigation and management of uveitis. BMJ. 2010 Oct 13;341:c4976. doi: 10.1136/bmj.c4976. PubMed **PMID: 20943722**

-
- Islam N, Pavesio C. Uveitis (acute anterior). Clin Evid (Online). 2010: 0705. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2907596/pdf/2010-0705.pdf>
 - Ocularis. Proyecto divulgativo sobre la visión. [Uveítis \(I\): concepto](#), [Uveítis \(II\): síntomas y signos](#)

Autor

- Ricardo Ruiz de Adana Pérez Médico Especialista en Medicina Interna y Medicina Familiar y Comunitaria

Centro de Salud de Segre. SERMAS. Madrid.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

