

Resolución Directoral

Lima, 13 de Agosto del 2021

Vistos: La Nota Informativa N° 053-2021-DAEU-DEAEO/INO, Nota Informativa N° 017-2021-DAEU-DEAEO/INO, y;

CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 26842, Ley General de Salud en el numeral VI del Título Preliminar, señala que es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestación de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, en el artículo 1° del Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Oftalmología aprobado, mediante Resolución Ministerial N° 447-2009/MINSA, modificado por la Resolución Ministerial N° 660-2010/MINSA, se establece que el Instituto Nacional de Oftalmología, es un órgano desconcentrado del Ministerio de Salud, responsable del desarrollo de la investigación científica e innovación de la metodología, tecnología y normas, para su difusión y aprendizaje por los profesionales y técnicos del Sector Salud, así como en la atención altamente especializada; tiene entre sus principales funciones innovar permanentemente las normas, métodos y técnicas, así como, mantener la eficacia, calidad y eficiencia en la prestación de servicios especializados de salud en el campo de la oftalmología;

Que, el artículo 23° del Reglamento antes mencionado, prescribe que la Dirección Ejecutiva de Atención Especializada en Oftalmología, es el órgano encargado de brindar la innovación, actualización, difusión y aplicación de los conocimientos, métodos y técnicas de la atención especializada en oftalmología y sus principales patologías;

Que, conforme al Plan Operativo Institucional (POI) Anual 2021, aprobado mediante Resolución Directoral N° 123-2020-INO-D, el Instituto Nacional de Oftalmología "Dr. Francisco Contreras Campos" tiene como misión "Mejorar la calidad de vida de la población desarrollando investigación e innovación tecnológica, docencia y atención oftalmológica de la patología de mayor complejidad, proponiendo normas a la autoridad nacional de salud";

Que, la Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud aprobada por la Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, en el Título V, numeral 5.1, Definiciones Operativas, establece que: "Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica.";

Que, el numeral 6.7.2 de la Norma Técnica de Salud para la elaboración y uso de guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud, establece que: "Los Establecimientos de Salud categoría II-1 al III-2, podrán elaborar las Guías de Práctica Clínica de acuerdo al perfil epidemiológico de su demanda, siempre y cuando no se cuente con las GPC del nivel nacional o regional, siguiendo lo establecido en la presente NTS, en lo que corresponde. Se aprueba con Resolución Directoral del establecimiento de salud.";

Que, mediante Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA se aprobó el Documento Técnico: "Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica", el cual tiene como finalidad: "Estandarizar la metodología para la generación de GPC en los establecimientos de salud públicos del Sector Salud a través de un marco y herramientas metodológicos necesarios, que permitan la elaboración de una GPC de calidad, basada en la mejor evidencia disponible.";

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA se aprueba el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", norma que tiene como objetivo general mejorar continuamente la calidad de los servicios, recursos, y tecnología del sector salud mediante el desarrollo de una cultura de calidad, sensible a las necesidades y expectativas de los usuarios externos e internos;



Que, mediante Nota Informativa N° 053-2021-DAEU-DEAEO/INO y Nota Informativa N° 017-2021-DAEU-DEAEO/INO, la Jefa del Departamento de Atención Especializada en Úvea remite a la Dirección Ejecutiva de Atención Especializada en Oftalmología la Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para la Uveítis Anterior del Instituto Nacional de Oftalmología "Dr. Francisco Contreras Campos", para el visto bueno y aprobación;

Que, el Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico en el expediente de trámite de la guía antes mencionada, opinó favorablemente a la propuesta de la guía antes mencionada;

Que, la Guía de Práctica Clínica para la Uveítis Anterior, elaborada por la Jefa del Departamento de Atención Especializada en Úvea, tiene como finalidad establecer un referente en la Institución, para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en evidencia científica actualizada;



Con la visación del Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Atención Especializada en Oftalmología, de la Jefa del Departamento de Atención Especializada en Úvea, del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica y; de conformidad con la facultad conferida en el artículo 6° del Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Oftalmología, aprobado por Resolución Ministerial N° 447-2009/MINSA, modificado por Resolución Ministerial N° 660-2010/MINSA.

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR la Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para la Uveítis Anterior del Instituto Nacional de Oftalmología "Dr. Francisco Contreras Campos", el cual consta de veinte (20) folios, los mismos que forman parte integrante de la presente Resolución.



Artículo 2°.- AUTORIZAR al responsable del Portal de Transparencia la publicación de la presente Resolución en el Portal Web del Instituto Nacional de Oftalmología "Dr. Francisco Contreras Campos" www.ino.gob.pe.

Regístrese y comuníquese.



PERU Ministerio de Salud INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA
DRA. MALENA TOMAHAMA FERNÁNDEZ
DIRECTORA GENERAL (e)
EMP 27620 R.N.E 14992



PERÚ

Ministerio
de Salud

INO INSTITUTO
NACIONAL DE
OFTALMOLOGÍA
"De Francisco Contreras Campos"

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN ÚVEA

Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para la Uveítis Anterior

LIMA – PERÚ

2021

Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica en Uveítis Anterior del Instituto Nacional de Oftalmología -
INO "Dr. Francisco Contreras Campos"

Malena Tomihama Fernández

Médico Oftalmólogo

Directora General del Instituto Nacional de Oftalmología

Betty Keiko Arakaki Miyahira

Médico Oftalmólogo

Directora Adjunta

Emerson Mantilla Tirado

Médico Oftalmólogo

Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Atención Especializada en
Oftalmología

Betty Campos Dávila

Médico Oftalmólogo

Jefa del Departamento de Atención Especializada en Úvea

Elaboración:

Vanessa Valderrama Albino

Médico Oftalmólogo

Departamento de Atención Especializada en Úvea

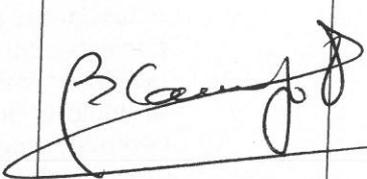
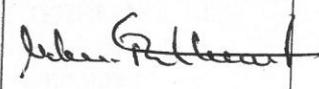
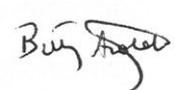
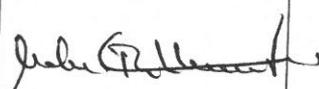
Revisión:

M.O. Malena Tomihama Fernández

M.O. Betty Keiko Arakaki Miyahira

M.O. Betty Georgina Campos Dávila

Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica en Uveítis Anterior del Instituto Nacional de Oftalmología -
INO "Dr. Francisco Contreras Campos"

	Nombre y Apellidos	Órgano / Unidad Orgánica	Firma
Elaborado por:	Betty Georgina Campos Dávila Médico Oftalmólogo Jefa del Departamento de Atención Especializada en Úvea	DAEU	
Revisado por:	Malena Tomihama Fernández Médico Oftalmólogo Directora General	DIRECCIÓN GENERAL	
	Betty Keiko Arakaki Miyahira Médico Oftalmólogo Directora Adjunta		
	Lic. Alfonso Siguyro Loli Contador Público Colegiado Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico	OEPE	
Aprobado por:	Malena Tomihama Fernández Médico Oftalmólogo Directora General del Instituto Nacional de Oftalmología	DIRECCIÓN GENERAL	

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA UVEÍTIS ANTERIOR

I. FINALIDAD

Con la Guía de Práctica Clínica para la Uveítis Anterior (UA) se pretende establecer un referente en el Instituto Nacional de Oftalmología – INO “Dr. Francisco Contreras Campos”, para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en evidencia científica actualizada.

II. OBJETIVO

Poner a disposición de los médicos oftalmólogos las recomendaciones basadas en evidencia científica actualizada y disponibles con el objetivo de orientar y estandarizar las acciones referentes al diagnóstico, manejo y referencia de los pacientes con uveítis anterior, tanto de origen infecciosa como no infecciosa, sin pretender limitar la libertad de la toma de decisiones y de esta manera favorecer la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica contribuyendo así con la salud ocular de la población, evitando secuelas como consecuencia de un manejo inoportuno.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN Y POBLACIÓN

Los usuarios de la presente guía son los médicos oftalmólogos que atienden pacientes con diagnóstico de uveítis anterior para manejo y referencia oportuna. La población objetivo será toda persona, independientemente de la edad, con diagnóstico de uveítis anterior y todo el espectro de la enfermedad.

IV. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA UVEÍTIS ANTERIOR

4.1 NOMBRE Y CÓDIGO (CIE 10)

- Iridociclitis H20.0
- Iridociclitis en otras enfermedades clasificadas en otra parte H22.1
 - Iridociclitis en espondilitis anquilosante H22.10 (M45)
 - Iridociclitis en sarcoidosis H22.11 (D86.8)
 - Iridociclitis en post síndrome de Reiter H22.12
 - Iridociclitis en artritis reumatoide juvenil H22.13
- Iridociclitis en enfermedades infecciosas y parasitarias clasificadas en otra parte H22.0
 - Iridociclitis en herpes simple H22.00 (B00.5)
 - Iridociclitis en herpes zoster H22.01 (B02.3)
 - Iridociclitis en infección gonocócica H22.02 (A54.3)
 - Iridociclitis en sífilis secundaria H22.03 (A51.4)
 - Iridociclitis en tuberculosis H22.04 (A18.5)

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 Definición

Según el Grupo Internacional de Estudio de Uveítis (IUSG) y el grupo de trabajo de Estandarización de la Nomenclatura de Uveítis (SUN) la uveítis anterior es una inflamación del tracto uveal que afecta al iris (iritis), al cuerpo ciliar (ciclitis) y a ambos (iridociclitis), por causas infecciosas y no infecciosas o idiopáticas (1,2)



Es la forma de uveítis más común y que puede ser clasificada a su vez en términos de temporalidad (1)

- Inicio:
 - Súbito
 - Insidioso
- Duración:
 - Limitada: menor de 3 meses con tratamiento
 - Persistente: mayor de 3 meses con tratamiento
- Curso clínico:
 - Agudo: brote repentino limitado en el tiempo (menor de 3 meses)
 - Recurrente: múltiples episodios separados en el tiempo por espacios de inactividad sin tratamiento de al menos 3 meses
 - Crónico: brote persistente que recidiva sin tratamiento en un período inferior a 3 meses

5.2 Clasificación y etiología

5.2.1 Uveítis Anterior No infecciosa

5.2.1.1 Autoinmune

5.2.1.1.1 Enfermedades sistémicas asociadas a HLA: Espondilitis anquilosante (EA), Enfermedad de Reiter (ER), Artritis idiopática juvenil (AIJ), Enfermedad de Behçet (EB), Enfermedad inflamatoria intestinal (EII)

5.2.1.1.2 Otras enfermedades sistémicas - Enfermedades relacionadas al colágeno: Lupus eritematoso sistémico (LES), Artritis Reumatoide (AR), Poliarteritis nodosa (PAN)

5.2.1.1.3 Enfermedades cutáneas: Psoriasis, eritema nodoso

5.2.1.1.4 Metabólicas: Diabetes Mellitus (DM)

5.2.1.1.5 Uveítis anafilácticas: uveítis facoanafiláctica (Uveítis inducida por Lente intraocular), asociada a medicamentos, asociada a tatuajes.

5.2.1.2 Uveítis asociadas a medicamentos (ver tabla N°2)

5.2.1.3 Uveítis traumáticas: inducida por lente intraocular (LIO), postraumática, postquirúrgica, inducida por láser.

5.2.1.4 Idiopáticas:

5.2.1.4.1 Específicas: Iridociclitis heterocrómica de Fuchs (IHF), Síndrome de Posner-Schlossman, Nefritis tubulointersticial con uveítis (TINU), uveítis por isquemia del segmento anterior (ISA)

5.2.1.4.2 Inespecíficas

5.2.1.5 Síndromes Enmascarados:

5.2.1.5.1 Neoplásicos

5.2.1.5.2 No neoplásicos.

5.2.2 Uveítis Anterior Infecciosa

5.2.2.1.1 Uveítis anterior por Familia Herpes Virus

5.2.2.1.2 Uveítis anterior por Rubeola



5.3 Fisiopatología ⁽³⁾

La inflamación ocular de origen no infeccioso está relacionada con el sistema inmunológico, cuyo objetivo es reconocer aquello que es extraño y diferente del propio organismo.

Ante la presencia de un elemento extraño, el sistema inmune actúa eliminando de forma rápida el antígeno a través de una respuesta inmune “innata” (antígeno inespecífico) que involucra células fagocíticas, sistema del complemento, y “receptores de peaje” en las células presentadoras de antígenos (CPA) que interactúan con el antígeno y lo presentan para dar inicio a la respuesta inmune “adaptativa”.

La respuesta inmune “adaptativa” (antígeno específico) actúa eliminando aquellos antígenos que escaparon de la respuesta inmune innata a través de linfocitos T (LT) y linfocitos B (LB), constituyendo un sistema de memoria que discierne entre el invasor y lo propio. Bajo este concepto los autoantígenos no son atacados (tolerancia inmune) sin embargo existen dos tipos de respuesta inmune ocular:

- Contra los invasores externos: como ocurre en las uveítis anteriores infecciosas o uveítis atópicas.
- Ante los autoantígenos: como ocurre en las uveítis anteriores no infecciosas mediadas por HLA, la cual inicia con una respuesta inmune apropiada y luego se transforma a una respuesta anormal contra las estructuras oculares (mimetismo molecular).

Ciertas características a nivel ocular influyen en el control de la respuesta inmune :

- Ausencia de drenaje linfático: respuesta inmune tipo anergia (tolerancia inmune)
- Desviación inmunitaria asociada a la cámara anterior (DIACA): mecanismos protectores celulares y moleculares involucrados en la prevención de respuestas inmunes potencialmente dañinas regulándolas negativamente al introducir un antígeno en cámara anterior (CA): privilegio inmunológico.
- Interacciones del Fas – Fas Ligando (FasL): el FasL se encuentra a nivel ocular y puede inducir apoptosis de las células invasoras autoagresivas que expresen Fas a través del factor de necrosis tumoral (TNF) y activación de LT por IL-2.
- Células residentes del globo ocular con actividad inmunológica: células de Müller, epitelio pigmentario de la retina (EPR), células de Langerhans en la córnea, etc.
- Citocinas y quimiocinas: algunas producidas localmente (IL-6) con actividades “proinflamatorias” o “inmunosupresoras”.
- Ocular downregulatory immune environment (DIE): entorno ocular regulado por múltiples factores inhibidores incluyendo hormonas como el cortisol, relacionado con el desarrollo de trastornos autoinmunes.
- Circulación coroidea: funciona como depósito de células inmunorreactivas (“ganglio linfático”) pudiendo generar respuestas inmunes profundas. Esto asociado a la alta concentración de mastocitos que liberan factores inmunorreactivos.



- Retina como “extensión del sistema nervioso central” (SNC): lo cual la hace propensa a ciertos patógenos neurotrópicos como la familia herpes virus.

5.4 Aspectos epidemiológicos y etiología

La UA representa entre el 50% al 90% de todos los casos de uveítis, con una incidencia anual aproximada de 12/100.000 habitantes, igualmente común en hombres y mujeres y más del 90% de los casos ocurren en personas mayores de 20 años (4,5).

En el 60 a 80% de las UA no se identifica la causa (idiopático) sin embargo, la etiología de la UA depende del área geográfica y el estado socioeconómico de los países:

- En países en vías de desarrollo, como el nuestro, la uveítis infecciosa representa la mayoría de los casos de uveítis anterior (50%) siendo la uveítis herpética (22-36%) la causa más común, mientras que en la población pediátrica, la uveítis parasitaria toma un lugar predominante (29.6%) (5,6 y7).
- En países desarrollados la uveítis de origen no infecciosa es la más común (80%) y las causas más frecuentes incluyen la iridociclitis heterocrómica de Fuchs (1-20%), la uveítis asociada a HLA-B27 y las espondiloartropatías seronegativas (8-12%) como la EA, Artritis reactiva, síndrome de Reiter, AIJ y artritis psoriásica (5,6,7 y 8).

5.5 Factores de riesgo asociados

- Predisposición natural del sujeto: influencia genética
- Influencia étnica y localización geográfica
- Enfermedades sistémicas crónicas asociadas principalmente a enfermedades reumatológicas
- Nivel socioeconómico / hacinamiento
- Estados carenciales y desnutrición
- Inmunosupresión farmacológica

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 Cuadro clínico y diagnóstico

Los principales síntomas en las uveítis anteriores agudas incluyen: ojo rojo, fotofobia, dolor ocular y disminución de la agudeza visual (AV) transitoria principalmente por la opacidad de medios. En un cuadro crónico, el globo ocular puede permanecer sin enrojecimiento y con síntomas leves en presencia de la enfermedad.

Signos clínicos:

- Inyección periquerática
- Precipitados retroqueráticos (PRQ)
- Celularidad en CA: Fenómeno Tyndall
- Turbidez del humor acuoso
- Nódulos en el iris:
 - Koeppe: pequeños ubicados en el borde pupilar.
 - Bussaca: menos frecuentes, en el estroma del iris.
- Atrofia del iris (AI)



- Rubeosis iridis
- Sinequias anteriores (SA) y posteriores (SP)

Sin embargo, algunas enfermedades presentan signos característicos que pueden ayudarnos a discernir entre una patología y la otra.

6.1.1 **Uveítis Anterior No infecciosa** (9,10,11,12,13,14 y 15)

6.1.1.1 **Autoinmune** Ver tabla N°01

6.1.1.2 **Enfermedades sistémicas asociadas al HLA-B27:** varones con cuadros de uveítis a temprana edad, que suelen desarrollar la enfermedad sistémica previa al compromiso ocular

- **Espondilitis Anquilosante:** artritis inflamatoria crónica con compromiso principalmente de la columna vertebral y las articulaciones sacroilíacas y afección ocular en el 25% de los casos. Iritis aguda bilateral asimétrica (80%) cuya gravedad no parece correlacionarse con la gravedad de la espondilitis subyacente.
- **Enfermedad de Reiter:** oligoartropatía inflamatoria caracterizada por una triada de uretritis (19%) + artritis (25%) + conjuntivitis (30-60%). La iritis ocurre en el 3 al 12% de los casos, siendo leve de tipo no granulomatosa.
- **Artritis idiopática juvenil (AIJ):** artritis (poliarticular o pauciarticular) en menores de 16 años con factor reumatoideo (FR) negativo. La AIJ sistémica no suele acompañarse de uveítis anterior, la forma poliarticular puede presentarla ocasionalmente, mientras que la forma pauciarticular suele tener un riesgo elevado de desarrollarla. Niñas con formas pauciarticulares y anticuerpos antinucleares (ANA) positivos tienden a desarrollar iridociclitis crónicas.
- **Enfermedad de Behçet:** es importante preguntar sobre antecedentes de úlceras recurrentes en mucosa oral y genitales además de lesiones dérmicas para el cumplimiento de criterios mayores como parte del diagnóstico. La UA puede ser incluso la única manifestación de la enfermedad siendo la presentación clásica una iridociclitis no granulomatosa con hipopion (19%-31%), que característicamente cambia con la posición de la cabeza. La inflamación crónica no es característica de este trastorno sin embargo las SA, SP y AI se pueden presentar por episodios repetitivos de ataques agudos.
- **Enfermedad inflamatoria intestinal (EII):** entre el 1.9 – 11.8% de los pacientes con EII desarrollan alguna patología ocular como conjuntivitis, epiescleritis, escleritis y uveítis anterior, esta última responde bien al tratamiento con corticosteroides tópicos. Sin embargo, es imprescindible preguntar por diarreas sanguinolentas y recurrentes con cólicos abdominales para sospechar de esta enfermedad y detectar tempranamente las complicaciones.

6.1.1.3 **Otras enfermedades sistémicas**



- **Lupus Eritematoso (LES):** existe un gran abanico de condiciones oftalmológicas inflamatorias que pueden estar relacionadas con el LES tal como epiescleritis, escleritis, uveítis anterior, microangiopatía coroidea y retiniana, papilitis, entre otros, siendo el principal marcador de actividad de la enfermedad la retinopatía lúpica. Sin embargo, la uveítis anterior (0.4%) puede estar relacionada con ISA y glaucoma de ángulo cerrado secundario a efusión uveal.
- **Artritis Reumatoide (AR):** la UA es una manifestación ocular poco común en pacientes con AR. La actividad de la enfermedad suele manifestarse con queratoconjuntivitis sicca y escleritis, ésta última ocasionalmente con compromiso de la CA por contigüidad, por lo que la presencia de una UA asociada sugiere enfermedad avanzada. Sospecharla en mujeres de mediana edad con poliartritis crónica aditiva de pequeñas articulaciones.
- **Poliarteritis nodosa (PAN):** grupo de enfermedades multisistémicas que cursan con vasculitis necrotizante de arterias de pequeño y mediano calibre, pero sin características granulomatosas. El compromiso ocular en PAN puede observarse entre el 10%-20% de los casos, con mayor frecuencia en PAN macroscópica (sin glomerulonefritis o vasculitis en arteriolas, capilares o vénulas). La alteración en la vasculatura del iris da lugar a UA no granulomatosa bilateral con fuga de proteínas a CA en varones mayores (40-60 años).

6.1.1.4 **Enfermedades cutáneas:**

- **Psoriasis:** enfermedad cutánea que puede formar parte de la triada clásica de **Artritis Psoriásica**, la cual incluye: poliartritis erosiva crónica y FR negativo. La UA está presente en el 7%-20% de los casos, más frecuente en aquellos con HLA-B27 (+). Se caracteriza por ser aguda, no granulomatosa, PRQ finos, celularidad en CA moderada. Ocasionalmente vitritis, hipopion y SP.

6.1.1.5 **Metabólicas:**

- **Diabetes Mellitus (DM):** la aparición de UA en estos casos está asociada a hiperglicemias graves y/o HbA1c elevada y sin ninguna otra causa identificable de UA. La frecuencia de aparición de la “iritis diabética” es de 1.2% aproximadamente y se caracteriza por SP y fibrina en CA incluyendo hipopion. Responde a corticoides y tratamiento sistémico para la DM.

6.1.1.6 **Anafilácticas:**

- **Uveítis inducida por cristalino o uveítis facoanafiláctica:** surge entre 2 a 14 días posteriores a la cirugía, siendo una UA granulomatosa, de curso crónico, PRQ en grasa de carnero y formación de una membrana de fibrina a nivel pupilar, aunque también



Handwritten signature or initials.

puede manifestarse como una UA no granulomatosa e hipopion. Como diagnóstico diferencial debe plantearse una reacción inmune al material del implante (LIO).

6.1.1.7 Asociada a medicamentos: se han reportado casos de UA con el uso de brimonidina tópica, terapias biológicas como los inhibidores del ICPI (immune checkpoint inhibitors), inhibidores del BRAF (B-Raf) y MEK (MAPK Kinasa), agentes anti-factor de crecimiento endotelial vascular, inhibidores del factor de necrosis tumoral α , cidofovir, bisfosfonatos, análogos de prostaglandinas tópicos, vacuna BCG, entre otros. En pacientes sin antecedentes previos, raramente se puede producir UA con el uso de análogos de prostaglandinas (Latanoprost), sin embargo, en pacientes con antecedentes de uveítis, es posible que se produzca una exacerbación leve en forma tardía. (Ver tabla N°02)

6.1.1.8 Asociada a tatuajes: UA bilateral no granulomatosa crónica y recurrente asociada a inflamación granulomatosa no caseificante en dermis que rodea a la tinta del tatuaje, que responde a corticoides orales a dosis elevadas.

6.1.2 Uveítis traumáticas:

- **Inducida por LIO:** puede ocurrir en un contexto de roce mecánico de las hápticas del LIO, lo que genera dispersión del pigmento y secundariamente glaucoma y UA. Pacientes con antecedentes de enfermedades sistémicas y patologías oculares inflamatorias crónicas pueden presentar un riesgo elevado de presentar complicaciones de curso crónico, con detritos en la superficie del LIO y formación de membranas inflamatorias a pesar de la cobertura antiinflamatoria, por lo que en aquellos pacientes en los que falla la terapia antiinflamatoria se puede extraer el LIO para lograr un control adecuado de la UA. (Ver tabla N°03)
 - **Síndrome de Uveítis-Glaucoma-Hifema:** afección poco común causada por el trauma mecánico repetitivo del LIO mal posicionado o subluxado sobre estructuras adyacentes como el iris, cuerpo ciliar y ángulo iridocorneal que conlleva a defectos de transluminación del iris, microhifemas, dispersión pigmentaria con PIO elevadas, inflamación uveal crónica, neovascularización secundaria del iris y edema macular cistoide.
- **Uveítis traumáticas o postquirúrgicas:** suelen asociarse a varias formas de glaucoma inducido por el cristalino como el glaucoma facolítico, facoantigénico y facotóxico después de una extracción de catarata por la presencia de restos corticales o por la ruptura traumática de la cápsula anterior.

6.1.3 Idiopáticas

6.1.3.1 Específicas



- **Iridociclitis heterocrómica de Fuchs:** el típico caso de un paciente joven con heterocromía de iris con presencia de PRQ finos de apariencia estrellada que tienden a confluír entre sí y se disponen de forma difusa en la córnea, en un ojo blanco y sin dolor con reacción en CA muy leve, presencia de catarata o aumento de la presión intraocular (PIO) debe sugerir el diagnóstico. Suelen presentar hifema tras intervenciones quirúrgicas o procedimientos oftalmológicos.
- **Enfermedad de Posner-Schlossman** enfermedad que cursa con ciclos de crisis de glaucoma inflamatorio con presencia de PRQ finos, midriasis e hipertensión ocular muy elevada por conglomerados de células inflamatorias depositadas en el ángulo camerular lo que interrumpe el flujo de salida del humor acuoso y aumenta la PIO.
- **Nefritis tubulointerstitial con uveítis (TINU):** los pacientes desarrollan primero una uveítis anterior no granulomatosa bilateral aguda recurrente y posteriormente desarrollan síntomas de nefritis intersticial aguda con presencia de cilindros celulares en orina e infiltración eosinofílica y mononuclear en la biopsia renal. Una entidad parecida se presenta en niños con nefropatía por IgA. Se ha demostrado la existencia de reactividad frente antígenos renales y retinianos.
- **Uveítis por isquemia del segmento anterior (ISA):** ocasionada por insuficiencia de la arteria carótida en pacientes de edad avanzada. Existe desproporción marcada en la celularidad en CA y el flare en comparación con otras UA, pupila poco reactiva, dolor profundo y crónico.

6.1.4 Síndromes enmascarados

- **Neoplasias:** Linfoma, leucemia, melanoma, retinoblastoma, metástasis ocular secundario a tumoración extraocular.
- **No neoplasias:** Síndrome de dispersión pigmentaria, desprendimiento de retina, cuerpo extraño intraocular, xantogranuloma juvenil, retinitis pigmentosa,

6.1.5 Uveítis Anterior Infecciosa (16,17)

6.1.5.1 Uveítis anterior herpética: es típicamente unilateral, agudo, con enrojecimiento conjuntival y endotelitis, PRQ granulomatosos medianos ubicados en el triángulo de Arlt, PIO elevada y atrofia de iris focal o sectorial, más frecuentemente en pacientes de edad avanzada. Incluso se puede observar hemorragia estromal iridiana focal.

6.1.5.2 Citomegalovirus: relacionado con el Síndrome de Posner-Schlossman y síndrome de uveítis de Fuchs. Se presenta en varones asiáticos entre la quinta y séptima década de vida, con PRQ pigmentados, lesiones endoteliales nodulares con recuento de células endoteliales bajas, atrofia de iris (crónico) y rara vez vitritis.



6.1.5.3 Uveítis anterior por Rubeola: se presenta entre la segunda y la tercera década de vida, con catarata subcapsular posterior, heterocromía de iris, nódulos de Koeppe y vitritis sin edema macular.

6.2 Exámenes auxiliares

6.2.1 Exámenes de laboratorio:

- Hemograma completo, recuento plaquetario y perfil de coagulación basal.
- Bioquímica basal: glucosa, úrea, creatinina, transaminasas (TGO, TGP). De esta manera tener un control basal que sirva para comparar, en los siguientes controles, el metabolismo de los fármacos y detectar posibles efectos adversos.

6.2.1.1 Uveítis anterior No infecciosa:

- Panel de enfermedades reumatológicas: FR, ANA, anticuerpo anticitoplasma de neutrófilos (ANCA), anticuerpos antipeptido cíclico citrulinado (AntiCCP) según sospecha clínica.
- Reactantes de fase aguda: Velocidad de sedimentación globular (VSG), proteína C reactiva (PCR), complemento (C4, C3)
- Test cutáneos: como el test de Patergia (Enfermedad de Behçet)

6.2.1.2 Uveítis anterior Infecciosa:

- Panel de enfermedades infecciosas a través de exámenes de ELISA o IFI, otra razón de su utilidad radica en detectar infecciones latentes que puedan reactivarse por el uso de corticoides sistémicos que generen inmunosupresión transitoria.
- Reacción en cadena de polimerasa (PCR): cuya sensibilidad es de 91.3% y especificidad de 98.8% para detectar ADN genómico de enfermedades infecciosas.
- Coeficiente de Goldmann– Witmer (CGW): Prueba serológica de detección de anticuerpos contra ciertos virus y protozoos en humor acuoso y suero.

6.2.2 Estudio de imágenes_(18):

- Fotografía con lámpara de hendidura del segmento anterior: permite documentar y comparar de forma objetiva las fotografías y realizar un seguimiento de los cambios estructurales del segmento anterior.
- Microscopía especular (ME): existen algunas UA que reducen la densidad de células endoteliales corneales como la IHF y UA infecciosas virales como el citomegalovirus (CMV). Los grandes defectos endoteliales ocurren por grandes PRQ relacionados al proceso inflamatorio.
- Microscopía confocal in vivo: con una resolución mayor que la ME, permite examinar de forma más detallada la morfología de los PRQ en uveítis activa, la cual cambia con el tiempo y con la progresión de la enfermedad además que mejora con el tratamiento. Los PRQ de UA de origen infeccioso y las no



Handwritten signature or initials.

granulomatosas suelen ser infiltrantes y dendriformes; mientras que, en las causas no infecciosas y UA no granulomatosas, los PRQ son redondeadas y globulares.

- Tomografía de coherencia óptica del segmento anterior (AS-OCT): permite evaluar el segmento anterior con alta resolución y representa en la actualidad una excelente modalidad para la evaluación objetiva de la celularidad en CA; cuantitativa y cualitativamente (tipo de inflamación). Incluso permite identificar diferentes tipos de células inflamatorias según sus reflectancias: En UA por HLA-B27 el patrón predominante es polimorfonuclear, mientras que en UA por EII es un patrón predominantemente mononuclear.
- Biomicroscopía ultrasónica (UBM): para evaluar cuerpo ciliar (CC), bolsa capsular, pars plana y vítreo. Especialmente útil en uveítis pseudofáquicas para determinar la posición del LIO ya que la háptica puede causar daño en el CC o en el iris por contacto directo o persistencia de fragmentos cristalinos. En UA con hipotonía ocular marcada la utilidad de la UBM radica en la detección de anomalías a nivel del CC. En UA crónicas y graves, la UBM es de utilidad para evaluar la atrofia del CC.
- Angiografía del segmento anterior (AF): en UA activa se puede observar fuga del tinte a partir de los vasos del iris por ruptura de la barrera hemato-acuosa, defectos de llenado o áreas de iris atrófico con visibilidad de la vasculatura del iris, permite evaluar la presencia de nódulos en UA granulomatosa y la neovascularización del iris.

6.3 Manejo

6.3.1 Tratamiento Médico

6.3.1.1 Uveítis Anterior No infecciosa

Las UA cuentan con un alto potencial de morbilidad ocular ya que el proceso inflamatorio mal controlado generará complicaciones como catarata, glaucoma, edema macular, queratopatía en banda, entre otros.

Antes de iniciar el tratamiento es importante reconocer si estamos frente a un evento agudo o crónico, infeccioso o no infeccioso ya que la actitud terapéutica será distinta en cada una de ellas.

El objetivo del tratamiento en las UA agudas es conseguir la remisión de la inflamación lo más pronto posible para evitar las complicaciones. En las UA crónicas se debe tener una perspectiva diferente ya que el tratamiento será a largo plazo y enfocado a utilizar dosis de fármacos mínimas con el que se pueda controlar el proceso inflamatorio, de esa manera se disminuirá los efectos secundarios no deseados.

Los corticoides tópicos son la primera línea de tratamiento, la frecuencia y tiempo del tratamiento depende de la severidad del cuadro, el acetato de prednisolona es el de mejor penetración a cámara anterior, en casos de mayor severidad se pueden usar corticoides perioculares y sistémicos (Ver tabla N° 04)



Existen uveítis anteriores que son más severas, de difícil control y remisión por lo general están asociadas a enfermedades específicas tales como a Artritis idiopática juvenil, enfermedad de Behçet las cuales pueden estar presentes incluso sin alteración de otros órganos y con tratamiento de la enfermedad sistémica.

El Centro mexicano de enfermedades inflamatorias oculares publicó un consenso para el tratamiento de las UA no infecciosas las cuales de manera didáctica nos ayuda en el manejo de esta patología:

1. El manejo inicial de las UA debe ser con esteroides tópicos (acetato de prednisolona) asociado a un midriático de acción corta.
2. En pacientes con UA con inflamación mayor o igual a 3+ según la clasificación del SUN se debe considerar el empleo de corticoides periorbitales de acción corta.
3. Los esteroides sistémicos no deben ser indicados como tratamiento inicial en las UA mayor o igual a 2+ según clasificación del SUN.
4. En pacientes con UA sin enfermedad sistémica de base no se debe indicar inmunomoduladores como tratamiento inicial.
5. En pacientes con UA HLA B27 con más de 3 recurrencias al año es recomendable iniciar tratamiento inmuno modulador.
6. El tratamiento biológico se recomienda en UA HLA B27 con más de 3 recurrencias al año

6.3.1.1.1 Síndrome de Fuchs: estos pacientes presentan un proceso inflamatorio moderado con poco o ningún síntoma por lo que no hay indicación de empleo crónico de corticoides ya que tampoco modificará el curso de la enfermedad. Se puede usar en una reagudización del cuadro o en el pre y postoperatorio de alguna cirugía ocular indicada como catarata y glaucoma.

6.3.1.1.2 Síndrome de Possner -Schlossman: al ser una uveítis con escasa reacción inflamatoria, pero con presiones intraoculares muy elevadas se aconseja, el uso de corticoides tópicos de baja potencia acompañados de hipotensores oculares para conseguir una reducción rápida a niveles aceptables.

6.3.1.1.3 Artritis idiopática juvenil: el tratamiento de la inflamación ocular debe ser enérgico en este tipo de pacientes que por lo general son niños y adolescentes, utilizando todos los medios terapéuticos disponibles, tanto tópicos, locales y sistémicos para controlar la inflamación ocular.

6.3.2 Tratamiento quirúrgico y/o procedimientos

Las UA requieren un manejo médico, como se ha mostrado en el acápite anterior, los procedimientos quirúrgicos están indicados en las complicaciones que generan las uveítis anteriores como son: catarata, glaucoma y edema macular. Existen algunas recomendaciones:



- Cirugía de catarata: la recomendación es operar la cirugía de catarata por lo menos 3 meses después de la remisión de la enfermedad.
- Cirugía de glaucoma: la recomendación es que si la hipertensión ocular no puede ser controlada con tratamiento médico máximo, se proceda a la cirugía de drenaje.
- Procedimiento para edema macular: el edema macular se presenta por lo general en uveítis anteriores crónicas, por lo que la recomendación es aplicar inyección intravítrea de corticoides al momento del diagnóstico.

6.3.3 Complicaciones y signos de alarma:

La inflamación crónica puede provocar queratopatía en banda, sinequias posteriores, catarata, membranas pupilares, hipotonía y glaucoma por bloqueo pupilar o enfermedad inflamatoria crónica, con presunto daño a la red trabecular.

6.3.4 Criterios de alta

Las UA que no están asociadas a enfermedades sistémicas como el síndrome de Fuchs y el síndrome de Possner Schlonman deben tener un control periódico por el riesgo de la presencia de complicaciones en el tiempo. Se recomienda dar cita de control después de 4 a 5 meses, si el proceso inflamatorio es quiescente.

Las UA asociadas a enfermedades sistémicas también deben tener un control periódico independientemente del control de su enfermedad sistémica.

En ambos casos se explica a los pacientes sobre los signos de alarma que deben tener en cuenta para acudir a la emergencia si fuera necesario.



VII. ANEXOS

Tabla N° 01: Criterios diagnósticos actualizados para enfermedades sistémicas autoinmunes asociadas a UA

PATOLOGÍA SISTÉMICA	CRITERIOS DIAGNÓSTICOS
ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (19)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Criterio radiológico: Sacroileítis bilateral grado II o sacroileítis unilateral grado III a IV 2. Criterios clínicos <ol style="list-style-type: none"> a. Dolor lumbar y rigidez de al menos 3 meses de duración mejorados con el ejercicio y no aliviados con el reposo b. Limitación del movimiento de la columna lumbar tanto en el plano sagital como en el frontal c. Limitación de la expansión torácica en relación con valores normales para la edad y el sexo
ENFERMEDAD REITER (20)	<p>Diagnóstico: Criterio radiológico + 2 criterios clínicos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Criterios mayores <ol style="list-style-type: none"> a. Artritis con 2 de 3 de los siguientes hallazgos: <ul style="list-style-type: none"> • Asimétrico • Mono u oligoarticular • Afección de miembros inferiores b. Infección sintomática previa con 1 o 2 de los siguientes hallazgos: <ul style="list-style-type: none"> • Enteritis (diarrea de al menos 1 a 3 días, 6 semanas antes del inicio de la artritis) • Uretritis (disuria o secreción de al menos 1 a 3 días, 6 semanas antes del inicio de la artritis) 2. Criterios menores: Al menos uno de los siguientes: <ol style="list-style-type: none"> a. Evidencia de infección: <ul style="list-style-type: none"> • Reacción positiva a la ligasa de orina o frotis uretral/cervical para Chlamydia trachomatis • Cultivo de heces positivo para patógenos entéricos asociados con artritis reactiva b. Evidencia de infección sinovial persistente (inmunohistología positiva o PCR para clamidia)
ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL (21)	<p>Diagnóstico:</p> <p>ER “definitivo”: 2 criterios mayores + 1 criterio menor relevante</p> <p>ER “probable”: 2 criterios mayores sin criterio menor ó 1 criterio mayor + 1 o más criterios menores. Identificación de la infección desencadenante.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inicio antes de los 16 años 2. Artritis persistente por más de 6 semanas 3. Excluir cualquier condición asociada o que simule artritis 4. Numero de formas clínicas: 7 <ol style="list-style-type: none"> a. Sistémica b. Poliarticular FR (-) c. Poliarticular FR (+) d. Oligoarticular e. Artritis Psoriásica f. Artritis relacionada con enteritis g. Artritis indiferenciada



ENFERMEDAD BEHÇET (22)	DE	<p>Diagnóstico: Criterio 1,2 y 3 además de cumplir ciertas características propias de cada forma clínica.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Úlceras orales recurrentes 2. Úlceras genitales recurrentes 3. Lesiones oculares: UA, vasculitis retiniana 4. Lesiones cutáneas: eritema nodoso 5. Test de patergia positivo
LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (23)		<p>Diagnóstico: Criterio 1 + 2 o más de los otros criterios mencionados.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ANA positivo 2. Síntomas constitucionales: Fiebre (2 puntos) 3. Cutáneos: Alopecia no cicatrizante (2 puntos), úlceras orales (2 puntos), lupus cutáneo subagudo o lupus discoide (4 puntos) , lupus cutáneo agudo (6 puntos) 4. Artritis: Sinovitis caracterizada por inflamación o derrame en ≥ 2 articulaciones o sensibilidad en ≥ 2 articulaciones + rigidez matutina ≥ 30 minutos (6 puntos) 5. Neurológicos: Delirium, (2 puntos), psicosis (3 puntos), convulsiones (5 puntos) 6. Serositis: Derrame pleural o pericárdico (5 puntos), pericarditis aguda (6 puntos) 7. Hematológicos: Leucopenia (3 puntos), trombocitopenia (4 puntos), hemólisis autoinmune (4 puntos) 8. Renales: Proteinuria $>0.5g/24$ horas (4 puntos), biopsia renal clase II o V para nefritis lúpica (8 puntos), Biopsia renal clase III o IV para nefritis lúpica (10 puntos) 9. Anticuerpos antifosfolípidos: Anticuerpos anticardiolipina o anti $\beta 2GP1$ o Anticoagulante lúpico (2 puntos) 10. Complemento: C3 bajo o C4 bajo (3 puntos), C3 y C4 bajo (4 puntos) 11. Anticuerpos de alta especificidad: Anticuerpo anti dsDNA (6 puntos), Anticuerpo anti Smith (6 puntos)
ARTRITIS REUMATOIDEA (24)		<p>Diagnóstico: Criterio 1 + Cualquiera de los demás criterios y que sumen una puntuación ≥ 10 puntos.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Compromiso articular: 1 articulación grande (0 puntos), 2-10 articulaciones grandes (1 punto), 1-3 articulaciones pequeñas con o sin compromiso de articulaciones grandes (2 puntos), 4-10 articulaciones pequeñas con o sin compromiso de articulaciones grandes (3 puntos), más de 10 articulaciones con al menos 1 articulación pequeña (4 puntos) 2. Serología (al menos uno): FR (-) y AntiCCP (-) (0 puntos), FR débil (+) o AntiCCP débil (+) (1 punto), DR fuerte (+) o AntiCCP fuerte (+) (2 puntos) 3. Reactantes de fase aguda (al menos uno): PCR normal y VSG normal (0 puntos), PCR anormal o VSG anormal (1 punto) 4. Duración de los síntomas: <6 semanas (0 puntos), ≥ 6 semanas (1 punto)
ARTRITIS PSORIÁSICA (25)		<p>Diagnóstico: Puntuación $\geq 6/10$</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evidencia de psoriasis: Psoriasis actual (2 puntos), historia personal de psoriasis (1 punto) , historia familiar de psoriasis (1 punto) 2. Alteración ungueal psoriásica típica (1 punto) 3. FR negativo (1 punto) 4. Dactilitis: dactilitis actual o historia de dactilitis (1 punto)



5. Evidencia radiológica de neoformación ósea yuxtaarticular (1 punto)

Diagnóstico: enfermedad articular inflamatoria (articulación, columna vertebral o entesis) + ≥ 3 puntos

Tabla N° 02: Medicamentos que pueden generar UA (13)

FARMACOS SISTÉMICOS	FÁRMACOS OCULARES
Inhibidores de los puntos de control inmunitario sistémicos (ICPIs)	Metilpranolol
Inhibidores del BRAF y MEK	Brimonidina
Cidofovir	Análogos de Prostaglandinas
Rifabutina	Agentes AntiVEGF
Bifosfonatos	Acetonido de Triamcinolona
Sulfonamidas	
Fluoroquinolonas	
Agentes AntiTNF	
Vacunas: BCG, Influenza, Paperas-Sarampión-Rubeola, Hepatitis B, HPV, Varicela	

Tabla N° 03: Diferentes materiales de LIO y la generación de reacción inflamatoria (26)

MATERIALES DE LIO QUE GENERAN MAYOR INFLAMACIÓN INTRAOCULAR
PMMA no modificados
Silicona de 1ª generación
Acrílico Hidrofóbico
MATERIALES DE LIO ADECUADO PARA PACIENTES CON UA
PMMA de superficie modificada con heparina (HSM)
Acrílico Hidrofilico

*PMMA: polimetil metacrilato

Tabla N° 04: Esteroides utilizados para uveítis anterior

VIAS DE ADMINISTRACIÓN	PRESENTACIÓN
Tópico (gotas)	Acetato de prednisolona 1% Fluorometolona 0.1% Loteprednol 0.5 %
Subconjuntival (0.5 ml)	Fosfato de Betametasona Fosfato de Dexametasona
Transeptal inferior (0.5 ml)	Acetato+ fosfato de betametasona Acetonido de triamcinolona 40 mg
Sub tenoniano Posterior (0.5 ml)	Acetato+ fosfato de betametasona Acetonido de triamcinolona 40 mg
Retrobulbar (1- 3 ml)	Acetato+ fosfato de betametasona Acetonido de triamcinolona 40 mg
Sistémico	Prednisona Deflazacort



VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Standardization of Uveitis Nomenclature for Reporting Clinical Data. Results of the First International Workshop. *Am J Ophthalmol.* septiembre de 2005;140(3):509–16.
2. Bloch-Michel E, Nussenblatt RB. International Uveitis Study Group Recommendations for the Evaluation of Intraocular Inflammatory Disease. *Am J Ophthalmol.* febrero de 1987;103(2):234–5.
3. Robert B. Nussenblatt. Elements of the Immune System and Concepts of Intraocular Inflammatory Disease Pathogenesis. En: *Uveitis Fundamentals and clinical practice.* cuarta edición. Mosby - Elsevier; 2010.
4. Islam N, Pavesio C. Uveitis (acute anterior). *BMJ Clin Evid.* el 8 de abril de 2010;2010.
5. Rathinam SR, Cunningham ET. Infectious Causes of Uveitis in the Developing World: *Int Ophthalmol Clin.* 2000;40(2):137–52.
6. Thorne JE, Suhler E, Skup M, Tari S, Macaulay D, Chao J, et al. Prevalence of Noninfectious Uveitis in the United States: A Claims-Based Analysis. *JAMA Ophthalmol.* el 1 de noviembre de 2016;134(11):1237.
7. Chang JH-M, Wakefield D. Uveitis: a global perspective. *Ocul Immunol Inflamm.* enero de 2002;10(4):263–79.
8. Miserocchi E, Fogliato G, Modorati G, Bandello F. Review on the Worldwide Epidemiology of Uveitis. *Eur J Ophthalmol.* septiembre de 2013;23(5):705–17.
9. Scott M. Whitcup. Uveitic conditions not caused by active infection anterior uveitis. Part 5 - Chapter 19. En: *Uveitis Fundamentals and Clinical Practice.* 4°. Mosby - Elsevier; 2010.
10. Maite Sainz de la Maza. The uveitis syndromes - Autoimmune. Section 5 - Chapter 14. En: *Diagnosis & Treatment of Uveitis.* 2°. Jaypee Brothers Medical Publishers; 2013.
11. Murray PI, Rauz S. The eye and inflammatory rheumatic diseases: The eye and rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* octubre de 2016;30(5):802–25.
12. Watanabe T, Keino H, Nakayama K, Taki W, Echizen N, Okada AA. Clinical features of patients with diabetic anterior uveitis. *Br J Ophthalmol.* enero de 2019;103(1):78–82.
13. Moorthy RS, Moorthy MS, Cunningham ET. Drug-induced uveitis. *Curr Opin Ophthalmol.* noviembre de 2018;29(6):588–603.
14. Ostheimer TA, Burkholder BM, Leung TG, Butler NJ, Dunn JP, Thorne JE. Tattoo-Associated Uveitis. *Am J Ophthalmol.* septiembre de 2014;158(3):637–643.e1.
15. Zemba M, Camburu G. Uveitis–Glaucoma–Hyphaema Syndrome. General review. *Romanian J Ophthalmol.* el 15 de abril de 2017;61(1):11–7.
16. Chan NS, Chee S. Demystifying viral anterior uveitis: A review. *Clin Experiment Ophthalmol.* abril de 2019;47(3):320–33.



17. Wensing B, Mochizuki M, De Boer JH. Clinical Characteristics of Herpes Simplex Virus Associated Anterior Uveitis. *Ocul Immunol Inflamm.* el 3 de abril de 2018;26(3):333–7.
18. Siak J, Mahendradas P, Chee S-P. Multimodal Imaging in Anterior Uveitis. *Ocul Immunol Inflamm.* el 4 de mayo de 2017;25(3):434–46.
19. Linden SVD, Valkenburg HA, Cats A. Evaluation of Diagnostic Criteria for Ankylosing Spondylitis. *Arthritis Rheum.* abril de 1984;27(4):361–8.
20. Inman RD. Classification criteria for reactive arthritis. *J Rheumatol.* junio de 1999;26(6):1219–21.
21. Petty RE, Southwood TR, Manners P, Baum J, Glass DN, Goldenberg J, et al. International League of Associations for Rheumatology classification of juvenile idiopathic arthritis: second revision, Edmonton, 2001. *J Rheumatol.* febrero de 2004;31(2):390–2.
22. Internationalstudygroupforbehc. Criteria for diagnosis of Behcet’s disease. *The Lancet* [Internet]. mayo de 1990 [citado el 15 de diciembre de 2020];335(8697). Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/014067369092643V>
23. Aringer M, Costenbader K, Daikh D, Brinks R, Mosca M, Ramsey-Goldman R, et al. 2019 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology Classification Criteria for Systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis Rheumatol.* septiembre de 2019;71(9):1400–12.
24. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham CO, et al. 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: An American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis Rheum.* septiembre de 2010;62(9):2569–81.
25. Taylor W, Gladman D, Helliwell P, Marchesoni A, Mease P, Mielants H, et al. Classification criteria for psoriatic arthritis: Development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheum.* agosto de 2006;54(8):2665–73.
26. Perry LJP, Papaliadis GN. Selection of Intraocular Lenses in Patients With Uveitis: *Int Ophthalmol Clin.* 2010;50(1):61–70.

