

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA

"MANIFESTACIONES CLINICAS Y EVOLUCION DE
LOS PACIENTES CON IRIDOCICLITIS HETEROCROMICA
DE FUCHS EN LA CLINICA DE UVEITIS DEL -
HOSPITAL ASOCIACION PARA EVITAR LA CEGUERA
EN MEXICO: "DR. LUIS SANCHEZ BULNES" .

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALIDAD EN OFTALMOLOGIA
P R E S E N T A

ADRIANA SILVA LEPE

CIUDAD UNIVERSITARIA AÑO: 1 9 9 3 .

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

MANIFESTACIONES CLINICA Y EVOLUCION DE LOS
PACIENTES CON IRIDOCICLITIS HETEROCROMICA
DE FUCHS EN LA CLINICA DE UVEITIS DEL HOS_
PITAL ASOCIACION PARA EVITAR LA CEGUERA EN
MEXICO "DR. LUIS SANCHEZ BULNES".

RESUMEN: La iridociclítis Heterocromica de Fuchs es una uveítis de las denominadas no granulomatosas, de curso crónico y recurrente que fué descrita originalmente por Fuchs en 1906. Afecta a pacientes entre los 40 y 60 a. de edad, siendo principalmente mujeres. Generalmente es unilateral y representa del 2% al 3% de todas las uveitis. No existe asociación directa con enfermedades sistémicas y se han descrito diversas etiologías, estando en voga actualmente la inmunológica. La principal sintomatología descrita es la visión borrosa, seguida de las miodesopsias; en algunas ocasiones el paciente puede notar cambios en la coloración del iris. En el presente estudio se hace énfasis en los signos clínicos que pueden ayudar a reconocer ésta enfermedad. Se estudiaron en forma retrospectiva los expedientes de todos los pacientes con el diagnóstico de Iridociclítis Heterocrómica de Fuchs (IHF) vistos en la clinica de uveítis en el periodo de junio de 1986 a junio de 1993. El diagnóstico se estableció utilizando los criterios de Kimura y cols., así como los de Franceschetti y Fuchs (1955). Se registraron todos los signos y los síntomas referidos. Se incluyeron 20 pacientes, 14 mujeres y 6 hombres, con un promedio de edad de 37 a. Todos presentaron la IHF en forma

unilateral, excepto un paciente. 85% de los pacientes reportaron disminución de la agudeza visual. En todos los casos se encontraron depósitos retroqueráticos (DK), generalizados en el 95%, estrellados o estelares en el 45%. En el 75% de los pacientes la actividad inflamatoria se reportó de leve a moderada. La atrofia del iris se reportó en el 50% de los pacientes, y se observó en un 25% heterocromia del mismo. Los nódulos del iris fueron vistos en un 70%, principalmente de Koeppe. Se encontró en un 85% de los pacientes catarata del tipo subcapsular posterior. El vítreo presentó algún tipo de alteración en un 60% de los pacientes, principalmente condensaciones del mismo. Ninguno presentó cicatrices coriorretinianas. Por lo reportado y en relación al análisis que se hace de la literatura, se debe de reconocer a la IHF por una serie de características clínicas que se deben de buscar minuciosamente, sobre todo en nuestra población, y no sólo en la presencia o no de la heterocromía que da nombre a la enfermedad.

INTRODUCCION: La Iridociclítis Heterocromica de Fuchs es una patología unilateral frecuentemente mal diagnosticada. Se presenta en hombres y mujeres en la tercera y cuarta década de la vida y representa el 2%-3% de todos los casos de uveitis. Es un patología importante de reconocer, primero, porque generalmente no se reconoce y segundo, porque cuando se le reconoce no se trata adecuadamente. Esto se debe a que aún no se encuentra una apropiada manera de tratarla. Es un iridociclitis que se presenta en ojos con poca reacción inflamatoria y casi siempre es unilateral, aunque se han reportado

algunos casos raros de bilateralidad. Características Clínicas: Sólo en raras ocasiones se presenta ojo rojo y fotofobia al inicio de la IHF; en la mayoría de los pacientes la entidad se descubre en un exámen oftalmológico de rutina. El oftalmólogo por lo general encuentra miodesopsias y vision borrosa dadas por células en el vítreo, y por una catarata progresiva en el ojo afectado. En casi todos los casos el ojo contralateral es completamente normal. Generalmente no existe dolor, siendo la primera molestia la disminución de la agudeza visual debido a la catarata. El ojo afectado generalmente se encuentra con poca reacción inflamatoria, aunque puede encontrarse una discreta reacción ciliar. Existen DK muy pequeños, distribuidos por todo el endotelio corneal en forma difusa, que aparecen y desaparecen esporádicamente. Con retroiluminación se presentan con proyecciones estelares, cristalinas desde el propio precipitado. Existe una reacción inflamatoria en la cámara anterior de 1-2+ de células y de 1-2+ de flare. El iris se encuentra con menor pigmentación que el ojo contralateral y existe cierto adelgazamiento del estroma, algunos parches de atrofia de la capa pigmentada y defectos irregulares del iris que se pueden observar por transiluminación. Generalmente no se encuentran sinequias, y la pupila dilata bien. La heterocromía generalmente pasa desapercibida, principalmente en ojos con iris pigmentados como en nuestra población, por lo que es necesario explorar minuciosamente a los pacientes antes de dilatarlos. En ocasiones la principal queja de los pacientes es el darse cuenta de un cambio en la coloración de sus ojos. La cavidad vítrea presenta algunas células y bandas vítreas, y el polo posterior y los vasos de la retina

generalmente son normales, aunque en raras ocasiones se puede presentar edema macular quístico. Se han reportado vasos anormales en el ángulo iridocorneal, pero son raros. Estos en ocasiones se hacen mas evidentes como resultado de la atrofia del iris. Se ha recomendado la punción de la cámara anterior para evidenciar el signo de Amsler, que consiste en una hemorragia filiforme al momento de la punción, sin embargo no se reporta en forma constante, por lo que dicha maniobra actualmente no se recomienda. El curso clínico del 50% de los pacientes es el desarrollar catarata de manera progresiva y en muchos casos presentar glaucoma de ángulo abierto en el 25% de los casos, aunque en algunas ocasiones el porcentaje es mayor ya que esta enfermedad con frecuencia es mal tratada con abundantes esteroides, tanto tópicos como sistémicos. El diagnóstico diferencial debe incluir a la mayoría de las iridociclitis que se presentan en los adultos. Teniendo en cuenta a la espondilitis anquilosante y otros trastornos reumatológicos, enfermedades de la colagena, herpes simple, sarcoidosis (rara en nuestro país) y formas poco usuales de iridociclitis producidas por tuberculosis, y sífilis y sabiendo que estas son fácilmente diferenciables de la IHF por lo que no se requiere de un perfil de uveitis completo para descartar otras patologías.

Generalmente el tratamiento de la IHF se enfoca basicamente a sus secuelas que son, como ya lo habiamos descrito, el glaucoma y la catarata, que en ocasiones puede ser muy incapacitante, principalmente en pacientes que iniciaron con la enfermedad en edades muy tempranas.

MATERIAL Y METODOS: Se revisaron en forma retrospectiva los expedientes de 20 pacientes con diagnóstico de IHF que ingresaron a la clínica de Uveitis del Hospital Asociación para Evitar la Ceguera en Mexico "Dr. Luis Sánchez Bulnes" durante el periodo de Junio de 1986 a Junio de 1993 (6 a.). El diagnóstico se estableció siguiendo los criterios de Kimura y cols. y Franceschetti que puntualizan: 1) Atrofia difusa del estroma y pérdida en parches del epitelio pigmentado del iris; 2) Depósitos retroqueráticos pequeños, estelares, difusos en todo el endotelio de la córnea; 3) Reacción inflamatoria mínima en la cámara anterior y 4) Escasas células y opacidades en el vítreo. La heterocromia la catarata y el glaucoma pueden estar asociadas, pero no se utilizan como criterios esenciales para su diagnóstico. En todos los pacientes se llevó a cabo una exploración oftalmológica completa excluyéndose otras causas de uveitis.

RESULTADOS: En el presente estudio se incluyeron los expedientes de 20 pacientes mexicanos con diagnóstico de IHF que se presentaron a la clínica de Uveitis de nuestro hospital en el periodo de 6 años comprendido de junio de 1986 a Junio de 1993. La edad de los pacientes a su ingreso fué de 16 a 58 a., con un promedio de 37 a. La afección por sexo fue de 14 mujeres y 6 hombres. El seguimiento que se tuvo de los pacientes fue de 3 meses a 6 años, con un promedio de 22.6 meses. La enfermedad se presentó en forma unilateral en el 80% de los casos y bilateral en el 20%, teniendo

predominancia el ojo derecho. De los 20 pacientes 5 presentaron el antecedente de tener una enfermedad sistémica asociada (Tabla 1) y 3 refirieron haber sido sometidos a cirugía ocular previa en el mismo ojo o en el contralateral (Tabla 2).

El síntoma principal referido al ingreso, en orden de frecuencia fue disminución de la agudeza visual, dolor, miodesopsias y fotofobia (Tabla 3). El diagnóstico de la IHF se realizó al ingreso en 14 pacientes y en 6 se retraso de 1-35 meses, con un promedio de 3.65 m. (en la Tabla 4 se pueden observar los diagnósticos iniciales).

Dentro de los signos tenemos que la agudeza visual varió desde percepción luminosa hasta más de 7/10 en dos pacientes. La tensión ocular se encontró elevada en 8 pacientes (40%), existiendo diferencias tensionales entre el ojo afectado y el sano de 1-38 mmHg. (Tablas 5 y 6).

A la biomicroscopia el 100% de los pacientes presentaron DRK, siendo el 45% estelares y difusos (Tabla 7), manteniéndose la córnea transparente. La actividad inflamatoria en la cámara anterior varió de no actividad (15%), hasta leve (30%) y moderada (20%) (Tabla 8). La alteración en el estroma del iris o en el epitelio pigmentado del mismo no fué descrita como tal, solo se reportó heterocromía en el 25% de los pacientes, de los cuales uno solo se había percatado de la misma, en la Tabla 9 se puede apreciar la descripción del iris. Se describieron nodulos de Koeppe en 7 pacientes y de Busacca en 1, presentándose ambos en 5 pacientes. No se reportaron nódulos en 6 pacientes, y como ausentes en 1 paciente.

No se presentaron neovasos en el iris. A la gonioscopia 19 pa-
cientes presentaron angulo III a IV y uno presento sinequias pos-
teriores 360 grados secundarias a cirugía de catarata previa. Un
solo paciente presentó procesos iridianos largos y pigmento (++)
en el trabéculo. El cristalino se encontró transparente en el 15%
de los pacientes, mientras que la catarata que predomino fué la
opacidad subcapsular posterior en el 45%.

A la exploración del polo posterior se encontró que el vitreo
presentaba células anteriores en el 30% de los casos y opacidades
en el 30% (Tabla 11). A nivel de retina, esta no presentó datos
patológicos, ni cicatrices coroideoretinianas. La papila se obser-
vo menor de 5/10 en el 25% de los pacientes y mayor de 9/10 en el
5%. La mácula cuando fué valorable por medios transparentes se des-
cribió como normal en un 40%, edema macular quístico en un 5% y
pliegues maculares en un 5%. Fluoroangiográficamente se observó co-
mo normal en el 15% de los pacientes, en un 85% no fue solicitada.

Al 55% de los pacientes no se le solicitó perfil de uveitis,
y en el resto resultado positivo en un 35% (Tabla 12).

DISCUSION: La IHF, descrita por Fuchs en 1906, es una uveitis ante-
rior única en muchos de sus aspectos clínicos. Es una enfermedad
insidiosa en su presentacion inicial, teniendo el paciente la en-
fermedad por muchos años antes de darse cuenta de su padecimiento.
Los reportes previos de Franceschetti, Kimura, Lowensfeld y Thom--
son, y Liesegagny (3) han enfatizado las características clásicas
de la IHF: heterocromía del iris, DRQ difusos estelares, atrofia

del iris en el área pupilar principalmente, células inflamatorias mínimas en cámara anterior, ausencia de signos objetivos de inflamación, presencia de mínimas células en vítreo, ausencia de alteraciones fundoscópicas, curso largo e insidioso, en ocasiones catarata y glaucoma, buen pronóstico y el hecho de que no está indicada una gran batería de exámenes para su diagnóstico cuando se reconoce clínicamente la enfermedad.

En este trabajo se confirman muchas de estas características, sin embargo existen otras que discutiremos en forma separada. Se estudiaron 20 pacientes mexicanos en un periodo de 6 a., los cuales correspondieron al 3% (11) de los pacientes vistos en la Clínica de Uveítis de la Asociación para Evitar la Ceguera en México durante ese lapso, porcentaje que concuerda con lo reportado por Friedlander (9). El promedio de edad de los pacientes a su presentación fue de 37 a., que concuerda con el promedio reportado en la literatura (2,3,9,10). Según Friedlander (9), la afección por sexo es igual para ambos, sin embargo nosotros encontramos predominancia de la enfermedad en el sexo femenino. El padecimiento es principalmente unilateral (3,9), con cierta predisposición por el ojo derecho, como en nuestra población (2,3,10), sin embargo se ha llegado a reportar hasta un 15% de afección bilateral (2,6,10), en nuestro estudio la reportamos en el 10%.

Realizando una amplia revisión de la literatura (2,3,10) podemos decir que aunque nuestros pacientes tuvieron antecedentes de enfermedad sistémica asociada, de traumatismo o de cirugía previa, esto no influyó o repercutió en el curso de la enfermedad debido a

su baja frecuencia.

La sintomatología de los pacientes de baja de agudeza visual, dolor en el ojo afectado y miodesopsias, concuerdan con lo mas frecuente reportado en la literatura (9,10) y que se explican por la catarata y las condensaciones vitreas que se presentan cuando existe un proceso inflamatorio prolongado. Se encuentra descrito como signo inicial de presentación el hipema espontáneo (3,6), el cual puede ser recurrente, o bien presentarse después de tonometría, gonioscopia o buscarse como en el caso de la punción de la cámara anterior para observar el signo de Amsler. En ninguno de nuestros pacientes encontramos hipema espontáneo, ni tampoco fue buscado intencionalmente.

La IHF es una uveítis que con mucha frecuencia se encuentra mal diagnosticada al inicio de la enfermedad, y el diagnóstico se retrasa, según lo reportado en la literatura (10) hasta por 3.4 a., sin embargo en nuestro hospital el diagnóstico no se realizó desde el inicio de la patología en el 30% de los casos, llegando al mismo en un lapso de 3.65 meses en promedio (1mes-35meses). El principal diagnóstico que se hace es el de uveitis anterior inespecífica (10) como lo reportado en nuestro estudio.

La heterocromia (3,6,10) se puede presentar por atrofia de la membrana limitante anterior, por atrofia del estroma o por atrofia del epitelio pigmentado del iris, manifestándose como hipocromia si afecta primero al epitelio pigmentado o como hiperocromia si se afecta primero el estroma del iris (9); en nuestro estudio solo 5 pacientes presentaron heterocromia, aparentemente por iris atrofico,

sin embargo, quizá por la coloración pigmentada del iris en nuestra población, este hallazgo no se reporte con tanta frecuencia. No así el hallazgo de iris atrófico, despulido, con pérdida de criptas que si es observado con mayor frecuencia (40%). A la gonioscopia todos los pacientes, excepto uno, presentaron ángulo abierto, sin sinequias anteriores periféricas, a diferencia de lo encontrado por otros autores, quienes han documentado una alta frecuencia de este tipo de sinequias (3,6). El cristalino se encontró transparente en el 15% de los casos y en el 45% se encontró con OSCP de diversos grados, llegando a presentar catarata intumesciente el 15%. Algunos autores describen que la frecuencia de la OSCP varía del 73% al 85% (4-6). Liesegang (3) describe que la mayoría de los pacientes que inician con OSCP desarrollan catarata madura en algún momento de la enfermedad, y esto se debe principalmente a la inflamación crónica característica de este padecimiento.

Friedlander (9) y Liesegang (3) reportan que a nivel del vítreo anterior pueden existir escasas células inflamatorias y que ocasionalmente se observa una reacción inflamatoria moderada. Jones (10) realizó una descripción minuciosa de los hallazgos vítreos, en donde encontró opacificación del mismo en el 66%, y concluyó que esto se debe a la inflamación persistente, a precipitados vítreos o a condensaciones francas que impiden la valoración del polo posterior. En nuestro estudio el vítreo, cuando fue valorable por medios transparentes, presentó en un 30% células en vítreo anterior y en otro 30% condensaciones vítreas francas, reportándolo como normal en un 5%.

A la fundoscopia se han descrito cicatrices coroideas similares a las de la toxoplasmosis en 7.2% (10), 7.5% (2) y Nussenblatt (7) las describe pero sin referir ninguna relación causal entre la uveítis anterior y estas cicatrices. Arffa (2) describe también otro tipo de lesiones sugestivas de inflamación previa en retina, en un 28% de sus casos; refiere que en estos las lesiones se presentaron en el ojo con la enfermedad en 12 pacientes, en forma bilateral en 5 pacientes y en 2 en el ojo contralateral; en el 70% de todos estos casos se documentó una prueba positiva para toxoplasmosis por ELISA. Liesegang (3) reporta por otro lado, un adelgazamiento moderado de las venas de la retina en el 11% de sus pacientes. Nosotros no encontramos ningún paciente con alteración en la vasculatura coroidea o retiniana, ni con huellas de cicatrices corioideoretinianas relacionadas con infección en el polo posterior. A nivel de la papila encontramos un solo paciente con papila francamente patológica y quien presentaba glaucoma de ángulo abierto de muy difícil control.

Dos puntos que merecen ser aclarados por separado son los relacionados con los depósitos retroqueráticos y el glaucoma. En relación con los DRK nuestra población los presentó en un 100%, principalmente como estelares difusos (45%), a diferencia del 83.8% reportado por Jones (10) y del 96% por Liesegang (3). En la descripción de los DRK dada por Jones (10) se reporta que la mayoría de los mismos son principalmente estelares, difusos, con extensiones fibrilares y que existe una correlación de hasta el 84% entre estos y su distribución central. Según Fearnley (5) los DRK finos estelares representan el segundo hallazgo en frecuencia de sus

pacientes (80%), mientras que en nuestros pacientes se presentaron en la totalidad de los mismos(5).

En relación con el glaucoma se describe por Jones (10) una frecuencia del 26.2%, y por Fearnley (5) de un 24%, reportando nosotros 40% de pacientes con presiones por arriba de los 20 mmHg, que concue da más con lo reportado por Rao (6), que es de un 59%.

CONCLUSIONES: El diagnóstico de la IHF es principalmente clínico, sobre todo en poblaciones como la nuestra en la que predomina la gente con iris hiperpigmentados, donde el diagnostico se retrasa si se intenta basar el diagnóstico en la heterocromía que le dá el nombre a la enfermedad. Se deben buscar otros datos clínicos que se presentan con mayor frecuencia según lo demostrado con el presente estudio y que serian los característicos depósitos retroqueráticos estelares difusos dispersos en todo el endotelio corneal; la catarata de predominio subcapsular posterior; los nódulos de Koepe y la hipertension ocular. Es importante reconocer a la IHF porque es una entidad que no requiere para su diagnóstico de una gran bateria de exámenes de laboratorio y tampoco es necesario mantener al paciente en terapia inmunosupresora para su control; lo que si será necesario es la detección oportuna de la hipertension ocular y de la catarata para su manejo temprano.

TABLA 1

ENFERMEDADES SISTEMICAS ASOCIADAS

5 PACIENTES (25%)

- A) CEFALEA/TINITUS/ALERGIA A PENICILINA:
- B) HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA
- C) HIPOESTESIA PELVICA DERECHA/ARTRALGIAS
- D) EPILEPSIA
- E) ARTRITIS REUMATOIDE

TABLA 2

ANTECEDENTES QUIRURGICOS OCULARES

3 PACIENTES (15%)

- A) EECC OJO CONTRALATERAL
- B) IRIDOTOMIA (CASO DE BILATERALIDAD)
- C) EVISCERACION OJO CONTRALATERAL POR TRAUMATISMO.

TABLA 3

SINTOMA DE INGRESO

A) DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL	85%
B) ARDOR	20%
C) FOTOFOBIA	5%
D) FOTOPSIAS	5%
E) HETEROCROMIA	5%

TABLA 4

DIAGNOSTICOS INICIALES

A) UVEITIS GRANULOMATOSA	2 CASOS
B) UVEITIS ANTERIOR	2 CASOS
C) UVEITIS POSTERIOR	1 CASO
D) CATARATA ASOCIADA A UVEITIS	1 CASO

TABLA 5
CAPACIDAD VISUAL AL INGRESO

PERCEPCION Y PROYECCION DE LUZ	10%
MOVIMIENTO DE MANOS	5%
CUENTA DEDOS A 10 cm.	5%
CUENTA DEDOS A 4 mts.	15%
MENOS DE 5/10	30%
MAS DE 6/10	30%

TABLA 6
TENSION OCULAR

NORMOTENSION	50%
15mmHg-20mmHg	10%
20mmHg-30mmHg	20%
30mmHg-50mmHg	15%
MAS DE 50mmHg	5%

TABLA 7

DEPOSITOS RETROQUERATICOS

MEDIANOS DISPERSOS (GRANULOMATOSOS)	15%
FINOS DISPERSOS	35%
ESTELARES DIFUSOS	45%
NO ESPECIFICADOS	5%

TABLA 8

ACTIVIDAD INFLAMATORIA DE LA CAMARA ANTERIOR

* NO ACTIVIDAD	15%
* CEL +/-FLARE-	30%
* CEL +/-FLARE ++	5%
* CEL ++/FLARE ++	20%
* CEL ++/FLARE ++	15%
* NO REPORTADA	15%

TABLA 9

CARACTERISTICAS DEL IRIS

* ATROFIA DEL ESFINTER	5%
* HETEROCROMIA (UNO PERCATADO EN LA INF)	25%
* IRIS ATROFICO	15%
* IRIS CON ASPECTO "DESPULIDO"	5%
* IRIS CON APLANAMIENTO DE CRIPTAS	20%
* NO REFERIDOS	30%

TABLA 10

CARACTERISTICAS DEL CRISTALINO

* TRANSPARENTE	15%
* OSCA	15%
* OSCP	45%
* CATARATA TOTAL	15%
* CATARATA INTUMESCENTE	15%

TABLA 11

CARACTERISTICAS DEL VITREO

* CELULAS EN EL VITREO ANTERIOR	30%
* CONDENSACIONES VITREAS	30%
* SINQUISIS SCINTILLANS	5%
* NO VALORABLE POR MEDIOS TURBIOS	30%
* NORMAL	5%

TABLA 12

PERFIL DE UVEITIS

* NO REALIZADO	55%
* POSITIVO	
a) FTA-Abs	10%
b) VDRL	5%
c) PBA. DE MANTOUX	5%
d) PPD	10%
e) ELISA PARA TOXOPLASMA	10%
* NEGATIVO	10%

B I B L I O G R A F I A

1. Jones NP: Fuchs' Heterochromic uveitis: An Update. *Surv Ophth* 37: 253-272, 1993.
2. Arffa RC, Schlaegel TF: Chorioretinal scars in FHI. *Arch Ophth* 102: 1153-1155, 1984.
3. Liesegang TJ. Clinical features and prognosis in Fuchs' Uveitis Syndrome. *Arch Ophth* 100:1622-1626, 1982.
4. Jones NP: FHU: A reappraisal of the clinical spectrum. *Eye* 5:649-661, 1991.
5. Berger BB: Anterior segment ischemia in FHC. *Arch Ophth* 98:499-501, 1980.
6. La Hey et al: FHI is not associated with ocular toxoplasmosis. *Arch Ophth*, 1992; 110:806-811.
7. Nussenblath RB: FHI, in: Uveitis. Fundamentals and clinical practice. Year Book Medical Publishers, Chicago 1989. pp. 176-178.
8. Van der Gaag et al: Immunity to a corneal antigen in FHC patients. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 30:443-448, 1989.
9. Lowenfeld IE. FHC: a critical review of the literature, I: Clinical characteristics of the syndrome. *Surv Ophth*.1973;17:396.
10. Jones NP: Glaucoma in FHU. Aetiology, management and outcome. *Eye* 5: 662-667, 1991.
11. Mendoza-Austria E: Diagnosticos mas frecuentes en la clinica de Uveitis del APEC. En: Memorias de la V Reunion de Residentes. Editorial APEC, 1991.

I N D I C E

	PAGINA
* PRESENTACION	i
* AGRADECIMIENTOS	ii
* RESUMEN	1
* INTRODUCCION	2
* MATERIAL Y METODOS	5
* RESULTADOS	5
* DISCUSION	7
* CONCLUSIONES	12
* TABLAS	13
* BIBLIOGRAFIA	19
* INDICE	20