



9
2ej 11234
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE"**

I. S. S. S. T. E.

DIAGNOSTICO ETIOLOGICO DE LAS UVEITIS

FALLA DE ORIGEN

TESIS DE POSGRADO

**PARA OBTENER EL TITULO DE
LA ESPECIALIDAD DE
OFTALMOLOGIA
P R E S E N T A**

DR. RAFAEL CORREDOR OSORIO



ISSSTE

México, D. F. 1991



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

INDICE

RESUMEN	-----	1
INTRODUCCION	-----	2
MATERIAL Y METODOS	-----	9
RESULTADOS	-----	11
CONCLUSIONES	-----	18
BIBLIOGRAIA	-----	23

RESUMEN. -

La uveítis puede ser clasificada de múltiples formas. La clasificación utilizada fue la de Henderly: Anterior, Intermedia, Posterior, Panuveítis. Se realizó un análisis prospectivo de 21 pacientes con uveítis vistos en el Servicio de Oftalmología del Hospital Regional "20 de Noviembre" del ISSSTE de enero 1989 a octubre 1990. Se determinó incidencia, etiología y características clínicas de varias formas de uveítis. En 15 casos (71.4%) se estableció un diagnóstico específico en base a la historia clínica, examen físico y pruebas de laboratorio: 7 casos (33.3%) detectados como uveítis anterior, 6 casos (28.5%) como uveítis posterior, 8 casos (38.5%) como panuveítis. La panuveítis fue la forma más común de uveítis.

En los casos de uveítis anterior, 4 casos (57.1%) fueron idiopáticos, en uveítis posterior 4 casos (66.6%) fueron coriorretinitis por toxoplasmosis, en la panuveítis 2 casos (25%) fueron idiopáticos. Se compararon nuestros resultados con los obtenidos en anteriores trabajos y encontramos que el diagnóstico diferencial de uveítis seguirá cambiando según sean descubiertas nuevas enfermedades y se tengan disponibles mejores técnicas de diagnóstico.

INTRODUCCION.-

El conocimiento de las características anatómicas y funcionales de la uvea resulta de gran interés como base del conocimiento de su patología permitiendo una mejor comprensión de sus síntomas y evolución. La uveítis plantea tanto al oftalmólogo como al clínico un reto diagnóstico y terapéutico. Su estudio ha evolucionado rápidamente en los últimos diez años hacia un enfoque multifacético del diagnóstico y tratamiento en un gran número de enfermedades. Ya no se cataloga al paciente como casos de uveítis y se les relega a formas fortuitas de tratamiento. El estudio de las uveítis ha llevado al surgimiento de servicios clínicos separados dentro de los Departamentos de oftalmología en muchos hospitales de enseñanza.

Más aún, el enfoque del paciente con uveítis atraviesa barreras departamentales y a menudo con servicios de clínica médica y subespecialidades.

Así, el propósito fundamental de este trabajo es estudiar al paciente en forma integral para poder encontrar su etiología, y por ende, un mejor tratamiento.

Definición.- La uveitis es una reacción inflamatoria desencadenada por diversos factores, específicos y no específicos de la uvea (iris, cuerpo ciliar y coroides) aunque también pueden estar involucrados, el endotelio corneano, porción uveal de la red trabecular, base del vitreo y retina. (1,2)

Historia.- Las enfermedades inflamatorias del tracto uveal fueron observadas en la antigüedad. En las Tablas de Amurabis, que datan del siglo XXII a.C., se hace mención a esta enfermedad ocular. En un escrito cuneiforme del siglo VI a.C., se pone énfasis a la -- asociación de la afección dental y ocular mencionándose que al extraer el diente enfermo, la afección ocular sanaba. Hipócrates y Ambrosio reconocieron aspectos -- clínicos de la uveitis. (3,4)

Grandmont en 1982, realizó el primer estudio del humor acuoso en un paciente con endoftalmitis. (5,6) Amsler y Verrey introdujeron al método de análisis del humor acuoso al punsionar la cámara anterior de pacientes con uveitis. (5) Famosos oftalmólogos como George Joseph -- Bear de Viena, Friedrich Von Ammon de Dresde, Ernest -- Fuch de Viena, Albrecht Von Graefe de Alemania, y William Mackenzie de Inglaterra, aportaron

importantes contribuciones a la clasificación anatómica de las enfermedades uveales y a las definiciones clínicas. (7)

CLASIFICACION DE LAS UVEITIS. -

Depende del punto de vista que se enfoque. Hay multiplicidad de clasificaciones, cada cual tiene la suya.

Vamos a clasificar de acuerdo:

1) EVOLUCION:

- a) Hiperaguda (en forma explosiva)
- b) Aguda (instauración dura varios días)
- c) Subaguda (se alarga una o dos semanas)
- d) crónica (inaparente al comienzo, puede alcanzar meses).

2) MORFOLOGIA MACROSCOPICA:

- a) Forma nodular (tendencia crónica)
 - i) micronódulos
 - ii) focos de gran tamaño (gomas)
- b) Forma difusa (tendencia aguda)
 - i) seroso (células escasas)
 - ii) fibrinoso (fibrinógeno)
 - iii) purulento (exudado con neutrofilos)
 - iv) hemorrágico (hematíes)

3) ETIOLOGIA.-

- a) Exógenas (agente del medio externo)
 - i) traumáticos
 - ii) quemaduras
 - iii) radiaciones
- b) Endógenas (agente del medio interno)
 - i) bacterianas
 - ii) virus
 - iii) rickettsias
 - iv) parasitosis
 - v) micosis
 - vi) alérgicas
 - vii) tóxicas y metabólicas
 - viii) enfermedades del sistema:
 - colágeno
 - hemopatías
 - síndrome mucocutáneo
 - enf. del sist. nervioso
 - ix) crisis glaucoma ciclítica
 - x) ciclítis heterocrómica de Fuchs
 - xi) intermedia con degeneraciones

4) POR SU PATOGENIA.-

- a) Uveítis enfermedad (gérmen coloniza el tejido uveal y luego produce nódulos)
- b) Uveítis síndrome (tejido uveal aséptico)

5) POR SU TOPOGRAFIA.-

- a) Anterior - iritis
- ciclítis
- b) Intermedia - parsplanitis
- c) Posterior - coroiditis
- d) Panuveitis

6) POR LA EDAD.-

- a) Infancia (menor de 14 años)
- b) Adulto (mayor de 14 años)

7) POR EL PRONOSTICO.-

- a) Benigna (la inflamación cede rápido o espontáneamente)
- b) Maligna (rebelde a terapeutica)

MECANISMO INMUNOLOGICO EN LA UVEITIS ENDOGENA.-

La uveitis endógena puede ser un fenómeno agudo desencadenado por diferentes agentes específicos (virus, bacterias, parásitos, hongos) y no específicos (endotoxinas y otros mediadores de la inflamación).

Una vez que se ha hecho crónico el proceso ya está mediado por la participación de los mecanismos inmunitarios del huesped.

La perpetuación de la uveitis es debida a un desequilibrio del sistema inmunitario regulador y a procesos autoinmunitario severos. (8)

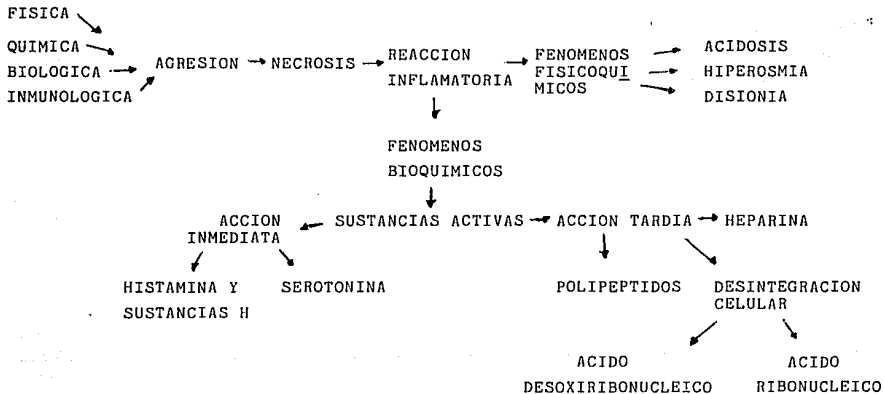
Se ha inducido una uveítis autoinmune experimental en ratas consecutivas a una inmunización contra el antígeno S de la retina (9) o a la proteína ligadora de los interfotoreceptores de la retina. (10)

Todavía no se conoce la relación con los antígenos de -- histocompatibilidad de la uveítis endógena. Se han observado unos mecanismos de inmunidad celular similares entre la oftalmia simpática (la manifestación típica y única de la autoinmunidad organoespecífica en los seres humanos (11) y en las uveítis autoinmunes experimentales en ratas (12) y monos. (13)

En la uveítis aguda anterior se encuentra una incidencia claramente aumentada de HLA. (14)

En la enfermedad de Behcet se ha demostrado una asociación con la HLA B51. (15) Si bien no está demostrado todavía, parece que la relación con los antígenos de histocompatibilidad de la uveítis endógena está ligada a la presentación y el reconocimiento de autoantígenos oculares específicos por parte de las células inmunocompetentes locales. Estos hallazgos juntos a los síntomas y signos clínicos observados en la uveítis nos demuestra el papel que juegan las respuestas inmunes del huésped en estas enfermedades.

CAUSAS DE INFLAMACION



MATERIAL Y METODOS. -

Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal, descriptivo y al azar de 21 pacientes que fueron atendidos en la consulta externa del Hospital Regional "20 de Noviembre" del ISSSTE en el período comprendido de enero 89 a octubre 90, todos ellos con diagnóstico de uveítis.

Se clasificó la uveítis por la localización con el método propuesto por Henderly en 1986: Anterior, Posterior, Intermedio y Panuveítis. (16,17)

Los requisitos de selección fueron:

- 1.- cualquier edad y sexo
- 2.- uveítis uni o bilateral
- 3.- pacientes de primer ingreso a oftalmología

Quedando excluidas las uveítis relacionadas con traumatismos oculares o cirugía intraocular y aquellas que por alguna razón no completaron el estudio.

Se determinó el diagnóstico subrayando la etiología y las características clínicas de una cuidadosa historia o aparición clínica y examen ocular; dependiendo de la valoración clínica oftalmológica se le pidieron exámenes de laboratorio iniciando por hemograma, uroanálisis, coproparasitológico, VDRL, FTA, ABS, título de toxoplasma, Rx de torax, HIV, glucemia, velocidad de sedimentación globular, posteriormente de acuerdo a su padecimiento, se le pedían Rx de manos, pelvis, columna, anticuerpos antinucleares, inmunoglobulinas

séricas, factos reumatoideo, HLA B27, células L.E., ASTO.

Para casos selectos fue realizada fluorangiografía.

Se contó con la ayuda de los Servicios de Reumatología, Infectología, Alergia e Inmunología, Medicina Interna, Pediatría y Otorrinolaringología.

Criterios de diagnóstico fueron empleados para todos los -
síndromes o entidades uveíticas como reportados previamente-

te. (18)

RESULTADOS.-

Los diagnósticos de uveitis en este Estudio cayeron entre cuatro categorías principales:

- 1.- Algunos casos de uveitis en los pacientes fueron encontrados por estudios de laboratorio, radiografías (por ejemplo, giardiasis);
- 2.- Otras formas de uveitis fueron relacionadas con una enfermedad sistémica (artritis reumatoide, espondilitis);
- 3.- Entidades clínicas de uveitis con patrones de enfermedad bien establecidas (por ejemplo, coroidopatías);
- 4.- Se utilizó el término de "uveitis idiopática" si la uveitis encontrada no era asociada a una causa básica o si no fue característica de una entidad clínica uveítica reconocida. (19)

En los casos de uveitis por ubicación, 7 casos fueron uveitis anterior, 6 casos poseterior, 8 casos panuveitis. La más común fué la panuveitis. (tabla 1) 6 casos tuvieron compromiso bilateral (tabla 2). Entre la población, 12 fueron mujeres y 9 hombres, la mujer fué la más afectada (tabla 3), las edades oscilan, en el sexo femenino, de 9 a 53 años, con una media de 31 años; y en los hombres de 8 a 62 años, con una media de 35 años. 3 casos fueron menores de 14 años, 1 hombre (8 años) y 2 mujeres (9 y 13 años).

El grupo etario más afectado fué entre 31 y 50 años.

(tabla 4)

4 casos de uveitis anterior idiopática (57.1%) de los casos de uveitis anterior, y fué la principal causa en el segmento anterior, espondilitis anquilosante, otomastoiditis crónica izquierda, y coriorretinitis por toxoplasmosis (14.2% cada una de ellas) (tabla 5).

Coriorretinitis por toxoplasmosis fué vista en 4 casos -- (66.6%) de los casos de uveitis posterior, SIDA al igual que focos dentales con un caso cada uno (16.6%) (tabla 6).

Panuveitis fue observada en 8 casos siendo el 33.3% del total de casos de uveitis. La forma idiopática con 2 casos (25%), 1 caso (12.5%) para artritis reumatoide, síndrome -- de VKH, sífilis adquirida, espondilitis anquilosante, giardiasis, coriorretinitis por toxoplasmosis. (tabla 7)

-13-
TABLA 1

LOCALIZACION DE LA UVEITIS

LOCALIZACION	CASOS (%)
ANTERIOR	7 (33.3)
POSTERIOR	6 (28.5)
PANUVEITIS	8 (38.5)
TOTAL	21 (100.0)

TABLA 2

LATERALIDAD EN UVEITIS, CASOS

	ANTERIOR (%)	POSTERIOR (%)	PANUVEITIS (%)	TOTAL (%)
UNILATERAL	5 (71.4)	5 (83.3)	5 (62.5)	15 (71.4)
BILATERAL	2 (28.5)	1 (16.6)	3 (36.2)	6 (28.5)

-14-
TABLA 3

.. UVEITIS SEGUN EL SEXO

	ANTERIOR (%)	POSTERIOR (%)	PANUVEITIS (%)	TOTAL (%)
MUJERES	4 (57.1)	3 (50.0)	5 (62.5)	12 (57.1)
HOMBRES	3 (42.8)	3 (50.0)	3 (37.5)	9 (42.8)

TABLA 4
EDAD DE DISTRIBUCION EN UVEITIS

EDAD (AÑOS)	CASOS (%)
1 - 10	2 (9.5)
11 - 20	1 (4.7)
21 - 30	2 (9.5)
31 - 40	7 (33.3)
41 - 50	5 (23.8)
51 - 60	3 (14.2)
61 -	1 (4.7)
TOTAL	21 (100.0)

TABLA 5

CAUSAS DE UVEITIS ANTERIOR

DIAGNOSTICO	CASOS (%)
IDIOPATICA	4 (57.1)
ESPONDILITIS ANQUILOSANTE	1 (14.2)
OTOMASTOIDITIS CRONICA IZQUIERDA	1 (14.2)
CORIORRETINITIS POR TOXOPLASMOSIS	1 (14.2)
TOTAL	7 (100.0)

TABLA 6

CAUSAS DE UVEITIS POSTERIOR

DIAGNOSTICO	CASOS (%)
CORIORRETINITIS POR TOXOPLASMOSIS	4 (66.6)
SIDA	1 (16.6)
FOCOS DENTALES	1 (16.6)
TOTAL	6 (100.0)

TABLA 7
CAUSAS DE PANUVEITIS

DIAGNOSTICO	CASOS (%)
IDIOPATICA	2 (25.0)
ARTRITIS REUMATOIDEA	1 (12.5)
VOGT-KOYANAGI-HARADA SIND.	1 (12.5)
ESPONDILITIS ANQUILOSANTE	1 (12.5)
SIFILIS ADQUIRIDA	1 (12.5)
GIARDIASIS	1 (12.5)
CORIORRETINITIS POR TOXOPLASMOSIS	1 (12.5)
TOTAL	8 (100.0)

TABLA 8

COMPARACION DE LA LOCALIZACION DE LAS UVEITIS

LOCALIZACION	PERKINS ⁽²¹⁾ (1961)	PERKINS Y FOLK ⁽²³⁾ (1984)	HENDERLY ⁽²²⁾ (1986)	PRESENTE ESTUDIO (1990)
ANTERIOR	63.0%	59.1%	27.9%	33.3%
POSTERIOR	19.2%	20.7%	38.4%	28.5%
PANUVEITIS	17.8%	15.6%	18.4%	38.5%

CONCLUSIONES. -

El diagnóstico diferencial de la uveítis ha ido cambiando - con el tiempo. Nuevas entidades clínicas han sido descri- tas y actualmente son mejor definidas y comprendidas. Ade- más, un mejor diagnóstico de laboratorio ha considerado el cambio en patrones de uveítis. (17)

Las inflamaciones en el interior del ojo han sido facilmen- te caracterizadas como uveítis, debido a que el saco uveal - generalmente se afecta en la mayoría de las inflamaciones - intraoculares. Al principio del daño y el asentamiento pa- tológico primario pueden ser relacionados con otra u otras estructuras del interior del ojo. (20)

En este estudio, 6 casos (28.5%) sucedieron como uveítis - posterior, mientras en el estudio de Henderly (17) fundamen- tó una incidencia de 38.4% en 1986. (tabla 8)

Se usó el término de uveítis idiopática si la uveítis no se encontró asociada con una causa delineada, o si no fue ca- racterística de una reconocida entidad clínica uveítica.

En mi serie, 6 casos (28.5%) fueron diagnosticados como idiopáticos, ante mi incapacidad para establecer un diag- nóstico específico. En el estudio de Perkins (21) en Londres entre 1956 y 1960, el 50.4% tuvieron la forma idiopática, y el trabajo de Henderly (22) en 1986, tuvieron el 30% uveítis idiopática.

El porcentaje de pacientes con uveitis idiopática en mi -- trabajo fué mas bajo que en el de Perkins y casi igual de Henderly.

La toxoplasmosis ocular fué vista en 6 pacientes (28.5%) - mientras que Perkins y Folk⁽²³⁾ encontraron una incidencia del 9.2% en 1984 y Henderly encontró una incidencia del 7%. Este resultado es probablemente debido a que los gatos domesticos son los huéspedes naturales del toxoplasma gondii y el mexicano suele mantener estos animales como mascotas - en sus hogares; asi como estar en íntimo contacto con ellos. (20)

La sífilis es una de las grandes imitadoras en medicina y - debe ser considerada como una posible etiología en todos -- los casos de uveitis insensible a la terapia esteroidea. (24)

El 4.7% de la uveitis sifilítica fué diagnosticada en mi -- estudio, mientras que en el de Henderly solamente el 0.8% tuvo uveitis sifilítica. Esta incidencia en mi trabajo fué - inesperada e inexplicable, considerando la incidencia general de sífilis.

El Sida, una nueva enfermedad que fué descubierta por primera vez en 1981⁽²⁵⁾ se ha ido incrementando el número de casos, fué encontrado en mi estudio en un 4.7% y el paciente - falleció posteriormente.

2 pacientes, el 9.5% presentaron espondilitis anquilosante, el cual también es asociado con un incremento en la frecuencia de HLA B27⁽²⁶⁾; mientras que Perkins y Folk⁽²³⁾ encontraron una incidencia del 5.7%; y Perkins⁽²¹⁾ encontró una incidencia de 11.7%.

Recomendaciones.- Es de importancia básica disponer de una historia clínica que permita una exploración sistemática de los antecedentes de las características clínicas y de las investigaciones de laboratorio a seguir.

El interrogatorio es pieza clave en la orientación, un interrogatorio minucioso, orientado fundamentalmente hacia la existencia previa de infecciones o de focos en otros territorios del organismo permitirá en muchos casos, obtener una sospecha de la posible etiología que después habrá de ser confirmada con las demás exploraciones.

En la clínica especializada de la uveítis se ha llegado a instalar una computadora para que a la vista de una serie de datos tales como sexo, edad, topografía de la inflamación uveal, curso de la misma, resultados de algunas pruebas de laboratorio, etc., se establezca el orden de frecuencia en la probabilidad etiológica del caso para concentrar en la misma la investigación lo más exhaustiva posible con

mayor seguridad el diagnóstico etiológico.

Pero, salvo en esos sitios excepcionales, la orientación de cada paciente se hace a base de la elaboración mental del observador que se basa en ello en la experiencia previa sobre la circunstancia que concurre en aquel caso.

El tema Uveitis ha merecido poca atención en nuestros hospitales, no tenemos siquiera un patrón de conducta y menos una historia clínica. Sin embargo, los pacientes oftalmologicos con uveitis constituyen uno de los problemas diarios - de nuestra especialidad. Problemas etio-patogénicos y problemas terapéuticos que en algunas ocasiones pese al avance de la Medicina actual, no alcanzamos a resolver y asistimos a la desorganización de la capacidad visual bajo la acción de las lesiones inflamatorias y las consecuencias tróficas - sobre la fisiología del globo. Esta baja visión siempre de lamentar alcanza caracteres dramáticos en las formas bilaterales.

A lo largo de estos últimos años se ha producido un cambio en la interpretación etio-patogénica de la uveitis. La uveitis aparece en la mayoría de las ocasiones como la expresión de un conflicto inmunobiológico que simultáneamente discurre en otras parcelas orgánicas como lasmeninges o las articulaciones y que puede ser puesto en marcha por numerosas causas que han venido a sustituir al reducido número de la que se admitía en los comienzos del presente siglo.

En la actualidad, la relación de causa potencialmente capaz de producir una uveítis es impresionalmente extensa y crece cada vez más alineándose junto a las infecciones, los traumas, reacciones alérgicas, las intoxicaciones, alteraciones metabólicas, enfermedad de sistema y tantas otras que convierten a la Uvea en una especie de sismógrafo del organismo que trepida frente a estímulos de muy variable naturaleza y topografía.

El camino recorrido en estos últimos años es, sin embargo, considerable y los logros con las nuevas técnicas exploratorias y la introducción de nuevas causas, creemos que justifica esta tesis, este balance de lo logrado que pretender el presente trabajo.

En pocas ocasiones como ésta, resulta tan evidente la conexión e interdependencia de nuestra Especialidad con Reumatología, Infectología, Alérgia e Inmunología, Medicina Interna, Pediatría y como un criterio puramente localista no permite llegar a la esencia del proceso con que nos enfrentamos en numerosas ocasiones.

BIBLIOGRAFIA.-

- 1.- BenEzra, D.; Díaz, M.; Menezzo, J.L.; Nussenblatt, R.B.; Timonen, P.: Introducción: Uveitis endógena. En: Springer Verlag.; ed. Tratamiento de la Uveitis Endógena con Sandimmun. Berlín, Publicidad Permayer, S.A., 1988, p1-5.
- 2.- Friedman, A.H.; Luntz M.H.; Henley, W.L.: Introducción. En: Friedman, A.; ed. Uveitis Diagnóstico y tratamiento. Buenos Aires, Panamericana. 1984. p-11.
- 3.- González, A.: Introducción a la inmunología oftalmológica. Am Soc Mex Oftal. 1981; 55:335-62.
- 4.- Duke-Elder: Uveitis. Duke-Elder. Sistem of Ophthalmology book VIII. London: Henry Kimton 1966; 64--1084.
- 5.- Degradmont, G.: Nature microbiene des ophthalmies profondes. Arch Ophthalmol 1983; 12:623.
- 6.- Witmer, R.: Clinical implications of aqueous humor studies in uveitis. Am H Ophthalmol 1978; 86:39-45.
- 7.- Friedman, A.H.: Ibidem 2. p-11--13.
- 8.- BenEzra, D: (1980) Diseases of the choroid and anterior Uvea. En: Michaelson IC (ed). Michaelson's textbook of the fundus of the eye, 3rd. end. Churchill Livingston, Edinburgh, pp 435-460.
- 9.- Nussenblatt, R.B.ñ Kuwabara, T. de Monasterior, F.M., Wacker, .W.B. (1981): Retinal S-antigen uveitis in - primates. A new model for human disease. Arch Ophthalmol 99:1090.

- 10.- Gery I, Wiggert B., Redmond MT., Kuwara T., Crawford - M.A., Vistica, B.P., Chader, G.J., (1985) IRBP-induced uveroretinitis: A new experimental autoimmune disease. Proceedings of ARVO meeting. Invest Ophthalmol Vis Sci (suppl) 26:77.
- 11.- Chan CC., BenEzra D., Rodríguez MM., Palestine AG., Hsu SM., Nussenblatt RB., (1985). Immunohistochemistry and electron microscopy of choroidal infiltrates and Dales Fuchs nodules in sympathetic ophthalmia. Ophthalmology 92:580.
- 12.- Chan CC., Mochizuki M., Nussenblatt RB., Palestine AG., MacAllister G., Gery I., BenEzra D (1985): T-lymphocyte subsets in experimental autoimmune uveitis. Clin Immunol immunopathol. 35:103.
- 13.- Hirose S., Kuwabara T., Nussenblatt RB., Wiggert B.,- Redmont TM., Gery I (1986): Uveitis induced in primates by Interphotoreceptor Retinoid Binding Protein. Arch - Ophthalmol 104:1698.
- 14.- Breweron DA., Caffrey M., Nicholls A., Walters D., James DCO (1973): Acute anterior uveitis and HLA B27, Lancet II:944.
- 15.- Brautbar C., Chajek T., Bar-Tuvia S., Lamm L., Cohen T (1987): A genetic study of Behcet's disease in Israel. Tissue Antigens 11:113.

- 16.- Hum Chung, Donp-Gyu-Choi: Clinical analysis of uveitis. Kor. J. Ophthalmol. Vol 3:33-37, 1989.
- 17.- Henderly Dale E., Genstler Arla, Smith Ronceld, y Rao-Narsinp: Changing patterns of uveitis. Am. J. Ophthalmol 103:131, 1987.
- 18.- Smith, R.E., y Nazik R.A. : Uveitis, a clinical approach to diagnosis and management. 2nd ed. Baltimore, Williams and Wilkins, 1983, pp.33-44.
- 19.- Henderly (IBIDEM 17), 103:131-132, 1987.
- 20.- Saari, K.M.: Current research in intraocular inflammation. Act. Ophthalmol. (suppl) 163:23, 1984.
- 21.- Perkins, ES.: Uveitis and toxoplasmosis, Boston, Little Brown & Co, 196, pp 9-19.
- 22.- Henderly, D.E., Genstler, A.J., y Smith, R.E.: Parsplatitis. Trans. Ophthalmol. Soc. U.K. 105:227, 1986.
- 23.- Perkins, E.S. & Folk J: Uveitis in London & Iowa, Ophthalmologic 189:36, 1984.
- 24.- Schlaegel, T.F., & Kao S.F.: A review (1970-1980) of 28 presumptive cases of syphilitic uveitis. Am.J. Ophthalmol, 93:412, 1982.
- 25.- Gottlieb, M.S., Schoroff R., Schanker, H.M., Weisman, J.D. Fan, P.T., Wolf, R.A. & Saxon A.: Pneumocystis carinii -- pneumonia & mucosal candidiasis in previously healthy --- homosexual men. Evidence of a new acquired cellular immunodeficiency. N. Engl. J. Med. 305:1425, 1981.

- 26.- Brewerton, D.A. , Coffrey, M. Hort, F.D., Janes, D.C.O.,
Nicholls, A & Sturrock, R.D.: Ankyloseng spondylitis and
HLA 27. Lancet 1:904, 1973.