

TRABAJO DE REVISIÓN

Psoriasis y uveítis

Psoriasis and uveitis

Carla Barbini¹, Lucila Suar¹, Lena Eimer¹, Julieta Ruiz Beguerie¹, Fernanda Forges² y Ariel Schlaen²

RESUMEN

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria caracterizada por el compromiso cutáneo, dado por la presencia de placas eritematoescamosas bien delimitadas que varían según la forma clínica. Es una patología crónica que cursa con brotes y remisiones. Se considera una enfermedad multisistémica, ya que puede manifestarse en la piel, las mucosas, las uñas y las articulaciones, así como en los ojos y los anexos oculares en un 10% de los pacientes. El ojo puede estar afectado con múltiples

manifestaciones que van desde una afectación leve y superficial hasta casos de compromiso intraocular como la uveítis. El tratamiento varía desde corticosteroides tópicos hasta agentes biológicos. El objetivo de este trabajo de revisión fue recopilar la información más reciente sobre la psoriasis y su manifestación ocular: la uveítis.

Palabras clave: psoriasis, uveítis ocular, manifestaciones oculares.

Dermatol. Argent. 2023; 29(2): 77-82

ABSTRACT

Psoriasis is an inflammatory disease characterized by skin involvement given by the presence of well-defined erythematous-squamous plaques that varies according to the clinical form. It is a chronic disease that occurs with outbreaks and remissions. It is considered a multisystemic disease since it can manifest itself in the skin, mucous membranes, nails and joints, as well as the eyes and ocular adnexa in 10% of patients. The eye

can be affected with multiple manifestations from mild and superficial involvement to cases of intraocular involvement such as uveitis. The treatment of this pathology includes from topical corticosteroids to biological agents. The objective of this review was to compile the most up-to-date information on psoriasis and its ocular manifestation: uveitis.

Key words: psoriasis, ocular uveitis, ocular manifestations.

Dermatol. Argent. 2023; 29(2): 77-82

¹ Médica Especialista en Dermatología. Médica de Planta, Servicio de Dermatología

² Médica/o Especialista en Oftalmología. Médica/o de Planta, Servicio de Oftalmología Hospital Universitario Austral (HUA), Universidad Austral, Pilar, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Contacto de la autora: Carla Barbini

E-mail: cbarbini@cas.austral.edu.ar

Fecha de trabajo recibido: 24/10/2022

Fecha de trabajo aceptado: 29/5/2023

Conflicto de interés: los autores declaran que no existe conflicto de interés.

INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria inmunomediada, de origen no infeccioso, caracterizada por la presencia de placas eritematoescamosas bien delimitadas cuya localización y extensión varían según la forma clínica¹. Tiene una evolución crónica, con períodos de brotes y remisiones, y un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes. Los avances terapéuticos permiten, en la mayoría de los casos, un control adecuado de la enfermedad.

Se considera una enfermedad sistémica que puede afectar la piel, las mucosas, las uñas y las articulaciones,

así como los ojos y los anexos oculares²⁻⁴. El ojo es uno de los órganos que pueden estar afectados con múltiples manifestaciones⁵⁻⁸. Las formas clínicas moderadas y graves de la psoriasis presentan un mayor riesgo de síndrome metabólico y enfermedad cardiovascular aterosclerótica^{2,9}.

Afecta al 1,5-3% de la población occidental, con igual incidencia en ambos sexos, y existe una predisposición hereditaria de origen poligénico. Los factores genéticos son relevantes, pero requieren un factor desencadenante para que se exprese la enfermedad. En la

mayoría de los pacientes se asocia a HLA-Cw6, situado en el brazo corto del cromosoma 6 (gen *PSORS1*). Se distinguen dos formas de psoriasis según la edad de presentación. Tipo 1: inicio antes de los 40 años, con antecedentes familiares de psoriasis, asociado fuertemente a HLA-Cw6 y con mayor predisposición a la artritis psoriásica. Tipo 2: inicio tardío, sin antecedentes familiares y sin expresión de HLA-Cw6⁴.

En la psoriasis participan tanto la inmunidad innata como la adquirida. Las células involucradas son los linfocitos T cooperadores (*helper*) CD4⁺ y CD8⁺, las células dendríticas y las células NK. Las interleuquinas (IL) sintetizadas por las células dendríticas determinarán la diferenciación de los linfocitos T vírgenes a linfocitos T cooperadores y la consiguiente producción de interleuquinas. Ante un ambiente donde predomina la síntesis de IL-12, la diferenciación será a un perfil Th1, con aumento de los niveles de interferón gamma (INF- γ), IL-2, factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α), IL-6 e IL-1. Si, por el contrario, predomina la síntesis de IL-23, el viraje se produce hacia un perfil Th17, donde predomina la síntesis de IL-17 e IL-22. Estas citoquinas estimulan la proliferación de los queratinocitos, lo que se manifiesta clínicamente como hiperqueratosis, y median la inflamación a nivel dérmico. Ahora se conoce que el eje IL-23-Th17-IL-17 está involucrado preferentemente en la patogenia de la psoriasis¹⁻⁴.

El ojo es uno de los sistemas afectados por este estado inflamatorio, con múltiples manifestaciones. Abarca desde una afectación leve y superficial como conjuntivitis, ojo seco o blefaritis, hasta casos de compromiso intraocular como la uveítis^{3,4}. Se observó compromiso ocular en un 10% de los pacientes con psoriasis, que incluye afección de los párpados, y anomalías conjuntivales, corneales, uveales y del cristalino⁹. El compromiso ocular puede explicarse mediante dos mecanismos: el primero por afectación directa de los anexos oculares (párpados, pestañas y glándulas lagrimales) generado por el aumento de la velocidad de recambio celular y la inflamación propia de la enfermedad, que provoca blefaritis, meibomitis, ojo seco evaporativo asociado a disfunción meibomiana y conjuntivitis crónica. El segundo mecanismo es la afección de los tejidos intraoculares por el proceso autoinmune que desencadena la enfermedad, lo que lleva a ojo seco acuoso (infiltración linfocitaria de la glándula lagrimal), cataratas y uveítis³⁻⁵.

Las manifestaciones relacionadas con un trastorno de la superficie ocular pueden manejarse con tratamientos sintomáticos. Las inflamaciones intraoculares suponen un mayor reto oftalmológico y son las que el dermatólogo debe derivar al oftalmólogo. El objetivo es

disminuir la inflamación, evitar las recaídas y preservar así la visión. Las uveítis, según la gravedad con que se manifiesten, pueden causar una ceguera legal prevenible^{6,7}. En cuanto a la psoriasis, la uveítis es una complicación que ocurre en un 7-20% de los casos^{8,10}. El tratamiento incluye distintos escalones que van desde los corticosteroides tópicos hasta los agentes biológicos⁷.

DISCUSIÓN

En 1976, Lambert y Wright fueron los primeros en describir las posibles manifestaciones oculares de la artritis psoriásica. En un estudio con 112 pacientes, encontraron que las manifestaciones más comunes fueron la conjuntivitis, la iridociclitis, la epiescleritis y la queratoconjuntivitis seca⁸. En 2003, Erbagci *et al.* estudiaron específicamente las manifestaciones en el segmento ocular anterior en pacientes con psoriasis y demostraron que el hallazgo más frecuente era la blefarconjuntivitis crónica (67,74%), junto con otros hallazgos como opacidades corneales inespecíficas, cataratas y sequedad ocular⁹. La blefaritis es una manifestación palpebral con irritación, telangiectasias y descamación en el borde de las pestañas. También se puede observar la disfunción de las glándulas de Meibomio, lo que conduce a alteraciones en la producción de la capa lipídica de la lágrima y produce ojo seco. La blefaritis y la sequedad ocular pueden deberse a un alto recambio epitelial y generar la obstrucción de las glándulas de Meibomio. El ojo seco se manifiesta con ojo rojo, defectos corneales epiteliales (queratitis), sensación de cuerpo extraño y aumento del lagrimeo. Puede haber placas de psoriasis en la región periocular, aunque es infrecuente⁹.

Entre las manifestaciones de la superficie ocular, la conjuntivitis es la más frecuente y corresponde a una inflamación crónica inespecífica que puede complicarse con ojo seco, triquiasis y entropión⁹. En cuanto a la afectación corneal, la queratitis es la manifestación más común, ya que es una complicación de la conjuntivitis y el ojo seco¹⁰. Las cataratas pueden desarrollarse como efecto adverso del uso de dosis altas de corticosteroides o debido a la falta de protección ocular en los tratamientos de fototerapia para el compromiso cutáneo de la psoriasis¹⁰.

La uveítis se caracteriza por un proceso inflamatorio intraocular. Anatómicamente, las uveítis se clasifican según el segmento más afectado: anterior, media, posterior, y difusa o panuveítis¹¹. Los síntomas dependen de qué parte del tracto uveal esté afectada. La uveítis anterior causa dolor y ojo rojo. En las uveítis anteriores crónicas la visión sufre un mayor deterioro. Por el contrario, las uveítis intermedia o posterior suelen ser indoloras y no

provocan enrojecimiento ocular. Sin embargo, pueden aparecer alteraciones visuales como flotadores o moscas volantes, y disminución de la agudeza visual^{4,11}.

La uveítis anterior se manifiesta clínicamente con visión borrosa, fotofobia, dolor, inyección ciliar y conjuntival, y es cuatro veces más frecuente que la posterior (Fotos 1 y 2). La uveítis intermedia se caracteriza por un predominio de la inflamación del humor vítreo que altera la transparencia de los medios, con la consiguiente disminución de la agudeza visual, miodesopsias, ausencia de dolor y ojo rojo (Foto 3). En la uveítis posterior predomina la inflamación en la retina o la coroides, lo que genera focos de retinitis, coroiditis, papilitis y vasculitis^{4,12} (Foto 4).

Las uveítis encontradas en los pacientes con psoriasis pueden dividirse en cuatro subgrupos, según la etiología de la inflamación: infecciosas, enfermedades inmunomediadas, síndromes limitados al ojo y formas idiopáticas (Tabla)^{4,11-13}. El 40% de los casos de uveítis son secundarios a una enfermedad inmunomediada. La predisposición genética contribuye al desarrollo de la uveítis debido a la fuerte relación entre la uveítis anterior aguda y un locus en el cromosoma 9p^{10,11}. Las recurrencias son comunes y pueden ocurrir en el ojo contralateral. El pronóstico de la uveítis anterior suele ser excelente. Existe una fuerte asociación entre los pacientes con uveítis anterior recurrente y la presencia de inflamación de los tendones y ligamentos comprobada por ecografía^{4,10,12,13}.

Se ha establecido que hay una asociación entre la uveítis y los pacientes con artritis psoriásica tanto en la forma adulta como en la juvenil, y con la tipificación HLA-B27¹³. La artritis psoriásica y las formas que se presentan solo dermatológicamente pueden clasificarse como HLA-B27 positivo o negativo^{12,13}. El 20% de las artritis psoriásicas periféricas y el 70% de las sacroilitis psoriásicas son HLA-B27 positivas⁴.

La uveítis está presente en un 7-25% de los pacientes con artritis psoriásica¹⁰⁻¹³. Se ha demostrado una mayor incidencia de uveítis en los pacientes con psoriasis cutánea severa y también en aquellos con compromiso articular¹⁴. El grado de inflamación intraocular es mayor en los pacientes HLA-B27 positivos. Puede verse afectación posterior, como edema macular cistoideo, vasculitis y papilitis^{4,12}. A diferencia de las uveítis asociadas a espondiloartropatías, las asociadas a la artritis psoriásica suelen ser bilaterales y se sitúan detrás del cristalino. Tienden a ser de comienzo insidioso y más comunes en las mujeres.

En cuanto al tratamiento, la inflamación ocular asociada a la psoriasis HLA-B27 positivo es de difícil manejo y más agresiva que por otras etiologías. El tra-

tamiento corticosteroideo tópico y sistémico se complementa con mayor frecuencia con antiinflamatorios no esteroides e inmunomoduladores como el metotrexato, en comparación con las uveítis psoriásicas HLA-B27 negativo. Asimismo, hay más recurrencias de uveítis por año en el grupo HLA-B27 positivo^{12,14}.

Además de la severidad de la psoriasis dermatológica, la afectación articular y la presencia de HLA-B27 positivo, se han identificado otros factores vinculados a la aparición y severidad de la uveítis: la forma de psoriasis pustulosa, el sexo masculino y la psoriasis de comienzo tardío (tipo II) (Cuadro)⁴.

Para la elección del tratamiento se deben tener en cuenta las manifestaciones clínicas de la psoriasis, la superficie corporal afectada, y la artritis periférica o axial. Por esta razón, los fármacos sistémicos como el metotrexato, la ciclosporina y los productos biológicos son de elección si el paciente presenta expresión de la enfermedad en la piel asociada a artritis psoriásica o a uveítis¹⁵.

En la etapa aguda de la uveítis, el tratamiento es intensivo para lograr el control de la enfermedad e incluye corticosteroides tópicos y sistémicos. Luego, en la etapa de mantenimiento, se utilizan fármacos ahorradores de corticosteroides y agentes biológicos. La vía de administración tópica da buenos resultados en las uveítis anteriores sin compromiso posterior, ya que tiene buena penetrancia en el segmento anterior⁷. Cuando la uveítis es severa, crónica o bilateral, requiere tratamientos de control de la inflamación con corticosteroides por vía oral en dosis inmunosupresoras. Es de vital importancia que durante el tratamiento con dosis altas de corticosteroides se prevengan y controlen regularmente los efectos adversos sistémicos. En los adultos, la dosis es de 1 mg/kg/día de prednisona y se mantiene por períodos no mayores de un mes¹⁶. Una vez logrado el control de la enfermedad, se reduce la dosis de forma progresiva 10 mg cada 3 días hasta llegar a los 30 mg/día¹⁷. Existe la posibilidad de una exacerbación cutánea posterior a la interrupción de los corticosteroides sistémicos. Si la uveítis empeora, no mejora o no se controla dentro de las 4 semanas de tratamiento, se debe agregar un inmunosupresor ahorrador de corticosteroides¹⁶ (Figura).

Las recomendaciones de manejo del grupo internacional *Fundamentals of Care for Uveitis* (FOCUS) sugieren introducir un tratamiento inmunomodulador no esteroideo en el manejo de la uveítis no infecciosa para controlar la inflamación severa o persistente que puede conducir a daños estructurales que afecten la función visual¹⁸.

El primer escalón para considerar cuando no se logra el control eficaz de la inflamación con los cor-

ticosteroides es el tratamiento con un inmunomodulador como el micofenolato de mofetilo¹⁸. Este produce inmunosupresión al inhibir la síntesis de purinas, lo que conduce a una depleción de nucleótidos esenciales para la proliferación de linfocitos B y T. Se administra en un rango de 500 a 3000 mg/día, y los efectos adversos más frecuentes son la irritación gastrointestinal, la supresión de la médula ósea y el aumento de las transaminasas⁷.

El siguiente escalón, según FOCUS, es aumentar la dosis máxima. Si no se obtienen resultados, se recomienda cambiar a inhibidores de la calcineurina, como la ciclosporina o el tacrolimus, como paso previo al tratamiento con agentes biológicos¹⁸. La ciclosporina inhibe directamente los linfocitos T y disminuye la producción de IL-2; sin embargo, el tacrolimus tiene un mecanismo de acción muy similar y menos efectos adversos^{7,18}.

Cabe señalar que el micofenolato de mofetilo y el tacrolimus no suelen utilizarse para tratar la psoriasis cutánea o artropática, por lo que no serían la primera opción de tratamiento sistémico en los pacientes con uveítis asociada a psoriasis severa. En cambio, la ciclosporina se utiliza como tratamiento tanto para la uveítis psoriásica como para la psoriasis severa debido a su rápido comienzo de acción⁷.

Otra opción es cambiar al metotrexato, que es eficaz para controlar la inflamación. El metotrexato, en dosis que oscilan entre 15 y 25 mg por semana, con efecto inmunomodulador entre las 6 y las 8 semanas después del inicio del tratamiento, es una excelente opción para los pacientes que, además, tienen psoriasis en la piel, ya que es un fármaco de primera línea con muy buena respuesta cutánea^{18,19}.

Si no se consigue el control de la enfermedad, el siguiente paso es la utilización de agentes biológicos. FOCUS recomienda comenzar con el adalimumab

como primer agente biológico, con un grado de recomendación de tipo A. El infliximab es de recomendación B/C. No se recomienda el secukinumab subcutáneo para las uveítis posteriores no infecciosas¹⁹. El adalimumab es un anticuerpo monoclonal anti-TNF-alfa aprobado para el tratamiento de las uveítis no infecciosas. Los efectos adversos de este tratamiento incluyen infecciones graves, reactivación de la tuberculosis latente y tumores malignos, por lo que el tratamiento debe vigilarse estrechamente¹⁹.

Se están estudiando otros agentes biológicos, como el tocilizumab, que es un inhibidor de la IL-6, y el sarilumab en pacientes con artritis reumatoide. Por otro lado, el secukinumab, un anticuerpo monoclonal IgG1 humano anti-IL-17A, ha demostrado inferioridad para el tratamiento de las uveítis posteriores de forma subcutánea⁷.

Entre las recomendaciones de FOCUS se destaca la importancia del control multidisciplinario de estos pacientes, dadas la complejidad y la variabilidad de las manifestaciones sistémicas de la propia enfermedad, así como los efectos adversos del tratamiento¹⁹.

Las alteraciones oculares en los pacientes con psoriasis suelen ser inespecíficas o mínimamente sintomáticas y, por lo tanto, subdiagnosticadas. Dada la naturaleza sistémica de la psoriasis, el dermatólogo debe actuar para identificar a los pacientes que requieren una evaluación de las comorbilidades relacionadas con la psoriasis. Ruggiero *et al.* publicaron un cuestionario para la detección temprana de las manifestaciones oculares en los pacientes con psoriasis (OcMaPS) a fin de derivarlos a un examen oftalmológico²⁰. Las lesiones oculares secuelas posteriores a los episodios de uveítis son causadas por episodios recidivantes, retraso en el diagnóstico y retardo en el inicio del tratamiento adecuado. El tratamiento oportuno mejora el pronóstico de estos pacientes²¹.



FOTO 1: Foto clínica en la que se evidencia la inyección ciliar (ojo rojo) en un paciente con uveítis anterior aguda. La sintomatología acompañante incluye dolor, fotofobia y disminución de la visión.

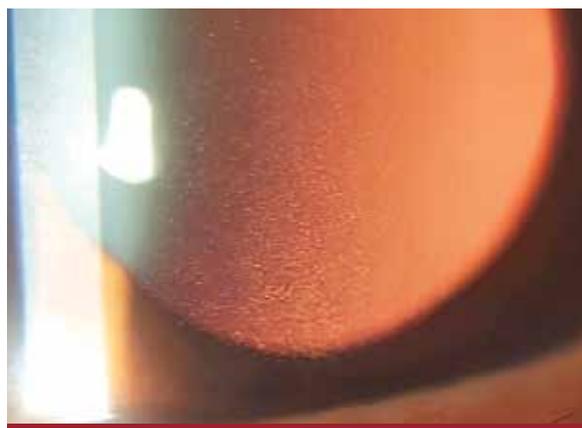


FOTO 2: Imagen tomada con lámpara de hendidura. Uveítis anterior aguda. Precipitados queráticos finos evidenciados por retroiluminación que se evidencian en la fotografía como múltiples puntos grisáceos.



FOTO 3: Angiografía con fluoresceína del ojo izquierdo en un paciente con uveítis intermedia. Se observan hiperfluorescencia del disco óptico (papilitis: en la región izquierda de la imagen se observan bordes borrosos y mal definidos), edema macular y vasculitis con pérdida de brillo observado a la derecha de la imagen.

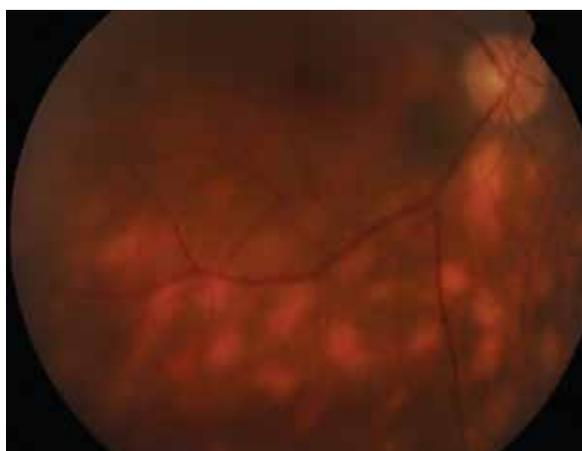


FOTO 4: Retinografía color. Uveítis posterior. Coroiditis multifocal en un paciente con coriorretinopatía en perdigonada. Se observan en la fotografía imágenes redondeadas amarillentas compatibles con coroiditis.



FIGURA: Secuencia de las etapas terapéuticas en la uveítis no infecciosa. Todos los tratamientos mencionados se pueden combinar con fármacos antifactor de crecimiento endotelial vascular o con corticosteroides intravítreos según la presencia de lesiones generadas por la uveítis²².

Artropatías autoinmunes	Espondilitis anquilosante Psoriasis/artritis psoriásica Artritis reactivas (síndrome de Reiter) Enfermedad inflamatoria intestinal Artritis idiopática juvenil
Infecciosas	Bacterianas: sífilis, tuberculosis, bartonellosis Virales citomegalovirus, herpes simple, herpes zóster Parasitarias: toxoplasmosis, toxocariasis, neuroretinitis difusa unilateral subaguda Fúngicas: <i>Candida</i> , <i>Aspergillus</i> , <i>Histoplasma capsulatum</i>
Otras	Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada Sarcoidosis Enfermedad de Behçet Esclerosis múltiple Lupus eritematoso sistémico Síndrome de Sjögren Enfermedad de Kawasaki Policondritis recidivante Granulomatosis con poliangitis

TABLA: Causas de las uveítis.

- HLA-27
- Psoriasis pustulosa
- Artropatía psoriásica
- Artropatía axial
- Psoriasis de comienzo tardío (tipo II)
- Sexo masculino

CUADRO: Factores asociados con la presencia o la severidad de la uveítis en pacientes con psoriasis⁴.

CONCLUSIONES

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria sistémica crónica que puede afectar la piel, las mucosas, las uñas y las articulaciones, así como los ojos y los anexos oculares. Los pacientes con psoriasis deben ser evaluados y tratados de forma multidisciplinaria.

El estado inflamatorio que genera la psoriasis puede manifestarse en el ojo en el 10% de los casos, desde una forma leve y superficial como conjuntivitis, ojo seco o blefaritis, hasta casos de compromiso intraocular como la uveítis. Esta última es una de las causas prevenibles de ceguera legal. Esto puede ocurrir antes o después de la aparición de las lesiones cutáneas. Los factores asociados a la presencia y

severidad de la uveítis son la psoriasis cutánea severa, la variedad pustulosa, la enfermedad de inicio tardío de tipo II y la presencia de HLA-B27 positivo. Por lo tanto, se sugiere identificar a los pacientes con esta tipificación para realizar un seguimiento más estricto a fin de detectar lo antes posible la afección ocular. En la uveítis el tratamiento temprano cambia radicalmente el pronóstico ocular.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos al Dr. Ariel Schlaen, del Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario Austral, el aporte de las fotografías que ilustran este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Christophers E. Psoriasis-epidemiology and clinical spectrum. *Clin Exp Dermatol.* 2001;26:314-320.
2. Friedewald VE, Cather JC, Gelfand JM, Gordon KB, et al. AJC editor's consensus: psoriasis and coronary artery disease. *Am J Cardiol.* 2008;15:1631-1643.
3. Egeberg A, Khalid U, Gislason GH, Mallbris L, et al. Association of psoriatic disease with uveitis: a Danish nationwide cohort study. *JAMA Dermatol.* 2015;151:1200-1205.
4. Fraga NA, Oliveira F, Follador I, Rocha B de O, et al. Psoriasis and uveitis: a literature review. *An Bras Dermatol.* 2012;87:877-883.
5. Kaldeck R. Ocular psoriasis; clinical review of eleven cases and some comments on treatment. *AMA Arch Derm Syphilol.* 1953;68:44-49.
6. Kowsigan M, Amravi S, Jyotirmay B. Biologics in uveitis: An update. *IJIR.* 2019;1-8.
7. Hassan M, Karkhur S, Bae JH, Halim MS, et al. New therapies in development for the management of non-infectious uveitis: a review. *Clin Exp Ophthalmol.* 2019;47:396-417.
8. Lambert JR, Wright V. Eye inflammation in psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis.* 1976;35:354-356.
9. Erbagci I, Erbagci Z, Gungor K, Bekir N. Ocular anterior segment pathologies and tear film changes in patients with psoriasis vulgaris. *Acta Med Okayama.* 2003;57:299-303.
10. Rehal B, Modjtahedi BS, Morse LS, Schwab IR, et al. Ocular psoriasis. *J Am Acad Dermatol.* 2011;65:1202-1212.
11. García-Munitis P, Ves-Losada J, Mata E. Uveitis: when the referral is to the pediatrician. *Arch Argent Pediatr.* 2016;114:272-276.
12. Durrani K, Foster CS. Psoriatic uveitis: a distinct clinical entity? *Am J Ophthalmol.* 2005;139:106-111.
13. Paiva ES, Macaluso DC, Edwards A, Rosenbaum JT. Characterization of uveitis in patients with psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2000;59:67-70.
14. Chi CC, Tung TH, Wang J, Lin YS, et al. Risk of uveitis among people with psoriasis: a nationwide cohort study. *JAMA Ophthalmol.* 2017;135:415-422.
15. Amatore F, Villani AP, Tauber M, Viguier M, et al. Psoriasis Research Group of the French Society of Dermatology (Groupe de Recherche sur le Psoriasis de la Société Française de Dermatologie). French guidelines on the use of systemic treatments for moderate-to-severe psoriasis in adults. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2019;33:464-483.
16. Jabs DA, Rosenbaum JT, Foster CS, Holland GN, et al. Guidelines for the use of immunosuppressive drugs in patients with ocular inflammatory disorders: recommendations of an expert panel. *Am J Ophthalmol.* 2000;130:492-513.
17. Gallego-Pinazo R, Dolz-Marco R, Martínez-Castillo S, Arévalo JF, et al. Update on the principles and novel local and systemic therapies for the treatment of non-infectious uveitis. *Inflamm Allergy Drug Targets.* 2013;12:38-45.
18. Dick AD, Rosenbaum JT, Al-Dhibi HA, Belfort R Jr, et al. Fundamentals of Care for Uveitis International Consensus Group. Guidance on Noncorticosteroid Systemic Immunomodulatory Therapy in Noninfectious Uveitis: Fundamentals of Care for Uveitis (FOCUS) Initiative. *Ophthalmology.* 2018;125:757-773.
19. Rosenbaum JT, Bodaghi B, Couto C, Zierhut M, et al. New observations and emerging ideas in diagnosis and management of non-infectious uveitis: a review. *Semin Arthritis Rheum.* 2019;49:438-445.
20. Ruggiero A, Fabbrocini G, Cacciapuoti S, Cinelli E, et al. Ocular Manifestations in Psoriasis Screening (OcMaPS) Questionnaire: a useful tool to reveal misdiagnosed ocular involvement in psoriasis. *J Clin Med.* 2021;10:1031
21. Capelusnik D, Cavalieri M, Rolón-Campuzano R, Schneeberger E, et al. Prevalencia y características de uveítis como manifestación extraarticular en espondiloartritis axial. *Rev Argent Reumatol.* 2018;29:26-31.
22. Gallego-Pinazo R, Dolz-Marco R, Martínez-Castillo S, Arévalo JF, et al. Update on the principles and novel local and systemic therapies for the treatment of non-infectious uveitis. *Inflamm Allergy-Drug Targets.* 2013;12:38-4.