

Diagnóstico y manejo de la uveítis: Revisión narrativa

Diagnosis and management of uveitis: Narrative review

Leslie Jharitza Valencia Pabón

ORCID: 0009-0009-1778-4167

Universidad Central del Ecuador

María José Estrada Durán

ORCID: 0009-0000-6262-8600

Universidad de las Américas, Ecuador

María de los Ángeles Dueñas Bermúdez

ORCID: 0009-0001-8330-4506

Universidad de las Américas, Ecuador

Servio Nicolás Vargas Andrade

ORCID: 0009-0002-3896-3921

Universidad San Francisco de Quito, Ecuador

Andrea Micaela Velasco Zárate

ORCID: 0009-0002-6967-2633

Universidad de las Américas, Ecuador

Jessica Alexandra Sayay Tenesaca

ORCID: 0009-0001-7613-4895

Centro de Especialidades Médicas Sarahí, Ecuador

Luis Ernesto Escobar Fernández

ORCID: 0009-0004-0470-6008

Universidad de las Américas, Ecuador

Doménica Noemi Suárez Medina

ORCID: 0009-0008-1263-551X

Centro de Salud tipo A La Paz, Ecuador

RESUMEN

La uveítis es una inflamación del tracto uveal que puede comprometer la visión de manera significativa si no se diagnostica y maneja adecuadamente. Este artículo de revisión narrativa aborda los aspectos clave del diagnóstico y manejo de esta condición, destacando su etiología multifactorial que incluye causas infecciosas, autoinmunes y traumáticas. El diagnóstico temprano es esencial y requiere una evaluación clínica detallada apoyada por estudios de laboratorio e imágenes complementarias para identificar la causa subyacente. El manejo de la uveítis debe ser individualizado, considerando la etiología, severidad y respuesta al tratamiento. Las opciones terapéuticas incluyen el uso de corticosteroides tópicos, sistémicos o intravítreos, inmunomoduladores y agentes biológicos en casos refractarios o asociados a enfermedades autoinmunes. Asimismo, se enfatiza la importancia de un enfoque multidisciplinario que involucre oftalmólogos, reumatólogos e infectólogos para optimizar los resultados visuales y sistémicos. Este artículo busca proporcionar una actualización integral que facilite la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia más reciente y las mejores prácticas disponibles.

Palabras clave: Uveítis, Diagnóstico, Manejo, Inflamación ocular, Etiología, Terapias inmunomoduladoras.

ABSTRACT

Uveitis is an inflammation of the uveal tract that can compromise vision significantly if it is not diagnosed and handled properly. This narrative review article addresses the key aspects of the diagnosis and management of this condition, highlighting its multifactorial etiology that includes infectious, autoimmune and traumatic causes. Early diagnosis is essential and requires a detailed clinical evaluation supported by laboratory studies and complementary images to identify the underlying cause. Uveitis management must be individualized, considering the etiology, severity and response to treatment. Therapeutic options include the use of topical, systemic or intravitreal corticosteroids, immunomodulators and biological agents in refractory cases or associated with autoimmune diseases. It also emphasizes the importance of a multidisciplinary approach that involves ophthalmologists, rheumatologists and infectologists to optimize visual and systemic results. This article seeks to provide a comprehensive update that facilitates clinical decision making based on the most recent evidence and the best practices available.

Keywords: Uveitis, Diagnosis, Management, Ocular inflammation, Etiology, Immunomodulatory therapies.

INTRODUCCIÓN

La uveítis es un grupo heterogéneo de enfermedades inflamatorias que afectan la úvea, la capa vascular del ojo, y que pueden comprometer otras estructuras oculares, resultando en una de las principales causas de ceguera prevenible a nivel mundial. Su etiología es multifactorial, incluyendo causas infecciosas, autoinmunes, traumáticas e idiopáticas, lo que dificulta su diagnóstico y manejo adecuado (1). La presentación clínica es variable y depende de factores como la localización anatómica, la severidad y la cronicidad del proceso inflamatorio. Un diagnóstico temprano y preciso es fundamental para prevenir complicaciones irreversibles como el glaucoma, cataratas o desprendimiento de retina. El manejo terapéutico de la uveítis requiere un enfoque multidisciplinario que integre el uso de agentes antiinflamatorios, inmunomoduladores y, en casos específicos, tratamientos dirigidos a infecciones subyacentes (2). Este artículo tiene como objetivo proporcionar una revisión narrativa actualizada sobre los avances en el diagnóstico y tratamiento de la uveítis, destacando la importancia de un abordaje personalizado y basado en evidencia para optimizar los resultados visuales y la calidad de vida de los pacientes.

METODOLOGÍA

La metodología empleada para esta revisión narrativa se basó en una búsqueda exhaustiva de la literatura científica disponible sobre el diagnóstico y manejo de la uveítis. Se consultaron bases de datos reconocidas como PubMed, Scopus y Web of Science, utilizando términos clave como "uveítis", "diagnóstico de uveítis", "manejo de uveítis" y "tratamiento de uveítis". La selección de los artículos se realizó considerando publicaciones en español e inglés, priorizando aquellas publicadas en los últimos diez años para garantizar la inclusión de información actualizada y relevante. Se incluyeron estudios originales, revisiones sistemáticas, guías clínicas y consensos de expertos con un enfoque en aspectos epidemiológicos, clínicos, diagnósticos y terapéuticos. Los criterios de exclusión abarcaron artículos con información duplicada, estudios con muestras limitadas o de baja calidad metodológica, y aquellos que no abordaran directamente los objetivos del presente trabajo. La información recopilada fue analizada y sintetizada de manera estructurada para proporcionar una visión integral y actualizada del tema, destacando los avances recientes y las controversias existentes en el manejo de esta enfermedad oftalmológica compleja.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Definición y clasificación de la uveítis

La uveítis es un término general que se utiliza para describir un grupo heterogéneo de enfermedades inflamatorias que afectan la úvea, la capa vascular intermedia del ojo, aunque también puede involucrar estructuras adyacentes como la retina, el nervio óptico y el vítreo. Esta condición puede tener un origen infeccioso, autoinmune, idiopático o asociado a enfermedades sistémicas, y su presentación clínica varía ampliamente en función de la localización anatómica, duración y gravedad del proceso inflamatorio (1).

La uveítis se clasifica según su localización anatómica en cuatro categorías principales, de acuerdo con los criterios establecidos por la Sociedad Internacional de Uveítis (2):

1. Uveítis anterior: Es la forma más común y afecta principalmente el iris y el cuerpo ciliar. Se caracteriza por inflamación en la cámara anterior del ojo. Puede presentarse con síntomas como dolor ocular, fotofobia, enrojecimiento y disminución de la agudeza visual (1).

2. Uveítis intermedia: En esta forma, la inflamación se localiza predominantemente en el vítreo y las estructuras periféricas de la retina. Los pacientes suelen referir visión borrosa y miodesopsias (presencia de moscas volantes). No siempre se acompaña de dolor ocular (2).

3. Uveítis posterior: Afecta la retina, la coroides o ambas estructuras, y puede incluir el nervio óptico. Los síntomas incluyen disminución significativa de la visión, escotomas y, en algunos casos, inflamación severa que puede comprometer la mácula (3).

4. Panuveítis: En esta categoría, la inflamación compromete todas las capas de la úvea (iris, cuerpo ciliar y coroides). Es una forma grave que puede llevar a complicaciones significativas si no se trata a tiempo (3).

Por otro lado, la clasificación de la uveítis según su etiología es un aspecto fundamental para orientar el diagnóstico

y el manejo adecuado de esta condición oftalmológica. Desde el punto de vista etiológico, la uveítis puede dividirse en infecciosa y no infecciosa (3).

Dentro de las causas infecciosas, destacan agentes bacterianos como *Mycobacterium tuberculosis* y *Treponema pallidum*, agentes virales como el virus del herpes simple (VHS) y el citomegalovirus (CMV), así como infecciones fúngicas y parasitarias, incluyendo *Toxoplasma gondii* (3).

Por otro lado, las uveítis no infecciosas suelen estar asociadas a enfermedades autoinmunes o inflamatorias sistémicas, como la espondilitis anquilosante, la artritis idiopática juvenil y la sarcoidosis. También pueden ser idiopáticas, es decir, sin una causa identificable tras una evaluación exhaustiva (4).

La identificación precisa de la etiología requiere una anamnesis detallada, un examen clínico minucioso y, en muchos casos, pruebas de laboratorio o de imagen complementarias. Este enfoque permite no solo establecer un diagnóstico certero, sino también implementar un tratamiento dirigido que minimice el riesgo de complicaciones y preserve la función visual del paciente (4).

Epidemiología y factores de riesgo

La epidemiología de la uveítis varía significativamente según la región geográfica, la población estudiada y los factores de riesgo asociados. Se estima que la uveítis representa aproximadamente el 10-15% de los casos de ceguera en países desarrollados, siendo una causa importante de discapacidad visual a nivel mundial (5).

La incidencia anual de uveítis oscila entre 17 y 52 casos por cada 100,000 habitantes, mientras que la prevalencia varía entre 38 y 714 casos por cada 100,000 habitantes. Estas cifras reflejan la heterogeneidad en los patrones epidemiológicos, influenciados por factores como la prevalencia de enfermedades infecciosas endémicas (por ejemplo, tuberculosis o toxoplasmosis) y la predisposición genética a enfermedades autoinmunes en diferentes poblaciones (5).

En términos de factores de riesgo, la edad y el sexo desempeñan un papel importante en la presentación de la uveítis. Aunque puede afectar a personas de todas las edades, ciertas formas de uveítis son más comunes en grupos etarios específicos; por ejemplo, la uveítis anterior idiopática es más frecuente en adultos jóvenes, mientras que la uveítis posterior asociada a toxoplasmosis se observa con mayor frecuencia en poblaciones más jóvenes. Además, algunas enfermedades autoinmunes relacionadas con la uveítis, como la espondilitis anquilosante, tienen una mayor prevalencia en hombres, mientras que otras, como el lupus eritematoso sistémico, son más comunes en mujeres (5,6).

Las infecciones representan un factor etiológico significativo en regiones donde enfermedades como la tuberculosis, la sífilis y la toxoplasmosis son endémicas. Por otro lado, los factores genéticos también juegan un papel crucial; por ejemplo, la asociación entre el antígeno HLA-B27 y la uveítis anterior recurrente está bien documentada. Además, las condiciones ambientales y ocupacionales, como la exposición a agentes infecciosos o tóxicos, pueden aumentar el riesgo de desarrollar esta enfermedad (6).

Fisiopatología

La fisiopatología de la uveítis es compleja y multifactorial, involucrando interacciones entre factores genéticos, inmunológicos, infecciosos y ambientales. La inflamación puede ser desencadenada por una amplia gama de etiologías, que incluyen enfermedades autoinmunes, infecciones, traumatismos o causas idiopáticas (7).

La fisiopatología de la uveítis se caracteriza por una compleja interacción de mecanismos inmunológicos y procesos inflamatorios que afectan a la úvea. Este tejido vascularizado de la capa media del ojo es particularmente susceptible a respuestas inmunitarias desreguladas, que pueden ser desencadenadas por infecciones, enfermedades autoinmunes o factores idiopáticos (7).

Los mecanismos inmunológicos implicados incluyen tanto la inmunidad innata como la adaptativa. En la inmunidad innata, los macrófagos, células dendríticas y neutrófilos desempeñan un papel crucial en la detección inicial de patógenos o señales de daño tisular, lo que conduce a la liberación de citocinas proinflamatorias como IL-1, IL-6 y TNF- α . Estas citocinas no solo amplifican la inflamación local, sino que también activan células del endotelio vascular, facilitando el reclutamiento de linfocitos y otras células inmunes hacia el sitio afectado (7,8).

En cuanto a la inmunidad adaptativa, los linfocitos T juegan un papel predominante. En particular, los linfocitos Th1 y Th17 están implicados en la perpetuación de la inflamación mediante la producción de citocinas como IFN- γ e IL-17, respectivamente. Estas respuestas pueden ser dirigidas contra antígenos exógenos (como en infecciones) o propios (en enfermedades autoinmunes), lo que contribuye al daño tisular y a la disfunción ocular (8).

La respuesta inflamatoria en la úvea involucra un aumento de la permeabilidad vascular, infiltración celular y liberación de mediadores inflamatorios. Estos eventos pueden llevar a complicaciones como edema macular, formación de sinequias y aumento de la presión intraocular, comprometiendo significativamente la función visual. Además, el desequilibrio entre factores proinflamatorios y antiinflamatorios puede determinar la cronicidad y severidad de la enfermedad (8).

Manifestaciones clínicas

La uveítis puede presentarse con una variedad de síntomas que varían según el tipo y la localización de la inflamación. Su clasificación principal incluye uveítis anterior, intermedia, posterior y panuveítis, cada una asociada a manifestaciones clínicas específicas (9).

En la uveítis anterior, los síntomas predominantes suelen incluir dolor ocular, fotofobia, enrojecimiento ocular y disminución de la agudeza visual. El dolor se debe a la inflamación del iris y el cuerpo ciliar, estructuras ricas en terminaciones nerviosas. En el examen físico, es común observar inyección ciliar, miosis y presencia de células inflamatorias en la cámara anterior. En casos crónicos, pueden desarrollarse sinequias posteriores o hipertensión ocular secundaria (9).

La uveítis intermedia se caracteriza principalmente por visión borrosa y miodesopsias (percepción de moscas volantes). Estos síntomas están asociados a la inflamación del vítreo, donde pueden observarse células inflamatorias y condensaciones vítreas. En general, esta forma no presenta dolor ni enrojecimiento ocular, lo que puede retrasar su diagnóstico (9).

En la uveítis posterior, los pacientes suelen referir visión borrosa, escotomas (zonas de pérdida parcial o total de visión) y ocasionalmente miodesopsias. La inflamación afecta principalmente a la retina y la coroides, lo que puede llevar a complicaciones como edema macular, desprendimiento seroso de retina o vasculitis retiniana. La exploración oftalmológica puede evidenciar exudados blancos en el fondo de ojo, hemorragias o alteraciones vasculares (10).

Finalmente, en la panuveítis, que implica inflamación generalizada del tracto uveal, los síntomas suelen ser una combinación de los descritos en las formas anteriores. Los pacientes pueden experimentar dolor ocular, fotofobia, visión borrosa y miodesopsias. Dado que afecta múltiples estructuras del ojo, esta forma de uveítis tiene un mayor riesgo de complicaciones como cataratas, glaucoma secundario o desprendimiento de retina (10).

Es importante destacar que los síntomas pueden variar en intensidad dependiendo de si la uveítis es aguda, crónica o recidivante. Además, la etiología subyacente (infecciosa, autoinmune o idiopática) también influye en las manifestaciones clínicas. Un diagnóstico temprano y preciso es esencial para prevenir complicaciones visuales permanentes y optimizar el manejo terapéutico (10).

Diagnóstico

- Historia clínica y examen físico detallado

La evaluación inicial de un paciente con sospecha de uveítis requiere un enfoque sistemático que combine una historia clínica exhaustiva con un examen físico oftalmológico detallado. Este proceso es fundamental para identificar la etiología subyacente, determinar el tipo de uveítis y establecer un plan de manejo adecuado (11).

La anamnesis debe incluir una revisión detallada de los síntomas actuales, su inicio, duración, intensidad y factores desencadenantes. Es crucial indagar sobre antecedentes médicos personales y familiares, incluyendo enfermedades autoinmunes, infecciones previas o crónicas, traumatismos o cirugías oculares, y el uso de medicamentos. Además, se deben explorar posibles exposiciones ambientales o laborales, viajes recientes y antecedentes de contacto con animales o personas enfermas que puedan sugerir etiologías infecciosas (11).

Asimismo, se debe realizar una revisión sistémica completa para identificar signos o síntomas asociados a enfermedades sistémicas, como artritis, lesiones cutáneas, fiebre o síntomas gastrointestinales, que puedan estar relacionados con la uveítis (11).

El examen físico comienza con una evaluación visual integral, incluyendo agudeza visual, presión intraocular y motilidad ocular. La biomicroscopía con lámpara de hendidura es esencial para identificar signos característicos de inflamación intraocular, como células en cámara anterior, flare (efecto Tyndall), sinequias posteriores y precipitados queráticos. La dilatación pupilar permite una evaluación detallada del segmento posterior, incluyendo el vítreo, la retina y la coroides (12).

Una historia clínica y examen físico detallados son pilares fundamentales en el diagnóstico de la uveítis, permitiendo una aproximación diagnóstica precisa y facilitando la identificación de enfermedades sistémicas asociadas. Este enfoque integral guía el manejo terapéutico y mejora los resultados visuales a largo plazo (12).

- Estudios de laboratorio

Los estudios de laboratorio desempeñan un papel fundamental en el diagnóstico de la uveítis, ya que permiten identificar posibles etiologías subyacentes y orientar el manejo adecuado del paciente. Entre las pruebas más comunes se encuentran los análisis de sangre para evaluar marcadores inflamatorios, como la velocidad de sedimentación globular (VSG) y la proteína C reactiva (PCR), así como estudios serológicos específicos para detectar infecciones sistémicas como sífilis, tuberculosis, toxoplasmosis o infecciones virales, que pueden estar asociadas con la inflamación intraocular. Asimismo, es crucial realizar pruebas inmunológicas, como el factor antinuclear (FAN) o el HLA-B27, para investigar posibles enfermedades autoinmunes relacionadas con la uveítis. En casos seleccionados, puede ser necesario el análisis del humor acuoso o del humor vítreo mediante técnicas como la PCR para identificar agentes infecciosos específicos (12).

Es importante interpretar los resultados de estos estudios en el contexto clínico del paciente, considerando factores como la edad, antecedentes médicos y hallazgos oftalmológicos, para establecer un diagnóstico preciso y guiar un tratamiento eficaz (11,12).

- Estudios de imagen

Los estudios de imagen son fundamentales para confirmar el diagnóstico, evaluar la extensión de la inflamación ocular y detectar posibles complicaciones. Entre las técnicas más utilizadas se encuentran la tomografía de coherencia óptica (OCT), que permite visualizar en detalle las capas de la retina y la coroides, y es útil para identificar edema macular, membranas epirretinianas y otras alteraciones estructurales (13).

La angiografía con fluoresceína y la angiografía con verde de indocianina son métodos clave para evaluar el flujo vascular en la retina y la coroides, siendo particularmente útiles en casos de vasculitis retiniana o coroiditis. Por otro lado, la ecografía ocular es una herramienta valiosa en situaciones donde los medios ópticos están opacificados, permitiendo evaluar desprendimientos de retina o vítreo, masas intraoculares o engrosamiento escleral. Además, técnicas más avanzadas como la tomografía por emisión de positrones (PET) o la resonancia magnética (RM) pueden ser necesarias en casos complejos para investigar procesos inflamatorios sistémicos asociados (13).

La elección del estudio de imagen adecuado debe basarse en la presentación clínica del paciente, las sospechas diagnósticas y la necesidad de descartar patologías subyacentes. Así, los estudios de imagen no solo complementan el diagnóstico clínico, sino que también guían el manejo terapéutico y el seguimiento a largo plazo en pacientes con uveítis (13).

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial de la uveítis representa un desafío clínico debido a la amplia variedad de etiologías que pueden estar involucradas, incluyendo causas infecciosas, autoinmunes, traumáticas, neoplásicas y relacionadas con enfermedades sistémicas. Es fundamental realizar una anamnesis detallada y un examen físico exhaustivo, complementados con estudios de laboratorio e imágenes diagnósticas, para identificar la causa subyacente (14).

Entre las infecciones más comunes asociadas a la uveítis se encuentran la toxoplasmosis, el herpes simple, el citomegalovirus y la sífilis, mientras que en el ámbito autoinmune destacan enfermedades como la espondilitis anquilosante, la artritis idiopática juvenil y la sarcoidosis. Asimismo, es importante considerar neoplasias intraoculares como el linfoma y descartar causas traumáticas o iatrogénicas (14).

El enfoque diagnóstico debe ser sistemático, priorizando las causas más prevalentes según la presentación clínica del paciente (anterior, intermedia, posterior o panuveítis), apoyándose en pruebas específicas como serologías, estudios de imagen (tomografía de coherencia óptica, angiografía con fluoresceína) y biopsias en casos seleccionados. Un diagnóstico preciso es esencial para orientar el tratamiento adecuado y prevenir complicaciones visuales a largo plazo (14).

Manejo terapéutico

- Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico de la uveítis depende de la etiología subyacente, la severidad de la inflamación y la respuesta del paciente a las terapias previas, entre los agentes farmacológicos se encuentran (15):

Corticoides

El tratamiento farmacológico de la uveítis incluye el uso de corticoides, los cuales pueden administrarse en diferentes formas según la severidad y localización de la inflamación ocular. Los corticoides tópicos son la primera línea de tratamiento en casos de uveítis anterior no complicada, ya que permiten una acción directa y localizada con menor riesgo de efectos adversos sistémicos. En situaciones más graves o cuando la inflamación no responde adecuadamente al tratamiento tópico, pueden ser necesarios los corticoides sistémicos, administrados por vía oral o intravenosa, para controlar la inflamación de manera más global. Por otro lado, los corticoides intravítreos representan una opción terapéutica valiosa en casos de uveítis posterior o intermedia refractaria a otros tratamientos, ofreciendo una liberación sostenida del fármaco directamente en el segmento posterior del ojo (15).

Sin embargo, su uso debe ser cuidadosamente evaluado debido a posibles complicaciones como hipertensión ocular o cataratas. La elección del tipo de corticoide y su vía de administración debe ser individualizada, considerando la etiología de la uveítis, la extensión de la inflamación y las características clínicas del paciente (16).

Inmunomoduladores e inmunosupresores

En el manejo de la uveítis, los inmunomoduladores e inmunosupresores desempeñan un papel fundamental, especialmente en casos de enfermedad refractaria al tratamiento con corticosteroides o cuando se busca minimizar los efectos secundarios asociados al uso prolongado de estos últimos. Estos fármacos actúan modulando o suprimiendo la respuesta inmunitaria, lo que resulta esencial en el control de los procesos inflamatorios crónicos asociados a esta patología (17).

Entre los inmunomoduladores más utilizados se encuentran los antimetabolitos como metotrexato, azatioprina y micofenolato de mofetilo, que inhiben la proliferación de células inmunitarias responsables de la inflamación. Por otro lado, los inhibidores de calcineurina, como ciclosporina y tacrolimus, son efectivos en el control de la inflamación ocular al bloquear la activación de linfocitos T. Además, los agentes biológicos, como los inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa (adalimumab e infliximab), han demostrado ser altamente eficaces en casos de uveítis no infecciosa resistente a otras terapias (17).

La selección del inmunomodulador o inmunosupresor depende de múltiples factores, como la etiología de la uveítis, la extensión del daño ocular, las comorbilidades del paciente y el perfil de seguridad del fármaco. Es crucial realizar un monitoreo regular para detectar efectos adversos potenciales y ajustar el tratamiento según la evolución clínica del paciente (18).

Terapia biológica

El tratamiento farmacológico de la uveítis ha evolucionado significativamente con la introducción de la terapia biológica, la cual ha demostrado ser una herramienta eficaz en el manejo de casos refractarios o asociados a enfermedades autoinmunes sistémicas. Este enfoque terapéutico se basa en el uso de agentes biológicos que actúan de manera específica sobre mediadores inflamatorios clave, como el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α), las interleucinas y otras citoquinas implicadas en la patogénesis de la inflamación ocular. Dentro de los agentes más utilizados se encuentran los inhibidores del TNF- α , como infliximab y adalimumab, que han mostrado eficacia en la reducción de la inflamación y en la prevención de recurrencias (19).

Además, otros fármacos como tocilizumab, un antagonista del receptor de interleucina-6, y secukinumab, dirigido contra la interleucina-17A, han ampliado las opciones terapéuticas para pacientes con formas severas o resistentes al tratamiento convencional (19).

Es fundamental realizar una evaluación exhaustiva antes de iniciar la terapia biológica, considerando factores como el perfil de seguridad, las comorbilidades del paciente y la monitorización estrecha para prevenir efectos adversos graves. Si

bien estas terapias han transformado el pronóstico de muchos pacientes con uveítis, su alto costo y la necesidad de supervisión especializada siguen siendo desafíos importantes en su implementación (19).

- *Tratamiento de la causa subyacente*

El tratamiento de la causa subyacente en la uveítis es un pilar fundamental para lograr un manejo efectivo y prevenir complicaciones a largo plazo. Este enfoque requiere una evaluación exhaustiva orientada a identificar etiologías específicas, como enfermedades autoinmunes, infecciones, oculares o sistémicas, y causas idiopáticas. Una vez establecida la etiología, el tratamiento debe ser personalizado. En casos de origen infeccioso, es esencial administrar terapia antimicrobiana dirigida, ya sea antibiótica, antiviral o antifúngica, según corresponda. Para las uveítis asociadas a enfermedades autoinmunes, los corticosteroides sistémicos o locales suelen ser el tratamiento inicial, complementados con inmunomoduladores o agentes biológicos en casos refractarios o crónicos (20).

- *Terapias adyuvantes y manejo de complicaciones*

En el manejo de la uveítis, las terapias adyuvantes juegan un papel crucial para complementar el tratamiento primario y prevenir complicaciones a largo plazo. Estas terapias incluyen el uso de inmunomoduladores, agentes biológicos y corticosteroides sistémicos o locales, que se seleccionan según la etiología, severidad y respuesta del paciente al tratamiento inicial; mismos que ya fueron descritos previamente (20).

El manejo de las complicaciones, como el glaucoma secundario, las cataratas o el edema macular quístico, requiere un enfoque multidisciplinario. El control adecuado de la presión intraocular mediante fármacos antiglaucomatosos o intervenciones quirúrgicas es esencial en casos de hipertensión ocular inducida por esteroides. Asimismo, el tratamiento del edema macular puede incluir inyecciones intravítreas de corticosteroides o agentes antiangiogénicos para preservar la función visual. La vigilancia estrecha y el ajuste oportuno del tratamiento son imprescindibles para minimizar el riesgo de recurrencias y secuelas visuales permanentes (20).

Pronóstico y seguimiento

El pronóstico de la uveítis depende de múltiples factores, entre ellos la etiología, la precocidad en el diagnóstico, la respuesta al tratamiento y la presencia de complicaciones. Las formas infecciosas suelen tener un mejor pronóstico si se identifican y tratan de manera temprana, mientras que las uveítis autoinmunes o asociadas a enfermedades sistémicas crónicas pueden requerir un manejo prolongado y multidisciplinario. El seguimiento periódico es esencial para evaluar la efectividad del tratamiento, prevenir recaídas y detectar complicaciones como glaucoma, cataratas o edema macular. Las herramientas de imagen, como la OCT y la angiografía con fluoresceína, son fundamentales para monitorear la inflamación y el daño estructural ocular. Asimismo, la comunicación entre oftalmólogos y otros especialistas médicos es clave para optimizar los resultados en pacientes con uveítis asociada a enfermedades sistémicas. Un enfoque individualizado y basado en evidencia es crucial para mejorar la calidad de vida y preservar la visión en estos pacientes (21).

CONCLUSIÓN

En conclusión, la uveítis representa un desafío diagnóstico y terapéutico debido a su etiología heterogénea y su potencial para generar complicaciones graves si no se maneja de manera adecuada. Se destaca la importancia de un enfoque sistemático que combine una anamnesis detallada, un examen físico exhaustivo y la utilización estratégica de pruebas complementarias para identificar la causa subyacente. Asimismo, el manejo debe ser personalizado, considerando tanto la etiología como la gravedad del cuadro clínico, con el objetivo de controlar la inflamación, prevenir recaídas y minimizar el daño ocular permanente. Los avances recientes en terapias biológicas han ampliado las opciones de tratamiento, especialmente en casos refractarios o asociados a enfermedades autoinmunes sistémicas. Sin embargo, es fundamental mantener un equilibrio entre los beneficios y los posibles efectos adversos de estas intervenciones. La colaboración interdisciplinaria entre oftalmólogos, reumatólogos, infectólogos y otros especialistas resulta esencial para optimizar el pronóstico visual y sistémico del paciente. Finalmente, la investigación continua es crucial para mejorar nuestra comprensión de los mecanismos patogénicos y desarrollar nuevas estrategias terapéuticas más eficaces y seguras. La uveítis sigue siendo un campo dinámico que exige actualización constante por parte de los profesionales de la salud.

REFERENCIAS

1. Fanlo Mateo P. Uveitis. *Med Clin (Barc)*. 2023 Mar 24;160(6):258-260. English, Spanish. doi: 10.1016/j.medcli.2022.09.006.
2. Teo AYT, Betzler BK, Hua KLQ, Chen EJ, Gupta V, Agrawal R. Intermediate Uveitis: A Review. *Ocul Immunol Inflamm*. 2023 Jul;31(5):1041-1060. doi: 10.1080/09273948.2022.2070503.
3. Lin P. Infectious Uveitis. *Curr Ophthalmol Rep*. 2015 Sep;3(3):170-183. doi: 10.1007/s40135-015-0076-6.
4. Sève P, Cacoub P, Bodaghi B, Trad S, Sellam J, Bellocq D, et al. Uveitis: Diagnostic work-up. A literature review and recommendations from an expert committee. *Autoimmun Rev*. 2017 Dec;16(12):1254-1264. doi: 10.1016/j.autrev.2017.10.010.
5. Tsirouki T, Dastiridou A, Symeonidis C, Tounakaki O, Brazitikou I, Kalogeropoulos C, Androudi S. A Focus on the Epidemiology of Uveitis. *Ocul Immunol Inflamm*. 2018;26(1):2-16. doi: 10.1080/09273948.2016.1196713.
6. Joltikov KA, Lobo-Chan AM. Epidemiology and Risk Factors in Non-infectious Uveitis: A Systematic Review. *Front Med (Lausanne)*. 2021 Sep 10;8:695904. doi: 10.3389/fmed.2021.695904.
7. Hysa E, Cutolo CA, Gotelli E, Pacini G, Schenone C, Kreps EO, Smith V, Cutolo M. Immunopathophysiology and clinical impact of uveitis in inflammatory rheumatic diseases: An update. *Eur J Clin Invest*. 2021 Aug;51(8):e13572. doi: 10.1111/eci.13572.
8. Wu X, Tao M, Zhu L, Zhang T, Zhang M. Pathogenesis and current therapies for non-infectious uveitis. *Clin Exp Med*. 2023 Aug;23(4):1089-1106. doi: 10.1007/s10238-022-00954-6.
9. Kitano M, Tanaka R, Kaburaki T, Nakahara H, Shirahama S, Suzuki T, Komae K, Aihara M. Clinical Features and Visual Outcome of Uveitis in Japanese Patients Younger than 18 Years. *Ocul Immunol Inflamm*. 2021 Nov 17;29(7-8):1280-1286. doi: 10.1080/09273948.2020.1726972.
10. Li D, Yang L, Bai F, Zeng S, Liu X. Clinical Manifestations, Diagnosis, Treatment and Prognosis of Uveitis Induced by Anticancer Drugs: A Review of Literature. *Brain Sci*. 2022 Aug 31;12(9):1168. doi: 10.3390/brainsci12091168.
11. van Laar JAM, Rothova A, Missotten T, Kuijpers RWAM, van Hagen PM, van Velthoven MEJ. Diagnosis and treatment of uveitis; not restricted to the ophthalmologist. *J Clin Transl Res*. 2015 Sep 30;1(2):94-99.
12. Rosenbaum JT, Bodaghi B, Couto C, Zierhut M, Acharya N, Pavesio C, et al. New observations and emerging ideas in diagnosis and management of non-infectious uveitis: A review. *Semin Arthritis Rheum*. 2019 Dec;49(3):438-445. doi: 10.1016/j.semarthrit.2019.06.004.
13. Deák GG, Zhou M, Sporysheva A, Goldstein DA. Novel imaging modalities in patients with uveitis. *Can J Ophthalmol*. 2020 Feb;55(1):20-29. doi: 10.1016/j.jcjo.2019.06.005.
14. Biju Mark J, Smit DP, E R, Sr R. Intermediate Uveitis: An Updated Review of the Differential Diagnosis and Relevant Special Investigations. *Ocul Immunol Inflamm*. 2025 May;33(4):522-534. doi: 10.1080/09273948.2025.2450473.
15. Beltrán E, Brito N, Pato E, Muñoz S, Gómez A, Díaz D, et al. SER recommendations for the treatment of uveitis. *Reumatol Clin (Engl Ed)*. 2023 Nov;19(9):465-477. doi: 10.1016/j.reumae.2023.07.003.
16. Valdes LM, Sobrin L. Uveitis Therapy: The Corticosteroid Options. *Drugs*. 2020 Jun;80(8):765-773. doi: 10.1007/s40265-020-01314-y.
17. Akhavanrezayat A, Uludag Kirimli G, Matsumiya W, Khojasteh H, Or C, et al. The Role of Corticosteroids and Immunomodulatory Therapy in the Management of Infectious Uveitis. *Ocul Immunol Inflamm*. 2024 Oct;32(8):1832-1843. doi: 10.1080/09273948.2023.2296032.
18. Gómez A, Loza E, Rosario M, Espinosa G, de Morales J, Herrera JM, et al; Spanish Society of Ocular Inflammation (SEIOC). Efficacy and safety of immunomodulatory drugs in patients with non-infectious intermediate and posterior uveitis, panuveitis and macular edema: A systematic literature review. *Semin Arthritis Rheum*. 2020 Dec;50(6):1299-1306. doi: 10.1016/j.semarthrit.2020.08.010.
19. Trivedi A, Katelaris C. The use of biologic agents in the management of uveitis. *Intern Med J*. 2019 Nov;49(11):1352-1363. doi: 10.1111/imj.14215.
20. Gamalero L, Simonini G, Ferrara G, Polizzi S, Giani T, Cimaz R. Evidence-Based Treatment for Uveitis. *Isr Med Assoc J*. 2019 Jul;21(7):475-479.
21. Eurelings L, Missotten T, van Velthoven M, van Daele P, van Laar J, van Hagen P, et al. Long-Term Follow-up of Patients With Uveitis Treated With Adalimumab: Response Rates and Reasons for Discontinuation of Therapy. *Am J Ophthalmol*. 2022 Aug;240:194-204. doi: 10.1016/j.ajo.2022.03.017.