

HOSPITAL UNIVERSITARIO  
"ARNALDO MILIÁN CASTRO"  
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

ASOCIACIÓN DE ANTÍGENOS HLA A ENFERMEDADES  
OFTALMOLÓGICAS

Por:

Dra. Teresa de los A. Casanova Rodríguez<sup>1</sup>, Lic. Sergio A. Rodríguez Jiménez<sup>2</sup> y Dra. Nísbeth Hernández Casanova<sup>3</sup>

1. Especialista de I Grado en Oftalmología. Máster en Longevidad satisfactoria. Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara, Villa Clara. Asistente. ISCM-VC. e-mail: [teresacr@capiro.vcl.sld.cu](mailto:teresacr@capiro.vcl.sld.cu)
2. Licenciado en Enfermería. Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara, Villa Clara.
3. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Oftalmología. Máster en Longevidad satisfactoria. Instructora. ISCM-VC. e-mail: [nisbethhernandez@yahoo.es](mailto:nisbethhernandez@yahoo.es)

*Descriptor DeCS:*

ANTIGENOS HLA  
UVEITIS ANTERIOR/inmunología

*Subject headings:*

HLA ANTIGENS  
UVEITIS, ANTERIOR/immunology

Cada uno de nosotros nace con numerosos marcadores genéticos. El sistema mayor de histocompatibilidad, que en el hombre se denomina con las siglas HLA, consiste esencialmente en un grupo de genes en el brazo corto del sexto cromosoma. Estos genes determinan la estructura antigénica HLA de la mayoría de las células del cuerpo y, específicamente, receptores o determinantes antigénicos en las paredes celulares<sup>1</sup>.

La existencia de ciertas enfermedades de carácter autoinmune, infeccioso y de otras condiciones clínicas, ocurre con mayor frecuencia en aquellos individuos que expresan determinados alelos del sistema principal de histocompatibilidad (SPH); sin embargo, en ninguna de estas la asociación estadística es absoluta, lo cual es indicador de que algunos otros genes, así como factores ambientales, desempeñan su papel en el mecanismo fisiopatogénico de dichas enfermedades. Por ejemplo, la mayor asociación HLA-enfermedad conocida la presenta la espondilitis anquilosante (EA) con el HLA-B27<sup>1</sup>.

Los estudios realizados hasta la actualidad han acumulado evidencias de enfermedades oftalmológicas asociadas con la expresión de antígenos del sistema HLA<sup>2,3</sup>. Además, muchas enfermedades sistémicas de diferente patogenia evolucionan con manifestaciones oculares, entre ellas la EA. Con el objetivo de demostrar la asociación con los antígenos del HLA se realizó este trabajo<sup>1,2</sup>.

Presentación del paciente

Paciente femenina de 27 años de edad, con antecedentes de salud. En el año 1996 (18 años) presentó un cuadro de dolor en la columna y en las articulaciones, rigidez vertebral, pérdida de movilidad y edema en los miembros superiores e inferiores; fue ingresada en el Hospital "Hermanos

Amejoras" por sospecha de lupus eritematoso sistémico, por lo que se le realizaron exámenes complementarios cuyos con resultados fueron negativos:

Rayos X de manos con técnica de manografía: ligera osteoporosis de las epífisis de los huesos de las manos y estrechamiento de los espacios interóseos de las articulaciones.

Biopsia de piel: negativa; ultrasonido abdominal y renal: sin alteraciones.

Egresó con el diagnóstico de: Artritis reumatoide juvenil.

Recibió tratamiento por tres meses con prednisona (5 mg), indometacina (1 tab. cada 8 horas); ASA (1 tab. cada 8 horas).

En 1997 reingresó en la misma institución por artritis de tobillo y fiebre; se observó una evolución satisfactoria con antiinflamatorios no esteroideos (AINES). Se realizaron nuevamente complementarios, y sus resultados fueron negativos: Anti ANA y DNA: no reactivo; ultrasonido abdominal y renal: sin alteraciones.

Es egresada y continúa tratamiento con naproxeno (1tab. cada 8 horas).

Fue remitida a la consulta de Reumatología de su provincia para su seguimiento, a la cual acudió con los mismos síntomas de dolores articulares.

Se indicó tratamiento por 10 días con piroxicán (1 tab. cada 12 horas); paracetamol (1 tab. cada 6 horas) y vitaminas (1 tab. diaria).

En el año 2003 presentó un cuadro de ojo rojo, con inyección cilioconjuntival marcada (Fig 1), acompañado de intenso dolor y disminución de la visión, precipitados queráticos finos, sinequias posteriores (Fig 2) que confirmaron el diagnóstico de uveítis anterior aguda en el ojo derecho. Recibió tratamiento ambulatorio con colirios esteroideos y ciclopléjicos; luego, en el 2004 presentó una recidiva del mismo cuadro anterior, por lo que fue ingresada; en esta ocasión se añadieron manifestaciones generales, como dolor articular y lumbar. Se indicó similar tratamiento asociado a corticoides transpalpebrales. Fue evaluada por el especialista en Reumatología, quien sospechaba el diagnóstico de espondilitis anquilopoyética.

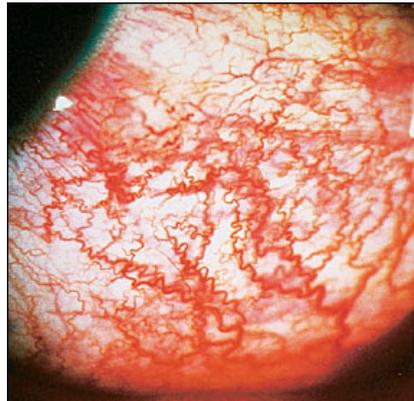


Fig 1 Inyección cilioconjuntival en estados agudos de la uveítis anterior.



Fig 2 Pupila sinequiada en la uveítis anterior aguda.

Se le realizaron análisis complementarios, que mostraron los siguientes resultados:

Hb: 12,4 g/L; Htto: 40 vol %; leucocitos:  $6,1 \times 10^9$ ; eritrosedimentación: 50 mm; glicemia: 4,7 mmol/L; creatinina: 67 mmol/L; factor reumatoideo: negativo; conteo de Addis de 12 horas: negativo; triglicéridos: 1.01 mmol/L; colesterol: 3,4 mmol/L; albúmina: 60 g/L; rayos X de pelvis ósea: sacroileítis bilateral grado 3; endoscopia: gastritis crónica; ultrasonido abdominal y renal: sin alteraciones; y finalmente, estudios inmunológicos HLA: A<sub>2</sub>, X; B<sub>27</sub>, B<sub>35</sub>: positivos, lo que confirma el diagnóstico de espondilitis anquilopoyética.

En el año 2005 presentó el tercer cuadro recidivante de uveítis anterior aguda, con las manifestaciones oculares antes descritas; mejoró con colirios esteroideos y ciclopléjicos; fue evaluada por el especialista en Inmunología, y desde el año 2007 está siendo tratada con factor de transferencia; no ha presentado ninguna recidiva desde el punto de vista sistémico ni ocular.

#### Comentario

Es de destacar la frecuencia de los pacientes que ingresan con diagnóstico de uveítis anterior aguda en el servicio de Oftalmología, los cuales, en su gran mayoría, son jóvenes a los que se les realizan estudios complementarios cuyos resultados son negativos, pero con antecedentes de uveítis recurrente; son interconsultados con el especialista en Reumatología por la asociación de manifestaciones articulares, pero no se puede llegar a confirmar entidades de este tipo por no contar con estudios específicos en la provincia. Son egresados al mejorar con los tratamientos establecidos, pero son enmarcados en las uveítis de causa idiopática, por lo que sugerimos que se deben realizar estudios específicos de laboratorio, como el HLA B27, para confirmar dicha afección.

Esta enfermedad, según la literatura, se presenta con una frecuencia de 15 en 100 000 personas y predomina en adultos entre 20 y 50 años. Se asocia, entre otros, con factores inmunológicos; entre las manifestaciones oculares, afecta fundamentalmente al iris y cuerpo ciliar, y está asociada en más del 50 % al HLA B27<sup>1</sup>, como resultó ser en nuestro estudio. Asimismo, pueden encontrarse otras manifestaciones extraarticulares, en las que podrían incluirse todos aquellos signos y síntomas que, originándose en órganos y tejidos del aparato locomotor, se hallan, al menos en parte, relacionados en su patogenia con la EA. Así, en este apartado se podrían relacionar las manifestaciones oculares, intestinales y cardíacas, comunes a todas las enfermedades de la familia de las espondiloartritis, a través de su asociación con el HLA B27<sup>4-6</sup>.

## **Referencias bibliográficas**

1. Morera Barrios LM, Verdura González TE, Martínez Legón Z, Lorenzo RR. Asociación de antígenos HLA y enfermedades oftalmológicas. Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter [serie en Internet]. 2001 [ citado 20 Ene 2008];17(1):[aprox. 12 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-02892001000100001&script=sci\\_arttext/Pdf](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-02892001000100001&script=sci_arttext/Pdf)
2. Anshu A, Chee SP. Posterior scleritis and its association with HLA B27 haplotype. Case report .Singapore National Eye Centre, Singapore. Ophthalmologica. 2007;221(4):275-8.
3. Sayjal J, Patel LT, Lundy DC. Ocular manifestations of autoimmune disease. Am Fam Physician [serial on the Internet]. 2002 Sept 15 [cited 2008 Jan 20];66(6):[about 11 p.]. Available from: <http://www.aafp.org/afp/20020915/991.html>
4. Evans PE, Pardi DS. Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease: focus on the musculoskeletal, dermatologic, and ocular manifestations. From Med Gen Med Gastroenterol [serial on the Internet]. 2007 [cited 2008 Jan 18];23(1):[about 13 p.]. Available from: [http://www.medscape.com/viewarticle/550723\\_1](http://www.medscape.com/viewarticle/550723_1)
5. Gratacós J. Manifestaciones extraarticulares y complicaciones de la espondiloartritis anquilosante. Reumatol Clin. 2005;1(1):25-31.
6. Molina CA, Hernández Donado J; Vélez LM, Martínez NA, Rivera AI. Uveitis en pacientes con espondiloartropatías seronegativas. Colombia Med. 2007;38(4):48-9.

Recibido: 27 de mayo de 2006

Aprobado: 22 de julio de 2008