

Coroiditis multifocal en artropatía psoriásica

Sevillano Torrado, C.; Millán Rodríguez, AC.

C.H.Pontevedra

Introducción: presentamos un caso clínico de uveítis posterior en un paciente con artropatía psoriásica, mostrando su favorable evolución con la medicación inmunosupresora adecuada y exponiendo las características propias de la entidad.

Descripción del caso: Se trata de un varón, 53 años, sin alergias conocidas, con psoriasis en placas desde 1991 y artritis psoriásica desde 1995. Como tratamiento previo: PUVA, ciclosporina A y Arava (suspendidos por efectos secundarios). Actualmente con Mtx (10 mg/7días)(desde 95) e Inacid (150 mg/día).

Acude por disminución de AV OI, con escotoma central, desde hace 13 días, con la siguiente exploración:

- AV: OD 1, OI 0,15.
- BMC, reflejos, TO normal.
- FOI: lesiones amarillentas maculares y paramaculares, con DR seroso, parece una coroidopatía multifocal.

Se piden pruebas para aclarar el diagnóstico: Ac Lúes y borrellia -, Rx Tx y analítica normales, leve hematuria (cálculo renal) y PCR 2,9 mg/dl.

La AFG mostraba hipofluorescencia precoz de lesiones sugestivas de inflamación



o un efecto pantalla (Fig 1), con hiperfluorescencia tardía de las mismas (Fig 2) y un desprendimiento seroso del epitelio pigmentario (Fig 4).

sin tratamiento, AV OI= 0,9. En 1mes=1.

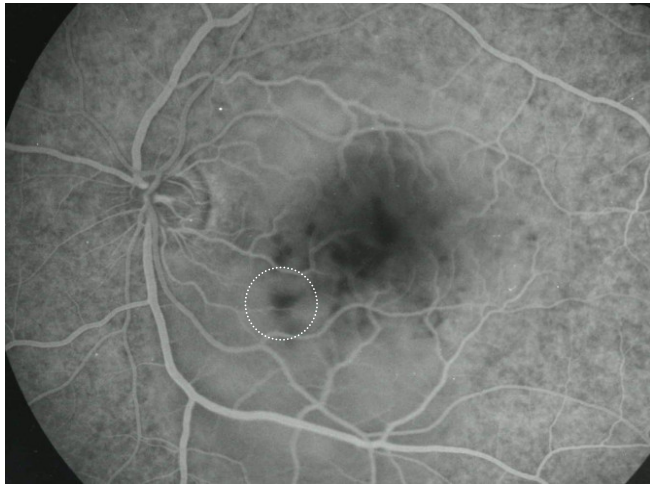


Fig 1. Hipofluorescencia precoz

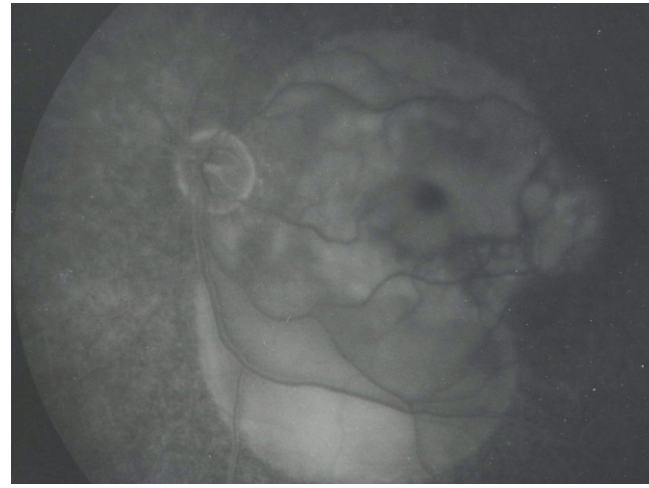


Fig 2. Desprendimiento del EP

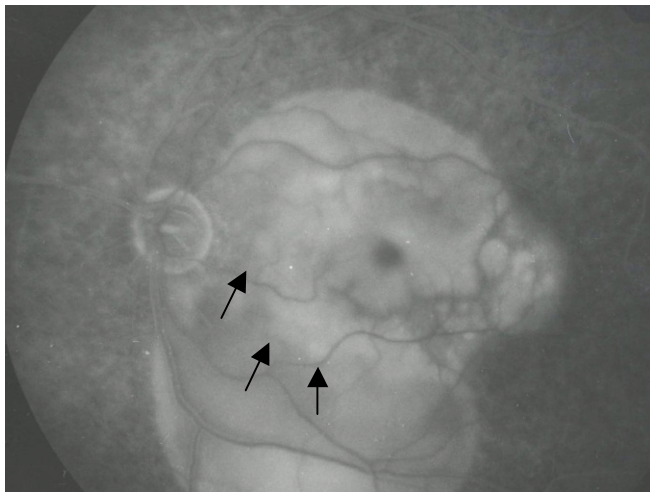


Fig 3. Hiperfluorescencia tardía.

Comentarios: las uveítis en artropatía psoriásica tienen se dan en un 7-18% (de ellas, 77 %ant, 10% ant+post, 10% post), y de ellas •31% curan con GC, el resto necesitan ClspA u otro inmunosupresor, y siempre durante más de 6meses ¹.

Presentan características diferenciales con respecto a la uveítis de otras espondiloartropatías (espondilitis anquilopoyética)^{2,3}(en nuestro caso, era afectación de polo posterior, de comienzo insidioso, y HLA DR-13 positivo):



- ° de uveítis (7-18% vs 25%)
- fectación de polo post (41% vs 17%)
- o más insidioso (19% vs 3%)

- Puede durar >6m (31% vs 6%)
- Bilateralidad (37% vs 7%)
- Predominio por mujeres (EA: varones)
- Uveítis sin enfermedad: en EA 40-85% de uveítis la desarrollan; en AP <1% de uveítis desarrollan la artropatía
- HLADR13 es predictor de enfermedad (EA: HLAB27)

A nuestro paciente no se le sometió a ningún tratamiento dado las características del cuadro (subagudo) mientras se le realizaban las pruebas pertinentes. La evolución fue favorable debido a su tratamiento de base con metrotexato a 10mg/7 días de manera crónica, suficiente para no permitir la activación de la cascada inflamatoria⁴.

Conclusiones: se trata de una manifestación del proceso inmunológico con características propias que la diferencian de otras uveítis y en la que es reseñable lo autolimitado del cuadro, concordando con lo observado en la bibliografía, con metrotexate a dosis de 10 mg/m² a la semana.

Bibliografía:

1. Queiro R et al, Semin Arth Rheum Feb 2002
2. Paiva ES et al, Ann Rheum Dis, Jan 2000
3. Queiro R et al, Semin Arth Rheum Feb 2002

n C, Rheum Dis Clin NA, 32; 2006

