

Amiloidosis secundaria como complicación de artropatía psoriásica

Mónica García-Arpa, Carmen García-Donoso, María José Isarría Marcos, Francisco Vanaclocha Sebastián, José Luis Rodríguez-Peralto^a y Luis Iglesias Díez

Servicios de Dermatología y ^aAnatomía Patológica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Resumen.—Las amiloidosis son un grupo heterogéneo de trastornos que se caracterizan por el depósito extracelular de una proteína fibrilar que corresponde al amiloide. Las amiloidosis secundarias aparecen en enfermedades infecciosas, inflamatorias y neoplasias. El amiloide que se deposita es del tipo AA. Sólo en raras ocasiones se ha descrito como complicación de la psoriasis. Esta asociación tiene mal pronóstico, fundamentalmente por la afectación renal. Presentamos el caso de una mujer de 33 años con artropatía psoriásica de larga evolución y de difícil control que sufrió esta complicación. El tratamiento intravenoso con anticuerpos monoclonales contra el factor de necrosis tumoral (TNF alfa) indujo mejoría de las lesiones cutáneas.

Palabras clave: amiloidosis, psoriasis, artropatía psoriásica, infliximab.

García-Arpa M, García-Donoso C, Isarría Marcos MJ, Vanaclocha Sebastián F, Rodríguez-Peralto JL, Iglesias Díez L. Amiloidosis secundaria como complicación de artropatía psoriásica. *Actas Dermosifiliogr* 2003; 94(2):121-2.

SECONDARY AMYLOIDOSIS COMPLICATING ARTHROPATIC PSORIASIS

Abstract.—Amyloidosis is a heterogeneous group of disorders characterized by extracellular deposition of fibrillar protein. Secondary amyloidosis occurs in patients with chronic infectious or inflammatory processes and tumours. AA can be isolated from secondary amyloidosis. It has been only rarely associated with psoriasis; this association may be fatal, because of renal involvement. We report a case of secondary amyloidosis associated with psoriatic arthropathy in a young woman. She received therapy with the antitumour necrosis factor alpha monoclonal antibody infliximab with improvement of her skin lesions.

Key words: amyloidosis, psoriasis, psoriatic arthritis, infliximab.

INTRODUCCIÓN

La amiloidosis secundaria (AS) puede deberse a distintos trastornos, entre ellos las enfermedades reumáticas. Dentro de esta patología, la artropatía psoriásica es una causa poco frecuente de AS. Presentamos el caso de una mujer con artropatía psoriásica de larga evolución que desarrolló dicha complicación.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Una mujer de 33 años presentaba psoriasis en placas de difícil control desde los 14 años asociada a artropatía psoriásica deformante e invalidante tanto por la afectación axial (con espondilitis anquilosante) como por la periférica. Durante estos años había realizado múltiples tratamientos con escasa respuesta (psoraleno y luz ultravioleta [PUVA], retinoides, ciclosporina hasta 5 mg/kg en ciclos y metotrexato, con una dosis total acumulada de 1.260 mg). Actualmente

estaba en tratamiento con retinoides (previamente se había realizado la ligadura de trompas).

En agosto de 2001 ingresó en el servicio de Dermatología por un cuadro de deterioro del estado general de 1 mes y medio de evolución y empeoramiento de su psoriasis. A la exploración, la paciente se encontraba postrada, con importante dificultad para la movilidad, e impresionaba de mal estado general. Presentaba eritrodermia con placas generalizadas eritematoescamosas e intensa afectación del cuero cabelludo. Llamaba la atención la intensa deformación en los dedos de las manos y pies y en muñecas, acompañada de hiperqueratosis ungueal (fig. 1) Se realizaron pruebas complementarias con los siguientes resultados: hematíes, 3.500.000/μl; hemoglobina 10,5 g/dl; hematocrito, 30,7; VCM, 86,4; CHCM, 29,6; plaquetas, 428.000/μl; leucocitos, 13.560/μl; VSG, 97. La bioquímica sérica mostró una creatinina de 0,67 μg/dl, proteínas totales de 4,4 g/dl y albúmina 1,5 g/dl, siendo el resto de determinaciones normales. El análisis de orina mostró una proteinuria de 3+, cilindros hialinos y hialinogranulosos y sangre 1+. En orina de 24 h se detectaron proteínas 4,23 g/dl y un aclaramiento de creatinina disminuido (31,42 ml/min). Con el diagnóstico de síndrome nefrótico con insuficiencia renal se sospechó amiloidosis renal secunda-

Correspondencia:
Mónica García-Arpa. C./ Madridejos, 54. 28026 Madrid.
Aceptado el 18 de noviembre de 2002.



Fig. 1.—Artropatía psoriásica en manos, deformante, con afectación de los dedos y muñecas. Se pueden observar también la eritrodermia psoriásica y la intensa afectación ungueal.

ria a proceso inflamatorio crónico. En una biopsia de grasa abdominal se observó depósito de un material eosinófilo, homogéneo alrededor de los vasos y de las glándulas sudoríparas ecrinas. Este material era birrefringente con Rojo Congo bajo luz polarizada y con tioflavina mostraba fluorescencia bajo luz ultravioleta; mediante inmunohistoquímica este material era positivo para el componente P y para el AA del amiloide. Dada la situación de la paciente, se decidió no realizar biopsia renal. Se descartó una amiloidosis primaria mediante aspirado de médula ósea, electroforesis del suero y tomografía computarizada.

Se inició tratamiento con clorambucil (3 mg/ día), prednisona (20-12,5 mg/ día) e infliximab; esta última se administró en forma de dos infusiones intravenosas separadas 15 días a dosis de 5 mg/ kg, con lo que se logró una mejoría de las lesiones cutáneas. No se administraron nuevas dosis de infliximab debido a la presencia de cuadros catarrales de repetición.

DISCUSIÓN

La presencia de AS debida a una psoriasis es un fenómeno muy poco frecuente. Gertz et al¹ revisaron 64 pacientes de la Clínica Mayo diagnosticados de AS

desde 1956 a 1989 y encontraron 3 casos secundarios a artropatía psoriásica. El primer caso de esta asociación fue descrito por Moise en 1965 en un hombre de 34 años con artropatía psoriásica². La revisión más reciente es la realizada por Kagan et al³, en la que aportan un caso y analizan 39 previos publicados. Estos autores presentaron una mujer de 25 años con artropatía psoriásica de larga evolución con amiloidosis renal secundaria que mejoró su función renal y sus lesiones cutáneas con colchicina (1,5-2 mg/ día durante 3 años). En esta revisión, de 40 casos, 22 son hombres, 10 mujeres y en 8 casos no se precisa el sexo. La media de edad es de 45 años (rango: 14-74 años). La AS se produce en casos de psoriasis de larga evolución y de difícil control, por lo que el diagnóstico de psoriasis precede al de amiloidosis. En esta revisión, la media de duración de la psoriasis era de 14,4 años (rango: 1-38). El 85% de los pacientes asociaba artropatía (29/ 34). La afectación renal ocurría en el 75% (24/ 32), en forma de proteinuria o insuficiencia renal. La afectación gastrointestinal también es otra manifestación frecuente. Cinco de 9 casos en los que se realizó estudio HLA eran HLA B27. El pronóstico de la AS asociado a artropatía psoriásica es malo: de los 40 pacientes revisados, 18 fallecieron por uremia o por fallo cardíaco, 9 permanecían vivos (6 con insuficiencia renal) y en 8 no se conoce la evolución. En 5 pacientes se logró la regresión del síndrome nefrótico; 2 de ellos recibieron metotrexato^{1,4}, un paciente recibió etretinato⁵ (40 mg/ día durante 24 meses) y 2 pacientes fueron tratados con colchicina^{3,6}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gertz M, Kyle R. Secondary systemic amyloidosis: response and survival in 64 patients. *Medicine (Baltimore)* 1991;70:246-56.
2. Moise R, Asch L, Limbs JL. Rheumatisme psoriasique et amylose. *Strasbourg Med* 1965;16:245-53.
3. Kagan A, Huszar M, Frumkin A, et al. Reversal of nephrotic syndrome due to AA Amyloidosis in psoriatic patients on long term colchicine treatment. Case report an review of the literature. *Nephron* 1999;82:348-53.
4. Sharma SC, Mortimer G, Kennedy S, Thomson J. Secondary amyloidosis affecting the skin in arthropathic psoriasis. *Br J Dermatol* 1983;108:205-10.
5. Ekenstam E, Michaelsson G, Hallgren R. Response of secondary amyloidosis in psoriasis to treatment with etretinate and ultraviolet light. *Br Med J* 1986;293:733-4.
6. Fak AS, Ozener C, Akoglu E. Colchicine and secondary amyloidosis. *Ann Intern Med* 1992;117:795.