

Metamorfopsia en paciente con LES

Elia Valls Pascual, F.E.A. Reumatología, H.U. Doctor Peset

Resumen caso

- ▶ Mujer con antecedentes de HTA, DLP, neoplasia de colon y maculopatía por antipalúdicos.
- ▶ LES activo con afectación renal, hematológica y de serosas.
- ▶ Tratamiento reciente con rituximab + prednisona a dosis altas.
- ▶ Metamorfopsia y visión borrosa de inicio brusco.



Afectación ocular en LES

INDICE DE ACTIVIDAD DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO. SLEDAI (Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index, Bombardier et al, 1992)

Fecha: __/__/__

NOMBRE: _____

Puntuación	SLEDAI	Descriptor	Definición
8		Convulsiones	De comienzo reciente. Excluir causas infecciosas, metabólicas y fármacos.
8		Psicosis	Habilidad alterada para la función diaria debido a alteración grave en la percepción de la realidad. Incluye alucinaciones, incoherencia, asociaciones ilógicas, contenido mental escaso, pensamiento ilógico, raro, desorganizado y comportamiento catatónico. Excluir I. renal y fármacos
8		Sdme orgánico-cerebral	Función mental alterada con falta de orientación, memoria, u otras funciones intelectuales, de comienzo rápido y manifestaciones clínicas fluctuantes. Incluye disminución del nivel de conciencia con capacidad reducida para focalizar, e inhabilidad para mantener la atención en el medio, más, al menos dos de los siguientes: alteración de la percepción, lenguaje incoherente, insomnio o mareo matutino, o actividad psicomotora aumentada o disminuida. Excluir causas infecciosas, metabólicas y fármacos..
8		Alteraciones visuales	<u>Retinopatía lúpica.</u> Incluye cuerpos citoides, hemorragias retinianas, exudados serosos y hemorragias en la coroides, o neuritis óptica. Excluir HTA, infección o fármacos.
8		Alt. Pares craneales	De reciente comienzo, motor o sensitivo.
8		Cefalea lúpica	Grave, persistente; puede ser migrañosa pero no responde a analgésicos narcóticos.
8		AVC	De reciente comienzo. Excluir arteriosclerosis.
8		Vasculitis	Úlceración, gangrena, nódulos dolorosos sensibles, infartos periungueales, hemorragias en astilla o biopsia o angiografía que confirme la vasculitis.
4		Miositis	Debilidad proximal/dolor asociado a elevación de las CPK/aldolasa o EMG sugestivo o miositis comprobada por biopsia.
4		Artritis	Más de dos articulaciones dolorosas y con signos inflamatorios.

BILAG-2004 INDEX

Centre: _____

Date: _____

Initials/Hosp No: _____

- ♦ Only record manifestations/items due to SLE Disease Activity
- ♦ Assessment refers to manifestations occurring in the last 4 weeks (compared with the previous 4 weeks)
- ♦ TO BE USED WITH THE GLOSSARY

Record: ND Not Done

0 Not present

1 Improving

2 Same

3 Worse

4 New

Yes/No OR Value (where indicated)

•/N Confirm this is due to SLE activity (Yes/No)

CONSTITUTIONAL

1. Pyrexia - documented > 37.5°C ()

2. Weight loss - unintentional > 5% ()

3. Lymphadenopathy/splenomegaly ()

4. Anorexia ()

MUCOCUTANEOUS

5. Skin eruption - severe ()

6. Skin eruption - mild ()

7. Angio-oedem - severe ()

8. Angio-oedem - mild ()

9. Mucosal ulceration - severe ()

10. Mucosal ulceration - mild ()

11. Panniculitis/Bullous lupus - severe ()

12. Panniculitis/Bullous lupus - mild ()

13. Major cutaneous vasculitis/thrombosis ()

14. Digital infarcts or nodular vasculitis ()

15. Alopecia - severe ()

16. Alopecia - mild ()

17. Peri-ungual erythema/chilblains ()

18. Splinter haemorrhages ()

NEUROPSYCHIATRIC

19. Aseptic meningitis ()

20. Cerebral vasculitis ()

21. Demyelinating syndrome ()

22. Myelopathy ()

23. Acute confusional state ()

24. Psychosis ()

25. Acute inflammatory demyelinating ()

polyradiculoneuropathy

CARDIORESPIRATORY

44. Myocarditis - mild ()

45. Myocarditis/Endocarditis + Cardiac failure ()

46. Arrhythmia ()

47. New valvular dysfunction ()

48. Pleurisy/Pericarditis ()

49. Cardiac tamponade ()

50. Pleural effusion with dyspnoea ()

51. Pulmonary haemorrhage/vasculitis ()

52. Interstitial alveolitis/pneumonitis ()

53. Shrinking lung syndrome ()

54. Aortitis ()

55. Coronary vasculitis ()

GASTROINTESTINAL

56. Lupus peritonitis ()

57. Abdominal serositis or ascites ()

58. Lupus enteritis/colitis ()

59. Malabsorption ()

60. Protein losing enteropathy ()

61. Intestinal pseudo-obstruction ()

62. Lupus hepatitis ()

63. Acute lupus cholecystitis ()

64. Acute lupus pancreatitis ()

OPHTHALMIC

65. Orbital inflammation/myositis/proptosis ()

66. Keratitis - severe ()

67. Keratitis - mild ()

68. Anterior uveitis ()

69. Posterior uveitis/retinal vasculitis - severe ()

70. Posterior uveitis/retinal vasculitis - mild ()

71. Episcleritis ()

72. Scleritis - severe ()

73. Scleritis - mild ()

74. Retinal/choroidal vaso-occlusive disease ()

75. Isolated cotton-wool spots (cytoid bodies) ()

76. Optic neuritis ()

77. Anterior ischaemic optic neuropathy ()

Afectación ocular en LES

Queratoconjuntivitis seca (SS 2rio)	Lo más frecuente. Posible complicación con úlcera corneal.
Lupus discoide	Párpado inferior.
Orbitopatía	Miositis. Paniculitis.



Afectación ocular en LES

Neuropatía óptica	Isquémica (SAF 2rio). No isquémica.
Escleritis, uveítis anterior	Poco frecuentes.
Retinopatía	Microangiopatía. Oclusión vascular. Vasculitis. 3-29% según series.
Coroidopatía	Menor frecuencia. Generalmente asociada a retinopatía.



Afectación ocular en LES

Table 1 Association among lupus-related ocular posterior segment disorders to activity of systemic diseases and prognoses

Authors	Cases (n)	Pathological site	Visual outcome	Association to systemic lupus	Association to CNS lupus	Eye as an initial manifestation	Prognosis for survival (mortality rate)
Case series							
Frigoli <i>et al</i> ⁶⁴	13	Optic nerve	Moderate to poor	Positive	No	Yes	NA
Lanham <i>et al</i> ⁶⁵	52	Retina (mostly microangiopathy)	Good	Positive	No	No	NA
Jabs <i>et al</i> ⁶⁶	11	Retina (mostly vaso-occlusive cases)	Poor	Positive	Positive (73%)	No	NA
Stafford-Brady <i>et al</i> ⁶⁷	550	Retina (mostly microangiopathy)	Good	Positive (88%)	Positive (73%)	No	Poor (34% died in 16 years follow-up)
Nguyen <i>et al</i> ⁶⁸	28	Choroid	Equivocal (improved vision after resolved choroidopathy)	Positive (100%)	Positive (36%)	Yes (1 case)	14%
Baglio <i>et al</i> ⁶⁹	16	Choroid	NA	Positive (100%)	NA	NA	NA
Case reports							
Hwang and Kang ⁶⁸	1	Retina (combined central retinal vein and artery occlusion)	NA	Positive	No	Yes	NA
Giocanti-Auregan <i>et al</i> ⁷⁰	1	Choroid	Poor	Positive	Positive	Yes	NA
Wisotsky <i>et al</i> ⁶⁰	1	Choroid	NA	Positive	NA	Yes	NA

NA, not available.

S Silpa-archa. Br J Ophthalmol. 2016.

Toxicidad farmacológica

- ▶ Corticosteroides.

 - Catarata.

 - Aumento presión intraocular.

 - Coroiditis serosa central.

- ▶ Antipalúdicos.

 - Queratopatía en Vortex.

 - Maculopatía en ojo de buey.



Metamorfopsia

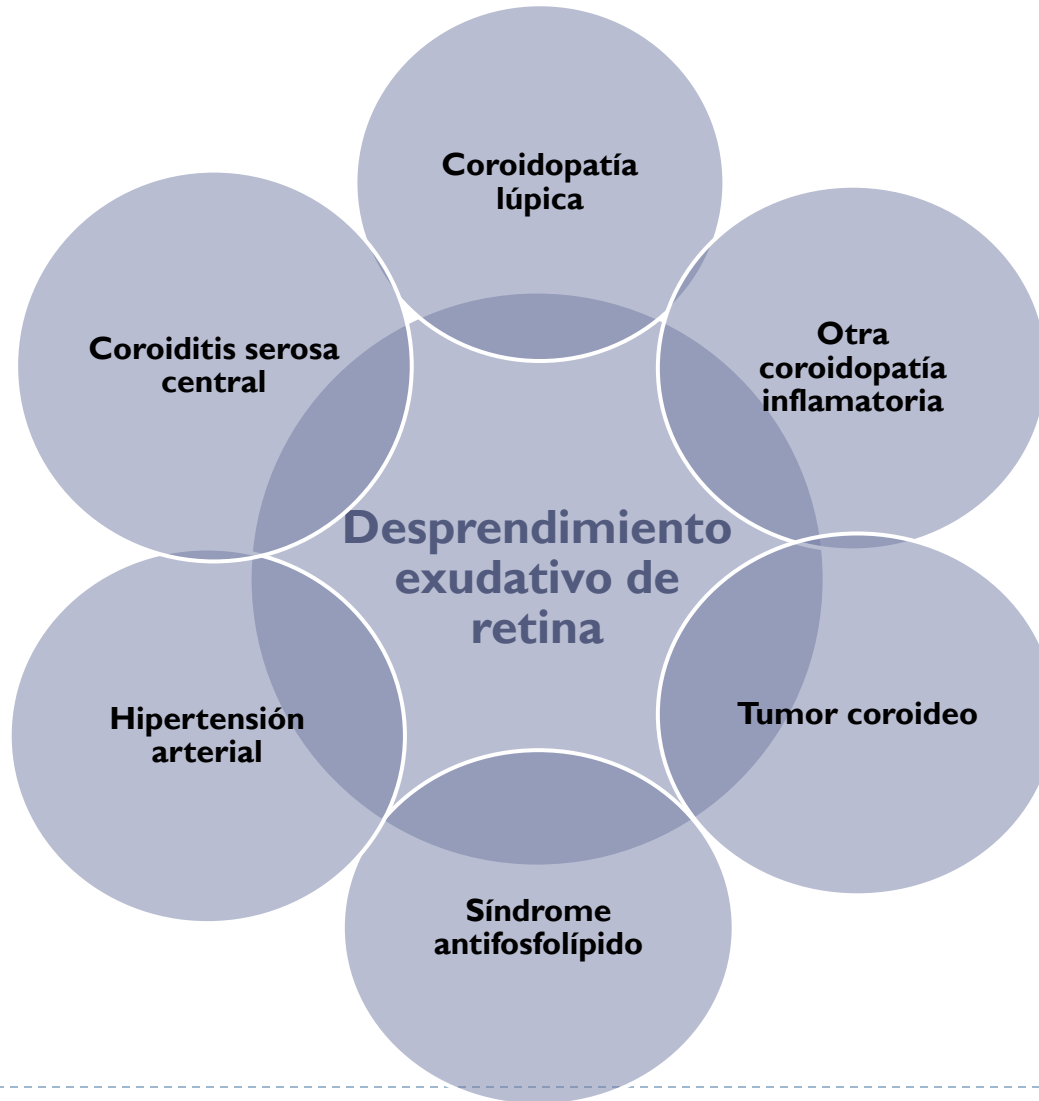
- ▶ Distorsión de la imagen: líneas rectas aparecen curvas.
- ▶ Indica afectación retina central.
- ▶ Diferentes etiologías.



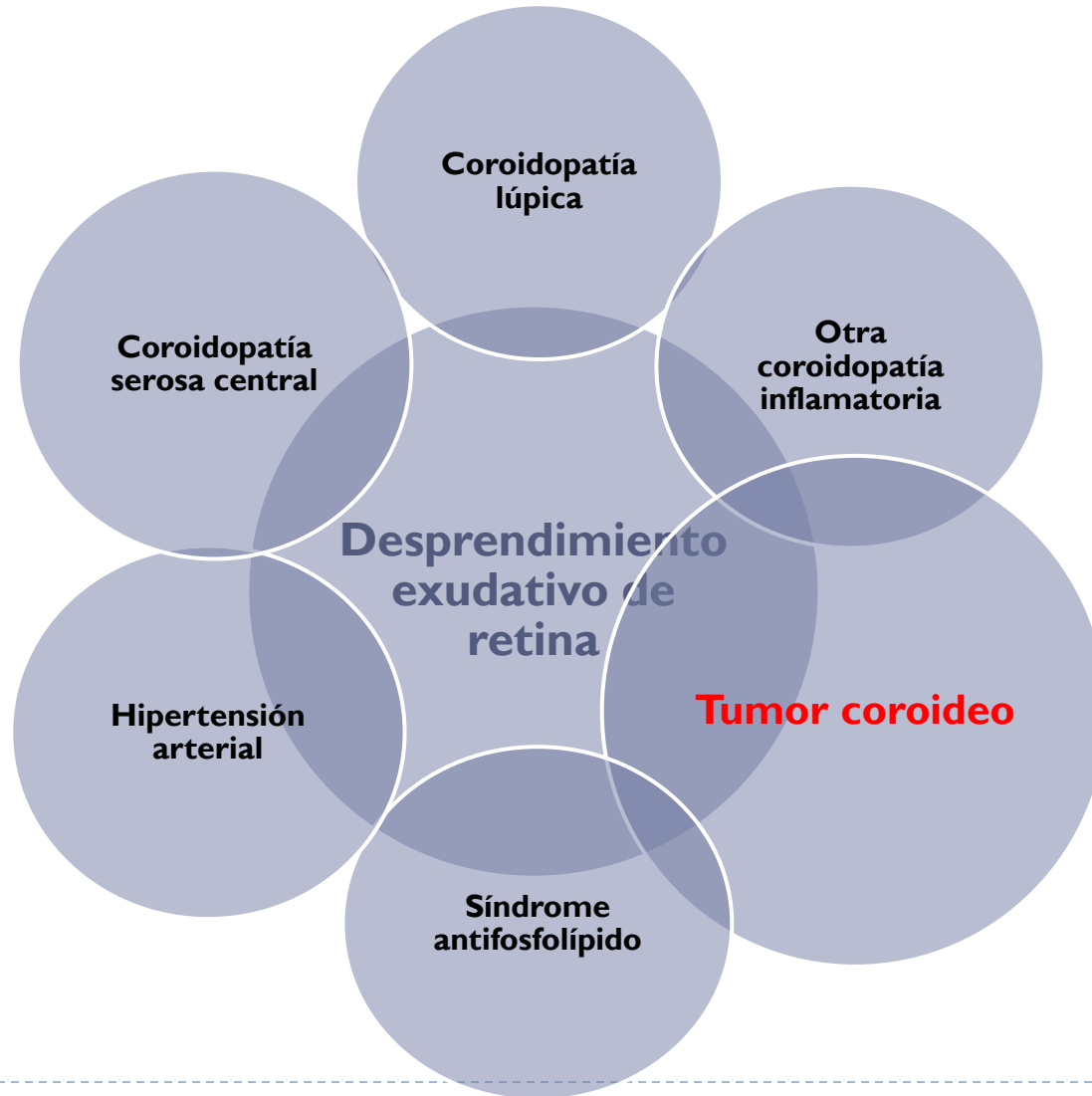
Desprendimiento exudativo de retina



Posibilidades diagnósticas



Posibilidades diagnósticas



Tumor coroideo

- ▶ Metástasis uveales: tumor maligno intraocular más frecuente, >80% coroides.

Tabla 1. Localización primaria de las metástasis coroides.

Varones (n=137)	Mujeres (n=287)
Pulmonar 40%	Mamaria 68%
Desconocida 29%	Pulmonar 12%
Gastrointestinal 9%	Desconocida 12%
Renal 6%	Otras 4%
Prostática 6%	Gastrointestinal 2%
Cutánea 4%	Cutánea 1%
Otras 4%	Renal < 1%
Mamaria 1%	

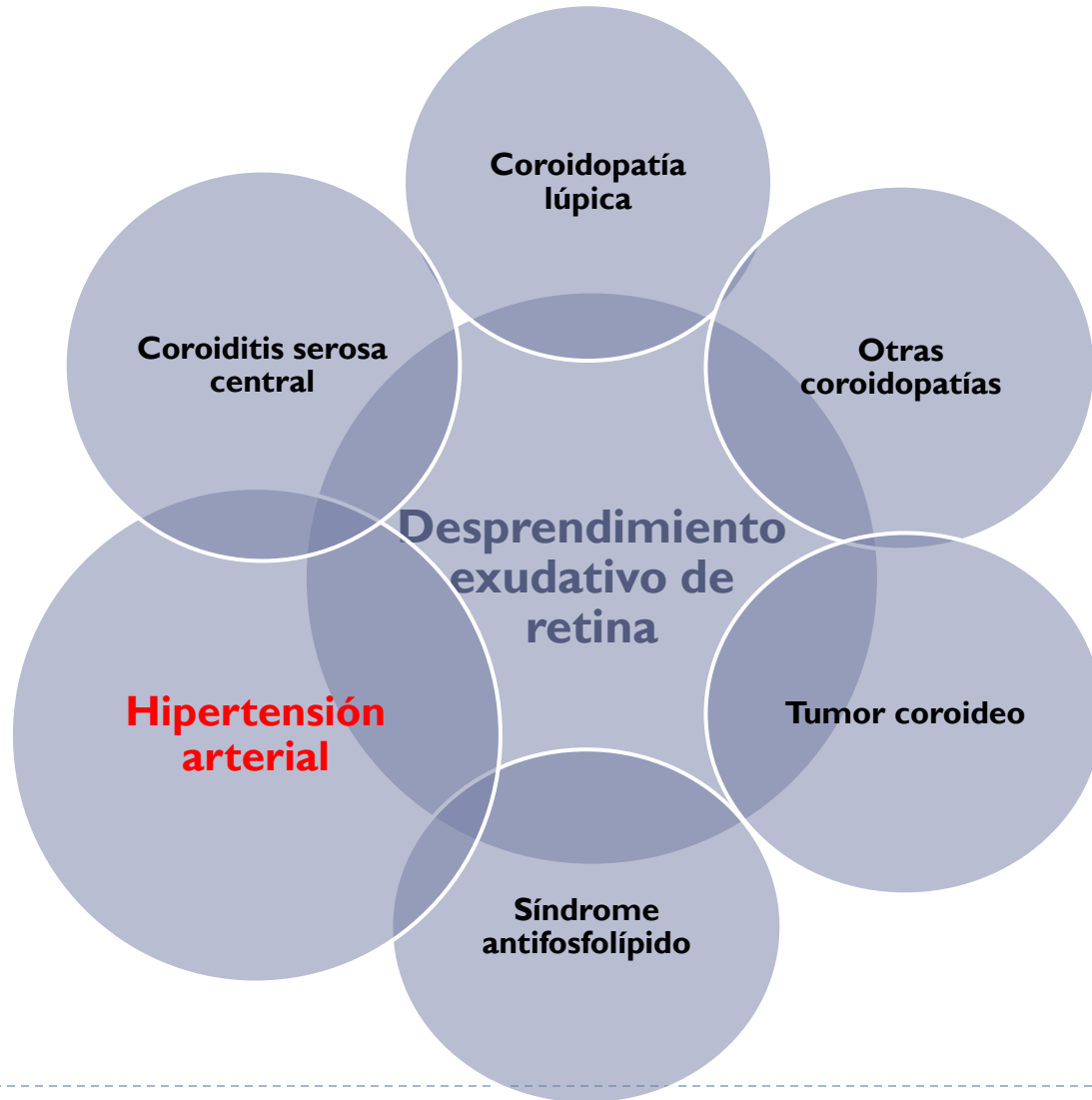
Modificado de Shields y col.

Camarillo, Anales Sis San Navarra. 2008.

- ▶ Tumores coroides primarios.



Posibilidades diagnósticas

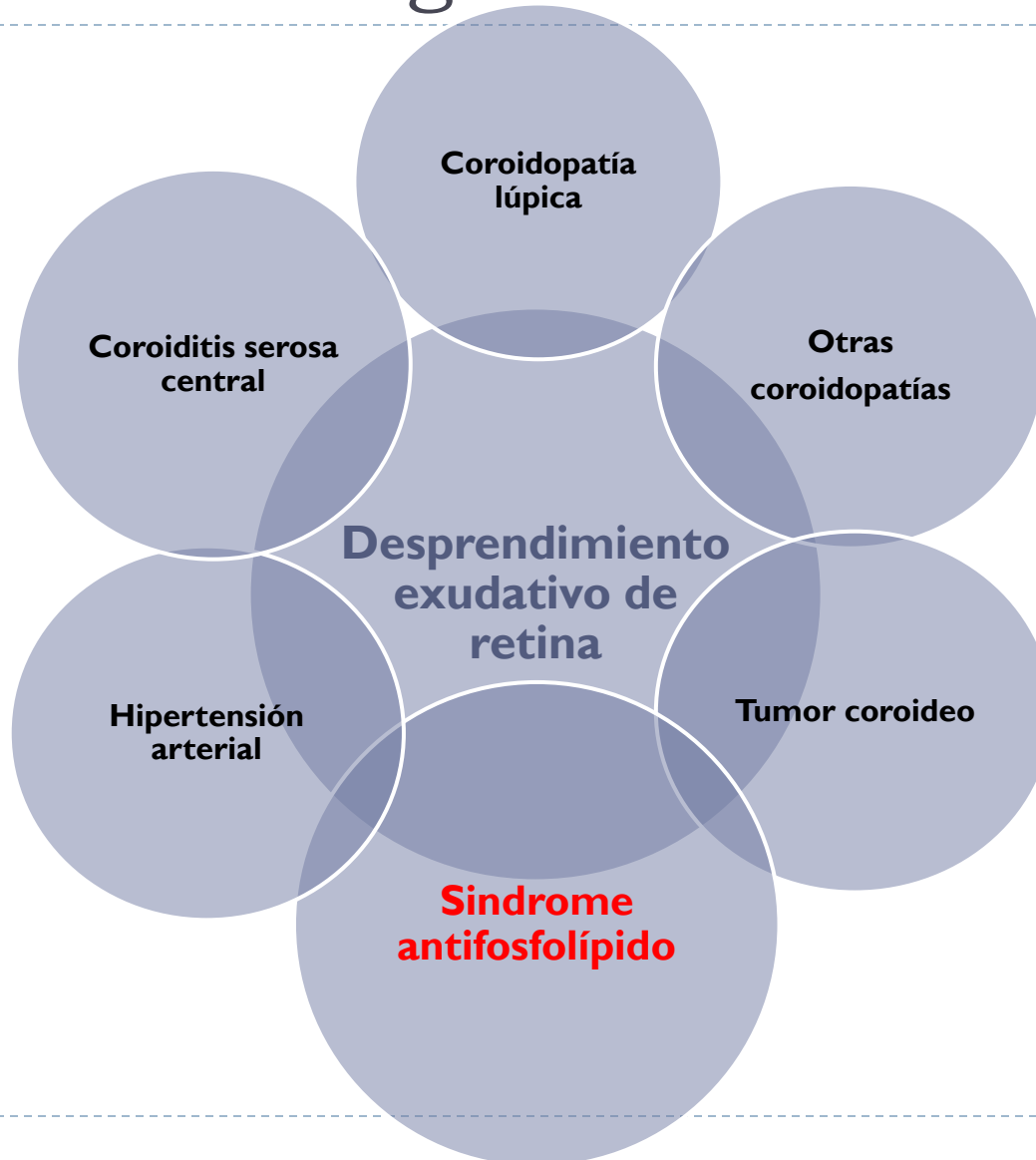


Hipertensión arterial

- ▶ HTA maligna, HTA crónica mal controlada.
- ▶ Cambios característicos en retina: exudados, hemorragias, signo cruce, edema papila.



Posibilidades diagnósticas

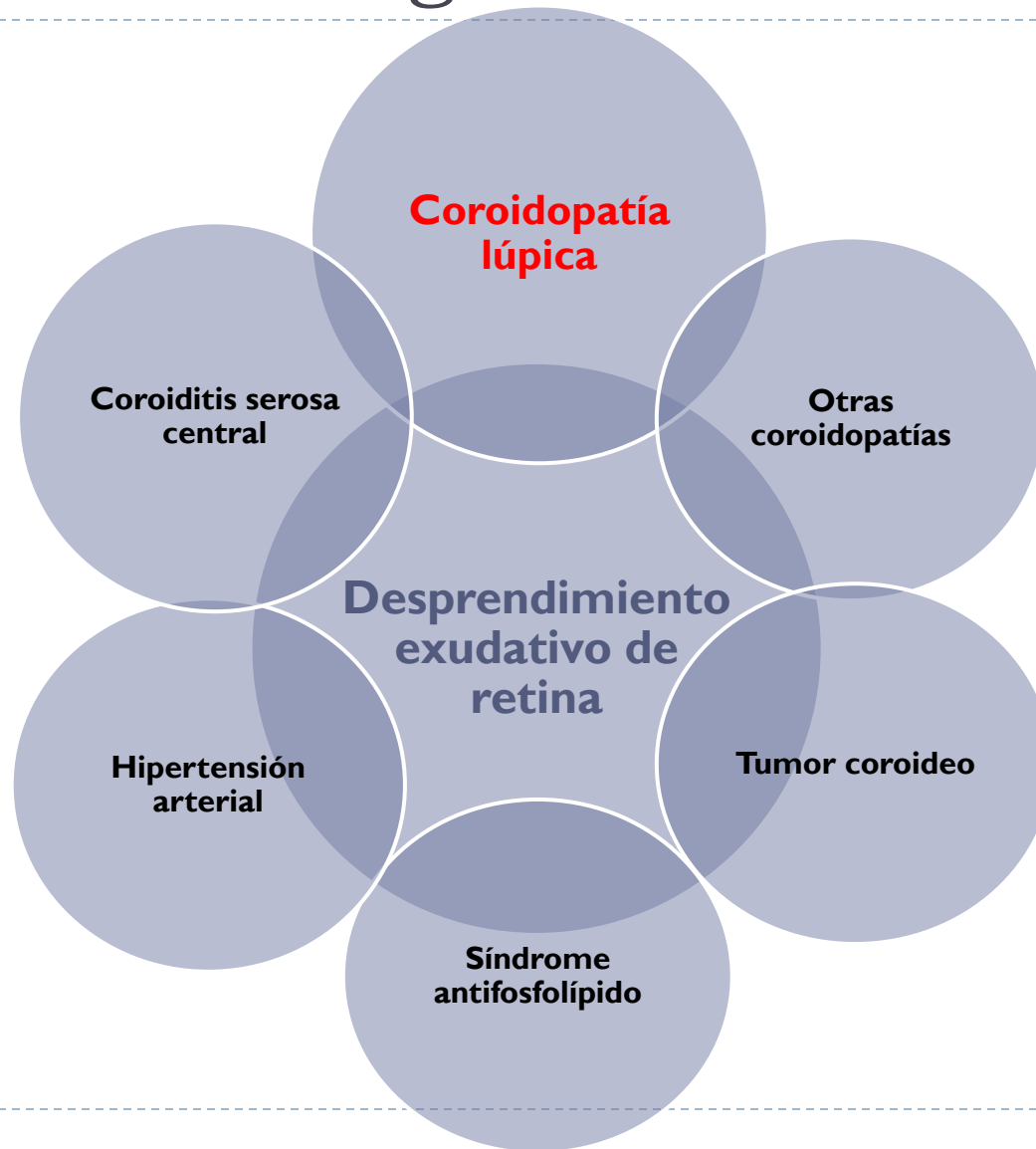


Síndrome antifosfolípido

- ▶ Trombosis venosa retiniana.
- ▶ Oclusión venosa retiniana segunda causa más frecuente de pérdida de visión por patología vascular de la retina, después de la retinopatía diabética.
- ▶ Prevalencia del síndrome antifosfolípido fue del 5% en metaanálisis*.

▶ *Janssen. Thromb Haemost. 2005.

Posibilidades diagnósticas

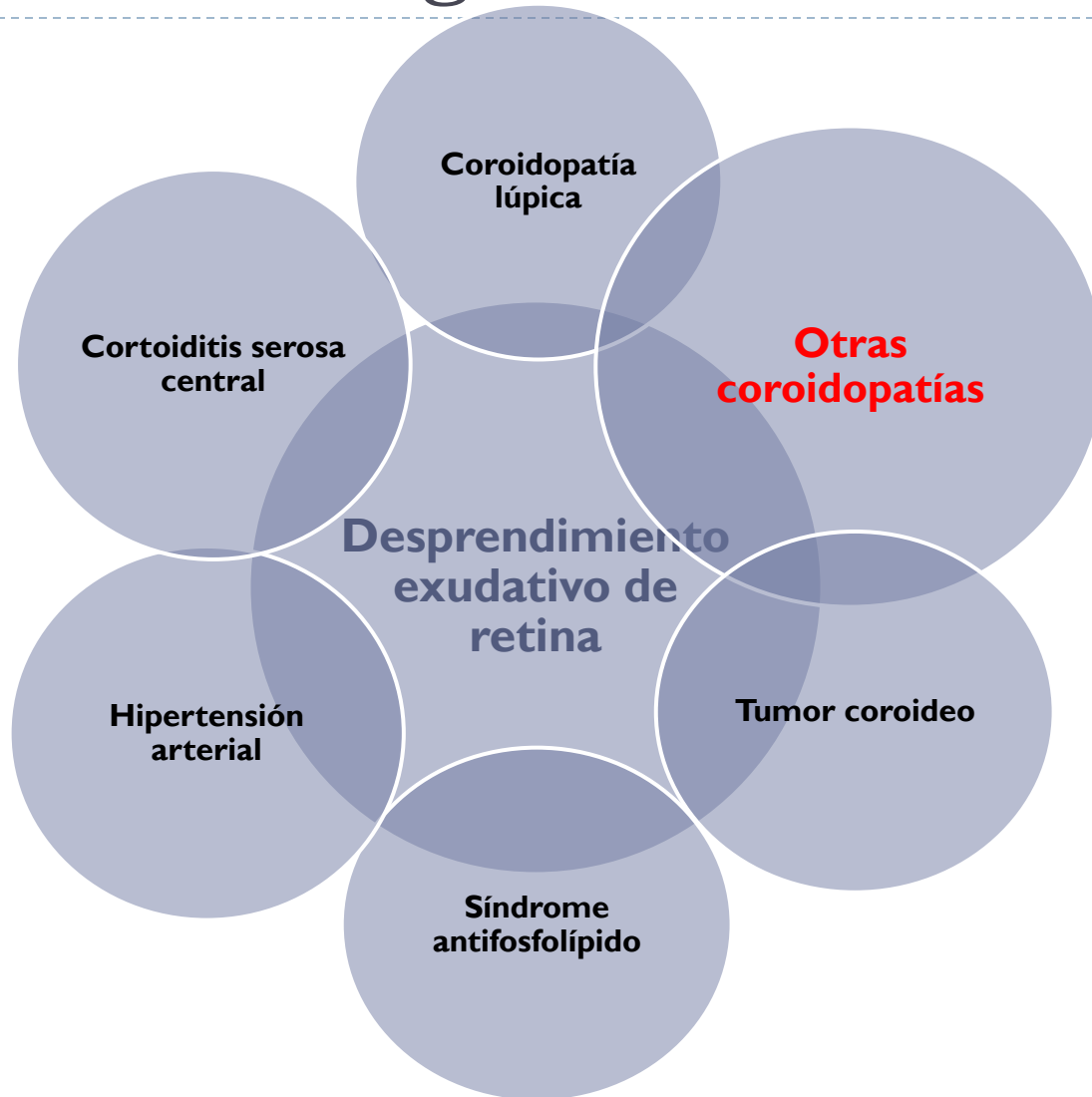


Coroidopatía lúpica

- ▶ Poco frecuente.
- ▶ Asociada con actividad LES sobretodo renal y de SNC.
- ▶ Mejora con tratamiento inmunosupresor.



Posibilidades diagnósticas

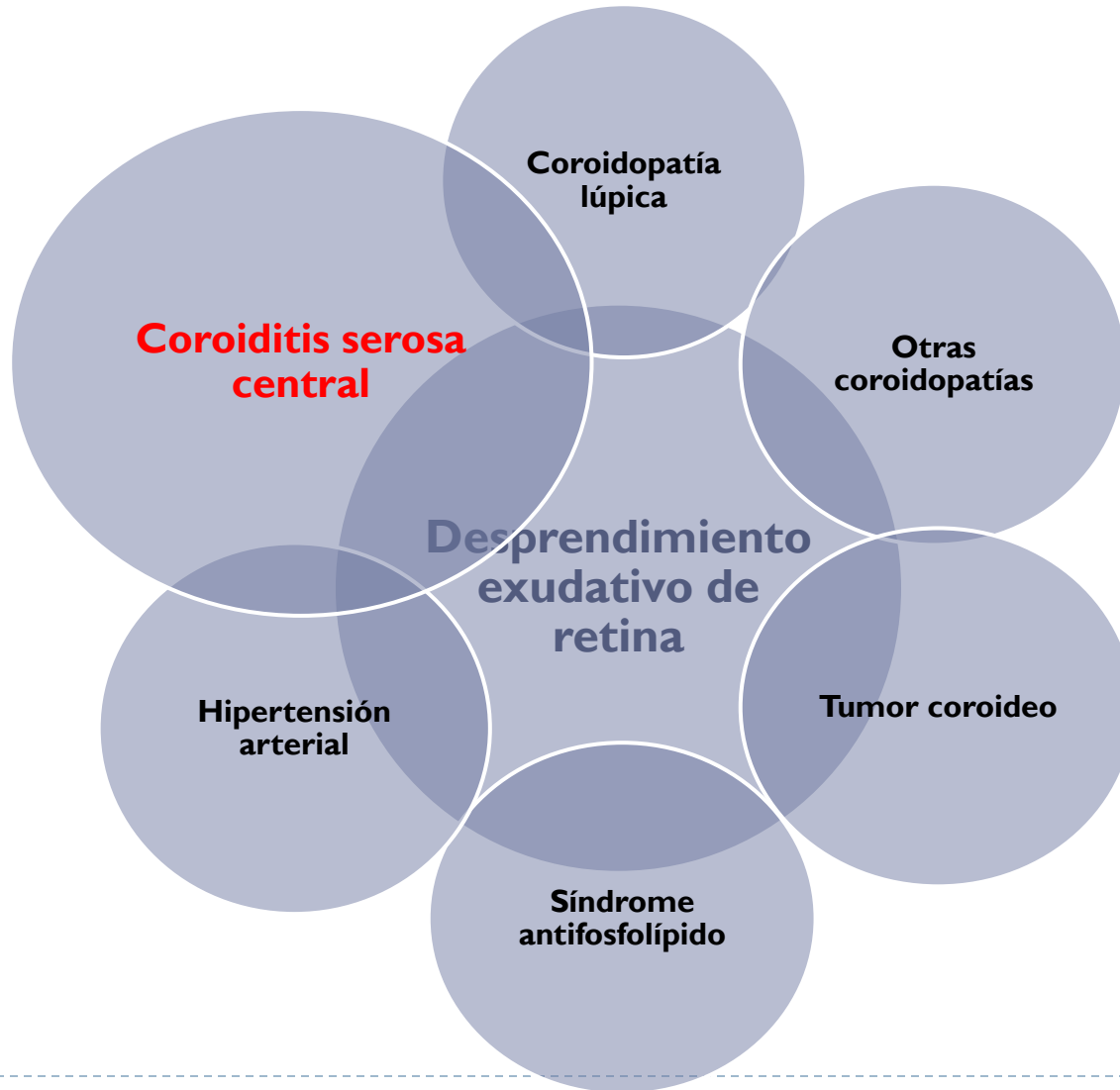


Otras coroidopatías

- ▶ Vogt Koyanagi Harada.
- ▶ Sarcoidosis.
- ▶ TBC, Lyme, sífilis, coccidiomycosis, histoplasmosis.

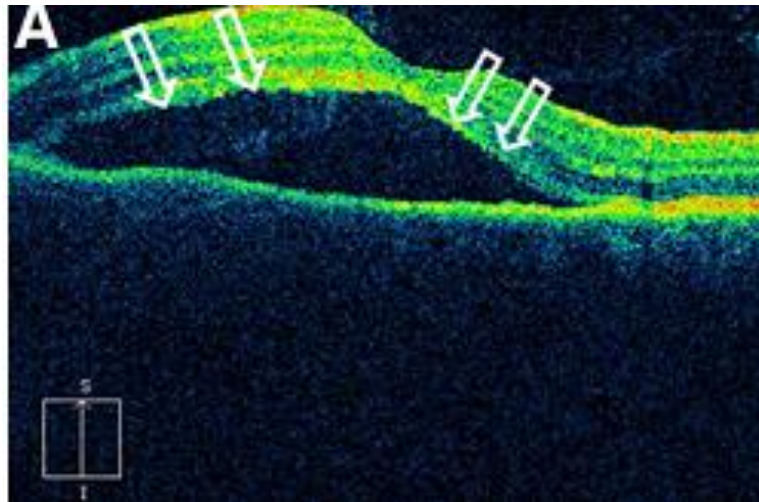


Posibilidades diagnósticas



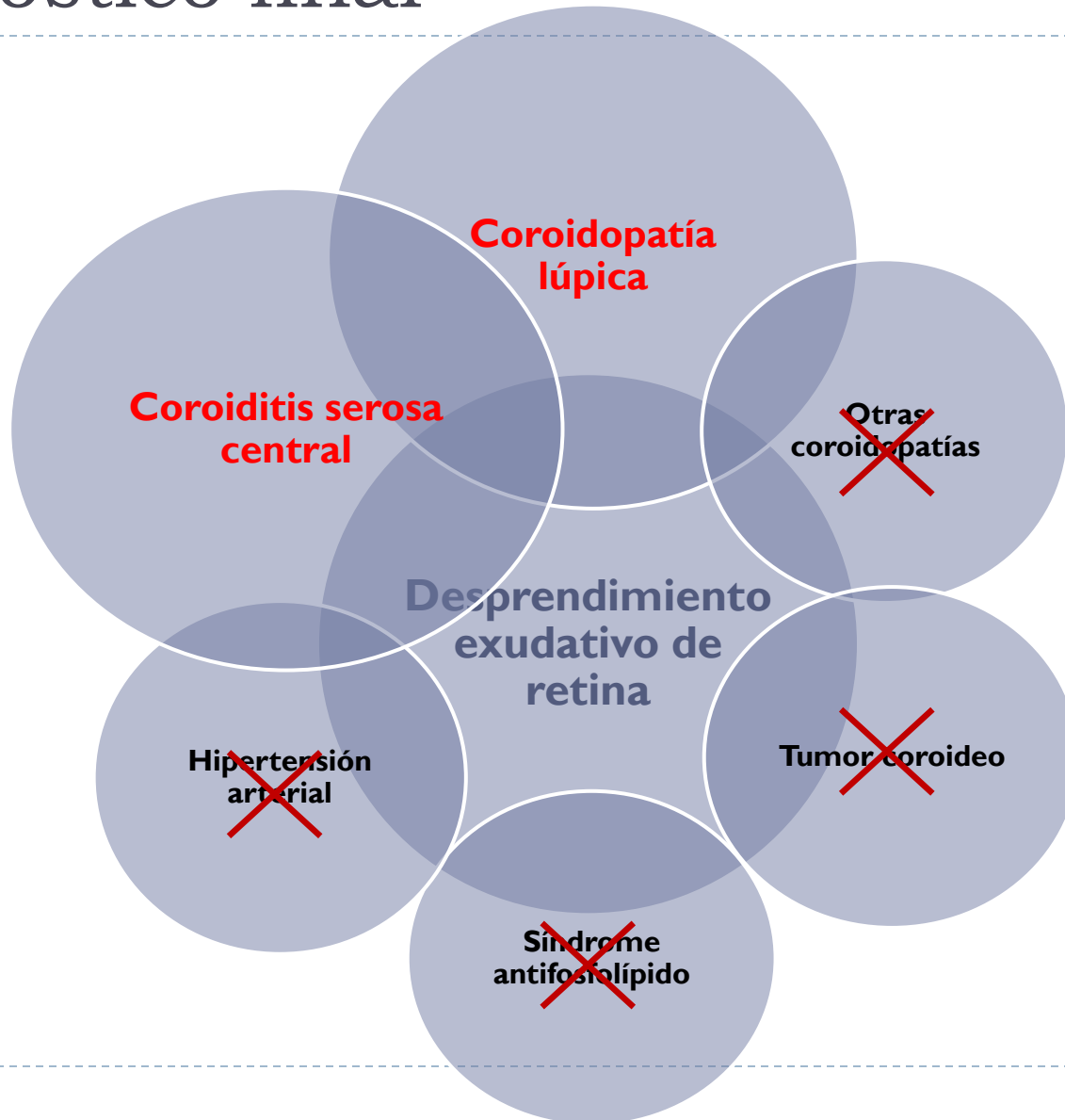
Coroiditis serosa central

- ▶ Hiper cortisolismo.
- ▶ H 9.9/100.000 / M 1.7/100.000*.
- ▶ Aumento de permeabilidad vasos coroideos.

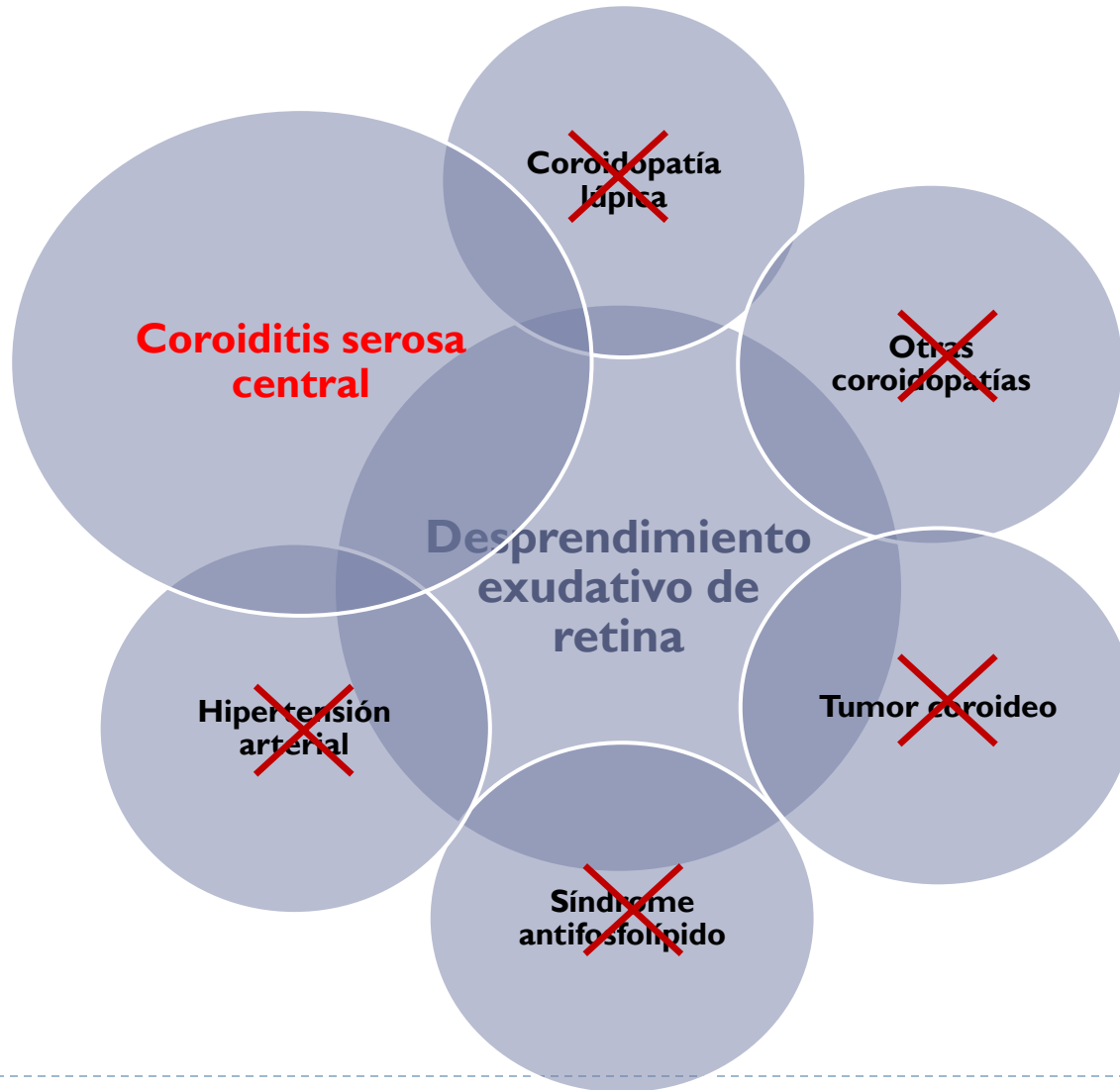


* Kitzmann. Ophthalmology. 2008.

Diagnóstico final



Diagnóstico final



Coroiditis serosa central: evolución.

- ▶ Generalmente buen pronóstico, resolución espontánea en 1-4 meses.
- ▶ En ocasiones cronifica => pérdida visión permanente.
- ▶ Tratamiento:
 - Resolución factor desencadenante.
 - Terapia fotodinámica.
 - Eplerenona*.
 - Anti-VEGF*.

▶ *Uso fuera de indicación.

Conclusiones

- ▶ Importante conocer **manifestaciones oculares** en LES.
- ▶ **Descartar toxicidad** farmacológica.
- ▶ **Valoración conjunta** con oftalmología.
- ▶ Dfícil dx diferencial: fundamental ver evolución y **monitorizar** cambios.
- ▶ CSC y LES: **Mínima dosis** posible de **corticosteroides**.

