

Maculopatía en ojo de buey

E. Cuende^a, J.C. Vesga^a y J.M. Coca^b

^aUnidad de Reumatología. ^bServicio de Oftalmología. Hospital Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz. España.

Descripción del caso clínico

Mujer de 60 años, con una poliartritis simétrica erosiva acompañada de trombocitopenia y anticuerpos antinucleares positivos, sin otros hallazgos clínicos o analíticos de lupus eritematoso sistémico, tratada durante 78 meses con Resochin® (difosfato de cloroquina 250 mg) un comprimido diario (dosis total 585 g), metotrexato 7,5 mg/semana y antiinflamatorios no esteroideos. El peso de la paciente era de 51 kg, con un índice de masa corporal de 25,5 kg/m² (sobrepeso). La paciente acudía anualmente a revisión oftalmológica que incluía: determinación de la agudeza visual, campimetría, test de colores y examen de fondo de ojo. En un control rutinario se objetivaron fallos aislados en el test de colores sin eje definido, un escotoma pericentral en el estudio campimétrico, depósitos verticiliados y esclerosis cristalina en el polo anterior y una alteración pigmentaria macular bilateral con el característico signo del ojo de buey: área foveolar central hiperpigmentada rodeada de una zona oval despigmentada, a su vez delineada por un anillo de hiperpigmentación (fig. 1). El estudio oftalmológico realizado 10 meses antes había sido completamente normal. La angiografía mostró cómo el área hipopigmentada correspondía a un defecto del epitelio pigmentario de la retina (fig. 2). Se suspendió la cloroquina y fue preciso aumentar la dosis de metotrexato hasta 15 mg/semana. En los controles oftalmológicos posteriores persiste la alteración pigmentaria bilateral, manteniéndose la agudeza visual y campos.

Diagnóstico

Maculopatía en ojo de buey por cloroquina.

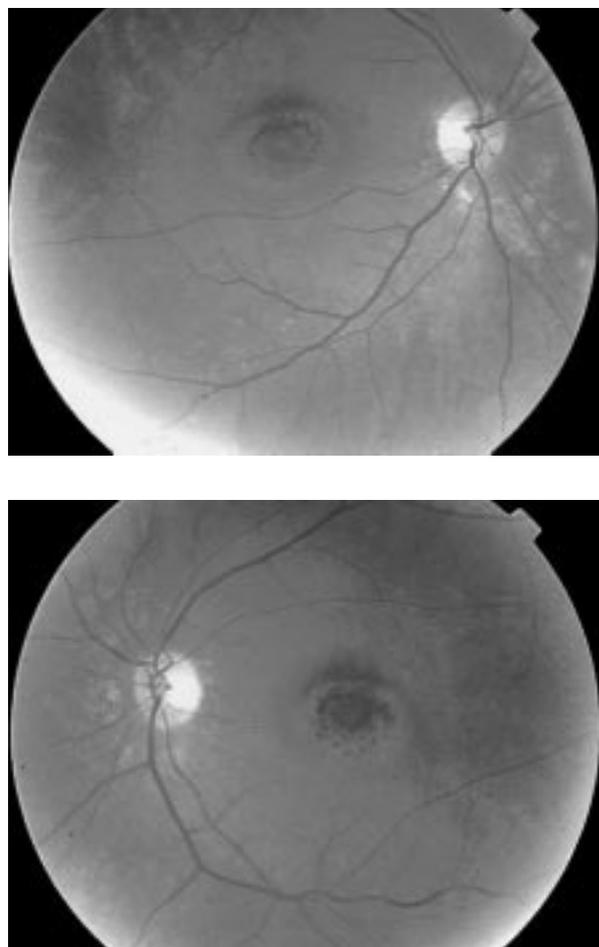


Figura 1. Fotografías del fondo de ojo. A) Derecho. B) Izquierdo. Imagen característica en ojo de buey con una zona central rodeada de un anillo hipopigmentado rodeado a su vez por un área de hiperpigmentación relativa.

Comentario

El uso de antipalúdicos es un hecho frecuente en reumatología por su eficacia, bajo coste, fácil posología y buena tolerancia. Se utilizan en el lupus y otras enfermedades autoinmunes para tratar la afección articular, cutánea, mucosa y serosa. Los efectos secundarios son generalmente leves, y

Correspondencia: Dr. E. Cuende.
Unidad de Reumatología. Hospital Txagorritxu.
José Atxotegi, s/n 01009 Vitoria-Gasteiz. España.
Correo electrónico: ecuende@htxa.osakidetza.net

Manuscrito recibido el 8-4-2003 y aceptado el 26-6-2003.

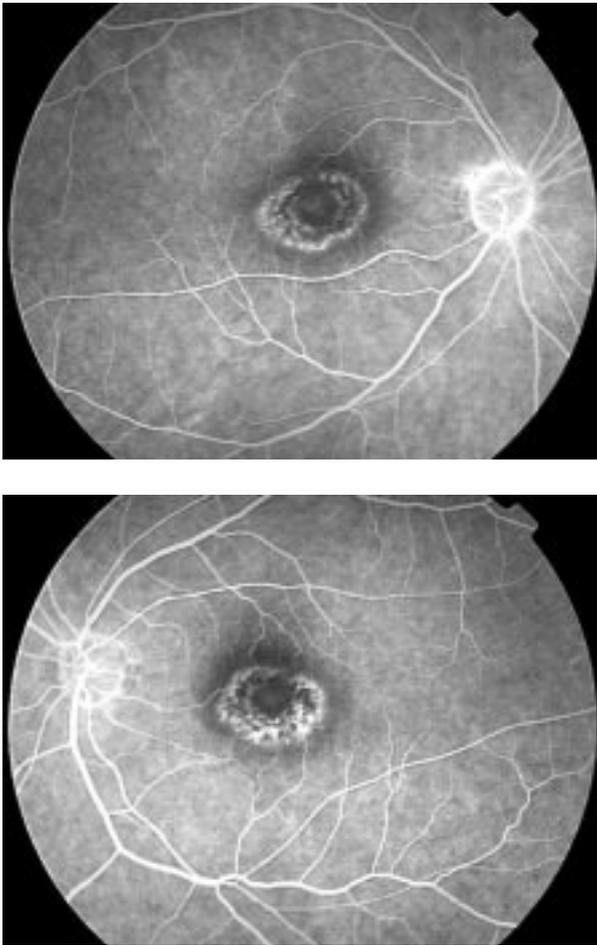


Figura 2. Angiografía de la mácula del ojo. A) Derecho. B) Izquierdo. Se objetiva un área de hiperfluorescencia moteada alrededor de la fovea en la fase arteriovenosa correspondiente al área hipopigmentada visualizada en el examen del fondo de ojo.

afectan al tracto gastrointestinal, la piel y al ojo¹. La lesión macular representa una complicación seria, ya que es irreversible y en algunos casos, especialmente si no se detecta tempranamente, puede ocasionar deterioro visual grave e incluso ceguera. La toxicidad se debe al depósito intracelular del fármaco en fotorreceptores y en particular en el epitelio pigmentario, que puede actuar como reservorio una vez suspendido el tratamiento, perpetuando el daño ocular. La retinopatía por antipalúdicos se define como la presencia de un escotoma peri o paracentral adquirido en los tests visuales, junto a atrofia del epitelio pigmentario retiniano, si bien en etapas tempranas pueden no evidenciarse alteraciones en el examen del fondo de ojo². Característicamente presenta la forma de un ojo de buey o «donut», con un área central rodeada por un anillo de hipopigmentación a su vez rodeado por un área de hi-

perpigmentación relativa. Este tipo de lesión no es exclusivo de la maculopatía por antimaláricos. Se han descrito lesiones similares en sujetos sin exposición a antipalúdicos³. Asimismo, se ha descrito una retinopatía pigmentaria en pacientes con artritis reumatoide, con la misma frecuencia en los tratados o no con antipalúdicos⁴. La retinopatía por antimaláricos se ha relacionado más con el uso de cloroquina que hidroxicloroquina, con dosis diarias ajustadas al peso ideal superiores a 3-4 mg/kg (difosfato de cloroquina) y a 6,5 mg/kg (sulfato de hidroxicloroquina) y también a su uso en pacientes con función renal deteriorada⁵⁻⁷. Existen controversias acerca del papel que tienen en el desarrollo de la retinopatía la dosis total acumulada y la duración del tratamiento, siendo la dosis diaria ajustada al peso ideal el parámetro más importante⁸. Recientemente, varios autores han cuestionado la necesidad de revisiones periódicas para detectar toxicidad ocular por antipalúdicos, especialmente hidroxicloroquina, en pacientes con función renal normal y dosis diarias ajustadas al peso ideal o de menos de 10 años de tratamiento⁹⁻¹¹. No obstante, algunos autores, especialmente oftalmólogos, sostienen que la necesidad de la vigilancia deriva de la alta prevalencia de pacientes que reciben un exceso de dosis y menos en la necesidad inherente a una dosificación del fármaco ajustado al peso⁸. No está claro cuál o cuáles son los tests que deben ser usados ni el intervalo en que deben ser aplicados. Se han propuesto diferentes estudios, como el de la rejilla de Amsler, la agudeza visual, el test de colores, los campos visuales, visión del fondo de ojo, el electrooculograma y la angiografía¹². Recientemente, un informe de la Academia Americana de Oftalmología divide a los pacientes entre los que tienen alto riesgo de desarrollar maculopatía por uso de antipalúdicos (más de 60 años, presencia de alteraciones renales o hepáticas, obesidad, duración del tratamiento superior a 5 años y dosis superiores a las recomendadas) y los de bajo riesgo (menos de 60 años, ausencia de alteraciones renales o hepáticas, normosómicos, duración del tratamiento inferior a 5 años y dosis igual o inferiores a las recomendadas), recomendando una revisión anual para los pacientes con alto riesgo y más espaciadas (cada 2 o 4 años dependiendo de la edad) en los pacientes con bajo riesgo¹³. Nuestra paciente presentaba una función renal normal, había recibido tratamiento por un período superior a 5 años, los controles previos fueron rigurosamente normales, pero recibía una dosis alta para su peso (4,90 mg/kg/día) y sin ajuste a peso ideal. Llama la atención la rápida aparición de la lesión que no había sido detectada en una revisión 10 meses antes, habiendo pasado desapercibida para la enferma.

Bibliografía

1. Wang C, Fortin PR, Li Y, Panaritis T, Gans M, Esdaile JM. Discontinuation of antimalarial drugs in systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol* 1999;26:808-15.
2. Easterbrook M. Detection and prevention of maculopathy associated with antimalarial agents. *Int Ophthalmol Clin* 1999;39:49-57.
3. Weise EE, Yannuzzi LA. Ring maculopathies mimicking chloroquine retinopathy. *Am J Ophthalmol* 1974;78:204-10.
4. Scherbel AL, Mackenzie AH, Nousek JE, Atdjian M. Ocular lesions in rheumatoid arthritis and related disorders with particular reference to retinopathy. *N Engl J Med* 1963;273:360-6.
5. Finbloom, DS, Silver K, Newsome DA, Gunkel R. Comparison of hydroxychloroquine and chloroquine use and the development of retinal toxicity. *J Rheumatol* 1985;12:692-4.
6. Easterbrook M. Dose relationships in patients with early chloroquine retinopathy. *J Rheumatol* 1987;14:472-5.
7. Levy GD, Munz SJ, Paschal J, Cohen HB, Pince KJ, Peterson T. Incidence of hydroxychloroquine retinopathy in 1207 patients in a large multicenter outpatient practice. *Arthritis Rheum* 1997;40:1482-6.
8. Browning DJ. Hydroxychloroquine and chloroquine retinopathy: screening for drug toxicity. *Am J Ophthalmol* 2002;133:649-56.
9. Morsman CDG, Livesey SJ, Richards IM, Jessop JD, Mills PV. Screening for hydroxychloroquine retinal toxicity: It is necessary? *Eye* 1990;4:572-6.
10. Easterbrook M, Bernstein H. Ophthalmological monitoring of patients taking antimalarials: preferred practice patterns. *J Rheumatol* 1997;24:1390-2.
11. Shipley M, Silman A. Should patients on hydroxychloroquine have their eyes examined regularly? *Br J Rheumatol* 1997;36:514-5.
12. Silman A, Shipley M. Ophthalmological monitoring for hydroxychloroquine toxicity: a scientific review of available data. *Br J Rheumatol* 1997;36:599-601.
13. Marmor MF, Carr RE, Easterbrook M, Farjo AA, Mieler WF. Recommendations on screening for chloroquine and hydroxychloroquine retinopathy. *Ophthalmology* 2002;109:1377-82.