

Nefropatía IgA en psoriasis

Julen Ocharan (1), Marisa Salvatierra (1), Amaya Aperribay-Espalza (2), Ignacio Zabalza-Estevez (2)

Palabras clave: Psoriasis, glomerulonefritis.

Key words: Psoriasis, glomerulonephritis.

Resumen

Se presenta un paciente diagnosticado de psoriasis, con afectación renal. Histológicamente, se aprecia una glomerulonefritis proliferativa difusa mesangial. La inmunofluorescencia demostró depósitos mesangial IgA y C3.

La evolución de la función renal, se han conservado durante estos 12 años de control médico.

Se comenta, finalmente la patogenia de esta glomerulonefritis IgA con la psoriasis.

Summary

One psoriatic patient with nephropathy is reported. Histologically, there was a diffuse proliferative mesangial. Immunofluorescence disclosed deposits mesangial IgA and C3. Evolution of renal function had been better in twellon aged of control medical.

A discussion of the different pathogenetic conditions for the particular type of glomerulonephritis with psoriatic is included.

Introducción

La psoriasis es una enfermedad muy conocida en la medicina dermatológica. La evolución complicada, referida desde el punto de vista renal, es muy poco frecuente. En el presente trabajo describiremos un caso clínico de nefropatía IgA en un paciente con psoriasis y la revisión de la literatura.

Caso clínico

Varón de 42 años de edad. Antecedentes familiares, sin interés nefrológico. El paciente fue diagnosticado hace 12 años de una típica psoriasis por dermatología. Desarrolla hace 8 años una importante artropatía con incapacidad funcional. Hace 6 años, en un control, se objetiva una proteinuria alrededor de 3 gr./día, sin datos de síndrome nefrótico, se realiza una biopsia renal; al microscopio de luz, se visualiza un cilindro renal de características de glomerulonefritis proliferativa difusa mesangial, cuya inmunofluorescencia, detecta depósitos de IgA y C3 con distribución focal mesangial. Ver fotografía 1 y 2.

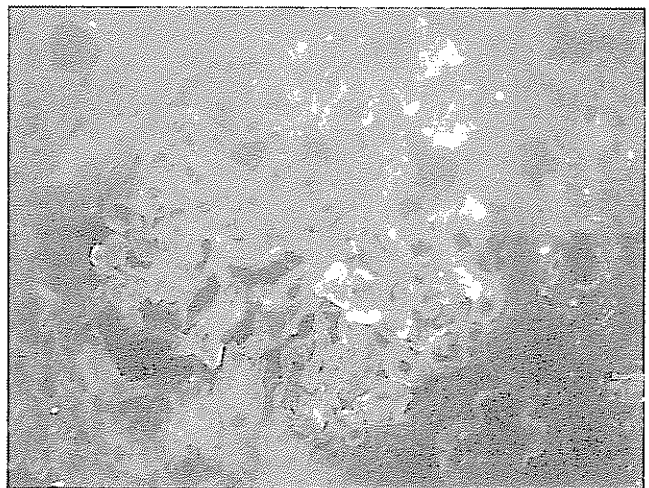


Figura 1: Microscopía óptica, de cilindro renal de características de glomerulonefritis proliferativa difusa mesangial.

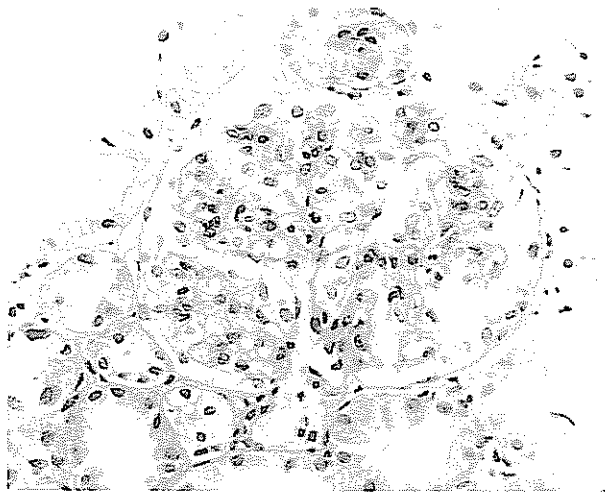


Figura 2: *Immunofluorescencia, depósitos de IgA.*

Hace 4 años, el paciente inicia tratamiento con sales de oro durante un año. Se suspende este tratamiento y se instaura tratamiento con metotrexate durante 20 meses. En el momento actual, en seis meses sin dicha medicación inmunosupresora, la función renal es normal (creatinina 1,1, urea 32) y la proteinuria de 24 horas 728 mg./día con sedimento normal.

Discusión

La nefropatía IgA es una entidad ya conocida por la nefrología (1-3) cuya manifestación en el área Mediterránea, es motivo de constantes estudios (3). Dentro de los cuadros asociados se han enumerado sobre todo, hepatopatía alcohólica (1), enfermedades reumatológicas (1,5) neumonía causada por micoplasma (4, 7-10) y psoriasis (6). La psoriasis es una enfermedad que clásicamente se manifiesta por placas (sobre codos y rodillas), puede también aparecer repentinamente sobre el tórax en forma de lesiones pequeñas papuloescamosas dispersas.

El antecedente o la iniciación de placas de descamación en codos o rodillas, eritemas y fisuras del pliegue interglúteo y artritis de articulaciones interfalángicas distales facilitan el diagnóstico. En casos graves, puede estar afectada gran parte de la piel. En algunos pueden haber artropatía inflamatoria erosiva, por lo común, poliarticular, y en ocasiones graves, hasta mutilante. Se presenta en 41% de los enfermos con psoriasis sin factores serológicos de lupus eritematoso, ni factores genéticos, y en este caso, se conoce como artritis psoriática. Así mismo, la psoriasis experimenta incapacidad frecuente que trastorna un empleo y un rendimiento laboral en un 11% de éstos (11-12).

Los estudios sobre la nefropatía psoriática son muy poco frecuentes, describiéndose tres grupos en base a estudios renales con microscopio de luz e inmunofluorescencia: Glomerulonefritis, amiloidosis y alteraciones renales leves. Glo-

merulonefritis psoriática es en la mayoría de los casos una glomerulonefritis mesangioproliferativa.

Tiene una fijación de tipo IgA y C3, en el mesangio, en las membranas basales de los capilares glomerulares. La presencia de IgA en el mesangio en esta enfermedad junto con los niveles elevados de IgA séricos ha hecho relacionar a este cuadro con la nefropatía IgA idiopática (6).

La inmunoglobulina IgA es producida por las células de los tractos gastrointestinales y del aparato respiratorio. Existen dos formas: monoméricas (90% de inmunoglobulina A sérica) y polimérica (sobre todo dimérica).

Es conocido que en los pacientes con la nefropatía IgA se han encontrado niveles aumentados de IgA polimérica en el 70% de los casos (13-14).

La amiloidosis psoriática fue morfológicamente en todos los casos reportados de una amiloidosis adquirida, es decir, amiloidosis con fragmentos AA(15).

La conclusión de estos casos clínicos es la manifestación de una afectación renal como una entidad propia dentro de la psoriasis.

AGRADECIMIENTO: Este artículo ha sido posible a la mecanografía de M^a Elisa Uribebarrea Barcina y Jose Luis Ladra Guerrero.

Bibliografía

1. BERGER J. Idiopathic mesangial deposition of IgA. En HAMBURGER J, CROSNIER J, GRUNFELD JP: Nephrology. Wiley-Flemmarion New York, 1979, pag. 535.
2. GLASSOCK RJ, ADLER SG, WARD HJ y COHEN AH: Primary glomerular diseases. En BRENNER B, RECTOR Fc, Jr. The KIDNEY, WB, Saunders Company, 4 edición, Philadelphia, 1991, pag. 1182.
3. SEMENA FP, MONTENEGRO M y SCIVITTARO V. Meta-analepsis of randomised controlled trials in patients with primary IgA nephropathy (Berger's disease). Nephrol Dial Transplant 5(S): 47-52, 1990.
4. MOLINA M, ORTEGA G, de PACO M y PRETEL L. IgA glomerulonephritis associated with pneumonia caused by mycoplasma pneumonia. Enferme Infecc Microbiol Clin 9:131-2, 1991.
5. BREUNEAU C, VILLIANMEY J, AVONAC B, MARTIGHY J, LAURENT J, PICHOT A, BELGHITI D y LAGRUE G. Seronegative spondyloarthropathies and IgA glomerulonephritis: a report of four cases and a review of the literature. Panarthritides 15: 179-184, 1986.
6. KIDA H, ASAMOTO T, ABE T, TOMOSHON N y HATTORI N. Psoriasis vulgaris associated with mesangiocapillary glomerulonephritis. Clin Nephrol 23:255-7, 1985.
7. KROTHAPALLI R, NEELEND B, SHALL S, DUFFY WB, GYORKEY F y SENEKJIAN HD. IgA nephropathy in a patient with ankylosing spondylitis and a solitary kidney. Clin Nephrol 21:134-7, 1984.

8. JENNETTE JC, FERGUSON AL, MOORE MA y FREEMAN DG. IgA nephropathy associated with seronegative spondylarthropathies. *Arthritis Rheum* 25:144-9, 1982.
9. MOLLER P, KLEVELAND G, EBELAND T, VINJE O y MELIBYE DJ. IgA and rheumatoid factor in ankylosing spondylitis. *Scand J Rheumatol* 75 S: 276-7, 1988.
10. OMDAL R y HUSBY G. Renal affection in patients with ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis. *Clin Rheumatol* 6:74-9, 1987. 11. FATTAH AA, OKBY H, AMMAR S, MABROUK S, GHOZZI M. An immunologic study of psoriatic. *Adv Dermatopathol* 8:309-313, 1986.
12. BRIK R, LORBER M, RIVKIN M y NAHIR AH. Elisa determined IgM and IgA rheumatoid factors in seronegative rheumatoid and psoriatic arthritis. *Clin esp. rheumatol* 8:293-6, 1990.
13. ZARRABEITIA MT, FARIÑA MC, RODRIGUEZ-VALVERDE V, RIANCHO JA y LLACA HI. T and B cell function in psoriasis and psoriatic arthropathy. *Allergol immunopathol* 17:155-9, 1989.
14. RUBINS AY, WEKHSLER HM, MERSON AG, GUSEVA LN, GRANT HY, POLHEKTOVA LE, VIPSH NH y RUBINE GY. Immunopathogenesis and immunoconection of psoriasis. *Acta Derm Venereol* 1465: 13-5, 1989.
15. SERDAR FA, EMEL A, CENTIN O y ROGER L. Renal amyloidosis secondary to psoriatic arthritis. *Abstracts EDTA* 1:251, 1992.