



CARTAS

Diagnóstico de sarcoidosis a partir del estudio de un caso de insuficiencia renal aguda

M. Picazo*, M. Cuxart*, J. A. Ballarín** y M.^a V. Huerta***

*Servicio de Nefrología, Hospital de Figueres. **Nefrología, Fundació Puigvert de Barcelona. ***Anatomía Patológica, Hospital de Figueres.

Sr. Director:

La sarcoidosis es una enfermedad multisistémica donde la afectación pulmonar es la más frecuente, siendo la radiografía de tórax normal, en menos del 5% de los pacientes¹. Las causas habituales del deterioro de la función renal son la nefrocalcinosis, la nefrolitiasis y las alteraciones de la función tubular desarrolladas a partir de la hipercalcemia y de la hipercalciuria por alteración del metabolismo cálcico². La infiltración granulomatosa del intersticio, normalmente es clínicamente silente y rara vez se presenta como fracaso renal agudo. Una variedad de enfermedades glomerulares se han descrito asociadas a la sarcoidosis aunque su existencia es infrecuente, siendo la glomerulonefritis membranosa la más prevalente^{2,4,6-11}.

Presentamos el caso de un varón de 36 años, remitido al servicio de Nefrología por creatinina de 3,1 mg/dl en analítica de control. Hacía un año había presentado un cólico nefrítico y 4 años antes, cuadro de artritis en manos y pies junto con manchas maculares marrónáceas en tronco y rodillas que se orientó como psoriasis y se trató eventualmente con indometacina oral. Desde entonces no presentó nueva patología articular, aunque sí permanencia de las lesiones cutáneas. Refería náuseas ocasionales y mayor astenia en los últimos días sin otra clínica acompañante. La exploración física, a excepción de las lesiones dérmicas, resultó anodina. En la analítica destacaba una hipercalcemia de 13 mg/dl con niveles normales de proteínas y albúmina, así como hipergammaglobulinemia, PTH de 11 pg/ml y leve calciuria de 540 mg/24 h. El potasio, urato, fósforo, pH, bicarbonato venoso, TSH, vitaminas A, D y reactantes de fase aguda estaban dentro de la normalidad. La inmunología resultó negativa. No existía microalbuminuria ni alteraciones del sedimento urinario. Las radiografías de tórax, abdomen y calota craneal fueron normales. La ecografía abdominal mostró riñones e hígado normales y adyacentes a hilio hepático, diversas adenopatías. Los niveles de la encima convertidora de angiotensina (ECA) se encontraron elevados a 207 U/l. Sospechando una sarcoidosis y no pudiendo descartar una nefropatía intersticial granulomatosa, se inició prednisona

a 1 mg/kg tras realizar biopsia renal y cutánea. La existencia de granulomas epiteloideos no caseificantes en piel, confirmó el diagnóstico. En riñón se evidenciaron depósitos de calcio en membrana basal tubular e intersticio, focalmente envueltos de una reacción gigante-celular a material extraño (fig. 1), todo ello patognomónico de nefrocalcinosis. Con estos hallazgos se disminuyó la dosis de prednisona. Completando el estudio, se realizó TAC toraco-abdominal observándose múltiples y pequeñas adenopatías mediastínicas y retroperitoneales. Al mes de iniciada la cortisona, la creatinina era de 1,5 mg/dl y la calcemia de 9,2 mg/dl. Al año del diagnóstico, el paciente permanece asintomático, con correcta función renal y valores normales de ECA.

En este caso, destaca la ausencia de manifestaciones pulmonares, clínicas o radiológicas en el momento del diagnóstico y más sabiendo que el debut real de la enfermedad tubo lugar años atrás.

La normalización de la función renal junto con la calcemia tras tratamiento corticoideo, nos sugiere la existencia de vasoconstricción renal por hipercalcemia como causa principal de la disminución del filtrado glomerular. Descartada una nefritis intersticial granulomatosa se disminuyó la dosis de corticoides ya que está comprobado que la administración de prednisona a dosis relativamente bajas (10-20 mg/día) es rápidamente efec-

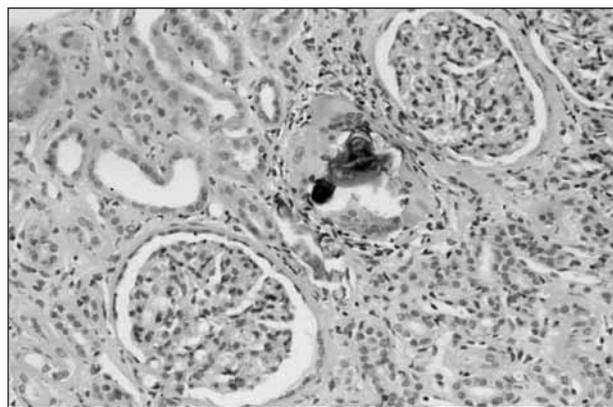


Fig. 1.—Cortical de riñón: Depósito de calcio envuelto de una reacción histiocitaria gigante-celular a cuerpo extraño a nivel del intersticio, entre dos glomérulos normales.

Correspondencia: Dra. Montserrat Picazo Sánchez
Servicio de Nefrología
Hospital de Figueres
Ronda Rector Arolas. Figueres
17600 Girona

tiva en la corrección de la hipercalcemia por sarcoidosis²⁻⁴.

Aunque la medida de la ECA tiene poca sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de sarcoidosis^{3,12}, en nuestro caso, su descenso a valores normales, se correlacionó con el tratamiento corticoideo y con la mejoría clínica-analítica de la enfermedad.

Queremos destacar que ante la variedad de lesiones que pueden producir insuficiencia renal en un enfermo con sarcoidosis, incluidas diversas glomerulopatías⁵⁻¹¹ y para optimizar el tratamiento médico, es de gran utilidad la realización de una biopsia renal². Asimismo, es de importancia conocer como nefrólogos esta patología, ya que como en otras enfermedades sistémicas con daño renal, podemos ser los responsables de su diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Freitag J, Gobel U, Passfall J, Kettritz U, Scheider W, Luft F C: Consider sarcoidosis in patients with nephrocalcinosis even if the chest roentgenogram is normal. *Nephrol Dial Transplant* 12: 2161-5, 1997.
2. Casella FJ, Allon, MJ: The Kidney in sarcoidosis. *Am Soc Nephrol* 3: 1555-62, 1993.
3. Newman LS, Rose CS, Maier LA: Sarcoidosis. *N Eng J Med* 336: 1224-34, 1997.
4. Göbel U, Kettritz R, Schneider W, Luft FC: The protean face of renal sarcoidosis. *J Am Soc Nephrol* 12: 616-23, 2001.
5. Rosa C, Cisneros E, Alcázar JM^a, Praga M: Glomerulonefritis membranosa como primera manifestación de una sarcoidosis. *Nefrología* Vol. XIV. Núm. 5: 602-5, 1994.
6. Peces R, Laurés AS, Navascués RA, Baltar J, Seco M, Ortega F, Marín R, Álvarez Grande J: El espectro de afectación renal en la sarcoidosis: presentación de tres casos. *Nefrología* Vol XVIII. Núm 2: 161-4, 1998.
7. Peces R, Torre M, Sánchez-Fructuoso A, Escalada: Focal segmental glomerulosclerosis associated with pulmonary sarcoidosis. *Nephron* 65: 656-7, 1993.
8. Veronese FJV, Azeredo Henn L, Sasso Faccin C, Vaz Mussatto A, Paira Nieto A, Edelweiss MI, Vanildo Morales J: Pulmonary sarcoidosis and focal segmental glomerulosclerosis: case report and renal transplant follow-up. *Nephrol Dial Transplant* 13: 493-5, 1998.
9. Paydas S, Abayli B, Kocabas A, Hasturk S, Gonbusen G: Membranoproliferative glomerulonephritis associated pulmonary sarcoidosis. *Nephrol Dial Transplant* 13: 228, 1998.
10. Auinger M, Irsigler K, Breiteneder S, Ulrich W: Normocalcemic hepatorenal sarcoidosis with crescentic glomerulonephritis. *Nephrol Dial Transplant* 12: 1474-7, 1997.
11. Van Uum SHM, Cooreman MPR, Assmann KJM, Wetzels JFM: A 58-year-old man with sarcoidosis complicated by focal crescentic glomerulonephritis. *Nephrol Dial Transplant* 12: 2703-7, 1997.
12. Sharma P, Smith I, Maguire G, Stewart S, Shneerson J, Brown MJ: Clinical value of ACE genotyping in diagnosis of sarcoidosis. *Lancet* 349: 1602-3, 1997.