

importante mantener un alto grado de sospecha clínica para alcanzar el diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Khan TA, Cuchacovich R, Espinoza LR, Lata S, Patel NJ, García-Valladares I, et al. Vasculopathy, hematological, and immune abnormalities associated with levamisole-contaminated cocaine use. *Semin Arthritis Rheum*. 2011;41:445-54.
2. Espinoza LR, Pérez Alamino R. Cocaine-induced vasculitis: Clinical and immunological spectrum. *Curr Rheumatol Rep*. 2012;14:532-8.
3. Gross RL, Brucker J, Bahce-Altuntas A, Abadi MA, Lipoff J, Kotlyar D, et al. A novel cutaneous vasculitis syndrome induced by levamisole-contaminated cocaine. *Clin Rheumatol*. 2011;30:1385-92.
4. Ventura Vilamala M, Caudevilla Gálago F, Vidal Giné C, Grupo de Investigadores SELECTO. Cocaína adulterada con Levamisol: posibles implicaciones clínicas. *Med Clin (Barc)*. 2011;136:365-8.
5. Álvarez Díaz H, Mariño Callejo AI, García Rodríguez JF, Rodríguez Pazos L, Gómez Buela I, Bermejo Barrera AM. ANCA-positive vasculitis induced by levamisole-adulterated cocaine and nephrotic syndrome: The kidney as an unusual target. *Am J Case Rep*. 2013;14:557-61.
6. Graf J. Rheumatic manifestations of cocaine use. *Curr Opin Rheumatol*. 2013;25:50-5.
7. McGrath MM, Isakova T, Rennke HG, Mottola AM, Laliberte KA, Niles JL. Contaminated cocaine and antineutrophil

cytoplasmic antibody-associated disease. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2011;6:2799-805.

8. Carlson AQ, Tuot DS, Jen KY, Butcher B, Graf J, Sam R, et al. Pauci-immune glomerulonephritis in individuals with disease associated with levamisole-adulterated cocaine: A series of 4 cases. *Medicine (Baltimore)*. 2014;93:290-7.
9. Gulati S, Donato AA. Lupus anticoagulant and ANCA associated thrombotic vasculopathy due to cocaine contaminated with levamisole: A case report and review of the literature. *J Thromb Thrombolysis*. 2012;34:7-10.

Ana Esther Sirvent^{a,*}, Ricardo Enríquez^a, Encarnación Andrada^b, María Sánchez^a, Isabel Millán^a y César González^a

^a Servicio de Nefrología, Hospital General Universitario de Elche, Elche, Alicante, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital General Universitario de Elche, Elche, Alicante, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nefro_elx@gva.es (A.E. Sirvent).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.nefro.2015.10.008>

0211-6995/© 2015 Sociedad Española de Nefrología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Poliangeítis microscópica en paciente con cirrosis biliar primaria. Complicaciones del tratamiento

Microscopic polyangiitis in a patient with primary biliary cirrhosis: Treatment complications

Sr. Director:

Mujer de 70 años, con antecedentes de cirrosis biliar primaria diagnosticada 18 meses antes, en tratamiento con ácido ursodesoxicólico 600 mg/día. Sin antecedentes de hipertensión arterial o diabetes mellitus, ni nefrológicos conocidos. Ingresa en el servicio de nefrología por deterioro agudo de la función renal (creatinina: 4,12 mg/dl y urea: 122 mg/dl). Refiere síndrome constitucional, de varios meses de evolución. Conserva diuresis, y tanto las constantes vitales (presión arterial [PA]: 125/75 mmHg) como la exploración física son normales.

Destaca anemia (Hb 10,3 g/dl) normocítica normocrómica que requiere inicio de tratamiento con eritropoyetina. Proteinuria de 0,840 g/día con cilindros granulosos en el sedimento, y microhematuria +++. Se objetivan p-ANCA positivos a título de 29,1 UI/ml, así como anticuerpos antimitocondriales

positivos, en niveles estables, dada su cirrosis biliar ya conocida. Ante el fracaso renal agudo con autoinmunidad positiva para p-ANCA se realiza biopsia renal, que resulta compatible con glomerulonefritis proliferativa extracapilar difusa con semilunas celulares en el 75% de los glomérulos. Se diagnostica de insuficiencia renal rápidamente progresiva secundaria a glomerulonefritis proliferativa extracapilar difusa tipo III o pauciinmune, compatible con poliangeítis microscópica (PAM). Se indica tratamiento con corticoides y ciclofosfamida oral (1,5 mg/kg/día). Buena respuesta al tratamiento con discreta mejoría renal hasta una creatinina de 3,63 mg/dl al alta hospitalaria.

Durante el seguimiento posterior en consulta de nefrología, la paciente se encuentra asintomática manteniendo buen control de la PA. Las cifras de creatinina mejoran (1,56 mg/dl), disminuye el título de p-ANCA (8,5 UI/ml), disminuye la

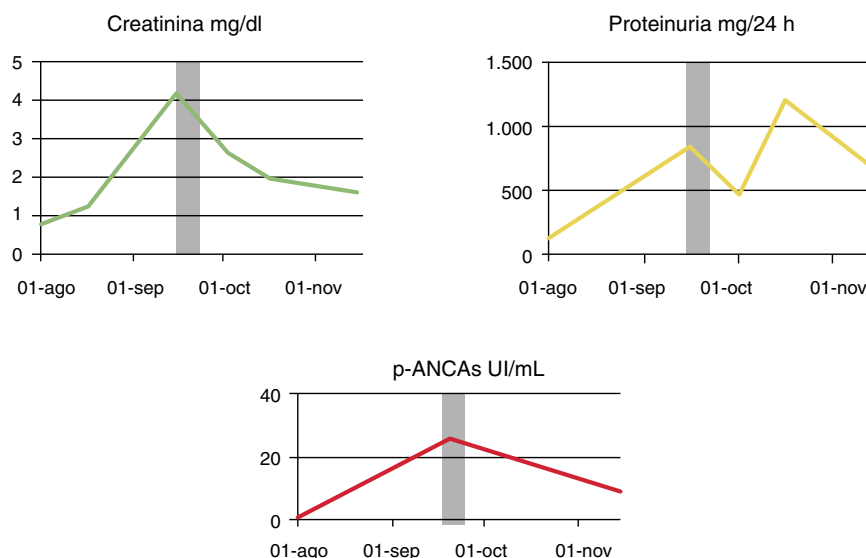


Figura 1 – Evolución de cifras de creatinina, proteinuria y p-ANCA tras iniciar tratamiento con corticoides y ciclofosfamida. La franja gris representa el periodo de ingreso en el servicio de nefrología.

proteinuria (0,639g/día) y desaparece la microhematuria (fig. 1). Asimismo mejoran las cifras de hemoglobina, dejando de precisar tratamiento con eritropoyetina.

Dos meses después del alta hospitalaria, ingresa en el servicio de digestivo por hemorragia digestiva con repercusión hematimétrica e insuficiencia renal crónica agudizada por hipotensión y depleción de volumen. Se realizan gastroscopia y colonoscopia, objetivándose denudación con sangrado en sábana al roce más úlceras superficiales y profundas, descartándose signos de vasculitis y enfermedad inflamatoria intestinal. A nivel infeccioso se positiviza IgM para citomegalovirus, y se aísla herpes virus en las lesiones orofaríngeas. A pesar de la mejoría de la función renal hasta sus niveles basales, la paciente presenta mala evolución clínica, persistiendo deposiciones de sangre fresca frecuentes y precisando transfusiones cada 24-48 h, por lo que ingresa en la UCI. Se repite la colonoscopia, que muestra múltiples úlceras profundas en sacabocados con sangrado abundante (fig. 2), confirmándose PCR para CMV de 27.784 cop/ml. Se realiza tratamiento antivírico con ganciclovir y aciclovir. Se concluye con el diagnóstico de hemorragia digestiva baja secundaria a enteritis por citomegalovirus en paciente inmunodeprimida, más herpes virus, junto con colitis hemorrágica por toxicidad directa de ciclofosfamida favorecida por la trombocitopenia inducida por esta. Todo ello conlleva una hemorragia digestiva incoercible, y debido a esta complicación, aunque la respuesta de la enfermedad renal al tratamiento es buena, la paciente fallece tras mes y medio de ingreso hospitalario.

La PAM se caracteriza por la presencia constante y temprana de una glomerulonefritis rápidamente progresiva. Un aspecto importante a tener en cuenta son las complicaciones derivadas del tratamiento, tanto por su toxicidad directa como por las derivadas de la inmunosupresión. En el caso de nuestra paciente, aunque la respuesta de la enfermedad renal al tratamiento es buena, se produce una complicación letal, enteritis por citomegalovirus^{1,2}, que lleva a una hemorragia



Figura 2 – Colonoscopia.

digestiva baja incoercible y, finalmente, al fallecimiento de la paciente^{3,4}.

No es infrecuente encontrar la asociación de varias enfermedades autoinmunes en un mismo paciente, dado el sustrato común. En nuestro caso el diagnóstico de PAM se realiza en una paciente con antecedentes de cirrosis biliar primaria, si bien son pocas las referencias bibliográficas de casos en los que se asocian estas 2 enfermedades⁵⁻⁷.

BIBLIOGRAFÍA

- Ernst E, Girndt M, Pliquet RU. A case of granulomatosis with polyangiitis complicated by cyclophosphamide toxicity and opportunistic infections: Choosing between Scylla and Charybdis. *BMC Nephrol.* 2014;15:28.

2. Yamazaki M, Takei T, Otsubo S, Iwasa Y, Yabuki Y, Suzuki K, et al. Wegener's granulomatosis complicated by intestinal ulcer due to cytomegalovirus infection and by thrombotic thrombocytopenic purpura. *Intern Med.* 2007;46:1435-40.
3. Wakura D, Yoneda M, Kotani T, Egashira Y, Nagai K, Shoda T, et al. A refractory case of MPO-ANCA-associated vasculitis presented with gastrointestinal ulcer, rapidly progressive glomerular nephritis and pulmonary multiple nodules. *Nihon Rinsho Meneki Gakkai Kaishi.* 2010;33:31-6 [Article in Japanese]. Erratum in: *Nihon Rinsho Meneki Gakkai Kaishi.* 2010;33:117. Wakaura, Daisuke [corrected to Wakura, Daisuke].
4. Pagnoux C, Mahr A, Cohen P, Guillevin L. Presentation and outcome of gastrointestinal involvement in systemic necrotizing vasculitides: Analysis of 62 patients with polyarteritis nodosa, microscopic polyangiitis, Wegener granulomatosis, Churg-Strauss syndrome, or rheumatoid arthritis-associated vasculitis. *Medicine (Baltimore).* 2005;84:115-28.
5. Amezcua-Guerra LM, Prieto P, Bojalil R, Pineda C, Amigo MC. Microscopic polyangiitis associated with primary biliary cirrhosis: A causal or casual association? *J Rheumatol.* 2006;33:2351-3.
6. Iannone F, Falappone P, Pannarale G, Gentile A, Grattagliano V, Covelli M, et al. Microscopic polyangiitis associated with primary biliary cirrhosis. *J Rheumatol.* 2003;30:2710-2.
7. Nakamura T, Kawagoe Y, Ueda Y, Koide H. Antineutrophil cytoplasmic autoantibody associated rapidly progressive glomerulonephritis in a patient with primary biliary cirrhosis. *Am J Med Sci.* 2004;328:176-9.

Elena Ruiz-Ferreras*, Alberto Martín-Arribas, Guadalupe Tabernero-Fernández, José Luis Lerma-Márquez, Pilar Fraile-Gómez, Pedro García-Cosmes y José Matías Tabernero-Romo

Servicio de Nefrología, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: eruiz.burg@hotmail.com
(E. Ruiz-Ferreras).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.nefro.2015.07.012>
0211-6995/© 2015 Sociedad Española de Nefrología.
Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Una causa infrecuente de hemoperitoneo espontáneo en un paciente en diálisis peritoneal

An uncommon cause of spontaneous hemoperitoneum in a peritoneal dialysis patient

Sr. Director:

Mujer de 64 años con múltiples alergias, hipertensión arterial de difícil control, episodios frecuentes de cefalea con seguimiento por el servicio de neurología, historia de úlcus duodenal, y una gastrectomía parcial realizada hace más de 20 años, con una enfermedad renal crónica (ERC) secundaria a nefropatía IgA, y que inició hemodiálisis en mayo de 2004. Recibió un trasplante renal de un cadáver en noviembre de 2004 con progresivo deterioro de la función renal por recurrencia de su enfermedad de base con el resultado de una nefropatía crónica del injerto. Reinició el programa de diálisis en octubre de 2010 en la modalidad de diálisis peritoneal automatizada (DPA).

La paciente acudió al servicio de urgencias con una historia de pocas horas de evolución de dolor epigástrico de aparición súbita con irradiación a la espalda y náuseas; se realizó un intercambio peritoneal observando importante hemoperitoneo, por lo que se decide realizar más estudios.

En las pruebas complementarias se observó una Hb: 9,4 g/dl, leucocitos: 11.400 μ l y recuento plaquetario normal; urea: 133 mg/dl y creatinina: 9,95 mg/dl, con sodio y potasio en rango normal. Coagulación sin alteraciones. En el estudio

del líquido peritoneal presentaba un recuento de 135.000/mm³ de hematías y 369 leucocitos/mm³ (PMN: 79,7%).

Con todos los hallazgos reseñados se decidió realizar una tomografía axial computarizada (TAC) con contraste en la que se informaba la presencia de un nódulo hiperdenso en la región posterior del fundus gástrico compatible con pseudoaneurisma de la arteria gástrica izquierda, con un hematoma subyacente (fig. 1). Se realizó embolización percutánea transcatéter del pseudoaneurisma con el uso de coils, presentando buen control angiográfico (fig. 2).

Posteriormente fue ingresada para vigilancia hemodinámica presentando un hematoma inguinal como complicación del procedimiento y requiriendo la transfusión de 2 concentrados de hematías.

Se mantuvo en reposo peritoneal, con lavados peritoneales frecuentes hasta que el líquido peritoneal fue transparente; mientras tanto realizó hemodiálisis a través de la colocación de un catéter yugular transitorio.

Presentó febrícula en relación con el hematoma, con hemocultivos negativos. En una semana la paciente reinició los intercambios peritoneales y sin signos de sangrado en el líquido peritoneal. No ha presentado nuevas complicaciones desde este episodio.