



Enfermedad de Crohn y amiloidosis renal. Fracaso renal agudo

J. G. Martínez, C. Saus*, A. Morey y A. Alarcón

Hospital Son Dureta. Servicio de Nefrología y *Anatomía Patológica. Palma de Mallorca.

Sr. Director:

En los últimos años han aparecido publicados casos de insuficiencia renal por mesalazina, la mayoría por nefritis intersticiales agudas y crónicas producidas por un mecanismo de hipersensibilidad celular¹, generalmente los enfermos desarrollaron la enfermedad tras varios meses de tratamiento recuperando su función renal tras la retirada del fármaco. Presentamos el caso de un paciente afecto de enfermedad de Crohn, amiloidosis secundaria renal e insuficiencia renal leve debida a nefritis intersticial por fármacos a quien se le trató con mesalazina, produciéndose un deterioro agudo de su función renal, tras descartar otras posibles causas pensamos en la nefrotoxicidad por este fármaco.

Paciente de 36 años con antecedentes de abuso de analgésicos (aspirina y paracetamol). En febrero del 99 debuta con un cuadro de dolor abdominal, diarreas, fiebre y edemas importantes en piernas. En las exploraciones complementarias destaca una creatinina de 2,3 mg/dl, urea 46 mg/dl, sodio 138 mmol/l, potasio 3,5 mmol/l, hematocrito 30%, hemoglobina 10 mg/dl, albúmina de 20 g/l, triglicéridos 506 mg/dl, colesterol 254 mg/dl, proteinuria de 8 g/24 horas, sedimento urinario: 0-2 hematíes/campo, 0-2 leucocitos/campo, serologías VHB y C negativas, inmunoelectroforesis no se observa banda monoclonal, inmunología: ANA negativos, Anca negativos, crioglobulinas negativas. Enema opaco: estenosis en colon descendente y colon transversal, fístula entre ileón terminal y duodeno. Colonoscopia: fístula glúteo-perianal, en colon descendente área estenótica con dos úlceras lineales. Biopsia colon: cambios inflamatorios no específicos y zonas de ulceración con depósitos focales de amiloide AA. Biopsia renal: depósitos moderados de amiloide AA en el mesangio y vasos, intersticio con infiltrado inflamatorio de linfocitos, histiocitos, polimorfonucleares neutrófilos y eosinófilos. Se trató al paciente con corticoides y metronidazol, en la pauta descendiente de los corticoides se introdujo la mesalazina a dosis de 3 g/día, al mes el paciente ingresa por deterioro de función renal sin signos de deshidratación, tensión arterial 110/60 y con creatinina de 7,9 mg/dl,

urea 148 mg/dl, sodio 136 Mmol/l, potasio 4 Mmol/l, proteinuria 7,4 g/24 horas, sedimento: 1-2 hematíes/campo, 1-2 leucocitos/campo. Eco-doppler renal: cortical hiperecogénica, no dilatación de vías, venas permeables. Se retiró la mesalazina iniciándose tratamiento con corticoides, azatiopina y colchicina sin recuperación de la función renal iniciado hemodiálisis.

En el caso que discutimos llama la atención el diagnóstico al mismo tiempo de enfermedad de Crohn y amiloidosis renal sin un intervalo de latencia de varios años o una historia de fístulas, intervenciones quirúrgicas previas, complicaciones supurativas² y la insuficiencia renal leve secundaria a nefritis intersticial por fármacos, pero nos sorprendió el rápido deterioro de la función renal en el espacio de un mes. Se descartaron posibles causas de fracaso renal agudo como la hipovolemia, trombosis de venas renales, glomerulonefritis con proliferación extracapilar, contrastes iodados, sospechando nefrotoxicidad por mesalazina. Aunque está descrita que tras la retirada precoz de la droga (en los primeros 10 meses) las lesiones renales regresan en el 85% de los casos y cuando se retrasa por encima de los 18 meses hay una recuperación parcial sólo en una tercera parte³, retiramos la droga y tratamos al paciente con colchicina, corticoides y azatiopina pero no obtuvimos respuesta quizá debido a que la introducción de este fármaco contribuyó a la agravación de su nefropatía. Concluimos señalando la importancia del conocimiento de los efectos adversos renales de la mesalazina y en ser usada con precaución cuando se prescribe a pacientes con nefropatía⁴, en efectuar controles periódicos al inicio del tratamiento donde su retirada puede conllevar a la recuperación del funcionalismo renal.

BIBLIOGRAFÍA

1. World MJ, Stevens PE, Ashton MA, Rainford DJ: Mesalazina associated interstitial nephritis. *Nephrol Dial Transplant* 11: 614-621, 1996.
2. Cerdan FJ, Díez M, Pérez de Oteiza C, Martínez S, Hernández Merlo F, Balibrea JL: Amiloidosis renal en un caso de enfermedad de Crohn con afectación de colon y recto. *Rev Esp Enf Digest* 80 (2): 123-126, 1991.
3. González Portal C, Gago E, Sánchez Núñez ML, Velásquez R, Álvarez Grande J: Mesalazina y fracaso renal agudo. *Nefrología* vol. XVII. Núm. 4: 337-339, 1997.
4. Russo GE, Bauco B, Bosco M, Bonello M, Bisciglia MF, De Paola A, Villatico Campbell S, Fava D, Vitalino E: Pielonephritis caused by mesalazina. *Nephron* 86: 228-229, 2000.

Correspondencia: Dra. Josefa G. Martínez Martín Xile, 10
07014 Palma de Mallorca