



## CARTAS

# *Elevación de los niveles de creatinfosfoquinasa como marcador de enfermedad aterombólica renal*

M. Vera, M. Pou y A. Botey

Servicio de Nefrología. Hospital Clínic de Barcelona.

Sr. Director:

La enfermedad aterombólica renal (EAR) es una causa cada vez más frecuentemente diagnosticada de insuficiencia renal crónica con requerimiento de tratamiento sustitutivo renal. Así en una revisión de casos<sup>1</sup> la EAR era la causa del 1,9% de los pacientes que iniciaban programa de hemodiálisis en el período comprendido entre 1985-1990 y del 2,7% entre 1991-1995. El aumento de la incidencia se explica por la elevada confluencia de factores de riesgo: tabaquismo, diabetes, hipertensión arterial, mayor longevidad de la población; lo que conlleva asociado una mayor prevalencia de enfermedad ateroesclerótica, mayor número de procedimientos endovasculares tanto diagnósticos como terapéuticos así como la generalización de tratamiento anticoagulante, trombolítico, antiagregante y probablemente también por un mayor interés por parte de los nefrólogos en el diagnóstico de esta enfermedad<sup>2,3</sup>.

Usualmente la forma de presentación suele ser la insuficiencia renal aguda o la agudización de una insuficiencia renal crónica previamente conocida, en pacientes con o sin factores de riesgo asociados, que puede acompañarse de otras manifestaciones clínicas (lesiones cutáneas, manifestaciones neurológicas, cuadro digestivo) que es la expresión del carácter sistémico de la enfermedad aterombólica.

Análiticamente los datos más frecuentes son: la azotemia, microhematuria (33-40%), proteinuria de rango no nefrótico (14-74%), eosinofilia (14-74%), descenso transitorio del factor C3 del complemento (30%)<sup>5</sup>.

Nosotros queremos presentar la experiencia de los casos registrados de enfermedad aterombólica renal en el período de tiempo comprendido entre 1997 y 2001, en los que hemos observado en la mayoría de ellos una elevación moderada de los niveles de creatinfosfoquinasa (CPQ).

Durante el período de tiempo en cuestión se han registrado un total de 10 casos de enfermedad aterombólica renal, todos ellos en varones, con una edad media de 67,7 años. El motivo de ingreso en todos ellos fue la insuficiencia renal aguda. Tres de ellos se habían sometido a manipulación endovascular en el plazo previo de un mes, dos estaban bajo tratamiento con acenocumarol y tres estaban antiagregados.

El diagnóstico de enfermedad aterombólica renal se efectuó en el 60% de los casos por biopsia renal ecodirigida y en el 40% restante mediante la práctica de biopsia cutánea de lesiones sugestivas de ateroesclerosis.

Los datos analíticos mostraban eosinofilia en el 30% de los casos, descenso del factor C3 del complemento en el 20% de los casos mientras que una elevación moderada de la CPQ (rango 350-510 UI/L; valores de normalidad del laboratorio 30-140 UI/L) estaba presente en el 80% de los casos diagnosticados de enfermedad aterombólica renal.

De los 10 pacientes, 7 requirieron iniciar tratamiento sustitutivo renal crónico (6 pacientes hemodiálisis, 1 diálisis peritoneal), 1 paciente recuperó parte de la función, quedando con una insuficiencia renal crónica moderada y dos pacientes fallecieron (un caso de isquemia intestinal y otro de sepsis de foco respiratorio).

La presencia de niveles elevados de CPQ, en el contexto de la enfermedad aterombólica renal es un hallazgo analítico que ya se menciona en la literatura<sup>6</sup>. Los niveles elevados de la CPQ es el resultado de la miositis inducida por la afectación de la microcirculación a nivel de los distintos grupos musculares.

**Correspondencia:** Dr. Manuel Vera Rivera  
Servicio de Nefrología  
Hospital Clínic de Barcelona  
Villarroel, 170  
08036 Barcelona  
E-mail: mvera@clinic.ub.es

En nuestra serie la elevación moderada de los niveles de CPQ es tras los parámetros propios de la insuficiencia renal el hallazgo analítico más frecuente. Esta observación nos permite sugerir que en aquellos casos de insuficiencia renal aguda y elevación moderada de CPQ es preciso contemplar el diagnóstico de enfermedad aterombólica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Kulwant S, Modi and Wesnkateswara K: Atherombolic renal disease. *J Am Soc Nephrol* 12: 1781-1787, 2001.
2. Fine M, Kapoow J, Falanga V: Cholesterol crystal embolization: a review of 221 cases in the english literature. *Angiology* 38: 769-84, 1987.
3. Crosson JT, Modi KS, Vanikar A: Histopathologic evaluation of aterombolic renal disease (AERD). *J Am Soc Nephrol* 8: 534-37, 1997.
4. Scolari F, Tardanico R, Zani R, Pola A, Fabio Viola B, Movili E, Maiorca R: Cholesterol crystal embolism: a recognizable cause of renal disease. *American Journal of Kidney Diseases* 6: 1089-1109, 2000.
5. Kassier J: Atherombolic renal disease. *N Engl J Med* 280: 812-818, 1969.
6. Lye WC, Cheah JS, Sinniah R: Renal cholesterol embolic disease. Case report and review of the literature. *Am J Nephrol* 13: 484-93, 1993.