



CARTAS

Síndrome nefrótico por cambios mínimos previo al desarrollo de una leucemia linfática crónica

J. Ocaña, L. Gómez, M. Sánchez y M. A. Basterrechea

Servicio de Nefrología. Hospital General Universitario de Guadalajara.

Sr. Director:

La asociación entre síndrome nefrótico (SN) y leucemia linfática crónica (LLC) es infrecuente, predominando la glomerulonefritis membranoproliferativa-GnMP- como forma de afectación, si bien se han descrito otras formas¹. En este sentido, presentamos un caso de LLC asociada a una glomerulonefritis por cambios mínimos (GnCM).

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Enferma de 77 años, edemas y ganancia de 6 kilos en un mes sin clínica sistémica. Se objetivó proteinuria nefrótica (11,76 g/24 h) sin microhematuria, con filtrado glomerular estimado de 55 ml/min/1,73 m² (MDRD-4). Asociaba hipoproteinemia (54 g/l), hipalbuminemia (32 g/l), hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia (250 y 320 mg/dl, respectivamente). Con el diagnóstico de SN e insuficiencia renal, y tras descartar razonablemente otras entidades, se planteó biopsia renal.

El estudio anatomopatológico (sin microscopía electrónica) analizó seis glomérulos de localización fundamentalmente medular, que mostraron ligera ampliación mesangial sin proliferación, esclerosis ni hialinosis; con luces capilares patentes, sin engrosamiento capilar ni spikes. Inmunofluorescencia negativa para IgA, IgG, IgM, C3, C4 y fibrinógeno. Estos hallazgos permitieron establecer el diagnóstico de GnCM.

Se inició corticoterapia 1 mg/kg durante 4 semanas, alcanzando remisión completa del SN, con pro-

gresiva pauta descendente hasta completar 10 meses. Paralelamente, aumentó el filtrado glomerular hasta 80 ml/min/1,73 m². Padeció infección por Herpes Zoster metamérico a los 6 meses de tratamiento corticoideo (15 mg/48 h) que se trató con Valaciclovir.

A los 19 meses del inicio del cuadro (tras 9 meses en remisión completa y sin esteroides), sufrió recaída precipitada por una celulitis, con respuesta a corticoterapia a 1 mg/kg y con progresiva pauta descendente, hasta suspensión al sexto mes.

Al tercer mes de este segundo ciclo (recibiendo 30 mg/48 horas de prednisona), comienza con leucocitosis, neutropenia, linfocitosis y manchas de Gumprecht en el frotis. Es remitida a Hematología, alcanzándose el diagnóstico de LLC tipo B estadio A mediante aspirado de médula ósea. Se optó por no tratar. En la actualidad, la paciente es controlada por nefrología y hematología, permaneciendo estable y sin recaídas.

DISCUSIÓN

La conjunción LLC y SN fue descrita hace décadas², habiéndose notificado unos 50 casos. Así, se estima que la frecuencia del SN en esta entidad es 1-2%³. La lesión glomerular más frecuente es la membranoproliferativa, presente en el 45% de los casos, si bien se han descrito otras formas⁴. De ellas, destacan 9 casos de GnCM como entidad renal predominante implicada⁵. El por qué de esta asociación no está bien establecido, postulándose una disfunción en la regulación y actividad en los linfocitos T⁶. En los casos descritos el desarrollo de SN puede ocurrir desde 3 meses antes hasta 17 años después del diagnóstico de la leucemia. No se ha podido estandarizar un tratamiento, sugiriéndose la idoneidad del mismo con distintas pautas sólo en casos agresivos³. Nuestro caso, aún asumiendo la limitación informativa de la biopsia, contribuye a fortalecer la evidencia previamente existente. Concluimos

Correspondencia: Dr. Javier Ocaña Villegas
Hospital General Universitario de Guadalajara
C/ Donantes de Sangre, s/n
19002 Guadalajara (España)
E-mail: npelluch@hotmail.com

J. OCAÑA y cols.

que, si bien la existencia de lesiones glomerulares distintas a la forma membranoproliferativa no son frecuentes, su hipotética presencia justificaría de manera razonable una biopsia renal con implicaciones pronósticas y terapéuticas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Elaine M, Spalding, Sylvia Watkins, Paul Warwicker: Minimal-Change Glomerulonephritis and Chronic Lymphocytic Leukaemia. *Nephron* 88(3): 283-284, 2001.
2. Scott RB: Leukaemia. *Lancet* 8; 272(6980): 1162-7, 1957.
3. Takahashi F, Ogawa Y, Hasebe N, Natori S, Tokusashi Y, Miyokawa N, Kikuchi K. Successful treatment of a patient with nephrotic syndrome associated with chronic lymphocytic leukemia. *Internal Medicine* 39(3): 256-259, 2000.
4. Dabbs DJ, Striker LM, Mignon F, Striker G: Glomerular lesions in lymphomas and leukemias. *Am J Med* 80(1): 63-70, 1986.
5. Alzamora MG, Schmidli M, Hess U, Cathomas R, Von Moos R: Minimal Change glomerulonephritis in chronic lymphocytic leukaemia: pathophysiological and therapeutic aspects. *Onkologie*. 29(4): 153-6, 2006.
6. Mc'Ligeyo SO, Notghi A, Thomson D, Anderton JL. Nephrotic syndrome associated with chronic lymphocytic leukaemia. *Nephrol Dial Transplant* 8: 461-463, 1993.