

Tabla 1. Evolución de los parámetros analíticos a lo largo de un año con la terapia combinada (colchicina + infliximab)

	Pretratamiento ▼	Postratamiento →				
	01/2008	02/2008	03/2008	08/2008	12/2008	02/2009
Cr p (mg/dl)	2	2,5	1,3	1,3	1,3	1,2
Col (mg/dl)	369	378	432	342	246	295
TG (mg/dl)	455	421	352	238	210	224
Alb (g/dl)	1,9	1,6	1,7	2,5	2,6	2,9
CCr (ml/min)	19,7	16	21	19	45	31
Proteinuria orina 24h (g/24 h)	17,22	12,50	12,47	7,35	10,7	7,10

Crp: creatinina plasmática; Col: colesterol; TG: triglicéridos; Alb: albúmina; CCr: aclaramiento de creatinina.

- Metyas S, Arkfeld DG, Forrester DM, Ehresmann GR. Infliximab treatment of Familial Mediterranean Fever and its effect on secondary AA amyloidosis. *J Clin Rheumatol* 2004;10:134-7.
- Ozgoçmen S, Ozçakar L, Ardicoglu O, Kocakoc E, Kaya A, Kiris A. Familial Mediterranean Fever respond well to infliximab: single case experience. *Clin Rheumatol* 2006;25:83-7.

**M. Heras¹, R. Sánchez¹, A. Saiz²,
M.J. Fernández-Reyes¹, A. Molina¹,
F. Álvarez-Ude¹**

¹ Servicio de Nefrología. Hospital General de Segovia. Segovia. ² Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Correspondencia:

Manuel Heras Benito

Servicio de Nefrología.
Hospital General de Segovia. Segovia.
manuhebe@hotmail.com

Enfermedad por anticuerpos antimembrana basal y hematoma de los rectos

Nefrología 2009;29(4):375-376.

Sr. Director:

Presentamos un caso de enfermedad por Ac anti-MBG que, al tratarse con plasmaféresis, presenta un hematoma masivo de los rectos, complicación grave no descrita previamente.

Se trata de una mujer de 57 años que ingresa por dolor lumbar, hematuria, febrícula y síndrome gripal de dos semanas de evolución. Destaca creatinina de 3,5 mg/d, con previa normal y sedimento con hematuria y proteinuria. La ecografía es normal. Los Ac anti-MBG urgentes son positivos a títulos de 1.200 UI/ml con ANCA negativos. La biopsia renal demuestra una glomerulonefritis extracapilar por Ac anti-MBG, con un 85% de semilunas epiteliales en fase celular.

Tratada con metilprednisolona, ciclofosfamida y plasmaféresis (anticoagulación con citrato y reposición inicialmente con albúmina y posteriormente combinada con plasma), persiste deterioro de función renal con creatinina de 8,4 mg/dl y oliguria, iniciándose hemodiálisis sin heparina. A los 13 días presenta dolor en hígastro y fosa ilíaca izquierda tras un episodio de tos. Aparece una masa abdominal y anemia de 4 puntos. El TAC abdominal objetiva un hematoma de la vaina del recto anterior izquierdo (figura 1). Se transfunden tres concentrados. El estudio de coagulación incluyendo factores es normal, excepto Yvy de 10 minutos. Tres días después, nuevo dolor en fosa ilíaca derecha, con íleo paralítico y anemia de 3 puntos. El TAC objetiva un hematoma en ambos músculos rectos anteriores, que se extiende hacia el espacio de Retzius y pelvis (figura 2). Precisa cuatro concentrados de hematíes. Se

consulta con el Servicio de cirugía y radiología intervencionista, decidiendo tratamiento conservador expectante y asociar antibióticos (amoxicilina clavulánico), así como nutrición parental.

Una semana después se resuelve el íleo, pero comienza con disnea súbita con Rx normal. La gammagrafía confirma un tromboembolismo pulmonar múltiple, iniciándose anticoagulación con bomba de heparina con estrecha vigilancia. El hematoma y el tromboembolismo se resolvieron sin secuelas, pero continuó dependiente de hemodiálisis, con títulos de Ac anti-MBG negativos desde la cuarta plasmaféresis.

La enfermedad por Ac anti-MBG es una urgencia médica a descartar en



Figura 1. TAC abdominal: hematoma recto derecho.



Figura 2. TAC abdominal: hematoma recto e izquierdo.

insuficiencia renal rápidamente progresiva mediante test de Ac anti-MBG. El tratamiento precoz, basado en corticoides, ciclofosfamida y plasmaféresis, parece tener un papel importante en la recuperación de la función renal¹⁻³. Sus posibles complicaciones^{2,3} son múltiples. Una de ellas son las alteraciones de la coagulación que se producen por pérdida de factores o uso de anticoagulantes en el procedimiento. Sin embargo, el hematoma masivo de rectos no está descrito previamente asociado a plasmaféresis ni a la enfermedad por Ac anti-MBG^{2,3}. La plasmaféresis es una técnica delicada que debe ser utilizada por profesionales con experiencia y que progresivamente se está incluyendo dentro de las actividades de los nefrólogos⁴. El hematoma de la vaina de los rectos es un proceso infrecuente que puede simular una enfermedad intraabdominal. El principal factor predisponente es la anticoagulación y la tos es el factor precipitante^{5,6}. El diagnóstico se basa en la sospecha clínica y se confirma con TAC^{5,6}. Nuestra paciente, aunque con estudio de coagulación normal, había recibido seis plasmaféresis y nos planteamos como posibles causas la coagulopatía por citrato, déficits de factores de la coagulación y la trombotopatía urémica secundaria a la insuficiencia renal.

El tratamiento del hematoma de los rectos inicialmente es conservador^{5,6}, reservándose la cirugía para cuando existe progresión, infección del hematoma o inestabilidad hemodinámica. Puede considerarse la arteriografía con embolización selectiva. En nuestro caso, el hematoma de los rectos se resolvió totalmente en 40 días, a pesar de precisar anticoagulación por el tromboembolismo pulmonar masivo, y la paciente sobrevivió sin secuelas, estando en la actualidad trasplantada con éxito.

1. Levy JB, Turner AN, Rees AJ, Pusey CD. Long term outcome of antiglomerular basement membrane antibody disease treated with plasma exchange and immunosuppression. *Ann Intern Med* 2001;134:1033.
2. Rahman T, Harper L. Plasmapheresis in nephrology. *Nephrol Hypertens* 2006;15(6):603-9.
3. Yokoyama H, Wada T, Zhang W, Yamaya H, Asaka M. Advances in apheresis therapy for glomerular diseases. *Clin Exp Nephrol* 2007;11(2):122-7.
4. Berns JS, O'Neill WC. Performance of procedures by nephrologists and nephrology fellows at U.S. nephrology training programs. *Clin J Am Soc Nephrol* 2008;3(4):941-7.
5. Linhares MM, Lopes Filho GJ, Bruna PC, Ricca AB, Sato NY, Sacalabrini M. Spontaneous hematoma of the rectus abdominis sheath: a review of 177 cases with report of 7 personal cases. *Int Surg* 1999;84(3):251-7.
6. Berná JD, Zuazu I, Madrigal M. Conservative treatment of large rectus sheath hematoma in patients undergoing anticoagulant therapy. *Abdom Imaging* 2000;25(3):230-4.

A. Pérez de José, C. Bernis, Y. Hernández, K. Furaz, J.A. Sánchez Tomero

Servicio de Nefrología.
Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

Correspondencia:

Ana Pérez de José
Servicio de Nefrología.
Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.
anamadrid2003@hotmail.com

Masas múltiples como presentación de enfermedad de Wegener

Nefrología 2009;29(4):376-377.

Sr. Director:

La granulomatosis de Wegener (GW) es una vasculitis sistémica que afecta a los vasos de pequeño y medio calibre, y que compromete el tracto respiratorio superior e inferior, así como los riñones¹. Aunque es inusual, las vasculitis sistémicas pueden presentarse como lesiones que semejan tumores, lo que inicialmente puede demorar el diagnóstico y el tratamiento^{2,3}. Mostramos el primer caso descrito en la literatura de GW, que se presenta con múltiples masas en sitios diferentes.

Mujer de 37 años que se presentó con pérdida de peso, febrícula, fatiga y sudoración nocturna de seis meses de duración. El examen físico reveló masa palpable supraclavicular derecha y en la pared abdominal a nivel de hipogastrio, siendo el resto del examen normal. El laboratorio mostró un hematocrito del 23%, velocidad de eritrosedimentación globular (VSG) de 120 mm en una hora (normal <20), sin microhematuria o insuficiencia renal. La radiografía de tórax mostró una masa apical izquierda que en la TAC midió 6 por 5 cm con necrosis central, sin cavitación ni adenopatías hiliares o mediastinales. Los anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA C) fueron positivos en altos títulos (810 AU, normal <10) y el enzoinmunoensayo (ELISA) reveló especificidad para el antígeno proteinasa 3. La biopsia quirúrgica de la masa supraclavicular derecha mostró una inflamación granulomatosa necrotizante. Se realizó una fibrobroncoscopia con lavado bronquioloalveolar que resultó negativo para células neoplásicas e infección; la biopsia transbronquial mostró vasculitis necrotizante. La PPD y los cultivos fueron negativos. En base a lo expuesto previamente, se realizó el diagnóstico de GW. El tratamiento con ciclofosfamida 150 mg/día y prednisona 60 mg/día mejoró todas las manifes-