

5. Liberek T, Chmielewski M, Lichodziejewska-Niemierko M, Lewandowski K, Rutkowski B. Transmigration of blood leukocytes into the peritoneal cavity is related to the upregulation of ICAM-1(CD54) and MAC-1 (CD11b/CD18) adhesion molecules. *Perit Dial Int* 2004;24(2):139-46.

José J. Ribés-Cruz¹, Miguel González-Rico¹, Isabel Juan-García¹,

M. Jesús Puchades-Montesa¹,

Isidro Torregrosa-Maicas², Carmela Ramos-Tomás²,

Miguel A. Solís-Salguero²,

Patricia Tomás-Simó²,

Sandra Tejedor-Alonso¹,

Patricia Zambrano-Esteves¹,

Alfonso Miguel-Carrasco³

¹ Unidad de Diálisis Peritoneal.

Servicio de Nefrología.

Hospital Clínico Universitario de Valencia.

² Servicio de Nefrología Clínica. Hospital Clínico Universitario de Valencia.

³ Jefe del Servicio de Nefrología. Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Correspondencia: José J. Ribés Cruz

Unidad de Diálisis Peritoneal. Servicio de Nefrología. Hospital Clínico Universitario de Valencia.

joseribesacruz@gmail.com

Dermatosis perforante adquirida en pacientes con insuficiencia renal crónica. Presentación de dos casos y revisión de la literatura

Nefrología 2014;34(1):131-2

doi:10.3265/Nefrologia.pre2013.Sep.12270

Sr. Director:

La dermatosis perforante adquirida (DPA) es un trastorno perforante cutáneo poco común. Se caracteriza por la presencia de pápulas y nódulos hiperqueratósicos, e histológicamente por eliminación transepidérmica de varias sustancias tales como queratina, colágeno y fibras elásticas. Fue descrita inicialmente por Mehregan en 1967. Existen dos vertientes: hereditaria y adquirida, esta última relacionada gene-

ralmente con diabetes mellitus (DM) e insuficiencia renal crónica (IRC)¹.

En la literatura también encontramos otros casos asociados a neoplasias^{2,3}, hepatopatías y trastornos endocrinos⁴, sida⁵, tuberculosis⁶, etc.

Existen cuatro formas de manifestación clásicas de DPA desde el punto de vista clínico e histológico: elastosis perforante serpiginosa, colagenosis perforante reactiva, foliculitis perforante y enfermedad de Kyrle.

Respecto a la población con IRC en tratamiento sustitutivo renal, los únicos estudios al respecto datan de 1982⁷ en población americana (Estados Unidos) con una prevalencia de 4,5-10 % en pacientes en hemodiálisis, y de 1996⁸, en población del Reino Unido con una prevalencia del 11 %. Únicamente se han descrito hasta el momento pacientes en hemodiálisis, no en diálisis peritoneal.

Respecto al manejo de esta entidad, se han intentado múltiples tratamientos con resultado variable: esteroides tópicos y sistémicos, retinoides tópicos y sistémicos, vitamina A, fototerapia, metotrexate y crioterapia. En los últimos tiempos se plantea el tratamiento con alopurinol por su efecto antioxidante: al inhibir la xantina oxidasa, reduce la producción de radicales libres de oxígeno y con ello el daño del colágeno^{9,10}.

Nosotros presentamos dos casos de nuestra unidad, el primero de ellos en

diálisis peritoneal y el segundo en hemodiálisis.

CASO 1

Mujer de 39 años con antecedentes de artritis crónica juvenil desde los 16 años, muy invalidante, no diabética, portadora de prótesis de cadera bilateral por necrosis avascular de cabeza femoral secundaria a tratamiento prolongado con esteroides, insuficiencia mitral de origen reumático y enfermedad renal crónica en programa de diálisis peritoneal. Consulta por lesiones en plantas de los pies, región pretibial (figura 1) y nalgas, exofíticas, hiperqueratósicas. Se remite a dermatología y se realiza biopsia de las lesiones, con diagnóstico de colagenosis perforante reactiva. Tras revisar la literatura, se inicia tratamiento con alopurinol con mejoría significativa de las lesiones al mes y desaparición del prurito.

CASO 2

Varón de 50 años, IRC terminal secundaria a nefropatía diabética en tratamiento sustitutivo renal con hemodiálisis, cardiopatía isquémica crónica, miocardiopatía dilatada de origen isquémico, retinopatía diabética, accidente vascular cerebral hace años; ingresa en servicio de medicina interna por episodio de cetoacidosis diabética. Durante el ingreso se detectan múltiples lesiones maculopapulosas, eritematosas, con zona descamativa hiperqueratósica central, de distribución universal (figura 2). Se consulta con servicio de dermatología, se realiza biopsia cutánea de las



Figura 1. Lesión pretibial.



Figura 2. Lesiones de distribución universal, de carácter hiperqueratósico y eritematosas.

lesiones y se diagnostica de enfermedad de Kyrle.

DISCUSIÓN

Los trastornos perforantes de la piel se caracterizan por la eliminación transepidermica de algunos componentes de la dermis y clásicamente se han clasificado en cuatro tipos: elastosis perforante serpinginosa, colagenosis perforante reactiva, foliculitis perforante y enfermedad de Kyrle.

Estos cuatro trastornos se han descrito en pacientes con IRC, DM o ambas. Las lesiones de DPA asociada a IRC o DM suelen ser de 2-10 mm, hiperqueratósicas, a menudo pápulas umbilicadas por lo general en las extremidades, especialmente en las piernas. Las lesiones suelen ser muy pruriginosas, con fenómeno de Koebner positivo con el rascado. En los casos que presentamos predominaban las lesiones en los miembros inferiores y en ambos casos el prurito era el síntoma principal. Es excepcional la presencia de lesiones en la cara, las manos y los pies. En el segundo caso que describimos presentaba importantes lesiones en ambos pies.

La DPA también ha sido presentada en otros casos de IRC no debida a DM, incluyendo nefropatías obstructivas, nefroangiosclerosis hipertensiva, sida, etc. Esto sugiere que los cambios cutáneos propios de la IRC pueden jugar un papel desencadenante en el desarrollo de la DPA. Microdepósitos de sustancias tales como sales cálcicas pueden promover una reacción inflamatoria local, así como degradación del tejido conectivo. De hecho, se han observado depósitos de microcristales en la parte superior de la dermis en estudios ultraestructurales realizados en pacientes con DPA.

Para concluir, se trata de una patología relativamente frecuente en las unidades de diálisis (la prevalencia oscila entre 4-10 %). No siempre es diagnosticada y en ocasiones es invalidante por el prurito que produce. Su etiopatogenia es desconocida, aunque podría verse influida por el trauma provocado por el propio prurito.

En cualquier caso, es una entidad poco conocida, por lo que son necesarios nuevos estudios con el fin de definir mejor esta alteración del colágeno.

Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen conflictos de interés potenciales relacionados con los contenidos de este artículo.

1. Rapini RP. Perforating disorders. In: Arndt KA, Le Boit PE, Robinson JK, Wintroub BU, eds. Cutaneous medicine and surgery. 1st ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1996. pp. 407-11.
2. Pedragosa R, Knobel HJ, Hugué P, Oristrell J, Valdés M, Bosch JA. Reactive perforating collagenosis in Hodgkin's disease. *Am J Dermatopathol* 1987;9:41-4.
3. Henry JC, Jorizzo JL, Apisarthananarax P. Reactive perforating collagenosis in the setting of prurigo nodularis. *Int J Dermatol* 1983;22:386-7.
4. Faver IR, Daoud MS, Su WP. Acquired reactive perforating collagenosis. Report of six cases and review of the literature. *J Am Acad Dermatol* 1994;30:575-80.
5. Bank DE, Cohen PR, Kohn SR. Reactive perforating collagenosis in a setting of double disaster: acquired immunodeficiency syndrome and end stage renal disease. *J Am Acad Dermatol* 1989;21:371-4.
6. Zelger B, Hintner H, Auböck J, Fritsch PO. Acquired perforating dermatosis: trans-epidermal elimination of DNA material: a possible role of leukocytes in pathogenesis. *Arch Dermatol* 1991;127:695-700.
7. Hood AF, Hardegen GL, Zarate AR, Nigra TP, Gelfand MC. Kyrle's disease in patients with chronic renal failure. *Arch Dermatol* 1982;118:85-8.
8. Morton CA, Henderson IS, Jones MC, Lowe JG. Acquired perforating dermatosis in a British dialysis population. *Br J Dermatol* 1996;135:671-7.
9. Kawakami T, Saito R. Acquired reactive perforating collagenosis associated with diabetes mellitus: eight cases that meet Faver's criteria. *Br J Dermatol* 1999;140:521-4.
10. Haftek M, Euvrard S, Kanitakis J, Delawari E, Schmitt D. Acquired perforating dermatosis of diabetes mellitus and renal failure: Further structural clues to its pathogenesis. *J Cutan Pathol* 1993;20:350-5.

José M. Graña¹, Llanos Lorente², Carmen Ortega³, Yolanda Blanco¹, María Aparicio¹, Franz Fernández¹, Esther Bea¹, Belén Alemany¹, Miguel Candel¹

¹ Servicio de Nefrología. Hospital Universitario de la Ribera. Alzira, Valencia.

² Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de la Ribera. Alzira, Valencia.

³ Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de la Ribera. Alzira, Valencia.

Correspondencia: José M. Graña
Servicio de Nefrología.

Hospital Universitario de la Ribera.
Ctra de Corbera Km 1. 46600 Alzira,
Valencia.

jografa22@gmail.com

Tratamiento de la infección por virus de la hepatitis C en hemodiálisis

Nefrología 2014;34(1):132-3

doi:10.3265/Nefrologia.pre2013.Sep.12268

Sr. Director:

La hepatitis crónica por virus de la hepatitis C (VHC) en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) reduce la supervivencia en hemodiálisis, trasplante renal y la supervivencia del injerto; además empeora la enfermedad hepática, incrementando la frecuencia de hepatitis colestásica fibrosante y acelerando la evolución a cirrosis^{1,2}, especialmente en pacientes trasplantados renales o con carcinoma hepatocelular³.

Presentamos el caso de una mujer de 67 años, 41,5 kg de peso seco, con antecedentes personales de IRC secundaria a síndrome de Alport. La paciente se somete a trasplante renal de cadáver en mayo de 1995 tras recibir diálisis peritoneal durante un año. Inicialmente muestra rechazo agudo vascular sin respuesta a corticoides y es tratada con muromumab (OKT3), manteniendo niveles estables de creatinina. Posteriormente presenta nefropatía crónica del injerto con anticuerpos anti-HLA-2 elevados, potenciándose la inmunosupresión con prednisona, micofenolato y tacrolimus.