

# REUMATOLOGÍA BÁSICA

## Caso clínico N° 6

Hombre de 48 años, obeso, sin otros antecedentes mórbidos. Consulta por cuadro de 10 días de evolución de compromiso del estado general, sensación febril, artralgias simétricas y dolor en manos y pies con cambios de coloración en dedos y ortijos. También refiere intensa sensación parestésica, especialmente en piernas y pies de predominio derecho. Orina normalmente. Al examen, algo polipneico y subfebril, T° 37,6° c. Se aprecia en algunos dedos y ortijos cianosis, lesiones petequiales y uñas con estrías equimóticas (Figura 1).



Figura 1.

Examen pulmonar normal. Corazón RR2TSS. Examen neurológico, con disminución de fuerzas en pierna derecha y reflejos osteotendíneos disminuidos. Laboratorio: Hcto 36,1% GB 18.000 mm<sup>3</sup>, Plaquetas 386.000 mm<sup>3</sup>. VHS 87 mm/hr, PCR 5 mg/dl, creatinina 2.1 mg/dl, ANA 1/80, aDNA pendiente, C3 110, C4 20, anti PR3 60 UI, anti-MPO -, cANCA + (IFI), FR negativo. Orina con proteinuria ++, GR 10-20 y 2-3 cilindros hemáticos. Rx de tórax: imágenes tenues de condensación, bilaterales, sin cavitación. Se solicita biopsia renal y se inicia terapia con MP en bolos de 1gr/día por 3 días. Posteriormente prednisona 60mg/día y ciclofosfamida 1gr EV.

**Con estos antecedentes clínicos ¿Qué resultado esperarías encontrar en la biopsia renal?**

- A. Glomerulonefritis proliferativa difusa con abundantes inmuno depósitos de C3, C1q e IgG.**
- B. Glomerulonefritis crescentérica sin depósitos inmunes.**
- C. Glomerulonefritis crescentérica con depósitos inmunes lineales.**
- D. Glomerulonefritis membrano proliferativa con inmuno depósitos difusos capilares de IgM.**

## Comentario del Caso Clínico de Reumatología Básica

### Respuesta Correcta: B

El cuadro clínico y de laboratorio de este paciente apunta a una Vasculitis por ANCA, probablemente una Granulomatosis con poliangeitis. Tiene múltiples compromisos: Artralgias, vasculitis (isquemia) digital, compromiso renal con alteración de la función, compromiso neurológico periférico; y alteraciones de laboratorio compatibles: Anemización, leucocitosis, VHS y PCR elevadas, creatinina alta, ANCA PR3 positivo y ANCAc + por IFI. La Rx de tórax podría estar reflejando un compromiso inicial pulmonar (exudados bilaterales). Con estos antecedentes está indicado el inicio pronto de terapia inmunosupresora, sin necesidad de esperar el resultado de biopsia renal. El resultado más probable, si se realiza una biopsia renal es la presencia de una GN sin depósitos o con escasos depósitos a la inmunofluorescencia (pauci-inmune) cuya histología puede variar desde una GN focal y segmentaria hasta una GN difusa necrotizante crescentérica, en los casos más graves<sup>1</sup>.

La glomerulonefritis proliferativa difusa con depósitos IgG, C3, C1q a la inmunofluorescencia (full house) (Respuesta A) se ve en el Lupus Eritematoso Sistémico, que podría dar un cuadro clínico similar, pero tiene un laboratorio diferente (citopenias, DNA +, C3 bajo, ANCA -)<sup>2</sup>.

La GN crescentérica con depósitos lineales (Respuesta C) a lo largo del capilar glomerular y ocasionalmente en túbulos (IgG, raramente IgA o IgM); se observa en

la Enfermedad por Anticuerpos anti Membrana basal (*Goodpasture*), en esta enfermedad no se presenta vasculitis sistémica (piel, nervio periférico) aunque puede tener compromiso pulmonar (exudados pulmonares como manifestación de hemorragia alveolar) y compromiso renal rápidamente progresivo, como en este paciente<sup>3</sup>.

La GN membranoproliferativa con engrosamiento de la membrana basal y proliferación celular, con depósitos inmunes de IgM, (Respuesta D) se ve en la Vasculitis por Crioglobulinemias. Ella puede tener un cuadro similar al de este paciente, pero presentan FR + y crioglobulinemia +<sup>4</sup>.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hauer HA, Bajema IM, van Houwelingen HC, Ferrario F, Noël LH, Waldherr R, Jayne DR, Rasmussen N, Bruijn JA, Hagen EC, European Vasculitis Study Group (EUVAS). Renal histology in ANCA/associated vasculitis: differences between diagnostic and serologic subgroups. *Kidney Int.* 2002;61(1):80.
2. Weening JJ, D'Agati VD, Schwartz MM, *et al.* The classification of glomerulonephritis in systemic lupus erythematosus revisited. *J Am Soc Nephrol.* 2004;15(2):241.
3. Borza DB, Chedid MF, Colon S, Lager DJ, Leung N, Fervenza FC. Recurrent Goodpasture's disease secondary to a monoclonal IgA1-kappa antibody autoreactive with the alpha1/alpha2 chains of type IV collagen. *Am J Kidney Dis.* 2005;45(2):397.
4. D'Amico G, Colasanti G, Ferrario F, Sinico RA. Renal involvement in essential mixed cryoglobulinemia. *Kidney Int.* 1989;35(4):1004.

### Autores:

SOFÍA PACHECO\*, DENNISE SEPÚLVEDA\*\*, LUIS RAMIREZ\*\*, DANIEL PACHECO.

Unidad de Reumatología HCSBA. Campus Centro. Universidad de Chile.  
Becado Medicina Interna\*.  
Becado Reumatología\*\*

Correspondencia a Editores  
**Revista Chilena de Reumatología**  
actualmed@actualmed.cl  
asunto: Reumatología Básica