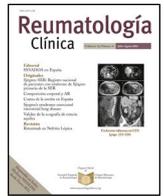




Sociedad Española
de Reumatología -
Colegio Mexicano
de Reumatología

Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



Reumatología Clínica en imágenes

Nefrocalcinosis en una paciente con artritis reumatoide y síndrome de Sjögren secundario

Nephrocalcinosis in a patient with rheumatoid arthritis and secondary Sjögren's syndrome

Luis María Jiménez Liñán*, Sergio Antonio Rodríguez Montero y José Luis Marengo de la Fuente

Unidad de Gestión Clínica de Reumatología, Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme, Sevilla, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 13 de diciembre de 2016

Aceptado el 11 de febrero de 2017

On-line el 27 de marzo de 2017

Presentación del caso

Mujer de 48 años diagnosticada en el año 2008 de artritis reumatoide con factor reumatoide (FR) positivo y anticuerpos antipéptido cíclico citrulinado (anti-PCC) negativos, cumpliendo criterios de clasificación ACR de 1987 (rigidez matutina mayor de 1 h, artritis simétrica de ambos carpos y de 2.^a a 4.^a interfalángicas proximales bilaterales, FR positivo y erosiones radiológicas en carpos). Asimismo, reunía 4 de 6 criterios de clasificación del consenso americano-europeo (AECC) de 2002 para síndrome de Sjögren (xerostomía, xeroftalmia, test de Schirmer 4 mm y anticuerpos anti-Ro/SSA 52 y 60 y anti-La/SSB positivos), junto con hipergammaglobulinemia e infiltración de las glándulas parótidas visualizada en el TAC. Hay que destacar, entre sus antecedentes, cólicos renales de repetición hace más de 10 años, siendo valorada por urología, decidiéndose actitud expectante. Se encuentra actualmente en tratamiento con prednisona, sulfasalazina, metotrexato y ciclosporina oftálmica, habiendo realizado previamente 3 ciclos completos de rituximab de 1 g por poliartritis persistente.

Presenta, como hallazgo casual radiográfico, calcificaciones renales bilaterales en la radiografía de abdomen (fig. 1). A nivel analítico, la creatinina y la urea son normales (CKD-EPI 100,7 ml/min), no existen alteraciones en el equilibrio ácido-base ni hidroelectrolíticas, no presenta proteinuria y la calciuria es normal en la orina de 24 h (90 mg/24 h), así como la fosfatúria. El pH se encuentra discretamente alcalino (6,5) y presenta una insuficiencia de vitamina D (36,8 nmol/l) con los niveles de paratirina normales.

Diagnóstico y evolución

Dado los hallazgos radiológicos, la paciente es diagnosticada de nefrocalcinosis en el contexto del SS, a pesar de no presentar alteraciones clínicas ni analíticas de nefropatía ni alteraciones en el metabolismo fosfocálcico. Se decide seguimiento estrecho de la función renal con controles analíticos periódicos.

Discusión

La nefrocalcinosis se caracteriza por la calcificación del parénquima renal. Puede estar causada por numerosas entidades como el hiperparatiroidismo, la nefropatía hipercalcémica por exceso de vitamina D, la enfermedad de Cacchi-Ricci (espongiosis medular) o la acidosis tubular renal distal (ATRD) o tipo 1, entre otras¹.

En el SS, en concreto se puede encontrar afectada la función renal en torno al 5% de los casos. Una de las posibles causas de afectación renal es la ATRD. Esta da lugar a una alcalosis urinaria (pH > 5,5), hipostenuria, hipercalciuria, hiperfosfatúria e hipocitratúria, con o sin acidosis metabólica y, en algunos casos, hipopotasemia^{2,3}. Aquellos pacientes con sospecha de ATRD que no cumplan criterios analíticos se les puede realizar el test de sobrecarga ácida con cloruro de amonio para demostrar la incapacidad del riñón de acidificar la orina (pH < 5,5)⁴.

El tratamiento consiste, en caso de desarrollar alteraciones hidroelectrolíticas y del equilibrio ácido-base, en administrar suplementos de bicarbonato y citrato potásico para alcalinizar el medio y recuperar las pérdidas, así como el tratamiento de base con glucocorticoides e inmunosupresores^{1,5,6}. Hay que destacar que el curso de las nefrolitiasis es independiente del de la nefrocalcinosis y que un tratamiento incorrecto de la acidosis metabólica puede provocar la progresión de la nefrocalcinosis⁷.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lujimlin@gmail.com (L.M. Jiménez Liñán).

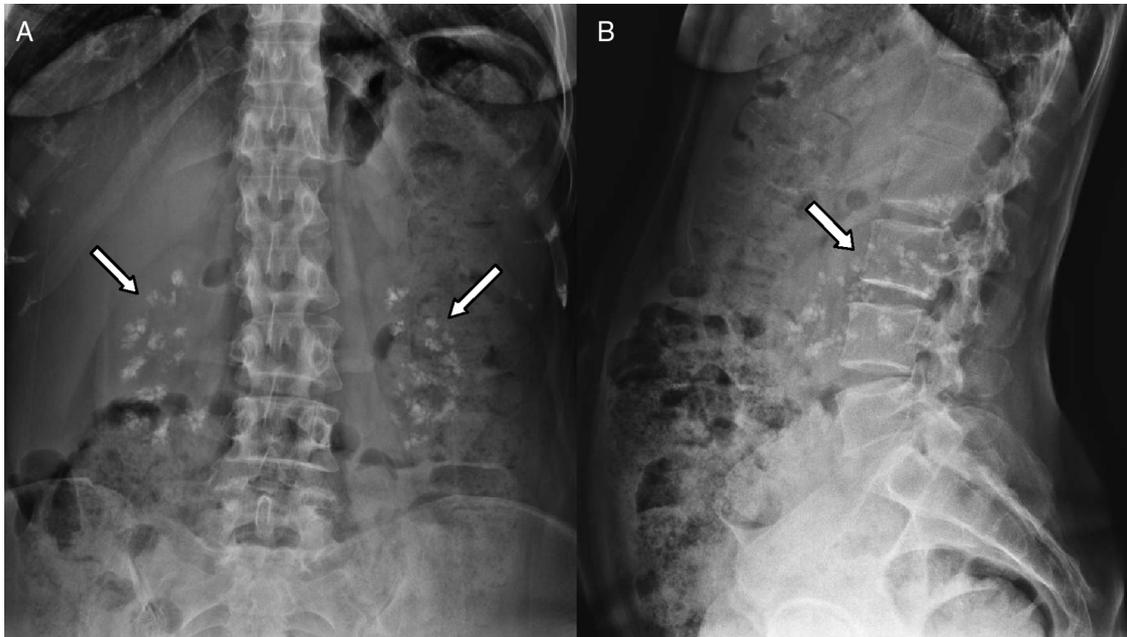


Figura 1. A) Radiografía anteroposterior del abdomen. Se observan imágenes radiopacas de densidad calcio que engloban a ambas siluetas renales (flechas blancas). B) Radiografía lateral del abdomen donde se muestran dichas calcificaciones, desde las vértebras L2 a L4 (flecha blanca).

Sería, por tanto, conveniente realizar un cribado inicial en pacientes con SS a fin de detectar una posible nefropatía. Se recomienda solicitar un estudio de iones en sangre y del metabolismo fosfocálcico, una orina de 24 h, para valorar el pH, la proteinuria y la excreción de iones, un estudio inmunológico y serológico, así como pruebas de imagen⁷.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Lazaro E, Étienne G, Mercié P, Longy-Boursier M. Nephrocalcinosis: Initial manifestation of primary Sjögren's syndrome. *Rev Med Interne*. 2003;24:745–7.
2. Piccoli GB, de Pascale A, Porpiglia F, Veltri A. Quiz page december 2011: An unusual cause of renal colic. *Am J Kidney Dis*. 2011;58:25–7.
3. Polanco NA, Soto-Abraham MV, Rodríguez-Castellanos FE. Nephrocalcinosis and distal renal tubular acidosis in Sjögren's syndrome. *Nefrología*. 2013;33:860–1.
4. Ren H, Wang WM, Chen XN, Zhang W, Pan XX, Wang XL, et al. Renal involvement and followup of 130 patients with primary Sjögren's syndrome. *J Rheumatol*. 2008;35:278–84.
5. Rajput R, Sehgal A, Jain D, Sen R, Saini O. Nephrocalcinosis: A rare presenting manifestation of primary Sjögren's syndrome. *Mod Rheumatol*. 2012;22:479–82.
6. Zanuto AC, Bueno T, Delfino VD, Mocelin AJ. Nephrocalcinosis in a patient with Sjögren's syndrome/systemic lupus erythematosus. *Rev Assoc Med Bras*. 2012;58:279–80.
7. Evans R, Zdebek A, Ciurtin C, Walsh SB. Renal involvement in primary Sjögren's syndrome. *Rheumatology (Oxford)*. 2015;54:1541–8.