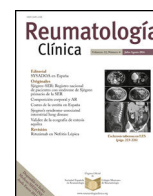




Sociedad Española
de Reumatología -
Colegio Mexicano
de Reumatología

Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



Carta al Editor

Crisis renal esclerodérmica: la experiencia de un hospital de tercer nivel



Scleroderma Renal Crisis: the Experience of a Third-Level Hospital

Sr. Editor:

La esclerodermia (esclerosis sistémica [ES]) es una enfermedad sistémica de carácter autoinmune con depósito excesivo de colágeno, lesión vascular, inflamación, fibrosis de piel y diferentes órganos internos¹⁻³.

La afectación renal más grave es la crisis renal esclerodérmica (CRE), complicación poco frecuente con una prevalencia del 4-6%: 7-9% ES difusa y 0,5-0,6% en la forma limitada⁴.

En la CRE hay hipertensión arterial acelerada de nueva aparición, insuficiencia renal oligúrica de rápida progresión en el contexto de la ES. Entre el 11-14%, son normotensivos^{2,3,5,6}.

Presentamos una serie de 5 casos de CRE, atendidos en nuestro hospital, se describen las principales características clínicas, perfil inmunológico y evolución.

Se identifica 5 casos, de un total de 150 pacientes diagnosticados de ES en el Hospital Universitario Central de Asturias desde el año 2000 hasta el año 2017. Sus características se recogen en la [tabla 1](#).

Tabla 1

Características y evolución de los 5 pacientes con crisis renal esclerodérmica

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5
Edad	59	47	53	60	78
Sexo	Mujer	Mujer	Varón	Mujer	Mujer
Tiempo desde el diagnóstico (meses)	48	0	4	0	0
Tipo de esclerodermia	Difusa	Difusa	Difusa	Sine esclerodermia	Difusa
Manifestaciones clínicas					
EPID	Sí	Sí	Sí	No	Sí
HTA previa	Sí	No	No	No	No
Tratamiento anti-hipertensivo previo	IECA	—	—	—	—
HTA al inicio	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Raynaud	Sí	No	No	Sí	Sí
HTAP	Sí	Sí	No	No	Sí
ICI	Sí	No	Sí	Sí	Sí
Perfil inmunológico					
ANA/	1/1.280	1/320	1/2.560	1/2.560	1/1.280
Patrón	Homogéneo	Moteado	Homogéneo + nucleolar	Centrómero	Homogéneo
Anti-Scl-70	+	—	+	—	+
Anticentrómero	—	+	—	+	—
Evolución					
FGE/ERC	FGE 20	FGE 63	FGE < 15	FGE 17	FGE < 15
Hemodiálisis	No	No	Sí	No	Sí
Pronóstico	Exitus	ERC	Exitus	ERC	ERC
Posibles precipitantes	No determinado	No determinado	No determinado	No determinado	Prednisona: > 7,5 mg

ANA: anticuerpos antinucleares; EPID: enfermedad pulmonar intersticial difusa; ERC: enfermedad renal crónica; FGE: filtrado glomerular estimado; HTA: hipertensión arterial; HTAP: hipertensión pulmonar; ICI: insuficiencia cardíaca izquierda; IECA: inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina; Scl-70: anticuerpos anti-topoisomerasa.

El diagnóstico de CRE se realizó siguiendo los criterios propuestos por Penn et al. en 2007.

La determinación de anticuerpos antinucleares (ANA), anti-topoisomerasa (Scl-70) y anticentrómero fueron realizados mediante inmunofluorescencia.

De los 5 casos: 4 ES difusas, una ES sine esclerodermia. El 80% fueron mujeres, con una mediana de edad de 59 años. En 3 pacientes el diagnóstico de ES se estableció con el inicio de CRE y en 2 de ellos el tiempo transcurrido entre las primeras manifestaciones de ES y el diagnóstico de CRE fue de 3 y 48 meses, respectivamente. En un caso las cifras de PA fueron normales, los demás presentaron hipertensión acelerada. El 100% cursó con insuficiencia renal. En el estudio inmunológico, los ANA fueron positivos en los 5 pacientes. Los Scl-70 fueron positivos en 3 pacientes y en 2 el anticentrómero fue positivo.

Un caso requirió de biopsia renal diagnóstica. El 40% precisó de hemodiálisis; 2 fallecieron. Durante la CRE todos recibieron tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA).

La CRE es una complicación potencialmente mortal, con una prevalencia del 3,3% en nuestro hospital, más frecuente al inicio de las formas difusas, pudiendo presentarse en el momento del diagnóstico, como ocurre en 3 pacientes de nuestra serie donde la CRE ha sido diagnóstica de ES.

Se describen los factores de riesgo que predicen la CRE: anemia, afectación cardiaca reciente, anticuerpos anti-ARN polimerasa III y uso de corticoides (> 15–20 mg/día)^{1,2,5}. En la mayoría de nuestros pacientes no se identificó un posible desencadenante, uno de nuestros pacientes estaba en tratamiento con corticoides a dosis superiores a 7,5 mg/día.

No existen datos que demuestren que los factores preexistentes: hipertensión, proteinuria, creatinina elevada, anti Scl-70, Ac-anticentrómero o alteraciones histológicas renales previas, estén asociados con mayor frecuencia a desarrollo de la CRE².

La morbimortalidad por la CRE es elevada y de difícil manejo, siendo una urgencia médica, enfocado inicialmente en el control de la PA. Los IECA son fármacos de elección, incluso en aquellos con insuficiencia renal, existiendo controversia en su uso profiláctico, el tratamiento previo con IECA antes del diagnóstico de la CRE puede enmascarar su presentación⁷.

La doble terapia: IECA e inhibidor de la endotelina (bosentan), se ha utilizado en una serie de 6 pacientes, a seguimiento durante 5 meses, con mejoría del filtrado glomerular, sin cambios en la mortalidad, y sin estudios que avalen su seguridad⁷. En un 60% van a requerir terapia renal sustitutiva^{2,6}.

Ante un cuadro de hipertensión acelerada con fallo renal oligúrico acompañado en alguna ocasión por microangiopatía trombótica de causa no explicada y afectación cardiológica (pericarditis, bloqueo cardiaco) debemos dirigir nuestras investigaciones al diagnóstico de una ES, habitualmente en su forma difusa, pues la CRE es una complicación tratable si se identifica en forma temprana.

Bibliografía

1. Roda-Safont A, Simeón-Aznar CP, Fonollosa-Plà V, Segarra-Medrano A, Vilardell-Tarrés M. Características clínicas y pronóstico de los pacientes con crisis renal esclerodérmica. *Med Clin*. 2011;137:431–4.

2. Guillevin L, Mouthon L. Scleroderma renal crisis. *Rheum Dis Clin North Am*. 2015;41:475–88.
3. Woodworth T, Suliman Y, Furst E, Clements P. Scleroderma renal crisis and renal involvement in systemic sclerosis. *Nat Rev Nephrol*. 2016;12.
4. Turk M, Pope JE. The Frequency of Scleroderma Renal Crisis over Time: A Meta-analysis. *J Rheumatol*. 2016;43:1–5.
5. Stern EP, Steen VD, Denton CP. Management of Renal Involvement in Scleroderma. *Curr Treat Options in Rheum*. 2015;1:106–18. <http://dx.doi.org/10.1007/s40674-014-0004-1>.
6. Lynch BM, Stern EP, Ong V, Harber M, Burns A, Denton CP, UK Scleroderma Study Group (UKSSG) guidelines on the diagnosis and management of scleroderma renal crisis. *Clin Exp Rheumatol*. 2016;34 Suppl 100:106–9.
7. Teixeira L, Mouthon L, Mahr A, Berezne A, Agard C, Mehrenberger M, et al. Group Français de Recherche sur le Sclérodemie (GFRS). Mortality and risk factors of scleroderma renal crisis: A French retrospective study of 50 patients. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2008;67:110–6.

Ana C. Andrade López^{a,*}, José Joaquín Bande Fernández^a, Dolores Colunga Argüelles^b y Ricardo Gómez de la Torre^b

^a Servicio de Nefrología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

^b Servicio de Medicina Interna, Unidad de Enfermedades Sistémicas Autoinmunes, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cris_anlo@hotmail.com (A.C. Andrade López).

<https://doi.org/10.1016/j.reuma.2018.04.005>

1699-258X/ © 2018 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. Todos los derechos reservados.

Preferencias en la vía de administración del tratamiento de pacientes con artritis reumatoide



Rheumatoid Arthritis Patient Preferences for the Treatment Administration Route

Sr. Editor:

El tratamiento de la artritis reumatoide (AR) en los últimos 20 años ha avanzado mucho con la incorporación de las terapias biológicas al arsenal terapéutico del que disponía el reumatólogo. Los tratamientos biológicos iniciales intravenosos (IV) dieron paso a un amplio número de fármacos subcutáneos (SC), y en los últimos años nuevos fármacos no biológicos de posología oral han salido al mercado. Hasta el momento el paciente tenía poco que opinar en relación con la vía de administración ideal, pero eso ha cambiado recientemente^{1–3}. La opinión de los pacientes es cada vez más importante en la elección no solo del mecanismo de acción de un biológico, sino también de la forma de administrarlo⁴.

Para conocer la opinión actual de una muestra de pacientes con artritis reumatoide (AR) seguidos en nuestro centro, se seleccionó durante 2 semanas a todos los pacientes. Se seleccionó a todos los pacientes con AR que acudieron al servicio de reumatología de forma consecutiva. A cada paciente se le realizaron 3 preguntas por parte de enfermería (hospital de día y unidad de terapias biológicas) o de su reumatólogo habitual (consultas externas). Se recogió además, la vía de administración del tratamiento actual de cada paciente, formando los grupos de pacientes con vía oral (solo tratamiento oral), vía subcutánea (tratamiento subcutáneo con o

sin tratamiento oral) y tratamiento intravenoso (con o sin tratamiento oral). La primera pregunta fue: ¿Cuál es para usted la vía de administración ideal de un tratamiento para la AR?; la segunda: ¿Por qué razón elegiría usted esa vía de administración?; y, por último, ¿Había hablado de la vía de administración con su reumatólogo responsable en algún momento? Las opciones de respuestas que podían dar los pacientes para la primera pregunta eran 3, vía de administración oral, subcutánea o intravenosa, y para la tercera pregunta eran 2, sí o no. La segunda pregunta permitía una respuesta abierta que se resumió en las opciones recogidas en la [tabla 1](#). Aquellos pacientes que ya habían respondido a las preguntas en el hospital de día o la unidad funcional de biológicos se excluyeron cuando eran vistos en consultas externas.

Las respuestas globales de los pacientes se presentan en la [tabla 1](#). Los pacientes con tratamiento oral recibían metotrexato (7 pacientes), leflunomida (4 pacientes) y azatioprina (un paciente); los pacientes con tratamiento subcutáneo recibían etanercept (6 pacientes), adalimumab (4 pacientes), golimumab (4 pacientes), certolizumab (2 pacientes), abatacept (un paciente), tocilizumab (3 pacientes) y metotrexato (4 pacientes); y los pacientes con tratamiento intravenoso recibían infliximab (23 pacientes), tocilizumab (18 pacientes), rituximab (11 pacientes) y abatacept (5 pacientes). Aquellos pacientes con tratamiento oral estaban conformes con la vía de administración oral (10/12), mientras que la mayoría de pacientes en tratamiento SC preferían un fármaco oral (16/24 pacientes) por su comodidad (69%). En relación con los pacientes tratados con terapias intravenosas, sorprendentemente la mayoría (44/57) preferían la vía IV, al contrario de lo expresado en algunos estudios publicados². La buena relación con enfermería y la larga experiencia de algunos