

NEFROLOGÍA Básica 2

Capítulo

14

EL RIÑÓN EN LA ARTRITIS REUMATOIDEA

Capítulo
14

EL RIÑÓN EN LA ARTRITIS REUMATOIDEA

EL RIÑÓN EN LA ARTRITIS REUMATOIDEA

Dr Gilberto Manjarres Iglesias,

Especialista en Medicina Interna Universidad de Antioquia, Profesor Asistente Universidad de Caldas

Dra Monica Sierra Lebrun,

Especialista en Medicina Interna Universidad de Antioquia

Dr Cesar A Restrepo Valencia,

Internista Nefrólogo, Profesor Asociado Universidad de Caldas

La artritis reumatoide es una enfermedad sistémica caracterizada por inflamación articular crónica y manifestaciones extra-articulares en el 30-65% de los enfermos. El compromiso renal no es frecuente, y el empeoramiento de la función renal es generalmente leve, siendo la falla renal crónica rara. La mortalidad de los pacientes con artritis reumatoide atribuida a nefropatía oscila entre el 10 al 34%.

Hay tres tipos de alteraciones renales en los pacientes con artritis reumatoide:

1. Relacionadas con las complicaciones de la artritis reumatoide
 - Amiloidosis AA (Secundaria)
 - Vasculitis reumatoide
2. Relacionadas con el tratamiento
 - Sales de oro y D-penicilamina
 - Ciclosporina

- Azatioprina y 6 Mercaptopurina
 - Metotrexate y antimaláricos
 - Antiinflamatorios no esteroideos (AINES)
3. Glomerulopatía de la artritis reumatoide
 - Glomerulonefritis mesangial (proliferativa focal)
 - Glomerulonefritis membranosa

AMILOIDOSIS AA: se caracteriza por depósito de material fibrilar en diversos órganos, incluyendo el riñón, ocasionando disfunción de los mismos. La inflamación crónica en la artritis reumatoide lleva a la producción del reactante de fase aguda SAA (precursor sérico de la proteína amiloide A). Un fragmento de la SAA, derivado del fragmento NH₂ terminal, la proteína AA, se puede depositar en los tejidos ocasionando amiloidosis secundaria. La prevalencia de amiloidosis renal en los pacientes con artritis reumatoide es del 0-5% en biopsias renales en pacientes asintomáticos y más del 50% en caso de presentarse proteinuria. La duración de la artritis reumatoide al presentarse la amiloidosis oscila entre 8 y 32 años, con una media de 15 años. Se detecta proteinuria en el 70% de los pacientes, disminución de la función renal en el 82%, hipertensión en el 20-35%. El método para el diagnóstico de amiloidosis AA es motivo de controversia. La biopsia renal es positiva en el 100% de los casos sintomáticos, la biopsia de grasa abdominal tiene una sensibilidad del 60-82% y la rectal del 80-97%. Una vez confirmado el diagnóstico de amiloidosis AA, el tratamiento debe encaminarse a suprimir la síntesis del precursor sérico SAA y especialmente los picos

producidos durante las infecciones y estados inflamatorios agudos. Para su tratamiento se recomienda el uso de esteroides en 2 o 3 tomas al día. Se han utilizado citostáticos como azatioprina, metotrexate, ciclofosfamida o clorambucil solos o en combinación con esteroides, pero no hay un reporte concreto en cuanto a su utilidad. El principal factor pronóstico de buena respuesta al tratamiento es la ausencia de insuficiencia renal al inicio del tratamiento. La aparición de amiloidosis es posiblemente el resultado de un tratamiento poco eficaz durante el curso temprano de la artritis reumatoide. Entre el 50-90% de los pacientes fallecen de uremia a los 5 y 10 años respectivamente, pero algunos pacientes presentan estabilización ó incluso mejoría de la función renal. El pronóstico de los pacientes ha mejorado en los últimos años, debido al tratamiento conservador de la falla renal crónica y al uso de diálisis y trasplante renal. El pronóstico después del trasplante renal, depende de la presencia de miocardiopatía por amiloide o al depósito del mismo en glándulas suprarrenales.

VASCULITIS REUMATOIDEA: Entidad agresiva, la cual puede aparecer en los pacientes con artritis reumatoide de larga duración y severa destrucción articular. Hay vasculitis de tipo necrotizante semejante a la poliarteritis nodosa. Puede asociarse a compromiso pulmonar con síndrome pulmón riñón. La histología renal demuestra glomerulonefritis rápidamente progresiva. Su tratamiento es semejante al de cualquier vasculitis.

COMPROMISO RENAL POR MEDICAMENTOS: Los medicamentos utilizados para el tratamiento de la artritis reumatoide pueden genera gran variedad de complicaciones:

La lesión histológica más común asociada a sales de oro es la glomerulopatía membranosa (72%) e igual ocurre con el uso de la D-penicilamina.

El efecto secundario más frecuente, virtualmente presente en todos los pacientes que reciben ciclosporina a dosis altas es una falla renal aguda hemodinámicamente mediada por vasoconstricción de la arteriola aferente, este efecto es reversible en la mayoría de los casos al

disminuir la dosis. Nefropatía crónica por ciclosporina se manifiesta como una nefritis intersticial difusa con atrofia tubular renal, y arteriopatía con proliferación neointimal.

Los pacientes que reciben metotrexate pueden presentar ocasionalmente necrosis tubular aguda; los antimetabólicos generalmente no afectan la función renal.

La nefropatía más común es la asociada al uso de antiinflamatorios no esteroides, los cuales pueden generar falla renal aguda mediada hemodinámicamente (reversible con su suspensión), nefritis intersticial aguda (en algunos casos acompañada de enfermedad de cambios mínimos) y necrosis papilar.

GLOMERULOPATÍAS DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA

Las lesiones glomerulares más frecuentes detectadas en la artritis reumatoide son: glomerulonefritis membranosa, mesangial (proliferativa focal) y membrano-proliferativa, ocasionalmente se puede presentar glomerulonefritis rápidamente progresiva (asociada a vasculitis reumatoidea). De ellas la mas común es la glomerulonefritis mesangial, la cual se presenta con hematuria y proteinuria. En la inmunofluorescencia pueden observarse depósitos de IgM, IgA y C3, siendo el C1q y los depósitos de IgG raramente detectados. La lesión mesangial guarda estrecha relación con la seropositividad de la enfermedad (92%).

Se debe sospechar que el paciente cursa con amiloidosis o una nefropatía membranosa cuando la proteinuria no se acompañe de alteraciones importantes del sedimento, mientras que indicará una glomerulonefritis necrotizante o vasculitis reumatoide cuando el sedimento es activo con cilindros, hematías y leucocitos.

Si los datos clínicos y de laboratorio no son concluyentes para obtener un DIAGNÓSTICO se recomienda practicar biopsia renal, especialmente cuando hay elevación de azoados.

BIBLIOGRAFÍA

BOERS M.; Renal disorders in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1990; 20:57-68

NIEDERSSTADT C, HAPP T, TATSIS E ET AL.; Glomerular and tubular proteinuria as markers nephropathy in rheumatoid arthritis. *Rheumatology* 1999; 38:28-33

CANTILLO, JORGE.; Artritis Reumatoidea y nefropatía membranosa. *Acta Médica Colombiana* 2006; 31: 131-135