

Enfermedad de Grover en un paciente en diálisis peritoneal

Nefrología 2013;33(4):608-9

doi:10.3265/Nefrologia.pre2013.May.11220

Sr. Director:

La enfermedad de Grover es una dermatosis caracterizada por exantema máculo-papular, eritematoso y pruriginoso, principalmente troncular. La enfermedad renal crónica bajo diálisis es una condición predisponente, por mecanismos no totalmente dilucidados. Comunicamos el caso de un varón de 68 años con poliquistosis renal, en diálisis peritoneal continúa ambulatoria desde hace seis meses; hiperplasia prostática benigna condicionando múltiples infecciones urinarias de repetición, recibiendo tratamiento profiláctico con cotrimetroprim-sulfametoxazol (TMP-SMX). Consulta por fiebre de 38 °C, malestar general, astenia y, 48 horas antes, lesiones máculo-papulares, pruriginosas y eritematosas en el tronco y posteriormente en los miembros. A la exploración física, el paciente se halla afebril, con máculo-pápulas eritematosas en el tronco y los miembros (figura 1). La exploración física restante no presenta hallazgos relevantes. Las exploraciones complementarias evidencian bicitopenia, sin otros hallazgos contributorios. Se realiza biopsia cutánea (figura 2) que revela acantolisis suprabasal con presencia de células disqueratóticas en los estratos superficiales en forma de granos y cuerpos redondos, y leve infiltrado inflamatorio dérmico perivascular en dermis superficial, hallazgos compatibles con enfermedad de Grover. Se sustituye el uso de icodextrina por soluciones a base de dextrosa y suspensión de sulfamidas, con remisión de las lesiones cutáneas y la bicitopenia. Inicialmente planteado como posible agente etológico el TMP-SMX, se reintroduce la solución de diálisis con icodextrina, recidivando en una semana el exantema cutáneo, con mejoría con tratamiento corticoideo tópico y suspensión de la icodextrina.

La dermatosis acantolítica transitoria y persistente (TAD) inicialmente fue descrita por Ralph Grover como una erupción transitoria pápulo-vesicular, que comprometía el tronco y los muslos¹. Generalmente, es autolimitada². Afecta principalmente a adultos caucásicos, a partir de la quinta década de la vida, en una proporción de 1,6 a 2,1 masculino/femenino³. Su etología es desconocida y ha sido asociada con sobreexposición solar, calor, fiebre, sudoración, estados de inmunodeficiencia, neoplasias y otras dermatosis¹. Algunos casos se han asociado con fármacos, entre estos, la pirimetamina-sulfadoxina⁴. La enfermedad renal crónica bajo diálisis es una condición asociada recientemente identificada. Hasta el momento, la TAD ha sido comunicada en siete casos de pacientes bajo hemodiálisis y solo dos en diálisis peritoneal². En dichos casos, las lesiones eran persistentes, salvo cuatro pacientes, donde se practicó trasplante renal. En la mayoría de los casos de enfermedad de Grover se afecta principalmente el tronco. La erupción es papular eritematosa e intensamente pruriginosa. Histopatológicamente, el denominador común es la acantolisis, definida como la disociación de los queratinocitos de la epidermis⁴. El diagnóstico diferencial se hace con genodermatosis, pénfigo y la enfermedad de Galli-Galli. Corticoesteroides tópicos, antihistamínicos, humectantes y emolientes representan los agentes terapéuticos de primera línea. En los casos persistentes o recidivantes se recomiendan: corticoides sistémicos, análogos de la vitami-



Figura 1. Máculo-pápulas eritematosas en tronco.

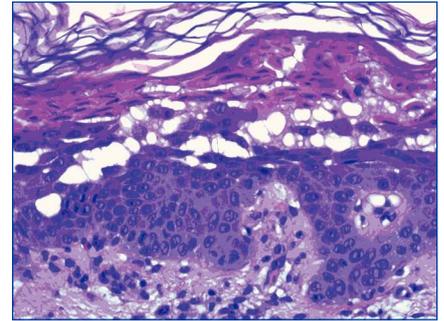


Figura 2. Biopsia cutánea compatible con enfermedad de Grover.

na D tópicos, retinoides sistémicos, fototerapia y PUVA (fotoquimioterapia con psoraleno y rayos ultravioleta A).

El presente caso había sido orientado inicialmente como una TAD secundaria a sulfas. Sin embargo, no deja de llamar la atención la exacerbación y posterior remisión de la sintomatología con la reintroducción y luego suspensión de las soluciones de diálisis a base de icodextrina. El uso de la icodextrina en los líquidos de diálisis peritoneal se ha asociado con la aparición de dermatitis exfoliante, dermatitis atópica y otros exantemas tipo *rash* generalizado⁵. La TAD debe ser considerada entre el diagnóstico diferencial de las dermatopatías en pacientes con enfermedad renal crónica que reciben terapia sustitutiva.

Conflictos de interés

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

1. Parsons JM. Transient acantholytic dermatosis (Grover's disease): a global perspective. *J Am Acad Dermatol* 1996;35:653-66.
2. González-Sixto B, Rosón E, De la Torre C, García-Doval I, Cruces M. Grover's disease in a patient undergoing peritoneal dialysis with resolution after renal transplant. *Acta Derm Venereol* 2007;87(6):561-2.
3. Heenan PJ, Quirk CJ. Transient acantholytic dermatosis. *Br J Dermatol* 1980;102(5):515-20.
4. Hashimoto K, Moini A, Chang MW, Tada J. Sudoriferous acrosyringal acantholytic

disease. A subset of Grover's disease. *J Cutan Pathol* 1996;23(2):151-64.

5. Frampton JE, Plosker GL. Icodextrin: a review of its use in peritoneal dialysis. *Drugs* 2003;63(19):2079-105.

**Elías Jatem¹, Irene Agraz¹,
M. Eugenia Semidei², Berta Ferrer²,
Rosa Ramos¹, Joan Fort¹**

¹ Servicio de Nefrología. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

² Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Correspondencia: Elías Jatem

Servicio de Nefrología. Hospital Universitari Vall d'Hebron, Idumea. 08035 Barcelona.

jatemelias@gmail.com

eliasjatem@ymail.com

Fracaso renal agudo inducido por nefritis intersticial aguda secundario a cocaína

Nefrologia 2013;33(4):609-11

doi:10.3265/Nefrologia.pre2013.Feb.11809

Sr. Director:

La cocaína ha sido utilizada por el 2,6 % de la población española de entre 15-64 años de edad en algún momento de su vida, lo que la sitúa entre una de las drogas ilícitas más consumida después del cannabis¹. El consumo de cocaína se asocia a múltiples complicaciones: neurológicas, cardiovasculares, psiquiátricas, pulmonares, gastrointestinales y nefrológicas.

Las complicaciones renales relacionadas con el consumo de cocaína han recibido poca atención, a pesar de la existencia de varios mecanismos, además de hipertensión arterial secundaria, a través de los cuales se puede explicar una insuficiencia renal aguda (IRA) o empeorar un caso preexistente de insuficiencia renal crónica².

La nefritis intersticial aguda inducida por fármacos (DIAIN) representa un

alto porcentaje de fracaso renal agudo en la práctica clínica. Algunos estudios indican que alrededor del 15 % de las biopsias con IRA presentan la DIAIN como la lesión responsable de la insuficiencia renal. Además, hay que añadir que en muchos casos de DIAIN no se realiza una biopsia y el diagnóstico se basa en datos clínicos e historia reciente de administración de un fármaco nuevo que, como se describe a continuación, a veces no es tan fácil de identificar³⁻⁵.

CASO CLÍNICO

Varón de 28 años de edad, ingresado con dolor en fosas lumbares, fatiga y náuseas, con diuresis conservada.

El paciente presentaba el antecedente de consumo de cocaína intranasal (1 g) cinco días antes de la admisión. Negó en todo momento ingesta de antiinflamatorios no esteroideos u otros medicamentos. En el examen físico se observó un buen estado general, con presión arterial ligeramente elevada de 147/97 mmHg, sin fiebre, erupción cutánea o artralgias.

Las exploraciones cardiovascular y respiratoria fueron normales. El abdomen era blando, depresible e indoloro, el hígado era palpable a 1 cm por debajo del reborde costal y presentaba discreto dolor a la palpación lumbar bilateral.

La analítica inicial mostraba un hemograma anodino (sin eosinofilia), pruebas de función hepática normales y albúmina dentro del rango de la normalidad; creatinina sérica: 160 µmol/l; urea: 7,5 mmol/l; potasio: 3,9 mmol/l; sodio: 139 mmol/l; cloruro: 101 mmol/l. La creatinina cinasa total fue normal (3,3 µkat/l), con una fracción MB normal. El sedimento de orina mostró 2 leucocitos y 3 hematíes por campo y no se observaron hematíes dismórficos ni eosinófilos. Bioquímica orina: sodio: 46 mmol/l, potasio: 33 mmol/l y cloruro: 63 mmol/l, cociente proteína:creatinina en 5 g/mol; urocultivo negativo.

Proteinograma electroforético, inmunoglobulinas, complemento, niveles de

enzima convertidora de angiotensina y títulos de anticuerpos antinucleares fueron normales. La serología para virus de la inmunodeficiencia humana, virus de Epstein-Barr, citomegalovirus, hepatitis A, B, y C y micoplasma no detectó infección activa. La ecografía demostró unos riñones de tamaño normal, difusamente ecogénicos con flujo arterial y venoso apropiado.

El electrocardiograma fue normal. La radiografía de tórax mostró un índice cardiotorácico < 0,5 y unos campos pulmonares sin infiltrados.

Después de su admisión, el débito urinario se mantuvo en 50 a 75 ml/h y la creatinina se mantuvo sin cambios. El paciente se sometió a una biopsia renal.

Los hallazgos histológicos son los siguientes: la microscopía óptica mostró un total de 13 glomérulos, todos ellos normales, sin esclerosis, proliferación o lesiones necróticas (figura 1). Las membranas basales y el mesangio glomerular fueron normales. El intersticio mostraba moderado infiltrado inflamatorio mononuclear con abundantes eosinófilos (figura 2), con presencia de tubulitis focal y atrofia (figura 2). Las arteriolas no presentaban lesiones destacables y no existían depósitos inmunes a la inmunofluorescencia.

Los hallazgos fueron compatibles con el diagnóstico patológico de nefritis túbulointersticial aguda (NIA).

Este hecho, junto con las características clínicas y el consumo reciente de cocaína, nos llevó a definir este caso como NIA inducida por cocaína.

El paciente obviamente interrumpió el consumo de la droga y se trató con prednisona oral (1 mg/kg/día dosis inicial), que se disminuyó progresivamente y se interrumpió después de 12 semanas.

En el seguimiento posterior ha presentado una buena evolución con mejoría progresiva de la función renal hasta la recuperación completa ya al mes del inicio del tratamiento.