

5. Stephen BH. Mea culpa. *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol*. 2008;5:409.
6. Gisbert JP, González-Lama Y, Maté J. 5-Aminosalicylates and renal function in inflammatory bowel disease: a systematic review. *Inflamm Bowel Dis*. 2007;13:629-38.
7. Alivanis P, Aperis G, Lambrianou F, Zervos A, Paliouras C, Karvouniaris N, et al. Reversal of refractory sulfasalazine-related renal failure after treatment with corticosteroids. *Clin Ther*. 2010;32:1906-10.
8. Firwana BM, Hasan R, Chalhoub W, Ferwana M, Kang JY, Aron J, et al. Nephrotic syndrome after treatment of Crohn's disease with mesalamine: case report and literature review. *Avicenna J Med*. 2012;2:9-11.
9. Thuluvath PJ, Ninkovic M, Calam J, Anderson M. Mesalazine induced interstitial nephritis. *Gut*. 1994;35:1493-6.

<sup>a</sup> Nephrology Department, Ankara Ataturk Research and Training Hospital, Turkey

<sup>b</sup> Rheumatology Department, Ankara Ataturk Research and Training Hospital, Turkey

<sup>c</sup> Nephrology Department, Corum Hitit University, Turkey

\*Corresponding author.

E-mail addresses: [ozlemderen2@hotmail.com](mailto:ozlemderen2@hotmail.com) (O. Bagdatoglu), [ymaras@hotmail.com](mailto:ymaras@hotmail.com) (Y. Maras), [ozlemderen@hotmail.com](mailto:ozlemderen@hotmail.com) (O. Yayar), [beser374@mynet.com](mailto:beser374@mynet.com) (B. Eser).

Oktay Bagdatoglu<sup>a</sup>, Yuksel Maras<sup>b</sup>, Ozlem Yayar<sup>a,\*</sup>, Baris Eser<sup>c</sup>

0211-6995/© 2015 Sociedad Española de Nefrología. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>). <http://dx.doi.org/10.1016/j.nefro.2015.10.019>

## Remisión completa de síndrome nefrótico en mujer con amiloidosis renal por fiebre mediterránea familiar

### Complete remission of nephrotic syndrome in a woman with renal amyloidosis due to familial mediterranean fever

Sr. Director:

La insuficiencia renal crónica por amiloidosis AA, es una de las principales complicaciones de la fiebre mediterránea familiar (FMF)<sup>1</sup>. En el año 2009, en la REVISTA NEFROLOGÍA, presentábamos el caso de una mujer de 38 años, de origen armenio, con un síndrome nefrótico severo debido a una amiloidosis AA como forma de debut de la FMF (con presencia de mutaciones M680I y M694V en heterocigosis en el gen MEFV). Por la severidad de la proteinuria al diagnóstico, el deterioro de función renal, así como la intolerancia a fármacos antiproteínúricos, nos llevó a instaurar un tratamiento con colchicina, a dosis de 0,5 mg/8 h/día e infliximab a dosis de 5 mg/kg iv, de forma basal, a las 2 semanas y, posteriormente, cada 2 meses. En el seguimiento clínico realizado en el primer año de tratamiento, para evaluar la respuesta a este, comunicábamos una remisión parcial: mejoría clínica y de función renal, pero con persistencia de proteinuria nefrótica<sup>2</sup>.

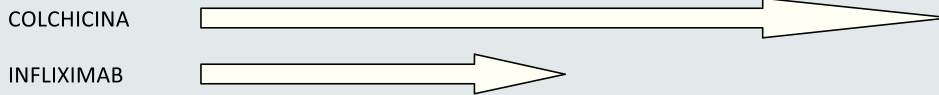
En esta comunicación damos a conocer la evolución a medio plazo. En los 6 años siguientes, la paciente ha permanecido asintomática sin presentar nuevos episodios de descompensación hidrópica ni ingresos hospitalarios. En la [tabla 1](#) se expone tanto la evolución analítica como el tratamiento seguido. A partir del segundo año de tratamiento, la colchicina se ha mantenido de forma continuada a dosis de 1 mg/día. Y ante la disminución progresiva de la proteinuria, la dosis de infliximab se fue espaciando cada vez más a intervalos de 4-6 meses, suspendiéndose definitivamente este tratamiento en el año 2011.

La terapia combinada con colchicina e infliximab, en la fase aguda del diagnóstico de la amiloidosis AA por FMF, logró una mejoría clínica y de función renal, pero persistencia de proteinuria nefrótica. El seguimiento posterior nos obliga a modificar nuestras conclusiones iniciales: se mantiene la mejoría clínica, sin nuevas descompensaciones hidrópicas, todo ello, en el contexto de una desaparición de la proteinuria.

El tratamiento con colchicina es efectivo en prevenir amiloidosis en pacientes armenios con FMF<sup>3</sup>. En los casos de intolerancia o resistencia a esta, los agentes anti-TNF pueden ser efectivos para tratar a estos pacientes, así como para el control de síntomas asociados a la FMF<sup>4,5</sup>. En nuestro caso, dada la severidad inicial del síndrome nefrótico unido a los hallazgos de amiloide AA en parénquima renal, la presencia de la mutación M694V asociada a los casos más graves se decidió una terapia combinada, con respuesta parcial en el primer año y posteriormente completa mantenida en el tiempo. Quizás este tratamiento combinado, al evitar la aparición de nuevos episodios autoinflamatorios asociados a la FMF, evitaría que se depositara más amiloide en el tejido renal y, además, una regresión progresiva del acumulado, que, en este caso, no podemos confirmar, al carecer de nueva histología, aunque la clínica puede sugerirlo, al haberse logrado una desaparición de la proteinuria. Respecto a este hecho, en la literatura Kutlugün et al., también describen 2 casos de remisión completa del síndrome nefrótico con colchicina 1,5 mg/día, mantenido por un periodo de cerca de 30 años<sup>6</sup>.

En conclusión, la principal complicación renal (insuficiencia renal crónica) asociada a la amiloidosis AA por FMF,

Tabla 1 – Evolución analítica y tratamientos utilizados



	01/2008	02/2008	02/2009	03/2010	02/2011	04/2012	06/2013	05/2014	04/2015
Crp (mg/dl)	2	2,5	1,2	1,1	1	0,8	0,9	0,8	0,8
Col (mg/dl)	369	378	295	209	203	214	239	234	201
Tg (mg/dl)	455	421	224	174	194	157	126	130	82
Albumina (g/dl)	1,9	1,6	2,9	3,7	3,8	4,2	3,9	3,8	4,4
Proteinuria (g/24h)	17,22	12,5	7,10	2	1,34	0,31	0,13	(-)	(-)
CCr (ml/min)	19,7	16	31	59,51	56,4	81	83,1	76,1	82,4

Crp: Creatinina plasmática; Col: Colesterol; Tg: triglicéridos; CCr: Aclaramiento de creatinina.

podría evitarse a través de una desaparición de la proteinuria, lo cual podría conseguirse con una terapia intensiva inicial combinada (colchicina + anti-TNF) y, posteriormente de mantenimiento con colchicina.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Sarkisian T, Ajrapetian H, Beglarian A, Shahsuvarian G, Egiazarian A. Familial Mediterranean Fever in Armenian population. *Georgian Med News*. 2008;156:105-11.
2. Heras M, Sánchez R, Saiz A, Fernández-Reyes MJ, Molina A, Alvarez-Ude F. Amiloidosis renal en mujer con fiebre mediterránea familiar: respuesta clínica al tratamiento con colchicina e infliximab. *Nefrología*. 2009;29:373-5.
3. Sevoyan MK, Sarkisian TF, Beglaryan AA, Shahsuvarian GR, Armenian HK. Prevention of amyloidosis in familial Mediterranean fever with colchicine: A case-control study in Armenia. *Med Princ Pract*. 2009;18:441-6.
4. Erten S, Erten SF, Altunoglu A. Successful treatment with anti-tumor necrosis factor (anti-TNF)-alpha of proteinuria in a patient with Familial Mediterranean fever (FMF) resistant to

colchicines: Anti-TNF drugs and FMF. *Rheumatol Int*. 2012;32:1095-7.

5. Ozgocmen S, Akgul O. Anti-TNF agents in Familial Mediterranean fever: Report of three cases of review of the literature. *Mod Rheumatol*. 2011;21:684-90.
6. Kutlugün A, Yildirim T, Altindal M, Arici M, Yasavul U, Turgan C. AA type renal amyloidosis secondary to FMF: A long-term follow-up in two patients. *Ren Fail*. 2010;32:1230-2.

Manuel Heras<sup>a,\*</sup>, Ana Saiz<sup>b</sup>, María José Fernández-Reyes<sup>a</sup>, Álvaro Molina<sup>a</sup>, María Astrid Rodríguez<sup>a</sup> y Ramiro Callejas<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Nefrología, Hospital General de Segovia, Segovia, España

<sup>b</sup> Anatomía Patológica, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: mherasb@saludcastillayleon.es, manuhebe@hotmail.com (M. Heras).

0211-6995/© 2015 Sociedad Española de Nefrología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

<http://dx.doi.org/10.1016/j.nefro.2015.07.010>