

## Amiloidosis renal

DRES: PAUTASSO, O. S.; MARENGO (\*), R; MASCO, A; CAMINOS, S. (\*\*); ARIAS, J. E.; LUNA, E.; DIAZ, E.

**RESUMEN:** Se presenta un caso de amiloidosis secundaria con asiento principal en riñón, en un paciente joven de sexo masculino, con antecedentes de tuberculosis pulmonar, Se describen los aspectos fisiopatológicos, clínicos y evolutivos de esta enfermedad.

(*Rev. Arg. de Urol. Vol.58. Nº4, Pag. 174, Año 1993*)

**Palabras clave:** Riñón-Amiloidosis Renal.

### INTRODUCCION

Las enfermedades amiloideas, comprenden un grupo de trastornos de diversas causas que se caracterizan por la acumulación de material fibrilar de diversos tejidos que ponen en peligro la función vital de los órganos.

Las sustancias amiloideas teñidas con el colorante de Rojo Congo y observadas con luz polarizada, emiten una fluorescencia color verde manzana 6. La sustancia amiloidea, tiene dos componentes: uno fibrilar mayor y otro menor, en forma de bastón.

Esta sustancia, de composición fundamentalmente proteica, se origina y deposita merced a una patogenia no del todo esclarecida, pero sin duda a consecuencia de un trastorno que arranca en irritaciones del sistema reticuloendotelial formador de globulinas y anomalías propias de la sustancia fundamental del tejido conectivo 7.

Se consideran dos tipos fundamentales de amiloidosis: secundaria a otra enfermedad crónica (inflamatoria,

neoplásica o hereditaria), que en general se localiza en el bazo, riñón, hígado y suprarrenal y primaria, sin causa evidente primitiva y que se fija fundamentalmente en piel, mucosa y fibras musculares (corazón y tubo digestivo) 5.

El presente trabajo tiene por objeto, mostrar un caso de amiloidosis secundaria.

### MATERIAL Y METODOS

Se trata de un paciente de sexo masculino, de 27 años de edad, con antecedentes de haber padecido una tuberculosis pulmonar hace ocho años (Fig: 1).

Su internación está motivada por presentar un cuadro de edema, palidez, anemia e insuficiencia renal con cifras elevadas de urea y creatinina.

El estudio ecográfico revela ambos riñones de dimensiones y características normales.

El urograma de excreción pone en evidencia una disminución de la eliminación de la sustancia de contraste, sin alteraciones en el tamaño como tampoco de la relación corticomedular (Fig. 2.A y B).

Ante una sospecha de una nefropatía crónica, se practica una biopsia dirigida por ecografía, resultando el

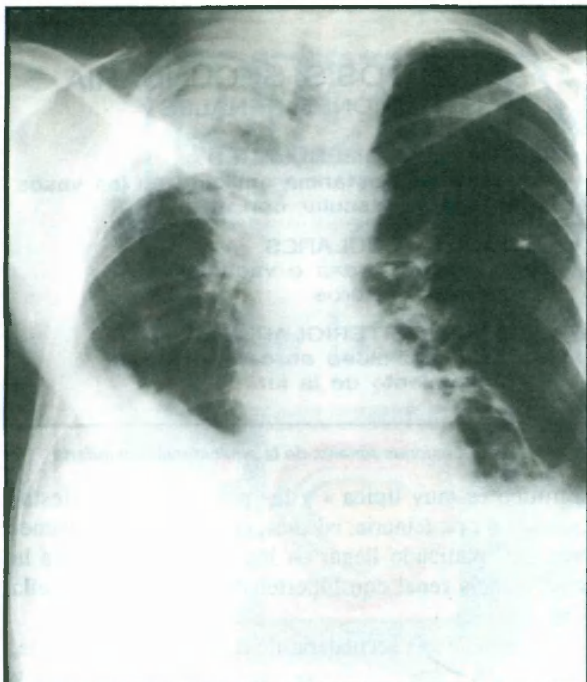


Foto 1: Rx de tórax con secuelas de tuberculosis.



Foto 2: Urograma de excreción con pobre eliminación de la sustancia de contraste.

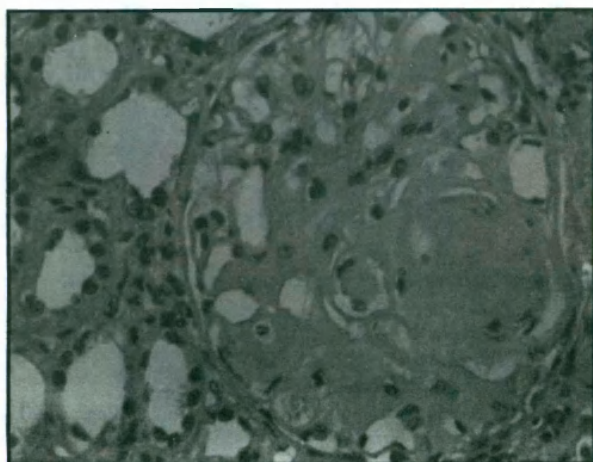


Foto 3: Examen microscópico de la biopsia renal.  
Depósito de sustancia amiloidea en el glomérulo.

material insuficiente motivo por el cual, dicho procedimiento es reiterado en nuestro servicio de Urología a ciegas, con anestesia local y con una aguja TRU-CUT.

El examen anatomopatológico del espécimen es examinado con coloraciones especiales, siendo positiva la del Rojo Congo, resultando caratulada la misma como AMILOIDOSIS RENAL (Fig. 3).

El paciente se encuentra actualmente estabilizado con cifras de urea y creatinina elevada (Urea 1.0 gr/l) y es controlado en forma ambulatoria por el servicio de nefrología.

## AMILOIDOSIS SECUNDARIA

### Etiología

- Tuberculosis
- Artritis reumatoidea
- Otras:
  - Osteomielitis
  - Empiema
  - Supuraciones pulmonares
  - Fionefrosis
  - Sifilis
  - Colitis ulcerosa
  - Linfomas

Tabla 1: Enfermedades causantes de amiloidosis secundaria.

## COMENTARIOS

La amiloidosis secundaria es mucho más frecuente que la primaria en una proporción de 6 a 1 (Fig. 4).

No tiene predilección por raza ni edad, aunque se nota un predominio a edad madura. Naturalmente el momento de la aparición está relacionado fundamentalmente con el período evolutivo de la enfermedad primaria.

Existe naturalmente un factor individual reactivo, que justifica que no todos los pacientes portadores de enfermedades crónicas desarrollen esta enfermedad.

## AMILOIDOSIS SECUNDARIA

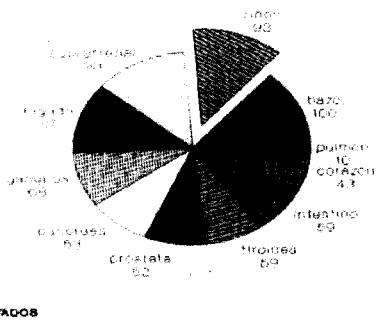


Tabla 2: Organos afectados en la amiloidosis secundaria

Antes de la era antibiótica, en un hospital general podía observarse en el 0.6 al 1.7% de todas las necropsias realizadas, este porcentaje se elevaba al 7% si se trataba de un hospital de enfermos crónicos y al 21% si era de tuberculosis. Naturalmente la aparición de los antibióticos trajo aparejada una disminución de estos porcentajes que en los últimos tiempos se han visto compensados por el aumento de neoplasias, leucemias y otros tipos de enfermedades crónicas como la artritis reumatoidea y la enfermedad de Crohn 1.

La amiloidosis no tiene un cuadro clínico específico. Se trata por lo general de un paciente que a partir de los dos años de la evolución de la enfermedad primitiva, comienza con manifestaciones de sufrimiento de diversas parénquimas.

Según Dahlin (citado por P. Pons), las vísceras que enferman con mayor facilidad por orden de frecuencia, son las siguientes: Bazo 100%; Riñón 93%; Suprarrenales 93%; Hígado 87%; Ganglios 68%; Páncreas 63%, Próstata 62%; Tiroides 59%; Intestino 59%; Corazón 43% y pulmón 10%, (Fig.5).

Generalmente se encuentran palidez, fiebre, anemia, anorexia y pérdida de peso. Progresivamente el paciente va adquiriendo un aspecto caquéctico, el abdomen se agranda por la hepatoesplenomegalia, puede acompañarse de ascitis y posteriormente, edemas generalizados.

La participación del riñón en forma de síndrome

## AMILOIDOSIS SECUNDARIA LESIONES RENALES

- **LESIONES GLOMERULARES**  
Deposito de sustancia amiloide en los vasos  
Obstrucción vascular con atrofia
- **LESIONES TUBULARES**  
Degeneración grasa o vacuolar  
Frecuentes cilindros
- **LESIONES ARTERIOLARES**  
Deposito amiloide en capa muscular  
Estrechamiento de la luz

Figura 6: Lesiones renales de la amiloidosis secundaria

nefrótico es muy típica 4 y las principales manifestaciones son : proteinuria, edemas, cilindruria, hipoalbumemia, etc., pudiendo llegar en los casos avanzados a la insuficiencia renal con hipertensión arterial o sin ella (Fig. 6)).

La amiloidosis secundaria tiene una evolución lenta, prolongada, progresiva, con intervalos de mejoría y agravación, que avoca por lo general a la muerte, especialmente si la enfermedad primitiva es incurable.

Finalmente se considera que la sobrevida de estos pacientes se verá seriamente acortada, cuando los valores de creatinina se sitúan por encima de 2.0 mg/dl y la albúmica sérica, por debajo de 2.5 mg/dl (once meses promedio contra 56 meses) 2.

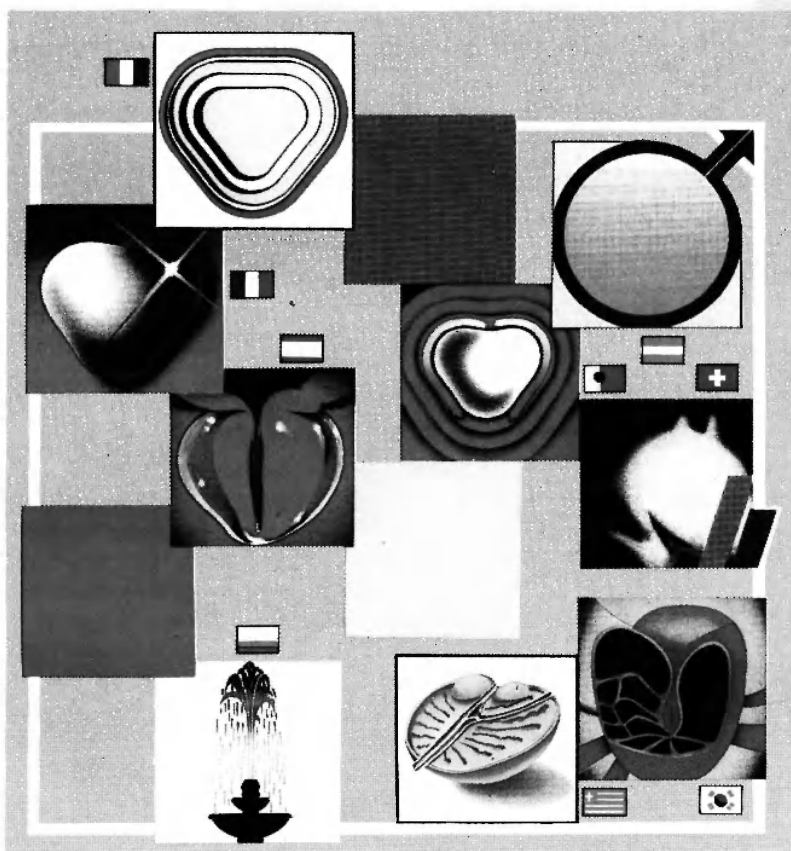
## BIBLIOGRAFIA

1. Boussema, E., et Al., Ann. Med. Int., 142 (5): 331- 334, 1991.
2. Gertz, M., Kyle R., Medicine, 70:256-56, 1991.
3. Moulin, B., et Al., Presse Med.,20:1881\_5,1991.
4. Ozawa K.,et Al., Nephron., 58:347-50. 1991.
5. Pons, P., Patología y Clínica Médicas. Tomo II, Pag. 1290. Editorial Salvat. 1976.
6. Salomon, A., Weiss D. Am. J. Pathol. 140:629-37. 1992.
7. Wyngaarden, J., Smith, L.. Cecil Tratado de Medicina Interna. Tomo 1. Pag. 1303. 17 Edición. Interamericana.

# PERMIXON

Serenoa Repens Bagó

Inhíbe la 5 alfa reductasa.

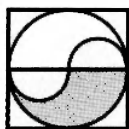


*Alivia los  
síntomas*

*Reduce el  
adenoma*



**Internacionalmente,  
el antiprostático integral.**

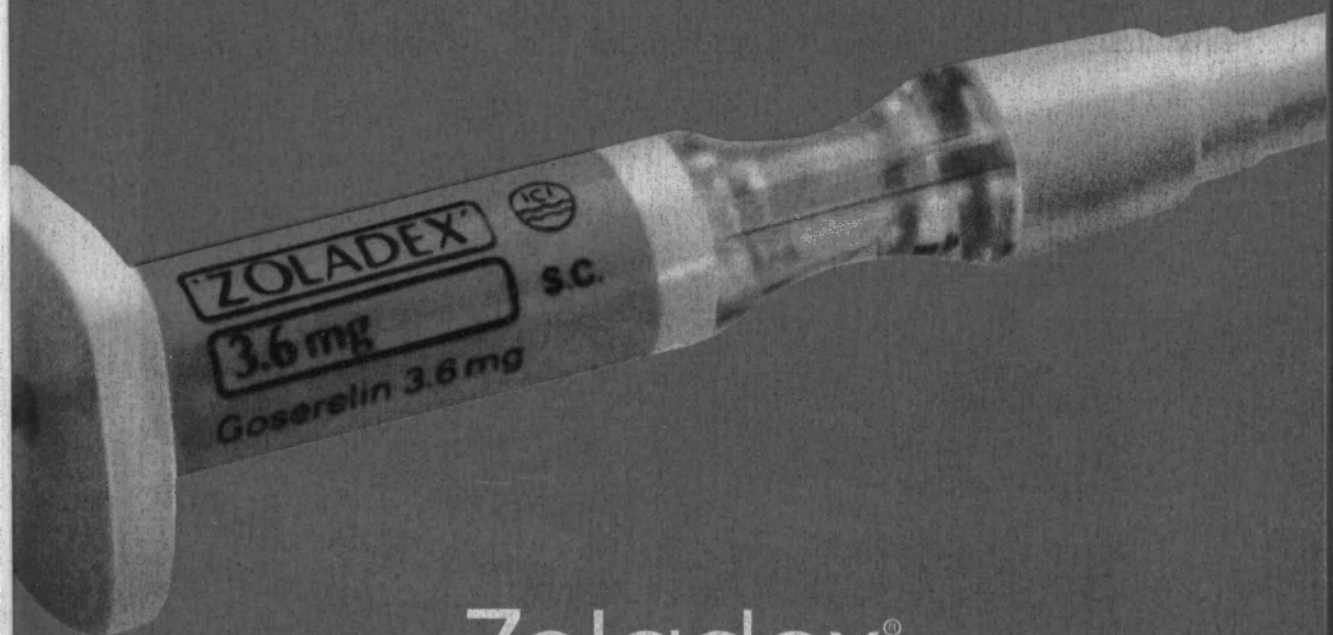


Bajo licencia de  
P.F. Médicament



**BagóPharma  
Internacional**

# En el cáncer de próstata, el avance tecnológico que justifica su elección



Zoladex®  
goserelin

**Composición:** cada jeringa precargada contiene 3.6 mg de acetato de goserelin disperso en una matriz biodegradable de liberación sostenida para inyección subcutánea. **Indicaciones:** cáncer de próstata hormonosensible. Cáncer de mama en pacientes pre y perimenopáusicas. Endometriosis. Fibromiomatosis uterina. **Dosificación y forma de administración:** inyección subcutánea de un depot de Zoladex 3.6 mg cada 28 días en la pared abdominal anterior. **Efectos colaterales y secundarios:** se han reportado erupciones cutáneas leves, sofocos y disminución de la potencia, que no requieren la suspensión del tratamiento. Con poca frecuencia se ha observado aumento transitorio del dolor óseo que puede ser tratado en forma sintomática. Se han comunicado casos de obstrucción de los uréteres y compresión de la médula espinal. Si existe o se ha desarrollado compresión de la médula espinal o insuficiencia renal debida a obstrucción ureteral, se deberá implementar el tratamiento estándar para estas complicaciones. En la mujer se han observado: sofocos, sudoración, cambios en la libido, celofeas, cambios de estado de ánimo que incluye depresión, sequedad vaginal y cambios en el tamaño mamario. Estos efectos son generalmente leves y transitorios y ceden con la continuación del tratamiento. Inicialmente, las mujeres con cáncer de mama pueden experimentar un aumento transitorio de los síntomas y signos, que pueden ser tratados sintomáticamente. Es raro observar hipercalcemia en mujeres con metástasis óseas. Ocasionalmente algunas mujeres pueden entrar en menopausia con los análogos LHRH y no reanulan sus periodos con el cese de la terapia. Se ha observado que la utilización de análogos LHRH en la mujer puede causar alguna pérdida de la densidad mineral ósea, aunque puede existir cierta recuperación con el cese de la terapia. **Contraindicaciones, precauciones y advertencias:** no debe utilizarse durante el embarazo. No se recomienda su uso durante la lactancia. **Presentación:** jeringa precargada de dosis única para inyección subcutánea. Para mayor información: Relaciones Médicas. Tel. 312-1595



**ZENECA**  
Farma

Leandro N. Alem 1134 - 10° Piso  
(1001) Capital Federal