

# MANIFESTACIONES CUTANEAS DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

Dra. Irene Moraleda\*

Moraleda I. **Manifestaciones cutáneas de la Insuficiencia renal crónica.** Derm Venez 1993; 31: 9193.

## RESUMEN

La uremia es una constelación de signos clínicos asociados con la insuficiencia renal avanzada. Desde el punto de vista dermatológico, hay cambios patológicos y clínicos que acompañan a la insuficiencia renal, sea cual sea su etiología. Actualmente, gracias a la diálisis, pueden observarse en estos pacientes los efectos de una prolongada insuficiencia renal parcialmente corregida, junto con los efectos colaterales del tratamiento.

Dedicamos este artículo a revisar las manifestaciones cutáneas de la uremia, así como los efectos colaterales de la diálisis en la piel.

## SUMMARY

Uremia is a constellation of clinical signs associated with advanced renal failure. From a dermatological point of view there are clinical and pathological changes which accompany renal failure, whichever its etiology. At present, due to dialysis, the effects of prolonged, partially controlled, renal failure can be seen in patients, together with side-effects of treatment. In this paper we revise cutaneous manifestations of uremia, as well as side-effects of dialysis on the skin.

## INTRODUCCION

La insuficiencia renal crónica (IRC) es la vía final común de una serie de procesos patológicos que lesionan el parénquima renal por varios mecanismos, y que conducen al deterioro progresivo de las finas funciones endocrino-metabólicas y reguladoras del medio interno que competen al riñón en un lapso variable de tiempo.

En el siglo pasado, los cambios cutáneos considerados patognomó-

nicos de la uremia eran bien conocidos: la escarcha urémica, el "eritema papulatum uremicum", que hoy se observan raramente. Varios cuadros dermatológicos mas, como el erisipeloide urémico y la roseola urémica, han desaparecido, sin duda por su clasificación en categorías fisiopatológicas más específicas.

Entre los caracteres clínicos que actualmente se describen en los pacientes urémicos podemos encontrar:

1.- Hiperpigmentación difusa, más acentuada en áreas expuestas al sol. La melanogénesis aumenta en la epidermis como resultado

de mayores niveles tisulares de beta-MSH (hormona melanotrópica beta), poco dializable, que no excreta normalmente en uremia.'

- 2.- La hiperpigmentación lineal es el resultado del rascado.
- 3.- La tez amarillenta y biliosa común en la uremia se atribuye a retención de caroteno, urocromo y otros pigmentos amarillos, así como a su anemia severa.
- 4.- Equimosis y petequias dispersas, que reflejan la mayor fragilidad vascular y la disfunción plaquetaria asociada a la uremia.

\* Dermatólogo del servicio de medicina de la APUCV.

- 5.- La xerosis es común, y se asocia a menudo a hiperqueratosis foliular. Se ha reportado ictiosis en un 10% de los pacientes. Se han descrito cambios de sudoración tipo hipohidrosis.<sup>1</sup>
- 6.- La escarcha urémica sigue siendo un hallazgo típico en los pacientes con IRC terminal. Los numerosos gránulos blanco parduzcos son más prominentes en la nariz, zona de la barba y cuello, y representan cristalización del sudor.<sup>2</sup>
- 7.- El pelo corporal es poco abundante.
- 8.- La calcificación cutánea es relativamente poco común en la uremia, y se limita prácticamente a enfermos con hiperparatiroidismo franco. Puede presentarse como erupción papular difusa color carne a eritematosa, a veces hipersensible; como nódulos en asientos de inyecciones u otro trauma; como placas subcutáneas, a menudo periarticulares, con o sin hipersensibilidad local, o como masas quísticas blandas.<sup>3</sup> Todas estas lesiones pueden ulcerarse y eliminar un material cretáceo.
- 9.- Recientemente se ha reportado paniculitis calcificante en pacientes con IRC y se ha atribuido al fenómeno de calcifilaxia descrito por Selye.<sup>4</sup>
- 10.- La uña "mitad y mitad", puesta de relieve como marcador para la uremia, se define como un aspecto bicolor de la uña, donde la parte proximal es blanquecina, sin lúnula, y la parte dista) rojizo amarronada, separadas por una línea manifiesta, que ocupa del 20 al 60% de la lámina ungueal.<sup>5</sup> La incidencia de uñas "mitad y mitad" en pacientes urémicos varía de un 20 a un 40% y su fisiopatología es desconocida.
- 11.- El prurito generalizado es el síntoma dermatológico más importante de la IRC. Afecta hasta un 80% de los pacientes urémicos<sup>6</sup>

y es a menudo invalidante. La observación de que el prurito frecuentemente comienza antes de recibir tratamiento, pero persiste en pacientes en hemodiálisis así como en diálisis peritoneal,<sup>7</sup> sugiere que el prurito es debido a alteraciones metabólicas de la IRC, o a un proceso acumulativo lento de alguna sustancia, y por tanto tenderá a aparecer con más frecuencia al prolongar la vida del paciente.

- 12.- Las manifestaciones bucales de la uremia incluyen xerostomía, friabilidad gingival y estomatitis ulcerativa.<sup>8</sup> La xerostomía es la más común, y probablemente secundaria a respiración bucal o deshidratación. En la mayoría de los casos, la estomatitis aparece raramente antes que el nivel de urea en la sangre llegue a los 300 mgr por 100 ml, responde prontamente a la diálisis, y es probablemente una quemadura amoniacal debida a descomposición bacteriana de la urea salival.

Las investigaciones más recientes sobre la piel en la IRC se han concentrado en los pacientes en diálisis, en los que pueden estudiarse los efectos de una prologada insuficiencia renal parcialmente corregida, junto con los efectos colaterales de la diálisis.

- 1.- Los pacientes con IRC pueden desarrollar ginecomastia durante la diálisis: 10 a 24 mostraron este efecto en una serie,<sup>9</sup> la causa es desconocida, pero puede ser debida a secreción de un estrógeno o una sustancia similar por los testículos.
- 2.- También se ha descrito envejecimiento prematuro de la piel y queratosis solar.<sup>10</sup>
- 3.- Numerosos reportes han relacionado algunas formas de dermatosis perforantes con presencia de enfermedad renal crónica, planteando como un posible factor etiológico en estos casos la hipervitaminosis A.<sup>10</sup> En 1982, Hood y col recogen el ha-

llazgo de 9 casos de Enfermedad de Kyrle entre 200 pacientes en hemodiálisis por IRC.<sup>11</sup> Otros autores sugieren que la foliculitis perforante puede ser una manifestación no específica de IRC.<sup>12</sup> También la colagenosis perforante reactiva ha sido descrita en asociación con enfermedad renal.<sup>13</sup> Rapini y col. describen los hallazgos histológicos de 4 pacientes con IRC que en sus biopsias mostraron eliminación transepidérmica de fibras elásticas y colágenas, sugiriendo para este proceso la denominación de dermatosis perforante adquirida.<sup>14</sup>

- 4.- En 5 pacientes sometidos a diálisis crónica se observó una dermatosis ampollar autolimitada.<sup>15</sup> Las ampollas son muy parecidas a las de la porfiria cutánea tarda, tanto clínica como histológicamente, pero las concentraciones de porfirina son normales en plasma, heces, orina y eritrocitos. Cortes histológicos de un micrón de espesor revelan paredes venulares engrosadas en la dermis papilar, y prominente hipogranulación de los mastocitos. Es probable la fotosensibilización debida a un compuesto no porfirínico, pero no pudo documentarse por fototest con LUV y visible. No fue posible culpar a ningún medicamento. Una erupción aparentemente idéntica en pacientes urémicos ha sido atribuida por otros investigadores a la furosemida, pero podría representar el mismo proceso.<sup>16,17,18</sup>
- 5.- Alteraciones ungueales: se ha constatado la presencia de uñas "mitad y mitad" en un 36% de los pacientes en hemodiálisis, junto a otras manifestaciones no específicas: desaparición de la ánula a un 30% y coiloniquia.<sup>19</sup>
- 6.- La alopecia puede aparecer en el curso del primer mes en hemodiálisis. El aspecto es el de una rarefacción difusa de los cabellos. Probablemente la heparina

tenga un rol importante, y puede ser favorecida por trastornos en docrinos.<sup>19</sup>

- 7.- La melanodermia es más intensa en los pacientes hemodializados. Su aspecto clínico, con predominio en las regiones descubiertas, muestra el papel de las radiaciones solares en su etiología. La histología confirma el aumento de la melanina a nivel de la basal y de la dermis superficial.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1.- Rowe JW, Gilchrist BA. Aspectos cutáneos de las afecciones renales. En Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolf FK, Freedberg IM, Austen FK. Dermatología en medicina general. 2a ed. Buenos Aires. Ed. Panamericana. 1980; II. pp. 1420-1.
- 2.- Scoggins RB, Harlan WR, Jr. Cutaneous manifestations of hyperlipidemia and uraemia. Postgrad Med. 1967; 41: 537-45.
- 3.- Parfitt PM. Soft-tissue calcification in uremia. Arch Intern Med. 1969; 124: 544-53.
- 4.- Richens G, Piepkorn MW, Krueger GG. Calcifying panniculitis associated with renal failure. J A Acad Dermatol. 1982. 6: 537-9.
- 5.- Lindsay PG. The half and half nail. Arch Inter Med. 1967; 1119: 583-7.
- 6.- Gilchrist BA, Stern RS, Steinman T, Brown RS, Arndt K, Anderson W W . Clinical features of prurito among patients undergoing maintenance hemodialysis. Arch Dermatol. 1982; 118: 154-6.
- 7.- Bruni A y col. Prurito en la insuficiencia renal crónica. Med Cut ILA. 1989; 17: 349-53.
- 8.- Gruskin SE, et al. Oral manifestations of uremia. Minn Med. 1970; 53: 4959.
- 9.- Freeman RM, Laqton RL, Fearing MO. Gynecomastia: An endocrinologic complication of hemodialysis. Ann Intern Med. 1968; 69: 67-72.
- 10.- Rook A, Wilkinson DS, Ebling FJG, Champion RH, Burton JL. Textbook of dermatology. 4th ed. Oxford. Blackwell. 1986; 2361-2.
- 11.- Hood AF, Hardegen GL, Zárate AR, Nigra NP, Gelfand MC. Kyrle's disease in patients with chronic renal failure. Arch Dermatol. 1982; 118: 85-8.
- 12.- Hudson RD. Renal failure and perforating folliculitis. Jama. 1982; 247: 1936.
- 13.- Cochran R, Tucker S, Wilkin J. Reactive perforating collagenosis of diabetes mellitus and renal failure. Cutis. 1983; 31: 55-8.
- 14.- Rapini RP, Hebert AA, Drucker CR. Acquired perforating dermatosis. Arch Dermatol. 1989; 125: 1074-8.
- 15.- Gilchrist B, Rowe JW, Mihm MC. Bullous dermatosis of hemodialysis. Ann Intern Med. 1975; 83: 480-3.
- 16.- Kennedy AC, Lyell A. Acquired epidermolysis due to highdose furosemide. Br Med J. 1976; 1: 1509-10.
- 17.- Burry JN, Lawrence JR. Phototoxic blisters from high furosemide dosage. Br J Dermatol. 1976; 94: 495-9.
- 18.- Keczek K, Farr MJ. Cutaneous bullae and furosemide in chronic renal failure (letter). Br Med J. 1976. 2: 36.
- 19.- Griffon-Evrard S, Bustamente R, Thivolet J. Manifestaciones dermatológicas en pacientes con insuficiencia renal crónica hemodializados regularmente. Med Cut ILA. 1976; 6: 40114

## FE DE ERRATA

En el número 2 de este volumen se omitió por error del editor la frase "*Conferencia dictada en la 1ra Reunión Mensual de la S.V.D. en 1993*" en el artículo comentario "*Respuesta Linfocitaria de la Piel*" de la Dra. Gisela Cáceres-Dittmar.