

MANIFESTĂRI CUTANATE ÎN BOALA RENALĂ CRONICĂ ÎN STADIILE AVANSATE

Cutaneous manifestations in end-stage renal disease

**Dr. Mihaela Dragna¹, Asist. Univ. Dr. Adina Măndiță²,
Șef Lucr. Dr. Dorin Ionescu²**

¹*Clinica de Dermatologie, Spitalul Elias, București*

²*Clinica Medicală I – Nefrologie, Spitalul Universitar de Urgență, București*

REZUMAT

Majoritatea pacienților cu boală renală cronică în stadiul uremic prezintă leziuni cutanate. Cele mai frecvente sunt xeroza, pruritul și colorația brun-cenușie caracteristică acestora.

Tratamentul, pe lângă creșterea eficienței dializei, este adesea simptomatic.

Cuvinte cheie: boală renală cronică, xeroză, prurit

ABSTRACT

Most patients with end-stage renal disease present cutaneous lesions. The most common are xerosis, itchiness and brown-gray color characteristic to this feature.

Key words: end-stage renal disease, xerosis, itchiness

Examinarea cutanată a pacienților renali a demonstrat că 50-100% dintre aceștia au cel puțin o afecțiune dermatologică. Prevalența mare a afecțiunilor cutanate este de așteptat mai ales ca urmare a faptului că boala renală este asociată de cele mai multe ori și cu o afecțiune subiacentă. Pe lângă aceste cauze, se mai adaugă uremia și bolile asociate cu transplantul renal. Manifestările cutanate în boala renală cronică pot fi împărțite în 2 categorii aparte:

1. Afecțiuni dermatologice asociate cu uremia.
2. Afecțiuni dermatologice asociate cu transplantul renal.

AFECȚIUNI DERMATOLOGICE ASOCIATE CU UREMIA

XEROZA – survine la 50-90% dintre pacienții dializați, din motive incomplet elucidate, unii

pacienți putând dezvolta chiar ihtioză. A fost sugerat de către câțiva autori că la baza acestui proces de xeroză ar sta scăderea cantității de apă de la nivelul epidermei. Cercetările clinice și histologice au arătat atât o scădere globală a volumului de transpirație la pacienții uremici, cât și atrofia glandelor sebacee. Aceste schimbări pot într-adevăr permite deshidratarea stratului cornos. O altă teorie a avut în vedere similitudinea acestor manifestări cutanate cu cele induse de retinoizi. Prin urmare, hipervitaminoza a fost implicată în etiologia xerozei, dat fiind că este o trăsătură comună la pacienții dializați. Cu toate acestea, nu s-a putut dovedi un conținut mai mare al vitaminei A la nivel epidermic la pacienții cu xeroză față de cei fără această afecțiune.

Etiologia xerozei rămâne necunoscută. Este posibil ca modificările acestea să fie urmarea alterării procesului de maturare al corneocitelor indusă de uremie.

Adresă de corespondență:

Dr. Mihaela Dragna, Spitalul Elias, Bd. Mărăști Nr. 17, Sector 1, București

Cei mai mulți pacienți cu xeroză obțin o ameliorare ca urmare a folosirii emolientelor.

Pruritul și leziunile de grataj – pot fi generalizate sau localizate, zonele predilecte fiind antebrațele și toracele posterior. Pruritul poate conduce la apariția anumitor manifestări cutanate, ca urmare a gratajului prelungit, și anume: exco-riții, prurigo nodular și lichen simplex cronic.

Motivetele apariției acestui gen de simptomatologie nu sunt bine înțelese dar au fost incriminate următoarele modificări: nivelul crescut al histaminei, vitaminei A și PTH-ului; hiperplazia celulelor mastocitare; polineuropatia periferică; xeroza.

Perturbarea metabolismului fosfo-calcic din uremie are un rol important în apariția pruritului, după cum o demonstrează și corelațiile dintre nivelul seric al Ca, produsului fosfo-calcic, PTH-ului și incidența pruritului sau ameliorarea sa în urma paratiroidectomiei.

În ceea ce privește ureea și creatinina, acestea nu pot fi incriminate ca fiind singurele responsabile pentru acest gen de manifestare, întrucât pruritul nu apare în IRA.

Mai există și teoria moleculelor mijlocii (*Middle molecule theory*) care încearcă să explice pruritul, aceasta susținând existența unei substanțe pruritogene încă neidentificate, care se acumulează la pacientul dializat pentru că nu poate fi eliminată prin dializă, ca urmare a dimensiunii sale.

Tratamentul poate fi:

- cu emoliente pentru xeroză și capsaicină topică, care distruge substanța P din terminațiile nervoase, suprimând astfel senzația de mâncărime;
- cu antihistaminice sedative, cele nesedative neavând efect;
- terapia cu UVB – probabil cea mai potrivită opțiune cu efect pe termen lung.

Unii pacienți răspund la lidocaină sau heparină i.v. sau la colestiramină. Dintre opțiunile chirurgicale, se menționează paratiroidectomia subtotală și transplantul renal.

Alterări pigmentare

Înainte de introducerea eritoprinei în tratamentul anemiei din boala renală, era caracteristică paloarea acestor pacienți. De asemenea, se poate observa la pacienții politransfuzăți o colorație brun cenușie a tegumentului, ca urmare a supraîncălzirii cu fier și depunerii hemostiderinei în piele. Se mai poate remarca la unii pacienți o colorație gălbuie a tegumentului, atribuită retinei de urocromi și caroteni în epiderm și în țesutul subcutanat. O altă modificare a culorii tegumentare, de această dată localizată, este reprezentată de hiperpigmentarea

apărută în zonele fotoexpuse, ca urmare a producției crescute de melanină, pentru că hormonul bMSH nu poate fi eliminat prin dializă.

Unghiile bicolore

Nu sunt patognomonice pentru pacientul cu IRC. Apar la aproximativ 40% dintre acești pacienți și dispar imediat după transplantul renal. Sunt caracterizate printr-o parte distală mai întunecată, care reprezintă între 20 și 60% din patul unghial, zona proximală rămânând albă (semnul Terry).

Calciflaxia este o calcinoză vasculară necrotizantă caracterizată prin calcificarea pereților vasculari din piele, tromboza acută a acestor vase urmată de necroze cutanate. Afecțiunea apare mai ales la femei în IRC și cu hiperfosfatemie și hiperparatiroidism, mai ales după tratamentul cu vitamina D. Debutul este caracterizat prin dureri localizate la extremități sau la nivelul trunchiului, urmate de apariția unor leziuni purpurice dispuse reticular, care treptat devin necrotice. Evoluția este fatală, în special atunci când este implicată pielea de la nivelul trunchiului. Tegumentul se mumifică, devine uscat negru și aderent. Tratamentul de bază este paratiroidectomia și dieta fără fosfați.

Calcinoza cutanată metastatică. Calcificările metastatice cutanate apar la pacienții cu IRC, ca urmare a hiperparatiroidismului secundar sau terțiar. Calcificările pot fi localizate în derm, în grăsimea subcutanată sau în pereții arteriali. Prognosticul pacienților cu calcinoză extravasculară este excelent. Calcificările se manifestă fie ca niște formațiuni dure pietroase, fie sub formă de plăci infiltrative prost delimitate, mobile pe planurile profunde, cu tegumentul de acoperire de culoare normală sau roșu-violaceu.

Boala Kyrle este o afecțiune cutanată produsă de tulburări ale keratinizării, manifestată prin formarea de dopuri cornoase ce au tendința de a pătrunde în derm, cu dispoziția lineară. De etiologie necunoscută, este asociată cu diabetul zaharat și cu IRC iar în apariția sa au fost propuse ca fiind responsabile microangiopatia diabetică, microturma post grataj din pruritul uremic, dereglarea metabolismului vitaminelor A și D, anomalii ale fibrelor de collagen și elastină, inflamația locală și degradarea țesutului conjunctiv cauzată de depunerea dermică a acidului uric și a fosfatului calcic. Tratamentul se bazează pe înlăturarea pruritului, putând fi de ajutor și glucocorticoizii topici și intralezionali, retinoizii topici și pe cale sistemică, crioterapia etc.

Afecțiuni buloase asociate cu dializa. Porfirie cutanată tardivă a fost asociată cu hemodializa.

Deși etiologia acestui fenomen nu este încă certă, se presupune că la baza sa ar sta clearance-ul inadecvat al precursorilor porfiriniei din plasmă, conducând la depunerea porfirinelor în piele, răsnetul clinic fiind reprezentat de fotosensibilitate, bule subepidermice, fragilitate tegumentară marcată și hipertricoză.

Pseudoporfiria este o altă afecțiune buloasă care apare la pacienții dializați și care este similară clinic cu porfiria cutanată tardivă, cu excepția faptului că hipertricoza este mai rar întâlnită și nivelul porfirinelor plasmatice este normal. Poate apărea și la pacienți care se află în tratament cu tetraciclină, nabumetonă, acid nalidixic, furosemid sau fenitoin.

Ca metode de tratament se pot folosi flebotomia pentru a diminua depozitele de fier hepatice, permițând decarboxilazei uroporfirinogenului hepatic să se formeze. Problema este că acești pacienți de cele mai multe ori prezintă anemie și nu tolerează flebotomia. Eritropoetina i.v. poate consuma depozitele de fier și conduce la un statut care să permită flebotomia. Clorochina este folosită pentru a îndepărta porfirinele din ficat. O altă opțiune terapeutică mai este reprezentată de deforxamină.

Chiciura uremică

Descrisă în 1865 de Hirschprung, este foarte rar observată în ziua de azi, ca urmare a introducerii dializei. Aceasta apare când nivelul ureei depășește 300 mg/dl, concentrația ureei în transpirație devenind foarte mare. În urma evaporării trans-

pirației, rămân cristale fine albicioase de uree localizate pe față, gât, rădăcina membrelor și torace.

Afecțiuni dermatologice asociate cu transplantul renal

Cu toate că multe vieți sunt salvate și susținute prin intermediul dializei, există și un grad înalt de morbiditate ca urmare a terapiei inadecvate de înlocuire a funcției renale. Opțiunea cea mai bună pentru acești pacienți este transplantul renal, care rezolvă multe dintre problemele cauzate de uremie. Din păcate, și transplantul renal conduce la destul de multe complicații apărute în principal ca urmare a terapiei imunosupresive folosite pentru a împiedica rejecția grefei.

Afecțiunile dermatologice asociate cu transplantul renal includ următoarele entități:

- modificări de tip Cushing ca urmare a folosirii corticosteroizilor;
- hiperplazie gingivală – indusă de ciclosporină;
- afectarea unității pilosebacee – acnee, folliculită, hipertricoză, keratoză pilară, chisturi epidermice;
- afecțiuni asociate cu imunosupresia: infecții virale (VHS, VZS, EBV), infecții bacteriene (*S. aureus*, *B. Henselae*, *Mycobacterii*, BK), infecții fungice (*Candida*, *Dermatofiti*, *Aspergillus Cryptococcus*, *Nocardita*), paraziți (*Scabia*), neoplazii (keratoacantom, sarcom Kaposi, melanom), boala greafă contra gazdă, prokeratoza.

BIBLIOGRAFIE

1. **Bucur Gh** – Boli dermatovenerice enciclopedie, Ed. Medicală Națională, 2002.
2. **Fitzpatrick RE** – Dermatology în General Medicine, Ed. McGraw Hill Book, 1979.
3. **Colțoi AI** – Dermatovenerologie, Ed. Didactică și Pedagogică, 1983.
4. www.emedicine.com