

## Síndrome nefrótico corticosensible y tiroiditis de Hashimoto simultáneos

*Sr. Editor:*

Se presenta el caso de una niña previamente sana y sin antecedentes familiares relevantes que presentó de forma simultánea síndrome nefrótico de cambios mínimos (SNCM) y tiroiditis de Hashimoto.

Niña de 9 años y 8 meses remitida por edema palpebral y proteinuria desde 4 días antes, sin oliguria. Desde 1 mes antes han apreciado aumento de tamaño de la glándula tiroidea. Antecedentes familiares y personales sin interés; sin vitíligo ni trastornos tiroideos.

El peso era de 38,2 kg (90-97%); talla, 147 cm (> 90%); superficie corporal, 1,25 m<sup>2</sup>; presión arterial, 110-70 mm Hg; frecuencia cardíaca, 100 lat./min. Bocio grado II, liso, indoloro. Edema palpebral bilateral y pretibial con discreta fovea a la presión. En el resto de la exploración no se observaron hallazgos anormales. Presentaba unas proteínas totales de 4,7 g/dl; albuminemia, 2,1 g/dl; creatinina, 0,78 mg/dl; glucemia, 85 mg/dl; colesterol total, 275 mg/dl. Aclaramiento de creatinina, 124 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>; proteinuria cuantitativa, 456 mg/m<sup>2</sup>/h; tiroxina (T<sub>4</sub>) libre, 0,94 ng/dl; hormona tiroestimulante (TSH), 15,92 mU/l; anticuerpos antiperoxidasa, 663 U/l, y anticuerpos antitiroglobulina, 132 U/l.

La paciente fue diagnosticada de síndrome nefrótico e hipotiroidismo subclínico por tiroiditis autoinmune, y se inició tratamiento con prednisona oral según protocolo del International Study Kidney Diseases in Children (ISKDC)<sup>1</sup>. En ese momento no se instauró terapia de sustitución tiroidea dadas las cifras normales de T<sub>4</sub> libre. Mientras se mantuvo el tratamiento con prednisona oral para su síndrome nefrótico se observó un previsible descenso de las cifras de anticuerpos antitiroideos, además de un ascenso de las cifras de T<sub>4</sub> libre y TSH. El tratamiento corticoideo se retiró a los 88 días y a partir de ese momento las cifras de anticuerpos antitiroideos volvieron a aumentar a la vez que se instauró progresivamente un hipotiroidismo primario franco que precisó iniciar terapia de sustitución con tiroxina oral en dosis de 50 µg/día hasta llegar a 100 µg/día. No ha habido recaídas del síndrome nefrótico hasta la actualidad, lo que permite etiquetarlo de SNCM a pesar de la ausencia de biopsia renal. El hipotiroidismo sí se ha mantenido, precisando tratamiento de sustitución con l-tiroxina oral (tabla 1).

Es bien conocida la asociación de esta tiroiditis con otros procesos de raíz autoinmune, aunque en los textos usuales no se menciona nunca el SNCM<sup>2</sup>. También es sabido que el SNCM tiene como base patogénica una disfunción en la regulación de los linfocitos T<sup>3</sup>. Coincidiendo con el tratamiento con prednisona para el síndrome nefrótico, se produjo la normalización de la tiroiditis con reducción de los valores de anticuerpos anti-

TABLA 1. Datos clínicos y analíticos evolutivos

Día de evolución	Proteinuria <sup>a</sup>	Prednisona (VO)	fT <sub>4</sub> /TSH <sup>b</sup>	Anticuerpos		T <sub>4</sub> (VO)
				Antiperoxidasa <sup>c</sup>	Antitiroglobulina <sup>d</sup>	
0	Nefrótica	60 mg/m <sup>2</sup> /día (75 mg)	0,94/15,26	663	132	No <sup>e</sup>
7	Negativa	60 mg/m <sup>2</sup> /día (75 mg)				No
17	Negativa		1,68/10,04	25	87	No
33	Negativa	40 mg/m <sup>2</sup> /día (50 mg) L-Mi-V				No
63	Negativa	Reducción lenta				No
88	Negativa	Supresión				No
95	Negativa	No	1,38/1,15	110	64	No
130	Negativa	No				No <sup>f</sup>
153	Negativa	No	1,02/21,08	1.000	161	No
181	Negativa	No	0,31/311			50/75/100
246	Negativa	No	1,35/22,46			100
303	Negativa	No	1,62/2,29	968	35	100

<sup>a</sup>Proteinuria normal: < 4 mg/m<sup>2</sup>/h; nefrótica < 40 mg/m<sup>2</sup>/h; <sup>b</sup>fT<sub>4</sub> normal: 0,8-2,2 ng/ml; TSH normal: 0,38-4,84 µU/ml; <sup>c</sup>Antiperoxidasa: < 10 U/l; <sup>d</sup>Antitiroglobulina: < 20 U/l; <sup>e</sup>Bocio grado II. ANA negativos; <sup>f</sup>Ecografía tiroidea sin hallazgos anormales. VO: vía oral.

roideos que se ha descrito anteriormente en pacientes que recibieron corticoides por otros procesos concomitantes<sup>4,5</sup>.

Otros autores han descrito enfermos con síndrome nefrótico y tiroiditis, aunque la mayor parte son adultos afectados de síndromes nefróticos asociados a otros procesos patológicos<sup>6-9</sup>. Uno de ellos era un niño/a de 12 años afectado de SNCM, tiroiditis de Hashimoto y vitíligo. En éste, la aparición del SNCM fue anterior y no simultánea con las dos otras manifestaciones. La presentación secuencial en un mismo niño de estas tres manifestaciones autoinmunes se explica por los mecanismos inmunológicos subyacentes en la patogenia de estas enfermedades<sup>2-4</sup>.

Comunicamos nuestro caso por lo infrecuente de la asociación en la edad pediátrica y por lo ilustrativo del efecto transitorio de los corticoides sobre la función tiroidea, que llegó a normalizarse sin necesidad de tratamiento específico de sustitución.

**F. Aleixandre Blanquer, C. Navarro Navarro,  
R. Velasco García y J. Jover Cerdá**

Servicio de Pediatría. Hospital General de Área.  
Elda. Alicante. España.

**Correspondencia:** Dr. F. Aleixandre Blanquer.  
Camino Colonia Romana, 12, 9º A. 03016 Alicante. España.  
Correo electrónico: fblanquer@mixmail.com

## BIBLIOGRAFÍA

1. Simón J, Zamora I. Nefropatías glomerulares primarias. En: Hernando Avendaño L, editor. Nefrología Clínica. 1.ª ed. Madrid: Editorial Panamericana, 1997; p. 256-65.
2. Rodríguez Hierro F, Ferrer A. Hipotiroidismo y tiroiditis. En: Argente Oliver J, Carrascosa Lezcana A, Gracia Bouthelie R, Rodríguez Hierro F, editores. Tratado de endocrinología pediátrica y de la adolescencia. 2.ª ed. Barcelona: Doyma, 2000; p. 701-18.
3. Grimbert P, Audard V, Remy P, Lang P, Sahali D. Recent approaches to the pathogenesis of minimal-change nephrotic syndrome. Nephrol Dial Transplant 2003;18:245-8.
4. Weetman AP. Autoimmune thyroid disease: propagation and progression. Eur J Endocrinology 2003;148:1-9.
5. Mahmud FH, Lteif AN, Renaud DL, Reed AM, Brands CJ. Encefalopatía con respuesta a corticoides con tiroiditis de Hashimoto en una adolescente con alucinaciones y depresión crónicas: descripción del caso y revisión. Pediatrics (ed. esp.) 2003;56:171-4.
6. Kuzmanovska DB, Shahpazova EM, Kocova MJ, Gruevska SJ, Petrushevska G. Brief Report: Autoimmune thyroiditis and vitiligo in a child with minimal change nephrotic syndrome. Pediatric Nephrology 2001;16:1137-8.
7. Nishimoto A, Tomiyoshi Y, Sakemi T, Kanegae F, Nakamura M, Ikeda Y, et al. Simultaneous occurrence of minimal change glomerular disease, sarcoidosis and Hashimoto's thyroiditis. Am J Nephrol 2000;20:425-8.
8. Kagiya S, Tsuruta H, Tominaga M, Moroshita K, Doi Y, Onoyama K. Minimal-change nephrotic syndrome and acute renal failure in a patient with aged onset insulin-dependent diabetes mellitus and autoimmune thyroiditis. Am J Nephrol 1999;19: 369-72.
9. Nishiki M, Murakami Y, Yamane Y, Kato Y. Steroid-sensitive nephrotic syndrome, sarcoidosis and thyroiditis-a new syndrome? Nephrol Dial Transplant 1999;14:2008-10.