

CASOS CLÍNICOS DE RESIDENTES EN NEFROLOGÍA

-MAT EN EL EMBARAZO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL A PARTIR DE UN CASO

Vázquez Iglesias, Fernando; Rodríguez Magariños, Catuxa; Saleta Cobos, Claudia; Sánchez Botana, Eva; Nercellas Rodríguez, Elvira Fe; Blanco Pardo, Marta; Azaña García, Claudia; López Vázquez, María Margarita
C.H.U. de A Coruña

Las microangiopatías trombóticas (MAT) forman un síndrome definido por anemia hemolítica, plaquetopenia y lesión de órgano diana. Pueden presentarse como una patología en sí misma o como secundarias a múltiples desencadenantes. Entre ellos, el embarazo y puerperio destacan por la elevada complejidad para realizar un adecuado diagnóstico diferencial precoz pues son múltiples las patologías de presentación similar pero con manejo radicalmente diferente.

Se presenta el caso de una mujer brasileña de 42 años, gestante de 31 semanas. Entre sus antecedentes personales destaca hipertensión arterial conocida desde una gestación previa hace 5 años. Preeclampsia grave en la misma, con fallecimiento del feto tras cesárea a las 25 semanas. Además tuvo un embarazo previo que finalizó con un recién nacido sano mediante cesárea electiva.

Ingresa por un cuadro de hipertensión arterial y proteinuria con evidencia de reticulocitos, drepanocitos y elevación de transaminasas en control analítico. En este contexto, se traslada al hospital de referencia por sospecha de HELLP y 3 días después se diagnostica de preeclampsia precoz (sFlt-1/PIGF 138,8) y posible drepanocitosis por rasgo talasémico. Se inicia labetalol y magnesio con mala evolución del cuadro, realizándose una cesárea urgente.

En las siguientes 48 horas, presenta deterioro de función renal (Crp 2,7), anemización y fallo multiorgánico. Ante sospecha de crisis drepanocítica se traslada a nuestro centro. En este momento presenta criterios de hemólisis (hiperbilirrubinemia, LDH elevada y consumo de haptoglobina), daño renal y consumo de plaquetas aún sin trombopenia. En este momento, la principal sospecha es una MAT relacionada con la gestación. En el diagnóstico diferencial, no cumple criterios de síndrome de HELLP y presenta una baja probabilidad de PTT (PLASMIC SCORE 4) por lo que se sospecha SHUa asociado al embarazo y se inicia tratamiento con eculizumab 900 mg IV.

En los días posteriores mejoran los parámetros de hemólisis y la función renal pudiéndose suspender las medidas de soporte hemodinámico y renal. Se traslada a la planta de Nefrología donde mantiene función renal normal y ausencia de otros signos clínicos o analíticos de MAT. Estable al alta, pendiente estudio genético para descartar mutaciones en la cascada del complemento.

El síndrome hemolítico urémico forma parte del diagnóstico diferencial de las MAT asociadas al embarazo y puerperio. Se trata de un diagnóstico de exclusión, pero debemos mantener siempre un elevado grado de sospecha con el objetivo de iniciar tratamiento específico lo antes posible por su relevancia pronóstica.

-GLOMERULOPATÍA CON DEPÓSITOS DE FIBRONECTINA (GFND) (GEN FN1). A PROPÓSITO DE UN CASO

Rentería González, Nohemi Carolina; Temes Álvarez, Borja; Millán Díaz, Beatriz
C.H.U. de Ourense

INTRODUCCIÓN:

La Glomerulopatía con depósitos de fibronectina (GFND) es una enfermedad glomerular rara y hereditaria que se caracteriza por la acumulación excesiva de fibronectina en los glomérulos provocado por una mutación en el gen de la fibronectina (FN1).

CASO:

Se trata de un varón de 27 años con antecedentes de hipertensión y dislipemia. Como antecedente familiar destaca que su madre presentó enfermedad renal crónica terminal que precisó hemodiálisis (HD) y posteriormente fue trasplantada.

El paciente es valorado por el Srvcio de Nefrología por proteinuria y deterioro progresivo de la función renal. Se realiza biopsia renal compatible con Glomerulonefritis Mesangial IgA evolucionada. Durante el proceso presentó un deterioro de función renal rápidamente progresivo con necesidad de inicio de terapia renal sustitutiva (HD) y posteriormente realización de trasplante renal de donante cadáver.

Su hermana también es remitida para valoración de proteinuria; se realizó estudio genético por sospecha de colagenopatía siendo positiva para el Gen FN1 variante Chr2.

DISCUSIÓN:

Se presenta un caso de GFND con afectación DE varios integrantes de una misma familia (imagen 1) que debutaron con proteinuria y posteriormente presentaron deterioros progresivos y constantes de la función renal llegando a enfermedad renal crónica terminal con necesidad de terapia renal sustitutiva.

Destacamos nuestro caso ya que en la literatura solo se han descrito 20 familias y 25 casos esporádicos, siendo una mutación rara y que en la actualidad no tiene un tratamiento específico, salvo los diferentes mecanismos para controlar la proteinuria y evitar el deterioro de la función renal.

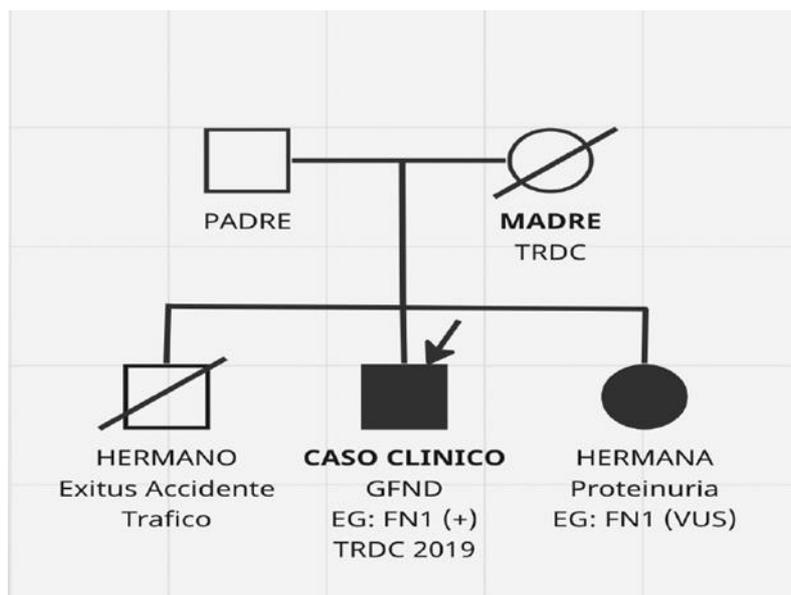


Imagen 1. Árbol Genealógico de los diferentes miembros con afectación renal.

-RECTIFICAR É DE SABIOS

Portas Betanzos, Ezequiel; Muñoz Cárdenas, Vanesa Viviana
C.H.U. de Santiago

Varón de 80 anos con antecedentes de DM2 e portador de prótese aórtica biolóxica por estenose severa en 2016. Acude a URX o 03/01/24 por un cadro de 2 meses de síndrome xeral con perda de 7kg, sudoración intensa nocturna, analítica con pancitopenia e deterioro de función renal; ETT sen cambios respecto ao seu previo.

Ingreso para estudo de posible causa hematolóxica, descartándose coas probas pertinentes (biopsia de médula ósea sen datos de discrasia sanguínea). Nos controles, obsérvase proteinuria e bandas monoclonais séricas de IgG kappa e lambda, así como presenza de sedimento activo con crioglobulinas e C3 diminuído en soro. Coa sospeita diagnóstica de crioglobulinemia, realízase biopsia renal o 07/08, con achádegos de dano tubular e depósitos de IgM, C3 e C1q, sen glomerulonefrite necrotizante nin semilúas, dano intersticial ou monoclonalidade. Iníciase en MIR tratamento con corticoides e bolus de RTX, sen obxectivar melloría e precisando o 28/08 inicio de hemodiálise por evolución do fallo renal.

Ante este cadro, replantéxase o diagnóstico, repítense probas e, finalmente, o 30/08 indícase a realización de un novo ETT, observando datos compatibles con endocardite aórtica subaguda e unha seroloxía positiva para bartonella henselae (resultando o resto de cultivos negativos). Actualmente, permanece ingresado en espera de PET de control a tratamento con ceftriaxona e doxicilina, atopándose libre de diálise dende o 16/09.

-NTIA E INMUNOTERAPIA EN UN PACIENTE MONORRENO

Rañó Santamaría, Óscar; Otero Alonso, Pablo; Paredes Cardenas, Gonzalo; Cobelo Casas, Carmen; Lopez Iglesias, Antia; González Tabarés, Lourdes; García Marcote, Yanina; Quispe Gonzales, Jansen Olavid; Rivera Chávez, Lizet Lorena; Sierra Castro, Diego; Calviño Varela, Jesús
H.U. Lucus Augusti, Lugo

En la actualidad, la inmunoterapia es una de las estrategias terapéuticas más frecuentemente utilizadas en diversos tipos de tumores, entre ellos los renales, presentando buena tolerancia e importantes beneficios clínicos. No obstante, puede presentar efectos adversos en varios órganos, incluido el riñón. Describimos el caso de un paciente, monorreño tras nuna efrectomía por carcinoma renal, que desarrolló un cuadro de deterioro de función renal durante el tratamiento con pembrolizumab,

Se trata de un varón de 50 años derivado desde consultas externas de Oncología por fracaso renal agudo (creatinina 2,8 mg/dl) evidenciado en control analítico rutinario. Entre sus antecedentes, destacaba una enfermedad de reflujo gastroesofágico, por la cual tomaba crónicamente omeprazol, y ERC estadio 3a (creatinina 1.4 mg/dl) secundaria a una nefrectomía radical derecha por un carcinoma de células claras. Además, desde hacía 11 meses recibía tratamiento adyuvante con Pembrolizumab, encontrándose la enfermedad tumoral en remisión completa. Durante dicho tratamiento no presentó complicaciones agudas, excepto mialgias leves unos meses antes, para las cuales recibió un ciclo de esteroides orales por la sospecha de miositis. A su ingreso se encontraba levemente deshidratado, con constantes dentro de normalidad. En la analítica, además del deterioro de función renal, se objetivaba un ligero ascenso de CPK (120 UI/L), encontrándose el resto de resultados bioquímicos, serologías y autoinmunidad dentro de normalidad. El análisis de orina mostró una mínima proteinuria y leucocituria (20-30 leucos/c) sin hematuria y el urocultivo fue negativo. La ecografía abdominal tampoco mostró alteraciones reseñables. Se instauró tratamiento con sueroterapia intravenosa sin mejoría, por lo que se decidió iniciar tratamiento empírico con prednisona (1 mg/kg) ante la sospecha de nefritis túbulointersticial aguda (NTIA) asociada a inmunoterapia (pembrolizumab) y, menos probablemente, a omeprazol. La evolución fue favorable, con recuperación parcial de la función renal, siendo la creatinina al alta 2.2 mg/dl.

En conclusión, el presente caso ilustra la asociación entre inmunoterapia y NTIA. La frecuente presencia de otros tratamientos potencialmente implicados, como el omeprazol en este caso, la dificultad para realizar una biopsia renal al tratarse de un paciente monorreño, la asociación temporal no inmediata entre tratamiento y afectación renal, y la prescripción previa de esteroides; hacen que el diagnóstico sea solo de sospecha y el tratamiento, generalmente, empírico. Dado el creciente uso de la inmunoterapia en los pacientes oncológicos, el reconocer clínica y precozmente esta entidad, es fundamental para mejorar el pronóstico renal de estos pacientes.

-INMUNOSUPRESIÓN VS. INFECCIONES OPORTUNISTAS. ENFERMEDAD INVASIVA SEVERA POR CMV

Santaclara Pousada, Belén; Toledo Cepero, Claudia Verónica; Jiménez Rendon, Sebastián;

Canto Calviño, Adriana Milagros; López-Peláez Hamann, Lucía; Fijo Prieto, Ana; Fernández Fleming, Francisco; Ferreiro Hermida, Tamara; Lamas Barreiro, José María.
H. Álvaro Cunqueiro. Vigo

El trasplante renal de donante vivo (TRDV) es una alternativa al trasplante renal de donante fallecido (TRDF), supone el 10-15% del total de trasplantes renales en nuestro país y una de sus principales ventajas es la anticipación respecto al tiempo medio de espera en los programas de TRDF. Sin embargo, una tercera parte de los TRDV presentan incompatibilidad ABO y/o HLA entre donante y receptor. Para solventar estas situaciones, se desarrollaron el programa Nacional de Trasplante Renal Cruzado y la estrategia terapéutica de desensibilización. Esta última, debido a la importante modificación del sistema inmune del receptor que conlleva, presenta una mayor tasa de complicaciones precoces.

La enfermedad por citomegalovirus (CMV) en pacientes trasplantados puede suponer una complicación grave con afectación multiorgánica. Se produce como consecuencia de la reactivación del virus o tras su transmisión en una situación de inmunosupresión propia del trasplante renal.

La principal estrategia de prevención es la profilaxis farmacológica durante los primeros meses postrasplante. Para su tratamiento suele ser necesario también la minimización de la inmunosupresión para conseguir el control de la infección, esto a su vez, puede aumentar el riesgo de rechazo del injerto. El seguimiento evolutivo se realiza mediante la determinación seriada de la carga viral mediante PCR.

Presentamos el caso de una mujer de 27 años con ERC secundaria a displasia renal congénita, trasplantada de donante vivo en febrero de 2024 precisando previamente desensibilización por incompatibilidad ABO (rituximab, plasmaféresis e inmunoglobulinas). La IgG para CMV era negativa en la paciente y positiva en el donante; recibió profilaxis con valganciclovir.

Sufrió rechazo borderline que precisó aumento de tratamiento inmunosupresor recibiendo bolos de metilprednisolona.

Ingresó en nuestro servicio en agosto de 2024 por cuadro de enfermedad severa por CMV (afectación entérica, pulmonar subclínica con neumonía intersticial y hematológica). Como única manifestación clínica, presentaba dolor abdominal localizado en epigastrio que empeoraba en bipedestación.

Se inició tratamiento con ganciclovir con dosis ajustada a función renal y peso, y se redujo la dosis de MMF. A pesar de adecuada evolución clínica, persistía trombocitopenia y linfopenia y además, incremento significativo de la carga viral.

Por este último motivo se decidió aumentar dosis de Ganciclovir, solicitar estudio de resistencias y suspender MMF.

Varios días después se constató la reducción significativa de carga viral y recuperación de parámetros analíticos hematológicos.

El mayor riesgo de rechazo en el trasplante renal de donante vivo ABOi conlleva una inmunosupresión más intensa en el receptor que ocasiona una situación de vulnerabilidad frente a infecciones oportunistas y a un peor pronóstico de las mismas.