






A propósito de un caso: Glomerulonefritis aguda posinfecciosa IgA dominante en trasplante renal

Ledesma Sánchez, Gabriel¹; Mercado Valdivia, Verónica¹; García Sánchez, Sagrario²; Díaz Mancebo, Raquel¹; Hernández Hernández, Yolanda^c; Yesika Amezcua Orjuela¹; Silvia Caldés Ruisánchez¹; Gallegos Villalobos, Ángel¹; Echarri Carrillo, Rocío¹; Hevia Ojanguren, Covadonga¹; Cirugeda García, Antonio¹

1. Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Infanta Sofía (San Sebastián de Los Reyes).
2. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Infanta Sofía (San Sebastián de Los Reyes).

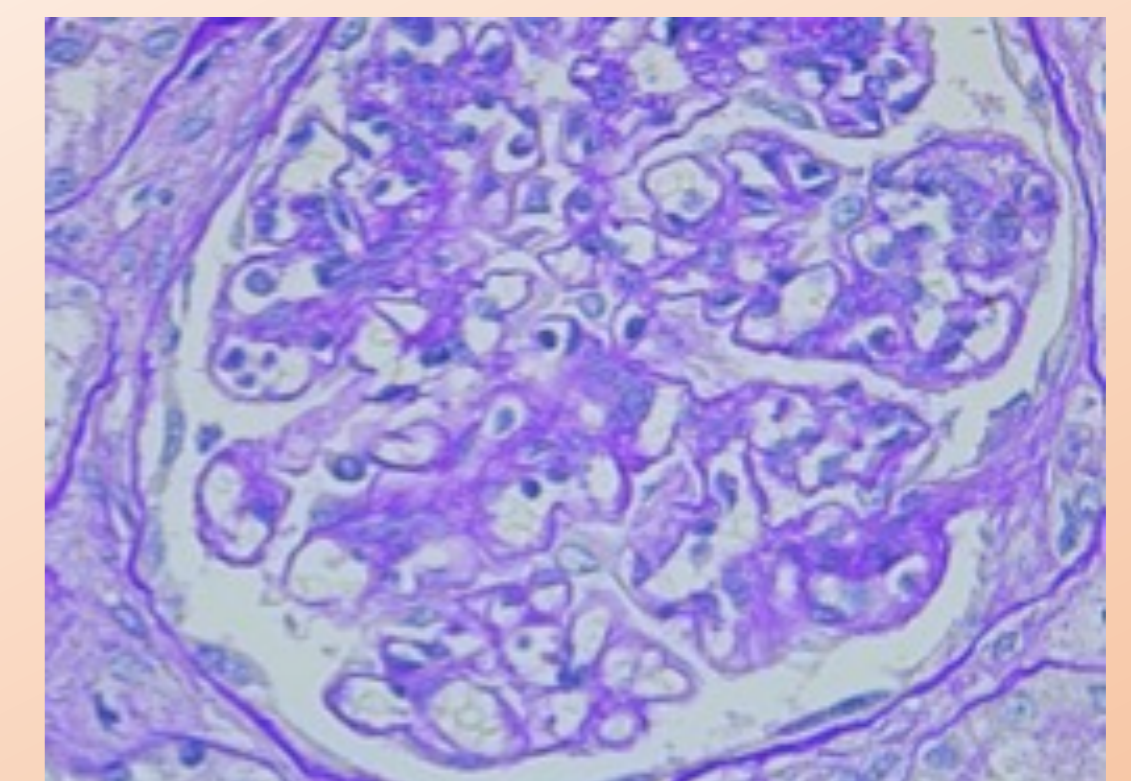
Conociendo la enfermedad...

-  Debut típico en adultos de edad avanzada, sobre todo con diabetes mellitus
-  Se suele asociar a infecciones por Staphylococcus, en su mayoría cutáneas
-  La presentación clínica habitual es como síndrome nefrítico
-  El patrón histológico es el de una GN aguda posinfecciosa, con IF positiva para IgA dominante o codominante (a diferencia de la GNPI postestreptocócica, donde predomina C3 +/- IgG)
-  El tratamiento recomendado es la antibioterapia (además del tratamiento de soporte), evitando corticoides dado que pueden agravar la infección (valorar si no hay mejoría tras el ciclo antibiótico)

Presentación del caso

Varón de 56 años

- **Antecedentes personales relevantes:**
 - Trasplante renal de donante cadáver en 2015 (ERC de etiología desconocida, función óptima del injerto sin proteinuria, triple terapia T+M+E, no compatibilidades HLA, no rechazos).
 - SV permanente por vejiga neurógena tras ictus isquémico en 2011 (descartada enfermedad de Fabry).
- **Cuadro clínico:** Ingreso en Diciembre 2021 en anasarca, con fracaso renal agudo (Cr 2.5 mg/dl), oliguria, proteinuria de 5g/g por CPC, hematuria macroscópica de aspecto colúrico sin coágulos, hipoalbuminemia severa, no dislipemia (sin hipolipemiantes), úlceras superficiales en piernas sobreinfectadas (recurrentes, paciente con déficit de autocuidado).
- **Pruebas complementarias:**
 - Ecografía del injerto sin alteraciones. Ecocardiograma TT con datos de HTP moderada sin otras alteraciones significativas.
 - Inmunológico normal (incluido C3). PCR CMV y BK negativas. Ac antiHLA negativos.
 - Cultivos de úlceras cutáneas negativos.
 - Biopsia renal:
 - Glomérulo: expansión mesangial, hiper celularidad endocapilar con neutrófilos en penacho
 - Túbulos: hematíes y restos celulares en la luz, no tubulitis.
 - Intersticio y vasos sin alteraciones sign.
 - IF: positiva fuerte para IgA y moderada para C3, IgG, kappa y lambda (distribución mesangial).
 - C4d negativo.
- **Tratamiento:** Antibioterapia de amplio espectro + inicio de esteroides 5 días antes de la biopsia renal (3 bolos de MTP seguido de prednisona 0.5 mg/kg/d) + hemodiálisis aguda durante una semana. Tras resultado de la biopsia se inicia pauta descendente esteroides hasta dosis habitual en un mes. Completa 14 días de tratamiento antibiótico.
- **Evolución:** Recuperación de función renal al mes del alta hospitalaria, con persistencia de proteinuria subnefrótica.



GNAPI IgA dominante Vs NlgA



A favor

- Edad tardía de presentación
- Infección cutánea concomitante
- Neutrófilos en penacho glomerular
- Debut como síndrome nefrítico

No tenemos ME (la presencia de humps subepiteliales iría a favor de GNAPI IgA dominante)

En contra



- No diabetes mellitus
- C3 normal (aunque hasta un 30% lo tienen)
- Proteinuria nefrótica (aunque artefacto por SV)

Conclusión

La glomerulonefritis aguda posinfecciosa IgA dominante es una entidad poco conocida relacionada con infecciones por Staphylococcus, la cual puede ser difícil de distinguir de una nefropatía IgA, algo fundamental dado el manejo tan diferente de ambas patologías.