

Nefritis granulomatosa tubo intersticial: en busca de mycobacterium tuberculosis.

Guevara Madrid, Francisco Antonio¹; Beltrán Mallén, David¹; Guillén Crusells, Javier¹; Mora López, Paula¹; Villa Ayala, Verónica Alexandra¹; López Royo, Luzia Sescún¹; Gracia García, Olga¹; Parra Moncasí, Eduardo¹;

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Palabras clave / Términos relevantes:

Nefritis granulomatosa, Tuberculosis, Sarcoidosis

1. RESUMEN

RESUMEN: La incidencia de las nefritis intersticiales granulomatosas oscilan entre el 0,5 y el 0.9% en las biopsias renales. Son entidades con una escasa incidencia en la práctica clínica habitual y cuando esta patología se desarrolla sin signos de afectación pulmonar u otros datos clásicos y no se encuentran microorganismos en la histología renal, establecer una relación causal entre la tuberculosis y la afectación renal se vuelve más desafiante. La tuberculosis (TBC) es la etiología infecciosa más común de nefritis granulomatosas túbulointersticiales. Presentamos el siguiente caso clínico con el objetivo de representar esta etiología infecciosa.

CASO CLÍNICO: Paciente de 50 años sin antecedentes médicos de interés ni tratamiento habitual. Ingresa en agosto de 2022 por fracaso renal agudo (FRA) (Creatinina plasmática Crp 3.5 mg/dl) en contexto de afectación clínica sistémica (dolor abdominal, fiebre y pérdida de peso). Ante la ausencia de recuperación de la función renal (Crp 2.29mg/dl), se realiza biopsia renal compatible con una nefritis granulomatosa túbulointersticial. Reingresa con un nuevo fracaso renal agudo se realiza biopsia de una adenopatía cervical con resultado de linfadenitis granulomatosa con necrosis focal. Se remite extracción de DNA para realizar PCR de micobacterias, que detecta DNA de Mycobacterium tuberculosis complex, confirmándose el diagnóstico de tuberculosis (TBC) ganglionar.

DISCUSIÓN: Ante el hallazgo en la biopsia renal con cambios compatibles con una nefritis granulomatosa túbulo-intersticial se nos plantea un amplio diagnóstico diferencial. Por la clínica sistémica y el cuadro poliadenopático, las principales entidades a sospechar serían tuberculosis y sarcoidosis. En este caso se ha demorado el diagnóstico de TBC al tratarse de una TBC ganglionar (forma extrapulmonar), cuyo diagnóstico requiere de confirmación mediante biopsia de adenopatía. Finalmente, el paciente ha presentado una evolución favorable desde el punto de vista clínico y de la función renal al instaurar el régimen estándar de terapia antituberculosa.