

Pielonefritis fúngica en paciente trasplantada renal

López Royo, Luzía Sescún¹; Villa Ayala, Verónica Alexandra¹; Beltrán Mallén, David¹; Guillén Crusells, Javier¹; Guevara Madrid, Francisco Antonio¹; Gracia Martín, Carmen¹; Sureda De Lucio, Begoña¹.

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Palabras clave / Términos relevantes:

Trasplante renal, pielonefritis fúngica

RESUMEN

Caso clínico y resultados: Mujer de 53 años con antecedentes de poliquistosis hepato-renal que recibe trasplante renal de donante cadáver el 11/11/23 previa nefrectomía izquierda electiva, bajo protocolo inmunosupresor con timoglobulina (2 dosis), Envarsus, Myfortic y esteroides. Cr al alta 2.11 mg/dL.

Acude 2 meses después por Cr 12.9 mg/dl, disnea y anasarca. Ecográficamente se visualiza un injerto edematoso. Ante sospecha de un rechazo agudo, se inician bolus de metilprednisolona 500mg x3 y se realiza biopsia del injerto renal.

La biopsia muestra infiltrados inflamatorios intersticiales de predominio neutrofílico, tubulitis y esporas fúngicas intraluminales en túbulos y en espacio de Bowman. Hallazgos compatibles con un rechazo humoral agudo y una pielonefritis fúngica. Microbiológicamente se aísla *Candida glabrata* en el urocultivo, con hemocultivos negativos. Se inicia Isavuconazol.

Días después la paciente presenta malestar abdominal, oligoanuria y ectasia renal grado II-III de novo, sospechándose un micetoma en tracto urinario. Se coloca nefrostomía del injerto con mejoría de función renal. Ante la reaparición de levaduras en el urocultivo, precisa nuevamente tratamiento con micafungina. Posteriormente se sustituye la derivación urinaria por una cistonefrostomía que la paciente porta durante 2 meses.

Una segunda biopsia del injerto desestimó los hallazgos de rechazo humoral, estableciéndose el diagnóstico definitivo de pielonefritis fúngica. La paciente presentó una evolución favorable con Cr al alta 2.04 mg/dl.

Conclusiones: Las infecciones renales por hongos son inusuales y difíciles de tratar. Corresponden en su mayoría a infecciones por *Cándida* especies que penetran en las paredes de los capilares para invadir el intersticio renal. Los principales factores de riesgo son la antibioterapia y los dispositivos de drenaje del tracto urinario. El hallazgo de hongos en el urocultivo, obliga a distinguir contaminación de colonización e infección. En nuestra paciente, el uso de timoglobulina y metilprednisolona pudieron contribuir al desarrollo de la infección. Al alta fue preciso modificar el esquema inmunosupresor.