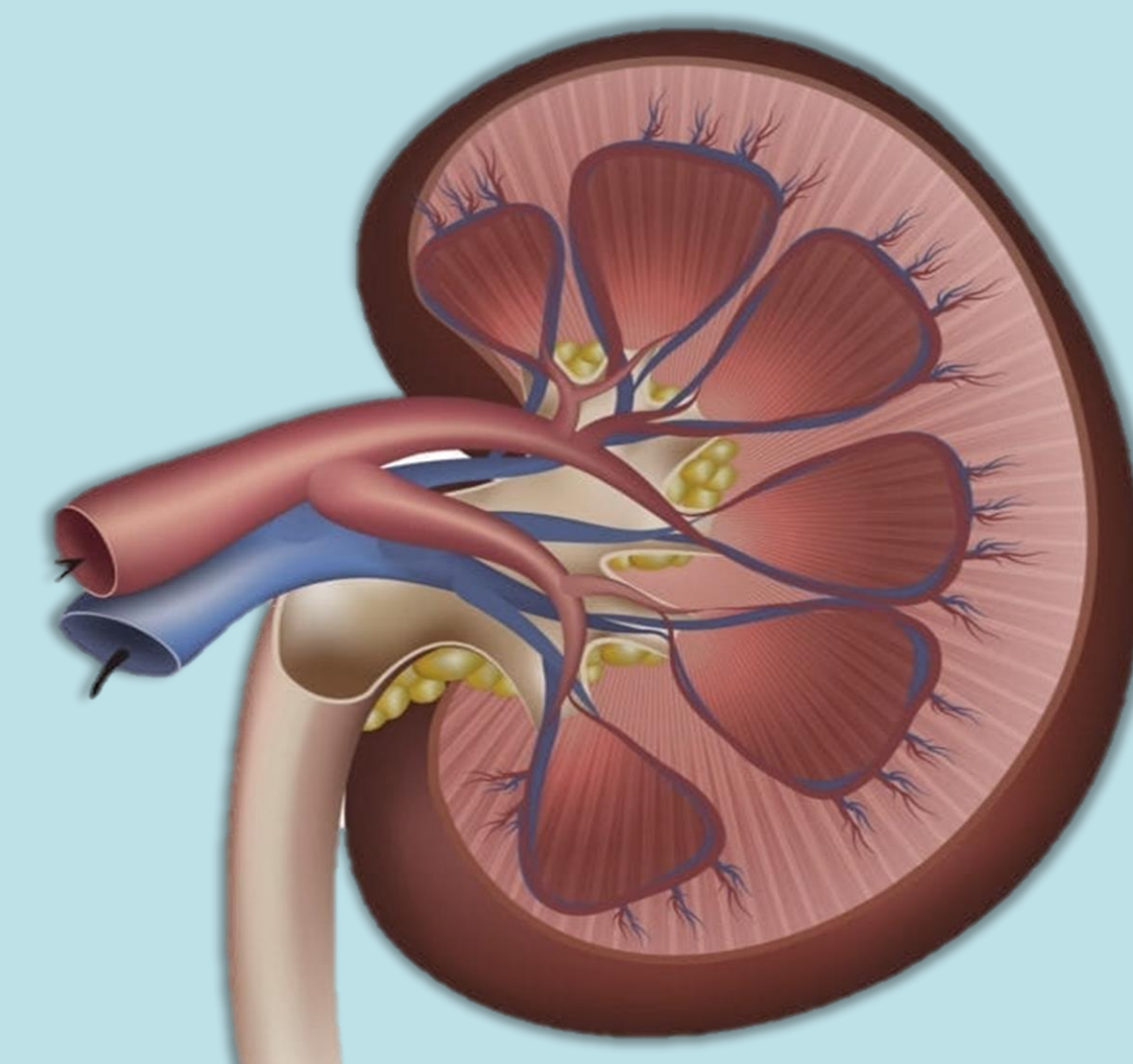




UNA CAUSA CRECIENTE DE NEFRITIS INTERSTICIAL AGUDA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES: Paula Férreo Santos; María de la Hoz Riol; José Pelayo León Jiménez; Lucía Romero Imaz; Regina Echevarría Zubero. **Hospital Universitario Fundación Alcorcón.**

INTRODUCCIÓN

La nefritis tubulointersticial aguda (NTIA) es un tipo de lesión renal caracterizada por inflamación, edema y tubulitis en el compartimento intersticial, asociando frecuentemente fracaso renal agudo (FRA). La causa más frecuente son las reacciones de hipersensibilidad idiosincrásicas secundarias a la ingesta de fármacos (70% de los casos). Los antiinflamatorios no esteroideos son una causa frecuente de NTIA, tanto en pacientes pediátricos como adultos, aunque potencialmente cualquier fármaco podría inducir su desarrollo. Su presentación clínica suele ser inespecífica.

RESUMEN DEL CASO

Mujer de 16 años derivada desde atención primaria por alteración de la función renal (FR) en analítica realizada en contexto de cuadro de vómitos y dispepsia de 6 semanas de evolución (tratado con Omeprazol 20mg/12h 4 semanas), pérdida de peso de 7 kg y cuadro de herpes zoster torácico (tratado con Ibuprofeno 400mg 2 días). No presentaba otros datos relevantes en la anamnesis, con constantes y exploración física a su llegada normales.

- En la analítica de **SANGRE** inicial destacan Creatinina sérica (Cr) 5.2mg/dl, urea 85mg/dl, filtrado glomerular estimado 11ml/min, acidosis metabólica leve, iones y función hepática normales, VSG 109mm/h y PCR 51,92mg/L.
- En la analítica de **ORINA** presenta glucosuria, microhematuria, osmolaridad 246mOsm/kg y proteinuria tubular de 900mg/24h (<10% albuminuria). Diuresis conservada en todo momento.

EVOLUCIÓN

Ante la presencia de **FRA (AKIN3) no oligúrico** se amplió estudio serológico, inmunológico y hormonal, así como ecografía renal bilateral y valoración oftalmológica, siendo todo normal. Se plantea causa farmacológica como etiología suspendiéndose el tratamiento con **Omeprazol** al ingreso.

Se realiza **biopsia renal** percutánea, obteniéndose el diagnóstico anatomopatológico de **NTIA** de predominio linfocitario con eosinófilos.

Se inició entonces tratamiento con **prednisona oral** (60mg/día x 6 semanas). 48 horas tras la retirada del Omeprazol presentó mejoría de los vómitos y de la FR. Al alta (72h tras el inicio del tratamiento) presentó Cr 2,9mg/dl, normalizándose la FR 1 semana después.

CONCLUSIONES

Nuestra paciente presentó una NTIA de probable etiología inmunoalérgica por uso de inhibidores de bomba de protones (IBPs). La prescripción masiva de **IBPs** o su toma subrepticia en los últimos años, incluso en la población pediátrica, los ha convertido en una causa notoria de daño renal (incidencia en algunas series del 18-64%). El período de latencia entre su consumo y el daño renal oscila entre 15 días y 18 meses y el efecto es idiosincrásico.

El abordaje consiste en la retirada inmediata del fármaco e instaurar un tratamiento precoz con corticoides, mejorando así el pronóstico global y disminuyendo la probabilidad de daño renal crónico.

