

¿Nefropatía por VBK o coinfección?

Nefrología 2009;29(1):92.

Sr. Director:

La prevalencia de BKAN oscila entre el 1 y el 5,5% y resulta en la pérdida del injerto en más del 65% de los afectados.¹ La infección viral activa puede confundirse o incluso coexistir con procesos de rechazo celular.² El diagnóstico se basa en la detección de células Decoy en orina, demostración de viremia y viruria mediante PCR y estudio histológico.

El adecuado *screening*, junto a una reducción del tratamiento inmunosupresor, son actualmente estrategias efectivas para la prevención y manejo de BKAN.

La coinfección por Citomegalovirus (CMV) y poliomavirus es posible, aunque no frecuente. La introducción de inmunosupresores potentes como tacrolimus y el uso de catéteres endoluminales³ parecen haber contribuido en la mayor incidencia de estas infecciones.

Presentamos el caso de un paciente varón de 50 años con Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT) no filiada que recibe un trasplante renal de cadáver. Seropositivo para CMV. Isquemia fría de 18 horas. Anastomosis ureteral con colocación de catéter doble J. Tanto la inducción como el mantenimiento fue con tacrolimus, MMF y prednisona, manteniendo niveles de FK elevados los dos primeros meses (media: 17,9 ng/ml). Presentó función retardada del injerto, con Cr de 1,2 mg% el 36.º día. A partir del tercer mes inició deterioro del Filtrado Glomerular (FG) (Cr 2,45 mg%), coincidiendo con el hallazgo en orina de PCR positiva para virus BK (50 x 10⁶ copias) y células Decoy. La PCR BK en plasma, la antigenemia y viremia de CMV resultaron negativas. Aparece microalbuminuria (561 mg/24 h), proteinuria (1,26 g/24 h) y hematuria. Se realiza biopsia ante la sospecha de BKAN que revela intenso infiltrado intersticial linfocitario T y macrofágico con tubulitis importante. En túbulo corticales y medulares y en endotelio vascular se observaron numerosas inclusiones de tipo viral nu-

cleares y citoplasmáticas, con marcada citomegalia. La inmunohistoquímica resultó positiva para CMV y SV40. La expresión de HLA-DR estuvo restringida a células linfoides.

El diagnóstico fue nefritis intersticial asociada a CMV y virus BK. Se suspendió el Micofenolato Mofetilo (MMF) y se redujo la dosis de tacrolimus, iniciando ganciclovir. Se retiró el catéter doble J. El paciente evolucionó satisfactoriamente disminuyendo el número de copias (10⁶) de VBK en orina y desapareciendo la microalbuminuria, la proteinuria y la hematuria. La función renal mejoró hasta alcanzar, tras dos meses el diagnóstico, una Cr de 1,6 mg%.

En nuestro caso, el deterioro de la función renal asociada a la aparición de viruria por VBK nos llevó a pensar inicialmente en la existencia de BKAN. El hallazgo en la biopsia renal de inclusiones nucleares y citoplasmáticas típicas de CMV planteó la posibilidad de una coinfección que se confirmó mediante la positividad para SV40 y anticuerpo monoclonal anti-CMV.

Aunque la mayoría de las series relaciona la existencia de nefropatía con cargas virales en plasma elevadas,⁴ en nuestro caso llama la atención la negatividad reiterada de viremia para BK y CMV a pesar de utilizarse técnicas altamente sensibles, y ha sido gracias a la biopsia renal que se ha podido llegar a un diagnóstico correcto y a realizar el tratamiento adecuado.

1. Randhawa PS, Demetris AJ. Nephropathy due to polyomavirus type BK. *N Engl J Med* 2000;342(18):1361-3.
2. Nickleit V, Hirsch HH, Zeiler M, Gudat F, Prince O, Thiel G, Mihatsch MJ. BK-virus nephropathy in renal transplants-tubular necrosis, MHC-class II expression and rejection in a puzzling game. *Nephrol Dial Transplant* 2000;15(3):324-32.
3. Vasudev B, Hariharan S, Hussain SA, Zhu YR, Bresnahan BA, Cohen EP. BK virus nephritis: risk factors, timing, and outcome in renal transplant recipients. *Kidney Int* 2005;68(4):1834-9.
4. Hirsch HH, Knowles W, Dickenmann M, Passweg J, Klimkait T, Mihatsch MJ, Steiger J. Prospective study of polyomavirus type BK replication and nephropathy in renal-transplant recipients. *N Engl J Med* 2002;347(7):488-96.

Palabras clave: Citomegalovirus.

Coinfección. Nefropatía VBK. Trasplante renal.

Keywords: BKV-nephropathy. Co-infection. Cytomegalovirus. Kidney transplantation

C. Ferreyra Lanatta, J.M. Osorio, J. Bravo, A. Osuna

Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Correspondencia: Ana Carla Ferreyra Lanatta

Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada
abbyferreyra@hotmail.com

Tratamiento de calcifilaxis distal con terapia asociada de sevelamer y bifosfonatos

Nefrología 2009;29(1):92-93.

Sr. Director:

La arteriopatía calcificante urémica (calcifilaxis) se presenta con una incidencia del 1% y prevalencia del 4% en la población de diálisis. La patogenia no es clara y los diferentes tratamientos (control del metabolismo del Ca y P, paratiroidectomías, adecuado manejo de heridas, cámara hiperbárica, quelantes no cálcicos, bifosfonatos, tiosulfato de sodio, etc.) no evidenciaron mejoría en el pronóstico.

Se presenta el caso clínico de un paciente varón de 55 años de edad con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica (IRC) secundaria a nefropatía diabética e hipertensión arterial. Ingresó en Hemodiálisis (HD) en mayo de 2003.

Tenia antecedentes de diabetes tipo 2 tratada con hipoglucemiantes orales y después insulina NPH.

Retinopatía diabética no proliferativa. Obesidad (Índice de Masa Corporal [IMC] 36). Dislipemia. Ex fuma-