

Asociación entre uveítis y nefropatía tubulointersticial aguda. Un nuevo caso

L. M. Ruiz, R. Muñiz, B. Aurrekoetxea e I. Lampreabe

Servicio de Nefrología. Hospital de Cruces. Vizcaya

Señor director:

Se han descrito, desde una primera observación realizada en el año 1975¹, aproximadamente medio centenar de casos clínicos de asociación entre nefropatía tubulointersticial aguda idiopática y uveítis (síndrome TINU). En una comunicación reciente de esta revista se describen dos pacientes que parecen ser los primeros referidos a nivel de nuestro medio, realizando sus autores una nueva revisión de esta entidad².

Recientemente hemos tenido la oportunidad de observar un nuevo caso: Mujer de 45 años de edad sin patología previa de interés. Un mes antes del ingreso debutó con una sintomatología de malestar general, astenia y febrícula, refiriendo también en el interrogatorio la aparición reciente de poliuria y nicturia. En la analítica general mostraba anemia normocítica normocrómica leve, VSG elevada, hipergammaglobulinemia policlonal y uremia con niveles de creatinina plasmática de 3,8 mg/100 ml. En la orina existía leucocituria con urocultivo negativo, no detectándose microhematuria significativa. Pocos días antes del ingreso se añadió una sintomatología de dolor en ojo izquierdo con lagrimeo y fotofobia, síntomas que también se trasladaron posteriormente al ojo derecho, estableciéndose el diagnóstico de uveítis bilateral.

Fue remitida a nuestro servicio para completar estudio. Presentaba en la ecografía imágenes de riñones conservados en tamaño y forma, con hipoecogenicidad marcada en las papilas renales y sin visualizarse fenómenos de litiasis ni otras anomalías. Se realizó una biopsia renal percutánea que evidenció un extenso infiltrado inflamatorio de linfocitos y células plasmáticas a nivel intersticial sin formación de granulomas, con túbulos conservados, exhibiendo en sus luces depósitos proteináceos y sin visualizarse datos de nefropatía glomerular ni vasculitis. Diferentes pruebas analíticas para despistaje de enfermedad infecciosas o sistémica no aportaron datos positivos: estudios de virus (hepatitis A, B y C, citomegalovirus, Epstein-Barr, VIH), hongos y parásitos (*Cándida*, *Aspergillus*, toxoplasma), bacterias (*leptospira*, *Salmonella*, *Brucella*, VDRL, ASLO, Mantoux), fracciones de complemento, anticuerpos mitocondriales, anticitoplasma de neutrófilo, antinucleares e inmunocomplejos circulantes. Se descartó asimismo

una sarcoidosis (niveles normales de calcemia y resultado negativo en la determinación de niveles séricos del enzima de conversión de la angiotensina).

En el estudio a nivel renal observamos también datos de daño funcional tubular: hipercalcituria, elevada excreción fraccional de potasio, glucosuria, hiperuricosuria con hipouricemia, hiperfosfaturia con hipofosfatemia, proteinuria tubular y acidosis metabólica con una ligera hipercloremia.

La paciente recibió tratamiento con prednisona oral en dosis de 0,5 mg/kg, asistiéndose a una resolución espectacular de su proceso, alcanzando una creatinina plasmática de 1,4 mg/100 ml a las dos semanas de iniciado el tratamiento. No se ha objetivado ninguna recidiva tras un mes de mantener la corticoterapia y en el momento en que se va a proceder a una reducción paulatina de la misma.

Como ya se mencionan en anteriores estudios de revisión de esta entidad, el riñón (posiblemente a nivel de la membrana basal tubular) y el iris pueden ser órganos diana de reacciones inmunes de tipo humoral o celular^{2,3}. No hemos podido establecer tampoco en nuestro caso una relación segura entre el proceso de nuestra paciente y alguna enfermedad infecciosa o inmunológica sistémica desencadenante.

Hemos observado una expresión de daño tubular renal recordando un síndrome de Fanconi, como han comunicado previamente algunos autores⁴.

Nos parece interesante referir también que la terapéutica fue satisfactoria con una dosis inicial de prednisona (0,5 mg/kg) inferior a la del tratamiento empírico mencionado en otros trabajos (1 mg/kg). Existen comunicaciones en las que se otorga un peor pronóstico para la recuperación de la función renal en casos adultos frente a los pediátricos; de hecho, en algunos casos pediátricos existe remisión espontánea⁵.

Bibliografía

1. Dobrin RS, Vernier RL y Fish AJ: Acute eosinophilic interstitial nephritis and renal failure with bone marrow-lymph node granulomas and anterior uveitis. A new syndrome. *Am J Med*, 59:325-333, 1975.
2. Lamas JM, Arrojo F, Saavedra A, Fernández Daza J, Valdés F, Suárez JM y Vázquez Martul E: Síndrome nefritis tubulointersticial aguda idiopática asociada a uveitis. *Nefrología*, 12:162-165, 1992.
3. Vanhaesebrouck P, Carton D, De Bel C, Praet M y Proesmans W: Acute Tubulo-Interstitial Nephritis and Uveitis Syndrome (TINU Syndrome). *Nephron*, 40:418-422, 1985.
4. Lessard M y Smith JD: Fanconi syndrome with uveitis in adult woman. *Am J of K Dis*, 13:158-159, 1989.
5. Burnier M, Jaeger P, Campiche M y Wauters JP: Idiopathic acute interstitial nephritis and uveitis in the adult. *Am J Nephrol*, 6:312-315, 1986.