

## Recidiva de glomerulopatía colapsante (GC) post trasplante renal.

Aran M.N., Alberton V., Canale A.R., Curcio H.D., Coppotelli S., Wojtowicz D., Zoppi M.E., Di Pietrantonio S.

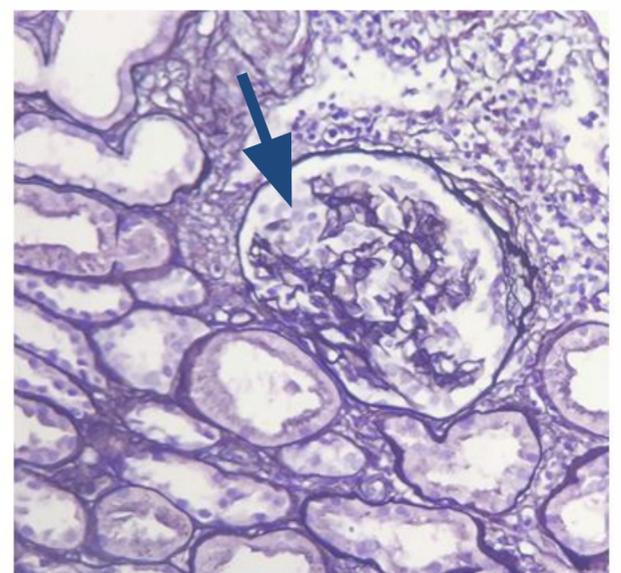
**Introducción:** La GC se define histológicamente por la presencia de colapso segmentario del ovillo capilar en al menos un glomérulo asociado con hiperplasia de células de la capa parietal de la cápsula de Bowman. Esta proliferación extracapilar puede confundirse con semilunas, lo cual puede llevar a un diagnóstico erróneo.

Clínicamente se caracteriza por síndrome nefrótico con proteinurias masivas y rápido deterioro de la función renal, pobre respuesta al tratamiento y evolución a la enfermedad renal terminal.

**Métodos:** Se revisó la HC del paciente, informes previos de biopsias de riñones nativos y se solicitaron tacos para revisión.

**Resultados:** Masculino de 30 años con antecedente de síndrome nefrótico, hematuria, HTA y creatinina de 1.5 mg/dl en 2014. La biopsia informa nefropatía extracapilar con semilunas epiteliales, recibió tratamiento con corticoides y ciclofosfamida, evolucionó con caída del FG y requerimiento de HD. En diciembre/20 recibe trasplante renal con DC (donante ideal), evolucionó con función retrasada del injerto, requerimiento de HD, HTA y microhematuria. 1er Biopsia: rechazo celular borderline, tratamiento con pulsos de corticoides. 2da Biopsia: nefroangioesclerosis y NTA (crea 8.07 mg/dl, urea 262 g/dl, hematuria). SE otorga alta por descenso de valores nitrogenados. En el día 45 post trasplante se objetiva proteinuria (prot/creat 2002), creatinina 2.8mg/dl. Día 60 post trasplante: creatinina mínima 2.05, urea 117, aumenta la proteinuria (prot/creat 3800), microhematuria. Se realizó revisión de tacos de biopsias del 2014 y se concluyó que se trataba de una GC y ante el aumento de la proteinuria (máximo de 15.7 g/día) se interpreta recidiva de enfermedad de base. 3er Biopsia: hipertrofia e hiperplasia podocitaria focal. Se realizó tratamiento con pulsos de metilprednisolona, 18 sesiones de plasmaferesis, y rituximab. Evolucionó con descenso de creatinina hasta 0.9mg/dl y proteínas menor a 1 g.

**Conclusión:** la presencia de colapso segmentario del ovillo capilar en asociación con hiperplasia de células epiteliales en el espacio urinario caracteriza a la GC. Esta hiperplasia celular exagerada puede simular una semiluna, llevando a veces a un diagnóstico erróneo. Las recidivas de glomerulopatías en injertos renales representan todo un desafío, por lo cual conocer la causa de la IRCT previo al trasplante es fundamental para poder anticiparse a estas situaciones clínicas.



Metenamina de plata; 200X hiperplasia celular focal en el espacio de Bowmna.

