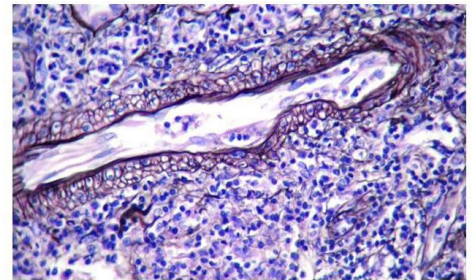


Diagnostico retrospectivo de nefropatía por IgA como causa de Insuficiencia renal crónica terminal de etiología desconocida a partir de recidiva temprana en riñón trasplantado.

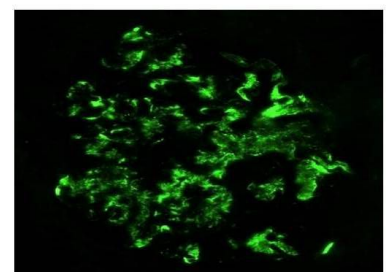
Aran Maria Nieves, Alberton Valeria, Bresso Paula, De sarasqueta Alejo, Canale Rita, Di Pietrantonio Silvia, Coppotelli Sergio, Wojtowicz Daniela,

Introducción y objetivos: La nefropatía IgA (NIgA) es la glomerulopatía primaria más frecuente en el mundo, clínicamente se caracteriza por hematuria micro o macroscópica, proteinuria y depósitos mesangiales difusos y dominantes de IgA en la biopsia. Puede comprometer la función renal y en un 20% de los casos, llevar a la insuficiencia renal crónica terminal (IRCT). También puede presentarse como una glomerulonefritis rápidamente evolutiva con evidencia de semilunas en la histología. Muchos pacientes con IRCT que comienzan hemodiálisis no tienen diagnóstico claro de etiología. La NIgA suele recurrir en el riñón trasplantado (RT) y comprometer la función del injerto a largo plazo. Presentamos el caso de una joven en la que se realizó el diagnostico retrospectivo de NIgA luego de la recidiva histológica en el RT.

Métodos: Paciente femenina que a los 14 años consulta por hipertensión, se diagnostica IRCT e inicia hemodiálisis (HD), se realiza biopsia que informa glomerulopatía esclerosante post glomerulonefritis extracapilar con depósitos de Inmunoglobulinas y complemento. Luego de 3 años en HD, recibe trasplante renal con donante cadavérico de criterios expandidos, femenina de 54 años, obesa, ACV hemorrágico con buena compatibilidad. Inducción con basiliximab y metilprednisolona y mantenimiento con tacrolimus, micofenolato y meprednisona. Diuresis inmediata con descenso de valores nitrogenados, con alta hospitalaria luego de 11 días con creatinina de 2.7mg/dl. Por falta de descenso de la creatinina se realiza biopsia a los 45 días del trasplante que evidenció rechazo celular agudo grado IIA de Banff, recibió corticoides endovenosos y timoglobulina. Ante falta de mejoría de la función del injerto se realiza nueva biopsia al 5to mes posttrasplante en la que se evidencia ausencia de rechazo y presencia de depósitos mesangiales difusos y dominantes de IgA.



Biopsia renal, 45 días post trasplante: endarteritis. RECHAZO MEDIADO POR CELULAS T. Grado IIA de Banff



Biopsia renal, 5to mes post trasplante: Depósitos intensos globales de IgA NEFROPATÍA POR IGA (recidiva de enfermedad de base)

Resultados: Consideramos que la causa de la IRCT en sus riñones nativos fue una NIgA, ya que está descripta la recurrencia histológica en casi el 100% de los casos. Actualmente la paciente no presenta recidiva clínica, por lo que creemos que su función renal actual tiene relación con el tipo de donante.

Conclusiones: Es importante conocer la causa de la IRCT en pacientes que reciben trasplante renal ya que la recidiva de la enfermedad de base puede afectar la evolución del injerto.