

## *Nefritis tubulointersticial con uveítis en la infancia. Un nuevo caso*

J. A. Camacho, J. Casas, M. A. Subirana y A. Serra\*

Sección Nefrología. \* Servicio de Oftalmología. Unidad Integrada H. Clinic/H. Sant Joan de Déu. Universidad de Barcelona.

Señor director:

El concepto nefritis intersticial viene definido por la presencia de infiltrados inflamatorios entre los glomérulos y alrededor de los túbulos, mientras la lesión glomerular es mínima. Las nefritis tubulointersticiales agudas pueden ser clasificadas en cuatro grupos<sup>1,2</sup>: 1) Postinfecciosas. 2) De origen medicamentoso. 3) Asociadas a otras anomalías inmunológicas. 4) Primitivas (sin agente etiológico conocido). En 1975, Dobrin<sup>3</sup> describió un síndrome que asociaba nefritis intersticial y uveítis anterior, con granulomas en médula ósea y ganglios linfáticos. Desde entonces se han comunicado una cincuenta de casos entre niños y adultos. Esta entidad se ha denominado síndrome TINU (nefropatía tubulointersticial aguda idiopática y uveítis).

Hemos observado otro caso de este síndrome en la infancia: se trata de una niña de 13 años que acude por fiebre, astenia, anorexia y pérdida de peso de dieciocho días de evolución. No existen antecedentes familiares ni personales de interés. A la exploración destaca únicamente un peso superior a +3DS, TA normal, proteinuria y glucosuria en labstix.

En la analítica aparece una ligera anemia, con PCR y VSG elevadas. Transaminasas normales; antiestreptolisinas < 200uu; látex, Waaler Rose y Paul Bunnell negativos. Hemaglutinación quiste hidatídico, Ac HIV, ANA, serología toxoplasma, rubéola, herpes, coxiella, leptospira, tiphy, paratiphy, bruceella, mycoplasma y hepatitis negativas. PPD, frotis faríngeo y hemocultivos negativos. Ligera IR (creatinina, 1,37 mg/dl; Aclar. creat., 83 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>), y signos de tubulopatía: proteinuria, 10 mg/m<sup>2</sup>/h (medianamente selectiva); glucosuria, 1.750 mg/24h, y osmol. basal, 536 mosm/kg. Se detecta además un aumento de IgG, IgA, C3, C4 y muy ligero de anticuerpos anti-MBG (18; N <10 U/ml) y de inmunocomplejos circulantes (6; N <1,5 U/ml), con ANCA negativos.

La RX de tórax, abdomen, senos paranasales, ecografía y TAC abdominal fueron normales.

A los quince días desaparece la fiebre, persistiendo proteinuria y glucosuria. Al mes presenta una uveítis anterior bilateral. En ese momento se practica biopsia renal: nefritis tubulointersticial sin afectación glomerular y sin eosinófilos. Inmunofluorescencia negativa.

Se instaura tratamiento con prednisona oral a 0,75 mg/kg/día, reduciendo progresivamente durante un mes. Desaparece la afectación renal, pero la uveítis vuelve a recidivar pese al tratamiento tópico, por lo que debe mantener la corticoterapia oral durante tres meses. Seis meses después la paciente está asintomática, las cifras de IgG, IgA, C3, C4, Antc anti-MBG, ICC y creatinina son normales. La proteinuria y glucosuria son negativas.

Las enfermedades sistémicas con las que se plantea el diagnóstico diferencial son excepcionales en el niño (sarcoidosis, Sjögren, Behçet, Wegener)<sup>4-6</sup>. La forma de inicio es inespecífica: fiebre, astenia y anorexia<sup>7-12</sup>. Ocasionalmente exantema<sup>13</sup> o sialoadenitis<sup>12</sup>. El descubrimiento de la afectación renal suele hacerse durante el estudio del cuadro sistémico<sup>11-13</sup>; a veces es un hallazgo fortuito<sup>10</sup>. Suele detectarse glucosuria y proteinuria raramente de rango nefrótico y la IR es reversible<sup>5, 8, 9, 11-13</sup>. Destacar de nuestro caso la débil positividad de los Antc anti MBG ICC, sólo ocasionalmente elevados de forma transitoria<sup>11, 12</sup>, que apoyaría la participación de la inmunidad humoral en la patogenia, siendo riñón y úvea órganos diana. La uveítis en este caso fue posterior a la nefropatía<sup>1, 8, 12</sup>, aunque puede ser concomitante<sup>5</sup> o incluso aparecer años después<sup>7</sup>.

Se ha descrito el mismo síndrome en dos hermanas gemelas<sup>12</sup>, con el mismo haplotipo HLA. Por último, resaltar que en el niño la gravedad inicial (IRA, Fanconi, síndrome nefrótico) no parece influir en el buen pronóstico, que la edad más frecuente es la prepuberal, con mayor incidencia en niñas, y que la evolución de la uveítis es independiente de la nefropatía.

**Bibliografía**

1. Cameron JS: Aspectos inmunológicos des Néphrite Tubulo-Interstitielles primitives et secondaires. *Actualités Néphrologiques de l'Hopital Necker*. Flammarion Medicine Sciences. París, 223-261, 1988.
2. Cameron JS: Acute renal failure from tubulointerstitial disease. *Nefrología* XII, Supl. 4, 1992.
3. Dobrin RS, Vernier RL, Fish AJ: Acute eosinophilic interstitial nephritis and renal failure with bone marrow-lymph node granulomas and anterior uveitis. *Am J Med* 59:325-333, 1975.
4. Ruiz LM, Muñoz R, Aurretkoetxea B, Lampreabe I: Asociación entre uveítis y nefropatía tubulointerstitial aguda. Un nuevo caso. *Nefrología* 12:175, 1993.
5. Lamas JM, Arrojo F, Saavedra A, Fernández Daza J, Valdés F, Suárez JM, Vázquez Martul E: Síndrome nefritis tubulointerstitial aguda idiopática asociada a uveítis. *Nefrología* 12:162-165, 1992.
6. Rodríguez Jbrnet A, Esquius M, Badal JM: Nefritis tubulointerstitial aguda y uveítis (síndrome TINU) con nefritis y hepatitis granulomatosas. *Med Clin* 89:554-557, 1987.
7. Levy M: Néphropaties tubulo-interstitielles immunologiques. *Néphrologie pédiatrique*. Flammarion Médecine et Sciences. París, 193-196, 1983.
8. Gómez García S, Conde Redondo F, Mateos Otero JJ, Martínez Sopena MJ, Valbuena Crespo C, Solís Sánchez P, Blanco Quirós A, Alvarez Guisasola FJ: Nefritis interstitial con uveítis. *An Esp Pediatr* 33:589-591, 1990.
9. Bunchman TE, Bloom JN: A syndrome of acute interstitial nephritis and anterior uveitis. *Pediatr Nephrol* 7:520-522, 1993.
10. Igarashi T, Kawato H, Kamoshita S, Nosaka K, Seiya K, Hayakawa H: Acute tubulointerstitial nephritis with uveitis syndrome presenting as multiple tubular dysfunction including Fanconi's syndrome. *Pediatr Nephrol* 6:547-549, 1992.
11. Kenouch S, Belghiti D, Di Constanzo P, Méry JPh: Un nouveau syndrome: les néphropaties interstitielles aiguës avec uvéite. A propos d'une observation. *Ann Med Interne* 3:169-172, 1989.
12. Morino M, Inami K, Kobayashi T, Yanagisawa K, Maeda K: Acute tubulointerstitial nephritis in two siblings and concomitant uveitis in one. *Acta Paediatr Jpn* 33:93-98, 1991.
13. Auclin F, Bodard-Rickelman E, Vignal-Clermont C, Thomas D: Tubulo-néphrite interstitielle et uvéite (Nitu syndrome). A propos d'un cas. *JFr Ophthalmol* 12:307-311, 1989.

**FE DE ERRATAS**

En el volumen XIV, Suplemento 2, de 1994 dedicado a NUTRICION EN DIALISIS, en el artículo titulado «PCR: RELACION CON EL TIPO DE MEMBRANA, DOSIS DE DIALISIS, BUFFER Y TECNICA DE DIALISIS, se omitió la Lista de los Medicos participantes en el Estudio Multicentrico, la cual se incluye en el presente número.

Medicos participantes en el estudio multicentrico:

A. Acebal, P. Aljama, M. Almaraz, V. Alvarez, M. Arias, G. de Arribas, C. Asensio, M. Asensio, J. Bonal, J. Botella, J. Bravo, E.J. Bustamante, A. Caralps, J. Carrió, D. del Castillo, A. Covarsi, H. Diaz Molina, O.J. Esteban, E. Fernandez Giraldez, A.I. Ferreras, J. Fort, J. Garcia de Diego, F. Garcia Martin, C. Gonzalez Martinez, L. Gonzalez Rodriguez, J. Grande, E. Juncó, JM. Lens, J. Luño, A. Llopis, JM. Mallafre, A.L. Martin de Francisco, A. Martin Malo, A. Martinez, J. Martin, A. Mendez, JR. Molas, A. Molina, F.J. Moncalian, JM. Monfá, J. Montenegro, J. Montoliu, J. Olivares, A. Olmos, A. Ortiz, J. Ortuño, A. Otero, A. de Paula, R. Perez Garcia, R. Pérez Mijares, L. Piera, G. del Pozo, M. Rengel, A. Reyes, G. Sanchez, C. Santiago, C. Sanz, R. Saracho, J. Sobrado, J. Teixidó, JL. Teruel, JA. Traver, F. Valderrábano y V. Valverde.

\* \* \* \*

En el volumen XIV, número 2, 1994 articulo «LA PRIMERA DIALISIS EN EL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA. ¿CONTROL DE CALIDAD DE NUESTRA ATENCION PRIMARIA?, la relación de firmantes y cargos queda como sigue:

F.J Gomez Campdera, R. Jbfre, A. Tejedor y JR. Polo\*

Servicio de Nefrología y \*Servicio Cirugía General III. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.