

Nefritis tubulointersticial: experiencia en pacientes con enfermedades reumáticas y otras etiologías a tener en cuenta. Estudio observacional en un centro terciario.

Vázquez Gómez I¹, Pantoja Pérez J², Ávila Bernabéu A², Cepeda Morán C², Vives Kufof C², Mención Viana P¹, León Torralba P¹, Mayo Juanatey A¹, Andújar Brazal P¹, Alegre Sancho JJ¹.



1. Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Doctor Peset. Valencia, España. 2. Servicio de Nefrología. Hospital Universitari Dr. Peset. Valencia, España.

INTRODUCCIÓN: La nefritis tubulointersticial (NTI) es un grupo de enfermedades inflamatorias inmunomediadas que involucran el intersticio y los túbulos renales, respetando los glomérulos. Su curso puede ser agudo o crónico y la evolución suele ser favorable, aunque un pequeño porcentaje de los pacientes puede acabar en enfermedad renal terminal. El tratamiento depende del grado de afectación y la etiología, entre las que destacan las enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS), fármacos e infecciones.

OBJETIVO: Describir las principales causas de NTI en nuestro centro, entre las que **destaca la posibilidad de una EAS subyacente**.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo descriptivo en una cohorte de pacientes con diagnóstico de NTI en los servicios de Reumatología y Nefrología de un centro terciario, con seguimiento hasta enero de 2025. Se registraron variables como la función renal y el sedimento urinario, la realización de biopsia, los tratamientos pautados y las posibles causas.

RESULTADOS: Se incluyeron 23 pacientes (39% mujeres, edad media 63 años) con NTI. El 57% habían sido diagnosticados mediante biopsia renal. **Los fármacos fueron la causa principal** (14 pacientes, 61% del total), entre los que se encontraron antiinflamatorios no esteroideos, quinolonas, alopurinol, inhibidores de la bomba de protones, litio, inhibidores del checkpoint y grazoprevir. **La segunda etiología más frecuente fueron las EAS** (8 pacientes, 35% del total), **con predominancia del síndrome de Sjögren** (6 pacientes, 26% del total). Un paciente presentaba amiloidosis sistémica y otra paciente de conectivopatía indiferenciada. Uno de los pacientes fue clasificado como NTI idiopática. En cuanto a los hallazgos analíticos, 7 pacientes (30%) presentaron leucocituria, 7 hematuria y 11 (48%) proteinuria. De estos últimos, 4 pacientes (17%) presentaron proteinuria en rango nefrótico. Prácticamente el total de los pacientes (22, 96% del total) presentaron deterioro de su función renal basal al diagnóstico, con recuperación de la misma al final del tiempo del estudio en la mitad de los casos. Solo uno de los pacientes requirió trasplante renal y otro fue sometido diálisis a causa de la afectación renal. A nivel clínico, del total de los pacientes casi la mitad (48%) estaban asintomáticos al diagnóstico; 6 pacientes (26%) presentaba clínica inespecífica; 3 pacientes presentaron poliuria o nicturia; en 2 casos se apreciaron angioedema y erupción cutánea; y en un único caso se detectó la patología en contexto de crisis hipertensiva maligna. Cabe destacar que **casi la totalidad de los pacientes con EAS (88%), presentaron un curso asintomático**. La afectación renal fue el primer signo de la enfermedad en la mitad de los pacientes con EAS y en el resto, el tiempo entre el debut de la enfermedad autoinmune y la afectación renal fue variable, entre 3 y 132 meses (media de 69 meses).

Aproximadamente la mitad de los pacientes (52%) recibieron tratamiento con corticoesteroides, siendo este porcentaje mayor en el grupo con EAS (4 de 7, 57%). Fueron administrados inmunosupresores únicamente en 2 pacientes con síndrome de Sjögren primario (belimumab y asociación de micofenolato sódico y rituximab).

CONCLUSIONES: En nuestra cohorte, la segunda causa más frecuente de NTI fueron las EAS, siendo la manifestación de debut en la mitad de los casos. En la mayoría de los pacientes la evolución fue favorable. La terapia con corticoesteroides fue necesaria en la mitad de los casos.