



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

242/3454 - INSUFICIENCIA RENAL AGUDA EN PACIENTE VIH

T. Vela González

Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Buenos Aires. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 29 años con fiebre y vómitos desde hace 5 días y lesiones en miembro inferior izquierdo. VIH de tiempo de diagnóstico desconocido. Abandono de tratamiento hace 8 meses. Sin factores de riesgo vascular ni alergias conocidas. Episodio de VH Zoster en 2013. Última CV 186.000 y CD4126.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 120/60. FC: 90. Palidez cutánea. Sin focalidad neurológica. ACP y abdomen normal. Pápulas eritemato-violáceas, costrosas en dermatoma S1 gemelar izquierdo. Edema leve bimaleolar sin fóvea. Hb 8,9. Plaq. 334.000. Leucos 11.000 (Neu78%, Eo3%). Glucosa 76. Creat 8,8. Urea 137. K+ 2,8. Orina: turbia, pH6, proteinuria+, hematuria++, céls. epiteliales. Leucos 2-4/campo. Hematíes > 100/campo. Rx tórax: normal. Eco abdominal: nefromegalía bilateral.

Juicio clínico: Insuficiencia renal aguda en VIH+ sin tratamiento.

Diagnóstico diferencial: a) IRA secundaria GEA infecciosa. b) Pielonefritis aguda. c) Glomerulonefritis: c.1: post-estreptocócica, c.2: secundaria a VIH; c.3: secundaria a fármacos.

Comentario final: El fracaso renal asociado a VIH puede presentarse de forma: 1. Aguda: el daño tubular y la inflamación intersticial producen esclerosis glomerular segmentaria que se manifiesta inicialmente con proteinuria pudiendo progresar rápidamente a fracaso agudo sin alteración de la tensión arterial y/o con nefromegalía leve-moderada. 2. Crónica: por la formación de inmunocomplejos, el uso de tratamientos nefrotóxicos (antirretrovirales, profilácticos o concomitantes por otras enfermedades), y la presencia de HTA o diabetes. Esto empeora tanto la sintomatología como la evolución. Todo MAP debe tener en cuenta que: la nefropatía aguda secundaria a VIH puede presentarse independientemente del tiempo de evolución de enfermedad y tiene mal pronóstico; no se manifiesta en pacientes en tratamiento y/o con recuento de CD4 normal/CV indetectable. El tratamiento antirretroviral es fundamental así como realizar un seguimiento estrecho de la función renal y aparición de proteinuria.

Bibliografía

1. Wyatt CM, Klotman PE. HIV-associated nephropathy (HIVAN) UpToDate, 2016.
2. Gardenswartz MH, Lerner CW, Seligson GR, et al. Renal disease in patients with AIDS: a clinicopathologic study. Clin Nephrol. 1984;21:197.
3. Winston JA, Bruggeman LA, Ross MD, Jacobson J, Ross L, D'Agati VD, Klotman PE, Klotman ME. Nephropathy and establishment of a renal reservoir of HIV type 1 during primary infection. N Engl J Med. 2001;344(26):1979.

Palabras clave: Nefropatía. VIH.