



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

O-043 - SÍNDROME DE TINU

M.J. Díaz Mora y T. Malek

Puerto de Sagunto.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 44 años con fiebre 38 °C sin rash ni foco aparente e HTA de reciente aparición. Su MAP solicita analítica de control donde destaca PCR 100, eosinofilia 300 y fallo renal agudo (Crp 7,5), por lo que es ingresada en la sala desde Urgencias, estudiando autoinmunidad (ANA + a 1/160) y realizando cultivos, TC y gammagrafía. Ante diagnóstico amplio, se cubre con ceftriaxona y corticoides hasta recibir el resultado negativo de los cultivos, diagnosticándose de nefritis con posible causa el abuso de AINEs por fibromialgia o lupus clase V, con escasa actividad serológica. Tras un curso muy arduo de recidivas de la clínica tras acabar la pauta descendente de corticoides, con distintas interconsultas desde AP a nefrología y modificando tratamiento por inmunomoduladores, la paciente asegura haber abandonado los AINEs, por lo que siendo todas las pruebas negativas, se realiza una biopsia renal que no es diagnóstica. En ese contexto la paciente acude a su MAP por ojos rojos dolorosos, diagnosticándose de uveítis bilateral, que se resuelve finalmente junto a la nefritis con tacrolimus.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente y orientada sin focalidad neurológica. AC rítmica sin soplos, AR con murmullo conservado sin ruidos patológicos. Abdomen blando y depresible no doloroso a la palpación, puñopercusión negativa, sin masas. AS: eosinofilia en aumento, PCR elevada y Crp 3,5 a 7,5. AO: hematuria, leucocituria, glucosuria y bacteriuria. Hemocultivos y urinocultivos negativos. Rx tórax normal. Gammagrafía con DMSA normal. TC abdominal normal. Biopsia renal: “nefritis tubulointersticial en actividad con infiltrado eosinofílico sugestivo de toxicidad por fármacos”.

Juicio clínico: Síndrome de TINU (nefritis tubulointersticial + uveítis).

Diagnóstico diferencial: Pielonefritis aguda, glomerulonefritis rápidamente progresiva, lupus eritematoso sistémico, sarcoidosis, neoplasia hematológica.

Comentario final: El síndrome de TINU fue descrito en 1975, es de causa idiopática y más frecuente en mujeres, con HLA-DR14. Forma un 5% de las TIN. Se caracteriza por síndrome constitucional inespecífico con fiebre y elevación de los parámetros de inflamación. Posteriormente aparece un aumento de la creatinina y la urea, con un sedimento patológico con hematuria, proteinuria y glucosuria, siendo característico el síndrome de Fanconi asociado. Hasta los 12 meses posteriores, se asocia una uveítis bilateral no granulomatosa, que puede cronificar, y en un 20% de los casos la uveítis precede a la nefritis. El diagnóstico es clínico y de exclusión de las causas más frecuentes de nefritis (antibióticos, AINEs e infecciones), y el tratamiento es la corticoterapia, pudiendo necesitar como en este caso la ciclosporina o el tacrolimus. El pronóstico es generalmente benigno con tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Llorente-Gómez B, González C, de Lucas C. Nefritis del túbulo intersticial y uveítis con síndrome de Fanconi. *Nefrologia*. 2012;32:263-4.
2. Gil F, Rivera E, Merino. Nefritis tubulointersticial aguda y uveítis. *Nefrologia*. 1998;XVIII(4).
3. Leiva Suero LE, del Pozo Jerez HA, Suardiaz L, Barranco E. Síndrome TINU como causa de fiebre de origen desconocido. *Medicrit. Revista de Medicina Crítica*. 2009;6(1).