



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

262/394 - SÍNDROME DE TINU

M. García Estrada^a, G. García Estrada^b, L. López Liébana^c, E. Berdún González^d, R. Pérez Caserio^e y H. Mendes Moreira^f

^aCentro de Salud El Cristo. Oviedo. Asturias. ^bMédico de Familia. Hospital Central de Asturias. Oviedo. Asturias. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ventanielles. Oviedo. Asturias. ^dMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de El Cristo. Oviedo. Asturias. ^eMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de El Cristo. Oviedo. Asturias. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siero-Sariego. Oviedo. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Motivo de consulta: fiebre. Antecedentes personales: NAMC. No HTA, DM ni dislipemia. No hábitos tóxicos. No tratamientos crónicos. Historia actual: paciente de 38 años que acude a nuestra consulta por presentar cuadro febril de 9-10 días de evolución con fiebre progresivamente más alta y cefalea holocraneal coincidiendo con pico febril sin otra sintomatología asociada. El paciente refiere inyección conjuntival bilateral y fotofobia. No clínica cardiorespiratoria, digestiva ni tampoco a nivel nefrourológico. No clínica cutánea, odinofagia ni aftas orales o genitales.

Exploración y pruebas complementarias: COC. TA 150/90 mmHg. Sat 98%. Tª 37 °C. Eupneico. Exploración neurológica: normal incluido meníngeos. Inyección conjuntival bilateral. ORL: normal. Auscultación cardio-pulmonar: normal. Abdomen: normal. EEE: sin alteraciones. Pruebas complementarias (realizadas en centro de Salud): Hemograma: Hb 13,3 mg/dl, leucocitos 7.000 mg/dl. Plaquetas 222.000. VSG 54. Coagulación: TP 92%. Fibrinógeno 1.001. Bioquímica: urea 60 mg/dl, creatinina 2,82 mg/dl, AST 45 UI/L, ALT 87 UI/L, GGT 63 UI/L, PCR 20,6, urato 9,6 mg/dl, fosfato 1,63 mg/dl, hierro 49 mg/dl, ferritina 805 mg/dl. Glucosa, sodio, potasio, calcio, CK normales. Sistemático y sedimento de orina: densidad 1.005, proteínas ++, sangre+, leucocitos +. Examen microscópico: hematíes 2-10/campo, leucocitos 10-15/campo. Escasos cilindros granulados, microalbuminuria 568 mg/24h. Inmunología: normal. Proteinograma: normal. Pruebas complementarias (realizadas en centro hospitalario): Hemocultivos: negativos. Urinocultivos: negativos. Serologías: VHB, VHC, VHA, VIH, Toxoplasma, Coxiella, CMV, EBV, Borrelia, Leptospira negativas. Rx tórax: normal. ECG: ritmo sinusal. Ecografía abdominal: riñones de tamaño normal con ligero aumento de la ecogenicidad cortical bilateral así como de su grosor, sin evidencias de litiasis ni otras alteraciones. TAC cerebral: normal.

Juicio clínico: Síndrome de TINU (nefritis túbulo-intersticial asociada a uveítis).

Diagnóstico diferencial: Leptospirosis. Hipertensión arterial secundaria. Insuficiencia renal aguda.

Comentario final: El síndrome de TINU es una entidad poco frecuente que afecta principalmente a mujeres jóvenes aunque se desconoce su base fisiopatológica creyéndose un proceso autoinmune. Esta enfermedad se caracteriza por uveítis e insuficiencia renal aguda. La clínica suele ser inespecífica, puede presentar síntomas típicos de nefritis túbulo-intersticial aguda y los síntomas oculares característicos de uveítis. La evolución clínica suele ser favorable, aunque puede progresar a enfermedad renal crónica. Se recomienda tratamiento

sintomático, aunque en algunos estudios se aconseja tratamiento con esteroides de duración 1-6 meses.

Bibliografía

1. Morlà Novella R, Samper Anquelab M, Azemar Mallard J. Síndrome TINU (nefritis tubulointersticial con uveítis). *Rev Esp Reumatol*. 2001;28:280-2.
2. Rodríguez-Pérez JC, Cruz-Álamo M, Pérez-Aciego P, et al. Clinical and immune aspects of idiopathic acute tubulointerstitial nephritis and uveitis syndrome. *Am J Nephrol*. 1995;15:386-91.