

Las cambiantes facetas de la nefritis tubulointersticial

The changing facets of tubulointerstitial nephritis

El infiltrado de células inflamatorias al intersticio renal, sin una evidente alteración glomerular o vascular como causa, denominado como nefritis tubulointersticial, puede tener múltiples causas y una presentación clínica muy variable. No hay características patognomónicas de esta alteración, por lo que la biopsia renal se constituye en un elemento indispensable para confirmar este diagnóstico. La verdadera incidencia de la nefritis tubulointersticial no se conoce con exactitud debido a que los estudios publicados se basan en análisis retrospectivos de registros de biopsias, y las indicaciones para una biopsia renal varían entre diferentes centros. Con frecuencia los clínicos son reacios a realizar biopsia en pacientes con lesión renal aguda y sospecha de nefritis tubulointersticial por medicamentos, en quienes la suspensión temprana del medicamento puede ser la única intervención necesaria [1,2], con recuperación completa sin una biopsia o un diagnóstico preciso. Más complicado es el diagnóstico y determinación de la etiología en casos de nefritis tubulointersticial crónica, en la que muchos de los pacientes son estudiados por enfermedad renal y las lesiones morfológicas avanzadas en el parénquima del riñón impiden un diagnóstico específico.

Se estima que la nefritis tubulointersticial es la causa de lesión renal aguda en el 18,6% de los casos [3] y que corresponde al 2,7% de todas las biopsias renales y al 12,9% de biopsias realizadas específicamente en pacientes con falla renal aguda [4]. En nuestro país, un estudio publicado en 2009 informa una frecuencia de nefritis tubulointersticial del 2,8% de todas las biopsias renales [5], sin embargo, no cuenta con un registro generalizado y centralizado de todos nuestros pacientes, lo que sumado a un inadecuado sistema de información sanitario, estamos muy lejos de conocer su verdadera incidencia en la población general. Algunos informes consideran que en muchos países, en los últimos años, se ha presentado una tendencia al incremento de la nefritis tubulointersticial, aparentemente relacionada con el uso más generalizado de antibióticos, antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y otros medicamentos [4,6], sin embargo, algunos autores cuestionan si es debido a un verdadero incremento de la incidencia o a más detección [6].

En muchos de los artículos y textos que revisan el tema, se describe que la etiología de la nefritis tubulointersticial está relacionada con el consumo de medicamentos en cerca del 70% de los casos, la mayoría de ellos antibióticos y antiinflamatorios no esteroideos. Los casos restantes están relacionados con agentes infecciosos, tóxicos y autoinmunidad, y en cerca del 5% al 10% no se identifica una causa conocida (idiopática) [7]. La frecuencia de estos factores asociados o etiológicos estaría cambiando progresivamente en las últimas décadas, ya que nuevos medicamentos están siendo cada vez más relacionados con la nefritis tubulointersticial tales como los inhibidores de la bomba de protones (omeprazol, lansoprazol, esomeprazol, entre otros), sulfasalazina y medicamentos relacionados que son formulados en los casos de enfermedad inflamatoria intestinal, antirretrovirales y medicamentos usados en oncología. Entre estos es particularmente notoria la frecuencia de la nefritis tubulointersticial por inhibidores de la bomba de protones, que en series recientes representan la segunda causa después de los antibióticos [8,9].

En nuestro medio se presentan casos relacionados con medicamentos naturistas, aunque se han publicado pocos (tres casos en la serie que aparece en el presente número de la revista Medicina & Laboratorio [10]). La asociación entre la sustancia considerada como naturista y la nefritis tubulointersticial se basa en la relación temporal entre las dos: consumo de la sustancia y posterior desarrollo de la enfermedad renal, y la ausencia de otro posible factor etiológico. Esto implica que no necesariamente está confirmada su relación causal. Una de las cosas más sorprendentes en estos casos en nuestro medio es la imposibilidad de determinar, en la mayoría de éstos, los componentes de estas sustancias debido a varios factores: la gran variedad de productos que se preparan en el hogar o que se comercializan sin registro de autoridad competente, la alta frecuencia de automedicación de estos productos y posiblemente, en un número indeterminado de casos, la falta de información precisa de todos los componentes en su etiqueta, en la que sólo se describe el componente principal y no los preservantes u otras sustancias adicionadas.



Ricardo Andrés Cardona Quiceno, MD

Hospital Pablo Tobón Uribe



Luis Fernando Arias Restrepo, MD, PhD

Departamento de Patología, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia

Medellín, Colombia, junio 2014

Bibliografía

1. **González E, Praga M, Grupo Madrileño de Nefritis Intersticiales.** ¿Cuándo tratar con esteroides a los pacientes con nefritis intersticial aguda por fármacos? *Nefrología* 2009; 29 (2): 95-98.
2. **Praga M, Gonzalez E.** Acute interstitial nephritis. *Kidney Int* 2010; 77: 956-961.
3. **Haas M, Spargo BH, Wit EJ, Meehan SM.** Etiologies and outcome of acute renal insufficiency in older adults: a renal biopsy study of 259 cases. *Am J Kidney Dis* 2000; 35: 433-447.
4. **Goicoechea M, Rivera F, Lopez-Gomez JM.** Increased prevalence of acute tubulointerstitial nephritis. *Nephrol Dial Transplant* 2013; 28: 112-115.
5. **Arias LF, Henao J, Giraldo RD, Carvajal N, Rodelo J, Arbelaez M.** Glomerular diseases in a Hispanic population: review of a regional renal biopsy database. *Sao Paulo Med J* 2009; 127: 140-144.
6. **Bomback AS, Markowitz GS.** Increased prevalence of acute interstitial nephritis: more disease or simply more detection? *Nephrol Dial Transplant* 2013; 28: 16-18.
7. **Baker RJ, Pusey CD.** The changing profile of acute tubulointerstitial nephritis. *Nephrol Dial Transplant* 2004; 19: 8-11.
8. **Raza MN, Hadid M, Keen CE, Bingham C, Salmon AH.** Acute tubulointerstitial nephritis, treatment with steroid and impact on renal outcomes. *Nephrology (Carlton)* 2012; 17: 748-753.
9. **Muriithi AK, Leung N, Valeri AM, Cornell LD, Sethi S, Fidler ME, et al.** Biopsy-proven acute interstitial nephritis, 1993-2011: a case series. *Am J Kidney Dis* 2014; 64: 558-566.
10. **Cardona-Quiceno RA, Restrepo-Perdomo CA, Palacios-Quejada D, Arias-Restrepo LF.** Nefritis tubulointersticial probada por biopsia: Revisión clínico-patológica. *Medicina & Laboratorio* 2014; 20 (5-6): 241-252.