

Nefritis túbulo-intersticial aguda y uveítis (síndrome TINU) asociada a catarata polar anterior

Acute tubulointerstitial nephritis and uveitis (TINU syndrome) with anterior polar cataract

PÉREZ SILGUERO D¹, PÉREZ HERNÁNDEZ FR², JIMÉNEZ GARCÍA A³, REYES RODRÍGUEZ M³, MEDINA RIVERO F³

RESUMEN

Objetivo/métodos: Presentamos el caso de una mujer de 17 años de edad con nefritis túbulo-intersticial aguda y uveítis anterior aguda bilateral, diagnosticada de síndrome TINU, asociada a catarata polar anterior unilateral, presentación no descrita hasta ahora.

Resultados/conclusiones: El diagnóstico de sospecha se realizó en base a la historia clínica de sintomatología sistémica inespecífica de dos semanas de evolución, que desembocó en insuficiencia renal aguda y síntomas de borrosidad visual. La respuesta al tratamiento corticoideo fue espectacular, aunque la uveítis ha recidivado una vez en ocho meses de seguimiento, sin dejar secuelas. Por tanto, es obligado un estudio de función renal ante todo paciente, sobre todo joven, con uveítis anterior y síntomas sistémicos inespecíficos. Tras descartar las entidades capaces de provocar catarata capsular anterior adquirida, creemos confirmar el carácter congénito de la misma.

Palabras clave: Nefritis intersticial, uveítis, inmunidad celular, catarata polar.

SUMMARY

Objective/methods: We present the case of a seventeen years old woman with acute tubulointerstitial nephritis and bilateral anterior acute uveitis, in which syndrome TINU was diagnosed, with unilateral polar anterior cataract, a non-related association.

Results/conclusions: The diagnosis was made on the basis of an inespecific systemic symptoms record of two weeks of duration, which ended in acuity renal dysfunction and blurred

Servicio de Oftalmología. Hospital Materno Infantil. Las Palmas de Gran Canaria. España.

¹ Doctor en Medicina y Cirugía.

² Doctor en Medicina y Cirugía. Jefe de Servicio.

³ Licenciado en Medicina y Cirugía..

Correspondencia:

D Pérez Silguero

C/. León y Castillo, 49, 4.º piso

35003 Las Palmas de Gran Canaria

vision. With steroid treatment renal function and uveitis responded dramatically. After 8-months-follow-up the patient showed a relapse of uveitis, without consequences. Renal examination should always be considered in a young patient with anterior uveitis and constitutional symptoms. After the achieved studies, we think the related cataract is a congenit one.

Key words: Interstitial nephritis, uveitis, cellular immunity, polar cataract.

INTRODUCCIÓN

Se denomina síndrome TINU a la poco frecuente asociación entre nefritis túbulo-intersticial aguda (NTA) y uveítis anterior. Presentamos un caso de síndrome TINU tras 8 meses de evolución, asociado a catarata polar anterior, presentación no descrita en la literatura oftalmológica.

CASO CLÍNICO

Mujer de 17 años diagnosticada de IRA tras dos semanas de sintomatología sistémica inespecífica (anorexia, pérdida de peso de 4 kg, náuseas) y dos días con historia de poliuria. Síntomas de borrosidad visual relatados al ingreso obligaron al estudio oftalmológico. La agudeza visual era de 0,3 en OI, 0,8 en OD. La exploración biomicroscópica reflejó un tyndall de 5-10 células por campo y un flare mínimo +, con escasos precipitados queráticos subendoteliales de pequeño tamaño (fig. 1). Mención aparte merece el hallazgo de la catarata polar anterior que la paciente presentaba en su OI (fig. 2), junto a una mínima escleritis capsular anterior en el OD. El aspecto funduscópico reflejó unos

parámetros también normales. Se practicó biopsia renal, confirmándose el cuadro de NTA. Tras el diagnóstico diferencial con otras entidades capaces de producir nefritis y uveítis, se realiza el diagnóstico de síndrome TINU.

El tratamiento consistió en corticoides sistémicos a dosis de 1 mg/kg/día durante 3 meses, siendo retirados completamente a los 5 meses de manera gradual. La corticoterapia tópica (acetato de prednisolona) consiguió hacer desaparecer la uveítis en el curso de tres semanas. 8 meses después, ha sufrido un nuevo episodio de uveítis, con similar respuesta al tratamiento tópico, y sin secuelas. La AV actual es de la unidad para el OD, y 0,5 para el OI.

DISCUSIÓN

El síndrome TINU fue descrito por Dobrin en 1975 (1). Desde entonces han sido presentados una treintena de casos, aunque se sospecha una incidencia mayor que la diagnosticada. La prevalencia de NTA en uveítis es de 0,5-2%, siendo más frecuente en mujeres jóvenes.

La etiología del proceso permanece desconocida: está descrita la asociación de un caso con serología positiva para clamidia (2); otros autores han intentado relacionarla con el hipoparatiroidismo (3); estudios experimentales con MLO (Mycoplasma-Like Organism) demostraron su capacidad para provocar uveítis y nefritis. La predominancia de HLA concretos podría aportar datos de interés, pero no se ha encontrado una diferencia significativa con los grupos control (4).

En nuestro caso el infiltrado celular obtenido por biopsia renal fue identificado como linfocito T-helper, coincidiendo con otros



Fig. 1: Escaso precipitado querático subendotelial de pequeño tamaño. Ojo izquierdo.

autores (4), lo que sugiere una reacción inmune mediada por células como base patogénica. Otras publicaciones describen un infiltrado mononuclear intersticial e incluso infiltrado eosinófilo (1).

La aparición de la NTA suele preceder a la uveítis en días o meses, aunque pueden hacerlo de manera simultánea, tal y como sucedió en nuestro caso, e incluso comenzar con el cuadro ocular (4). La uveítis suele ser aguda, anterior, bilateral, granulomatosa y recidivante, aunque de carácter benigno, siendo raras las secuelas. Hasta ahora nunca había sido descrita la asociación de esta entidad con catarata polar anterior. Suponemos que se trata de una catarata capsular anterior congénita, ya que la paciente no presentó signos de pseudoexfoliación, tampoco sinequias posteriores, ni recibió tratamiento con sales de oro ni clorpromacina, todas ellas las causas más frecuentes de catarata capsular anterior adquirida. Además se descartaron metabolopatías capaces de provocar depósitos cristalinos, y nunca antes sufrió patología ocular ni sistémica alguna. La diferencia de AV entre ambos ojos una vez normalizado el cuadro, y la morfología de la opacidad reafirman su carácter congénito unilateral.

El diagnóstico de sospecha del síndrome es clínico analítico: la existencia de un cuadro que asocie IRA, por lo general precedida de pérdida de peso, anemia, anorexia, astenia, y acompañado de aumento de velocidad de sedimentación eritrocitaria y de proteína C reactiva, e hipergammaglobulinemia, obliga a una biopsia renal en busca de un diagnóstico de confirmación (4). Éste se establece por la presencia de infiltrado celular inflamatorio en el intersticio renal de túbulos proximales, sin afectación vascular ni glomerular. La asociación de este cuadro con la uveítis se denomina síndrome TINU. La asociación del síndrome TINU con granulomas en médula ósea, ganglios linfáticos, riñones o hígado se denomina síndrome de Dobrin.

Existen similitudes clínicas e histológicas entre el síndrome de Sjögren y sarcoidosis con el síndrome TINU. El principal infiltrado celular hallado en todos ellos es linfoide (linfocitos T-memoria), y todos son capaces de producir lesión renal y uveítis (4). Otras



Fig. 2: Catarata polar anterior. Ojo derecho.

patologías con las que establecer diagnóstico diferencial incluyen LES, enfermedad de Behçet, y enfermedades de carácter infeccioso (toxoplasmosis, sífilis, TBC).

El tratamiento de elección lo constituye la terapia corticoidea sistémica para la afección renal y tópica para la uveítis. No existe una pauta sistémica universal: la revisión bibliográfica aporta dosis iniciales que van de los 0,5 mg/kg/día hasta 2 mg/kg/día (5). La respuesta de la nefritis es espectacular, normalizándose los parámetros anatomopatológicos.

Están descritos síndromes TINU en que la nefropatía es autolimitada, y alcanza la resolución sin tratamiento. No suele recidivar. No ocurre así con la uveítis, cuyo curso es independiente de la patología renal, pudiendo recidivar, aunque con buena respuesta al tratamiento.

CONCLUSIÓN

El síndrome TINU, aunque raro, parece ser una entidad cuya incidencia se sospecha mayor que la diagnosticada. Creemos obligado un estudio de función renal ante todo paciente, sobre todo joven, con uveítis anterior aguda bilateral y síntomas sistémicos inespecíficos. La espectacular respuesta al tratamiento corticoideo así lo aconseja. La uveítis presenta un curso independiente de la afectación renal y, aunque recurrente, la respuesta a la corticoterapia tópica es buena, siendo raras las secuelas. Una vez descartadas las entidades capaces de provocar catarata capsular anterior adquirida, creemos que la opacificación que presentaba nuestra paciente responde a un patrón congénito.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dobrin RS, Vernier RL, Fish AJ. Acute eosinophilic interstitial nephritis and renal failure with bone marrow-lymph node granulomas and anterior uveitis. *Am J Med* 1975; 59: 325-333.
2. Stupp R, Mihatsch MJ, Matter L et al. Acute tubulointerstitial nephritis with uveitis (TINU syndrome) in a patient with serologic evidence for chlamydia infection. *Klin Wochenschr* 1990; 68(19): 971-975.
3. Catalano C, Harris PE, Enis G et al. Acute interstitial nephritis associated with uveitis and primary hypoparathyroidism. *Am J Kidney Dis* 1989; 14(4): 317-318.
4. Rodríguez Pérez LC, Cruz Alamo M, Pérez Aciego P et al. Clinical and immune aspects of idiopathic acute tubulointerstitial nephritis and uveitis syndrome. *Am J Nephrol* 1995; 15: 386-391.
5. Gohlke F, Wandel E, Christmann M et al. Tubulointerstitial nephritis-uveitis syndrome (TINU syndrome). *Dtsch Med Wochenschr* 1995; 120(21): 753-757.