



Hospital General de Granollers

Hospital Universitari

Fundació Privada Hospital Asil de Granollers

Caso clínico S.C.M.I.M.C.

Dr. Jorge García Gómez.
Hospital General de Granollers.





Presentación del caso.

- Paciente mujer de 18 años.
- Sin alergias medicamentosas conocidas.
- Sin hábitos tóxicos.
- Antecedentes de cesárea a los 14 años.
- Sin tratamiento habitual.

Enfermedad actual:

Consulta a urgencias el día 17/06/2017 por un dolor en hipogastrio y fosa iliaca derecha de inicio brusco. Explica además un vómito auto limitado sin diarrea. Sin fiebre, clínica miccional u otra sintomatología asociada.



Presentación del caso.

Exploración física:

TA:130/71mmhg, FC 82x', T ax: 35.6°C. Buen aspecto general. AR: MVC. AC: Rítmico, sin soplos. Sin edemas. Pulsos periférico presentes y simétricos. ABD: Blando y depresible, doloso a la palpación de hipogastrio y fosa iliaca izquierda. Peristaltismo presente. PPL derecha dudosa.

Pruebas complementarias:

- **Sedimento de orina:** microhematuria (20-50 hem/camp), escasa leucocituria (0-5 leuco/camp) y aislados bacilos Gram negativos. Urocultivo pendiente.
- **Analítica se objetiva** urea 45 mg/dl, creatinina 1.81 mg/dl, FG 40 ml/min, Na 139 mmol/L, K 3.4 mmol/l, Bilirrubina total 0.24mg/dl, AST/ ALT 13/10 UI/L, amilasa 79 UI/L, PCR 1.39 mg/dl, Hemoglobina 11.7 g/dl, Hematocrito 34.6%, VCM 80.7 pg, leucocitos 7.250 (Neutrófilos relativos 80%), plaquetas 229.000, coagulación normal.



Presentación del caso.

Pruebas complementarias:

- **Ecografía ginecológica:** Quiste ovárico derecho, sin signos de complicación.

Orientación diagnóstica:

- Dolor abdominal a estudio.
- Insuficiencia renal aguda a estudio.

Evolución en urgencias:

Durante el ingreso presenta un cuadro de fiebre (38.9°C), sin tiritona.

Se reorienta el caso como posible pielonfritis aguda derecha. Se retiran hemocultivos y se inicia Ceftriaxona 1gr/24h, antitérmicos y sueroterapia.

Ante la posibilidad de uropatía obstructiva se realiza un **TC abdominal** sin contraste que descarta complicaciones obstructivas.

Se ingresa en Medicina Interna para continuar estudio.



Presentación del caso.

Evolución en planta:

La paciente se mantuvo normotensa y afebril. Con diuresis conservadas. Sin cambios en la exploración física de urgencias.

El dolor abdominal remite a las 72 horas de manera progresiva.

Se completa tratamiento con ceftriaxona 1g/24h durante 10 días.

Los hemocultivos y urocultivos resultan negativos.

Analíticamente persistió la insuficiencia renal (Urea 66 mg/dl, crea 1.9 mg/dl, FG 38 ml/min).

Se reorienta el caso como una insuficiencia renal aguda moderada a estudio.



Presentación del caso.

Evolución en planta:

Se complementa estudio de la insuficiencia renal con:

- **Orina de 24 horas** que objetiva proteinuria de 2.4 gramos/24h.
- Analítica de sangre con **estudio de autoinmunidad** donde destaca consumo de complementos (CH50 23 mg/dl, C3 62 mg/dl, C4 6 mg/dl) con ANA, anti-DNA, anticoagulante lúpico negativos.

El noveno día de ingreso, presenta un episodio autolimitado de artralgias sin artritis y un “rash cutáneo” en muñecas y tobillos leve con escaso prurito.







Presentación del caso.

Evolución en planta:

Se complementa estudio de la insuficiencia renal con:

- **Orina de 24 horas** que objetiva proteinuria de 2.4 gramos/24h.
- Analítica de sangre con **estudio de autoinmunidad** donde destaca consumo de complementos (CH50 23 mg/dl, C3 62 mg/dl, C4 6 mg/dl) con ANA, anti-DNA, anticoagulante lúpico negativos.

El noveno día de ingreso, presenta un episodio autolimitado de artralgias sin artritis y un “rash cutáneo” en muñecas y tobillos leve con escaso prurito.

El décimo día ingreso (27/02) finalmente se realiza una biopsia renal, y tras descartar complicaciones, se decide dar el alta a domicilio con control evolutivo en consultas externas de medicina interna.



Presentación del caso.

El día 07/07/2017 (20 días desde el ingreso) se recibe el resultado de la **biopsia renal** que muestra un componente inflamatorio intersticial y leve fibrosis, inmunofluorescencia focal y segmentaria con depositos de IgG+ (parietal y granular), IgA+, IgM+, C3+, C1q +, kappa +/- y lamda +/-.



Hospital General de Granollers
Hospital Universitari
Fundació Privada Hospital Asil de Granollers

¿?





Resolución del caso.

Pruebas complementarias:

El día 26/06, se retiran serología víricas para *Citomegalovirus*, *Virus Epstein Barr* y *Parvovirus B19*.

El día 03/07 el resultado de las serología víricas: Infección aguda por *Parvovirus B19*

- IgM - e IgG + para la el *Citomegalovirus*.
- IgM – e IgG + para *Virus del Epstein Barr*.
- IgM + e IgG - para el *Parvovirus B19*.



Resolución del caso.

Pruebas complementarias:

El día 26/06, se retiran serología víricas para *Citomegalovirus*, *Virus Epstein Barr* y *Parvovirus B19*.

El día 03/07 el resultado de las serología víricas: Infección aguda por *Parvovirus B19*

- IgM - e IgG + para la el *Citomegalovirus*.
- IgM – e IgG + para *Virus del Epstein Barr*.
- IgM + e IgG - para el *Parvovirus B19*.

Se recupera la muestra de tejido renal del día de la biopsia y se realiza una PCR para Parvovirus B19 que resulta POSITIVA.



Resolución del caso.

Pruebas complementarias:

El día 26/06, se retiran serología víricas para *Citomegalovirus*, *Virus Epstein Barr* y *Parvovirus B19*.

El día 03/07 el resultado de las serología víricas: Infección aguda por *Parvovirus B19*

- IgM - e IgG + para la el *Citomegalovirus*.
- IgM – e IgG + para *Virus del Epstein Barr*.
- IgM + e IgG - para el *Parvovirus B19*.

Se recupera la muestra de tejido renal del día de la biopsia y se realiza una PCR para Parvovirus B19 que resulta POSITIVA.

Se confirma así el diagnóstico de glomerulonefritis aguda post-infecciosa asociada a Parvovirus B19.



Resolución del caso.

Evolución:

Durante los próximos meses la paciente presenta un empeoramiento progresivo de la función renal, con diuresis conservada.

En noviembre del 2017, **analítica de control** objetiva un empeoramiento severo de la función renal (Urea sèrum 141 mg/dL, Creatinina sèrum 5.39 mg/dL, Filtrat glomerular estimat <15 mL/min) y de la proteinuria (4.3 g/24h).

Se realiza una nueva **biopsia renal** que objetiva 13 glomerulos, 11 esclerosados, y signos de actividad aguda. Con inmunofluorescencia con patrón glomerular (mesangial y granular) IgG+, IgA+, IgM+, C3++, C1q ++, lamda+ y kappa+.

Como persisten signos de actividad, se inicio tratamiento con corticoides EV mg/kg y ciclofosfamida 500 mg/cada 2 semanas.

Finalmente el enero del 2017 empeora la insuficiencia renal e inicia terapia renal sustitutiva.



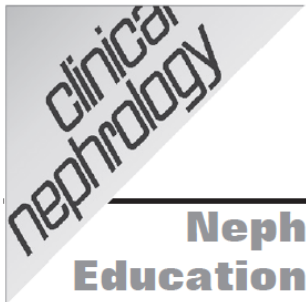
Glomerulonefritis postinfecciosa por *Parvovirus B19.*





Revisión bibliográfica.

Clinical Nephrology, Vol. 85 – No. 4/2016 (238-244)



©2016 Dusti-Verlag Dr. K. Feistle
ISSN 0301-0430

DOI 10.5414/CN108694
e-pub: February 2, 2016

Postinfectious glomerulonephritis secondary to erythrovirus B19 (parvovirus B19): case report and review of the literature

Helena Marco¹, Imane Guermah¹, Lurdes Matas², Alba Hernández³,
Maruja Navarro¹, Dolores Lopez³, and Josep Bonet¹

¹Department of Nephrology, ²Department of Microbiology. CIBER Epidemiología y Salud Pública, and ³Department of Pathology, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, Spain



- Parvovirus B19 es un pequeño DNA virus, descubierto en 1975.
- Enfermedad exantemática autolimitada muy prevalente en al infancia que produce un eritema facial bilateral.
- Individuos sanos **curso clínico bifásico**: Período de incubación (4-14 días) asociado a síntomas prodrómicos (fiebre , malestar, mialgias, prurito). La segunda fase se caracteriza por erupciones cutáneas, prurito y artralgias.
- Evidencia serológica se expresa en una 70-80% de los pacientes.
- La producción de anticuerpos IgM (primera semana) coincidiendo con el pico de viremia. IgM persiste 3 meses.
- La producción de anticuerpos IgG (segunda semana). Proporciona inmunidad a lo largo de toda la vida.
- Se asocia a multitud de enfermedades; poliartropatía, anemia aplásica, hidrops fetal, **glomerulonefritis proliferativa endocapilar**.



- Mujeres entorno a los 20-30 años.
- El cuadro clínico se inicia con fiebre, artralgias y rash cutáneo. Posteriormente al instaurarse la afectación renal, suele presentar edemas, hipertensión, hematuria y proteinuria.
- **Analíticamente** destaca un consumo de complemento.
- **Serología vírica** positiva para IgM del Parvovirus B19.
- Replicación del virus que se objetiva con la **prueba de PCR** en sangre y en tejido renal.
- La **histología** presenta un patrón de glomerulonefritis endocapilar con depósitos granulares por inmunofluorescencia de IgG, IgM C3 y C1q.
- Normalmente presenta un curso autolimitado con remisión completa de la enfermedad. En algunos casos persiste el deterioro renal produciendo insuficiencia renal crónica.



Gracias

