

Figura 1. Microscopía óptica

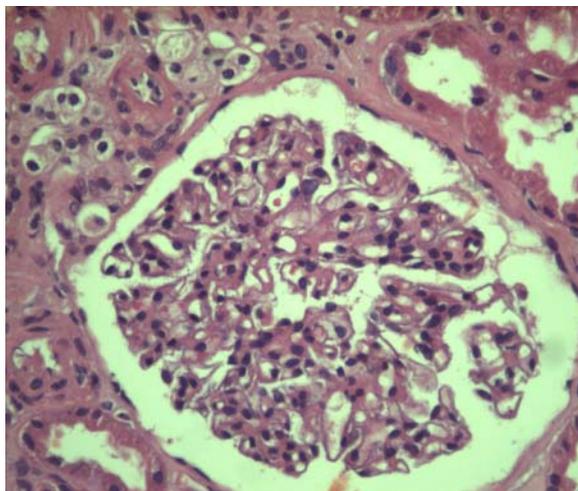


Figura 2. Microscopía óptica

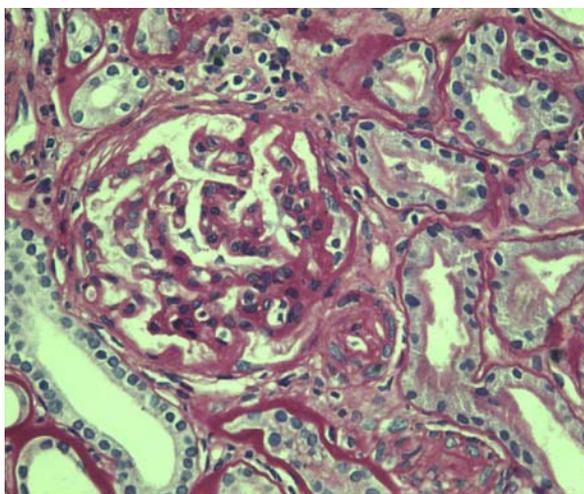


Figura 3. Microscopía óptica

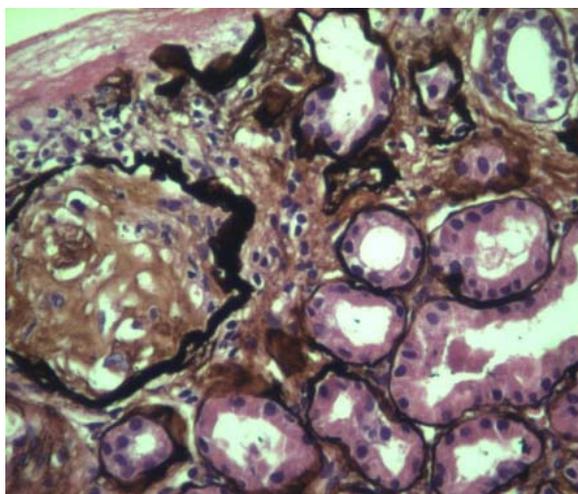


Figura 6. Microscopía electrónica

ciones. A los 6 meses se realiza trasplante renal con donante vivo relacionado (madre). Recibió terapia inmunosupresora de inducción con timoglobulina, ácido micofenólico y metilprednisolona, rotándose luego a meprednisona y tacrolimus de mantenimiento, y profilaxis antibiótica con ciprofloxacina, sulfametoxazol-trimetoprima y valganciclovir. La evolución postrasplante inmediato fue satisfactoria, sin complicaciones urológicas ni requerimiento de hemodiálisis postrasplante. Debido a que a las 2 semanas del trasplante la creatinina era de 2,3 mg/dL se realizó punción biopsia renal del injerto, con evidencia de Necrosis Tubular Aguda focal del 10%, C4d negativo, e inmunofluorescencia sin evidencia de depósitos. Luego de 1 mes de seguimiento, la creatinina desciende a 1,6 mg/dL, permaneciendo con este valor basal. Durante los controles posteriores evoluciona con ascenso de creatinina a 2,26 mg/dL y hematuria dismórfica del 69%, con acantocituria de 59%. Se realiza dosaje de tacrolimus, óptimo para el momento del trasplante, PCR para Virus BK negativa y proteinuria de 1,4 g/24 hs. Se decide realizar nueva punción biopsia renal que mostró a nivel glomerular leve

incremento de matriz y células mesangiales en forma segmentaria, con extensas áreas de fibrosis pericapsular, focos de atrofia tubular del 15% y fibrosis intersticial del 10%. La inmunofluorescencia hizo el diagnóstico etiológico, debido a la positividad de depósitos predominantes de IgA mesangiales. Se inició tratamiento con meprednisona 1mg/kg peso por 8 semanas, evolucionando con desaparición de la microhematuria y disminución de la proteinuria a 0.9 g/día. La función renal osciló con un filtrado glomerular entre 35 y 50 ml/min a los 6 meses postrasplante.

Discusión

La recurrencia de la NIgA en el trasplante fue descrita por el mismo Jean Berger en 1975³. La frecuencia en que la enfermedad puede recurrir es muy variable, entre 12 y 53% desde el punto de vista clínico, si bien la recurrencia histológica debido a la presencia de depósitos de IgA en la inmunofluorescencia es del 100% al año del trasplante^{4,5,6}. La disparidad de estos resultados radica en diferentes criterios para la realización de biopsias del

