

ORGANIZADO POR:

Evidenze

Casos clínicos:

Glomerulopatía C3 en el trasplante

Dr. Mario Pérez Arnedo |
Hospital Universitario de Navarra, Pamplona



Declaración de conflictos de interés

Declaro no tener conflictos de interés respecto a esta presentación.

CONFIDENCIAL

Presentación del caso

Mujer de 72 años

- Antecedentes familiares:
 - Padres fallecidos con 90 años, sin antecedentes relevantes.
 - Un hermano con IAM a los 60 años.
 - 3 hijos sanos.
- No alergias medicamentosas conocidas.
- Hipertensión arterial (debut a los 25 años tras gestación) con buen control crónico.
- Dislipemia.
- Ictus isquémico recuperado sin secuelas (2000).
- Hipotiroidismo autoinmune (2006).
- Cistoadenoma mucinoso multiloculado de ovario intervenido (2005).
- Enfermedad renal crónica de etiología no clara.



Presentación del caso

2006 (52 años):

Remitida a Nefrología por disfunción renal.

Asintomática.

Marcadores clínicos:

- Cr 1,56 mg/dL.
 - Sedimento con >50 hematíes/campo.
 - Proteinuria 1 g/g.
- 
- ANCAs + (MPO).
 - ANAs+ 1:160 (antiDNA y ENAs -).
 - C3 bajo, C4 normal.
 - Igs normales.
 - VHB, VHC y VIH negativos. No evidencia de otras infecciones.
 - Sin componente monoclonal.

- Se inicia BSRA.
 - Biopsia renal el 21/03/2006.
- 
- “Sin tejido renal en la biopsia”.
 - Complicada con hematoma perirrenal que requiere trasfusión.

Presentación del caso

2006 (52 años):

Remitida a Nefrología por disfunción renal.
Asintomática.

2007

Deterioro progresivo durante el seguimiento en Nefrología.

Marcadores clínicos:

- Cr 2,5 mg/dL.
- 20-30 hematíes/campo.
- Proteinuria 1-1,5 g/24h.
- Estudio glomerular sin cambios (persiste MPO+).

- 2ª biopsia renal el 02/03/2007.

DESCRIPCIÓN:

- Cilindro de unión cortico-medular que contiene 8 glomérulos.
- Estos presentan áreas de esclerosis con patrón segmentario apreciándose en relación con esas áreas proliferación focal parietal en la cápsula de Bowman.
- Se aprecian así mismo varios glomerulos totalmente esclerohialinizados.
- Marcada atrofia tubular en relación pérdida nefronal. Infiltrado intersticial focalmente acentuado linfoplasmocítico.
- Arteriolas aferentes bien conservadas.
- IFD: depósitos mesangiales irregulares de IgM.
- ME: no se obtienen glomérulos.

- **DIAGNÓSTICO:** Glomerulonefritis esclerosante mesangial con semilunas focales y componente intersticial.

Presentación del caso

2006 (52 años):

Remitida a Nefrología por disfunción renal. Asintomática.

2007

Deterioro progresivo durante el seguimiento en Nefrología.

Glomerulonefritis esclerosante mesangial con **semilunas** focales y componente intersticial.

- Bolus de metilprednisolona x3.
- Prednisona + ciclofosfamida orales.

*Por leucopenia persistente se suspende CYC a los 2 meses y se mantiene prednisona 7 meses.



Presentación del caso

2006 (52 años):

Remitida a Nefrología por disfunción renal.
Asintomática.

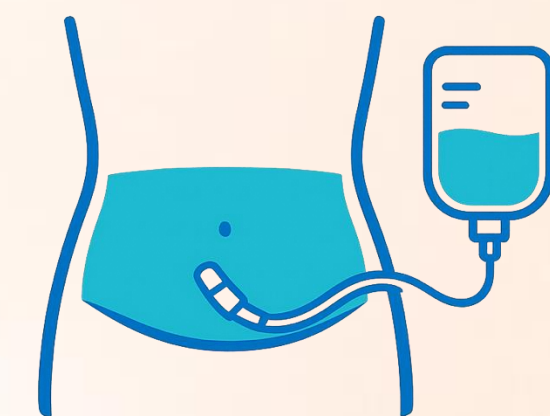
2007

Deterioro progresivo durante el seguimiento en Nefrología.

2014 (60 años)

Deterioro lentamente progresivo.
Anemia e hiperparatiroidismo.

Inicia TRS de forma programada mediante diálisis peritoneal en abril de 2014.

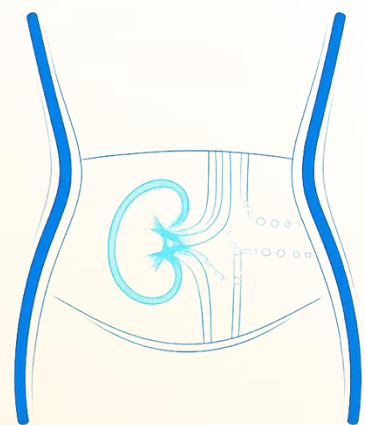


Presentación del caso

2015 (61 años):

Trasplante renal de donante cadáver en ME.

55 años.
Grupo A.
Mismatch 3/6.
CMV +/-.
TIF 17 horas.



- Función renal inmediata con mejoría progresiva.
- Cr nadir 1,1 mg/dL.
- CAC 40-60 mg/g.
- Sin hematuria.

Complicaciones:

- Infección por CMV tratada con valganciclovir (2015).
- Pericarditis idiopática subaguda complicada con derrame pericárdico severo sin datos clínicos ni ecocardiográficos de taponamiento. Tratado con AINEs+prednisona+colchicina (2019).
- ITU por E. coli BLEE (2019 y 2020).

Presentación del caso

2015 (61 años):

Trasplante renal de donante cadáver en ME.

2026 (72 años):

Función renal estable.

Aumento progresivo de albuminuria.

- Cr 1,2-1,3 mg/dL.
- CAC 500 mg/g.
- Se optimiza BSRA + iSGLT-2.



- Biopsia renal del injerto (20/02/2026).



- Niveles FK en rango.
- antiHLAs negativos.
- BK negativo.
- ANCA + MPO.
- Complemento normal.
- ANAs negativos.

Presentación del caso

DESCRIPCIÓN:

- Se identifican un total de 25 glomérulos, 3 (12%) de los cuales están esclerosados.
- Morfología del penacho glomerular conservada salvo por algunos focos de proliferación mesangial.
- En la zona cortical se evidencia discreto infiltrado linfocitario, sin glomerulitis ni tubulitis.
- C4d negativo.
- Fibrosis y atrofia tubular leve en zona medular. Algunos de los túbulos presentan calcificaciones.
- No hay alteraciones vasculares mayores.
- No hay depósito de amiloide. Tinción rojo Congo negativa.
- IFD: **depósitos de C3 granulares intensos (3+)** y ligeros y focales de IgM (1+). IgG, IgA, C1q, kappa y lambda negativos.

DIAGNÓSTICO: Cilindros renales sin signos de rechazo. Depósitos glomerulares IFD intensos para C3 compatibles con **C3G**.

2026 (72 años):

Función renal estable.

Aumento progresivo de albuminuria.

- Cr 1,2-1,3 mg/dL.
- CAC 500 mg/g.
- Se optimiza BSRA + iSGLT-2.



- Biopsia renal del injerto (20/02/2026).



- Niveles FK en rango.
- antiHLAs negativos.
- BK negativo.
- ANCA's + MPO.
- Complemento normal.
- ANAs negativos.

2026 (72 años):

Función renal estable.

Aumento progresivo de albuminuria.

- Biopsia renal del injerto (20/02/2026).
- Proliferación mesangial y depósitos glomerulares IFD intensos para C3 compatibles con **C3G**.



Se amplía estudio:

- Inmunofijación en sangre y orina, proteinograma sangre y orina, cadenas ligeras libres en suero.

NORMAL



- Pendiente estudio genético y ME.

- Se aumenta MMF a 1g/12h.
- Se asocia prednisona 5 mg.



Último control (05/2026)

- Cr 1,32 mg/dL y Fge 40 mL/min.
- Sin microhematuria.
- CAC 96 mg/g.

- Por diagnóstico de carcinoma basocelular se reduce MMF a 750 mg/12h.

Pregunta 1

Con los datos del caso clínico, nos encontramos ante una:

- ☐ Recidiva de la enfermedad de base (no filiada previamente).
- ☐ C3G de novo postrasplante.
- ☐ No estoy segura/o, necesito más datos.



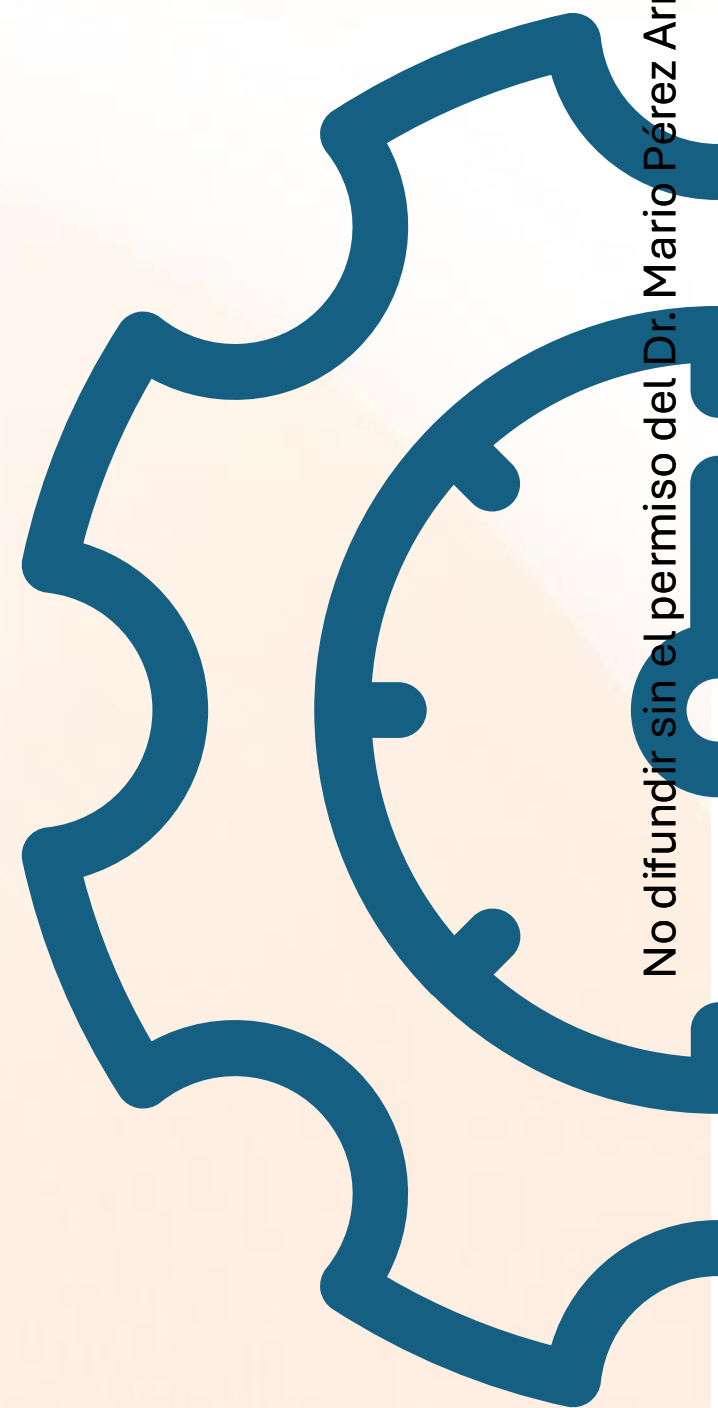
No difundir sin el permiso del Dr. Mario Pérez Arnedo

Pregunta 2

Dada mi sospecha diagnóstica mi siguiente paso en el tratamiento de la paciente será:

-  Iniciar tratamiento con pegcetacoplán.
-  Iniciar tratamiento con iptacopán.
-  Actitud expectante.

CONFIDENCIAL



No difundir sin el permiso del Dr. Mario Pérez Arnedo

Puntos para discusión



- Pese a la mejora en el diagnóstico de la glomerulopatía con la IFD, éste puede ser complejo, sobre todo en el trasplante renal, en el que suele existir una menor expresividad histopatológica.

☐ ¿Positividad de C3 = enfermedad?

☐ ¿Depósitos inespecíficos?



- Esa dificultad en el diagnóstico conlleva retos en el abordaje del tratamiento, sobre todo dadas las opciones terapéuticas disponibles actualmente.



¡Muchas gracias!

CONFIDENCIAL