

Glomerulonefritis Proliferativa con Depósitos de Inmunoglobulina Monoclonal y Trasplante Renal:

Comparación de Dos Casos con Distinta Expresión Clonal

Experiencia en Nuestro Centro

Autores: Cristina Fernanda Morocho Pindo, Lucía Cordero García Galán, Raúl Fernández Prado, Ana María Ramos Verde, Elham Askari Askari, Michelle Vanessa Aguirre Polo, Lucía Criado Bellido, Pablo Javier Cannata Ortiz, Alberto Ortiz. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

Introducción

La glomerulonefritis proliferativa con depósitos de inmunoglobulina monoclonal (PGNMID) es una entidad poco frecuente que cursa con **insuficiencia renal y proteinuria**. La biopsia renal es clave para su diagnóstico, confirmándose los depósitos de inmunoglobulina monoclonal, generalmente **IgG3**.

En un **70% de casos no se detecta componente monoclonal (CM)** en suero, orina o médula ósea (MO), lo que dificulta el diagnóstico y seguimiento.

En el trasplante renal, la PGNMID es un desafío clínico debido a su **alta tasa de recurrencia (80-90%)**, frecuentemente dentro de los primeros **3-4 meses postrasplante**, con riesgo de comprometer la función del injerto.

Casos Clínicos

	Caso 1	Caso 2
Edad/Sexo	63 años / varón	49 años / varón
Subtipo PGNMID	IgG kappa	IgG lambda
CM detectable	No	Si
Tratamiento pre-TR	VCD	VCD + rituximab
Tipo de diálisis	HD	HD
Tiempo al TR	4 años	8 años
Tratamiento preventivo post-TR	No	Bortezomib
Biopsia de protocolo post-TR	No	No
Indicación de la biopsia post-TR	Incremento de creatinina y proteinuria (3 meses)	Proteinuria (11 meses)
Recidiva post-TR	Si (clínica e histológica)	No
Tratamiento post-TR	Rituximab + corticoides	-----

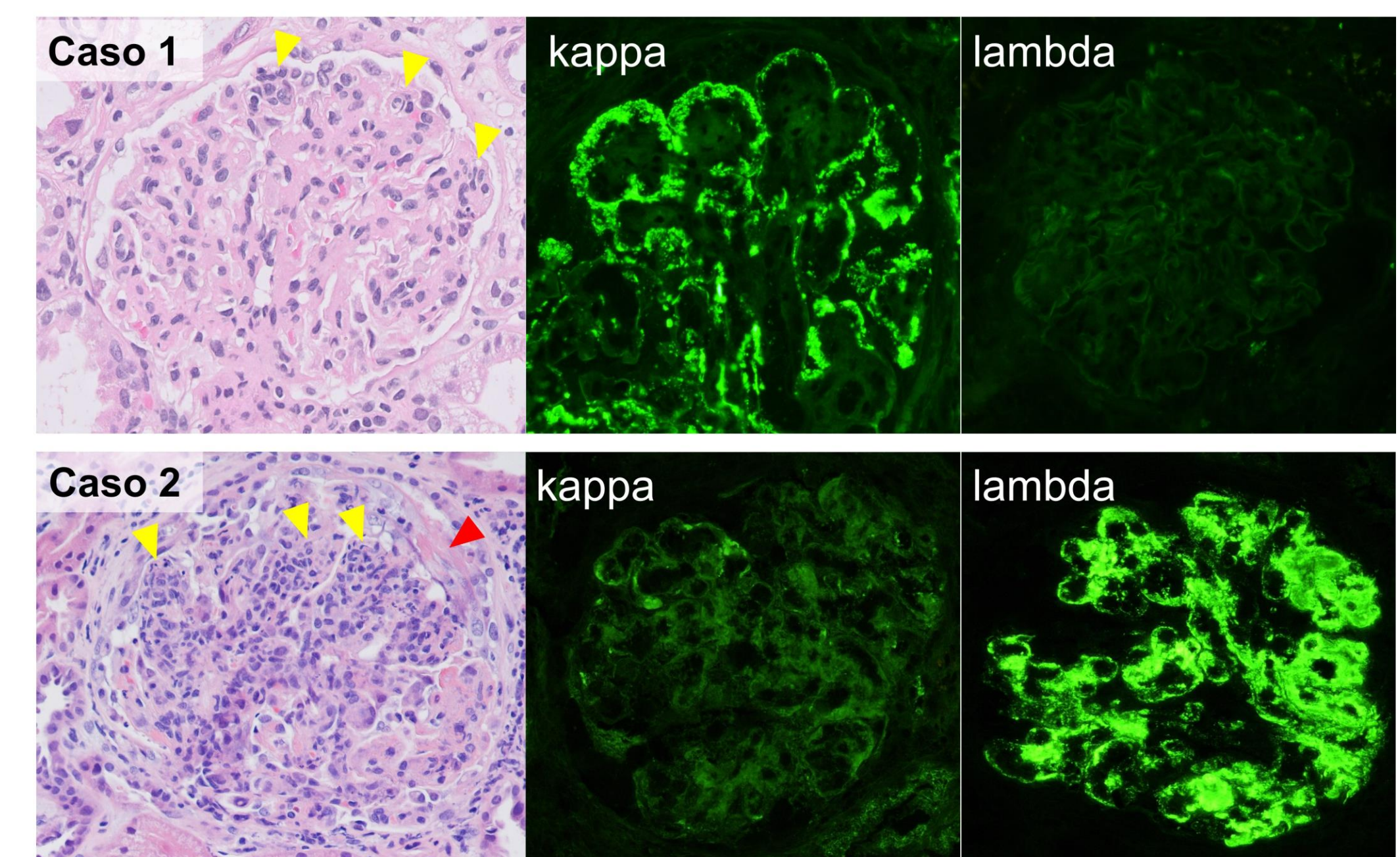


Figura 1. Biopsias renales de PGNMID al diagnóstico.

Caso 1: Hiper celularidad endocapilar segmentaria (flechas amarillas) HE x20. Restricción de cadenas ligeras kappa (lambda negativa). IFD (20x).

Caso 2: Hiper celularidad endocapilar global (flechas amarillas) y proliferación extracapilar (flecha roja). HE x20. Restricción de cadenas ligeras lambda. IFD (20x).

Tabla 1. Descripción de los 2 casos de PGNMID.

CM: componente monoclonal; TR: trasplante renal; VCD: bortezomib, ciclofosfamida y corticoides; HD: hemodiálisis.

Conclusiones

- ✓ La PGNMID plantea desafíos en el trasplante renal especialmente por la falta de biomarcadores que permitan evaluar la respuesta y la recidiva hematológica en ausencia de clones detectables.
- ✓ Técnicas como la espectrometría de masas, NextGenerationFlow de alta sensibilidad o RACE-RepSeq podrían mejorar la detección de clones pequeños y orientar mejor las decisiones terapéuticas.
- ✓ Es imprescindible la implementación de estrategias multidisciplinarias entre nefrología y hematología, y biopsia del injerto ya sea por protocolo o por indicación clínica, esencial para diagnosticar de manera temprana una recaída.
- ✓ Aunque no hay suficiente evidencia para recomendar de forma generalizada el tratamiento preventivo para evitar recaídas, consideramos, con base en nuestra experiencia clínica, que su uso individualizado podría contribuir a reducir el riesgo de recurrencia. Por ello, se plantea su consideración como intervención preventiva, reconociendo la necesidad de evidencia más sólida y estudios que respalden su eficacia y seguridad.
- ✓ Nuevos fármacos antiCD38 podrían valorarse como opción terapéutica en estos casos, aunque necesitamos más evidencia.