

Sesgo de anclaje en un receptor de trasplante renal con fiebre persistente y síntomas urinarios: reporte de un caso.

Diana Moreira-Vera¹, Fernando Stalin Jiménez Jaramillo^{2*}

¹Hospital Metropolitano de Quito. Departamento de Medicina Interna. Servicio de Medicina Interna.

²Hospital Metropolitano de Quito. Departamento de Medicina Interna. Servicio de Nefrología. Área de Trasplante Renal.

Correspondencia: Fernando Stalin Jiménez Jaramillo*. Hospital Metropolitano de Quito. Av. Mariana de Jesús. Quito, Ecuador. E-mail: ferjimenezj@yahoo.com

Introducción: Las infecciones constituyen una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en los receptores de trasplante renal. En áreas endémicas, la tuberculosis puede presentar manifestaciones extrapulmonares atípicas que simulan infecciones bacterianas comunes, lo que puede provocar retrasos diagnósticos. Presentamos un caso que ilustra cómo el sesgo de anclaje debido a una infección urinaria obstaculizó el reconocimiento oportuno de una tuberculosis diseminada.

Materiales y métodos: Se presenta el caso de un hombre de 64 años, trasplantado renalmente con donante cadavérico, por enfermedad renal crónica secundaria a diabetes mellitus e hipertensión arterial. El protocolo pretrasplante, incluido el tamizaje de infecciones, resultó negativo. Se realizó una revisión retrospectiva de la historia clínica, la evolución hospitalaria, los estudios microbiológicos, las imágenes y los hallazgos anatomopatológicos.

Resultados: Durante el seguimiento postrasplante presentó retraso en la función, linfocitosis y coledocolitiasis, con múltiples hospitalizaciones por fiebre y síntomas urinarios bajos, tratados como infecciones urinarias con diversos esquemas antibióticos, pese a urocultivos repetidamente negativos. La persistencia de polaquiuria, urgencia miccional y disuria, seguida de tenesmo rectal, motivó la decisión de realizar una prostatectomía, en la que se identificó un absceso prostático. Posteriormente, presentó deterioro neurológico y crisis convulsivas. La reacción en cadena de la polimerasa para *Mycobacterium tuberculosis* en el líquido cefalorraquídeo confirmó la tuberculosis del sistema nervioso central con diseminación. La biopsia de próstata confirmó la tuberculosis. Se inició tratamiento con esquema RIPE y corticoterapia, lo que requirió una monitorización estrecha de los inmunosupresores debido a interacciones farmacológicas.

Conclusiones: En receptores de trasplante renal, la persistencia de fiebre y de síntomas urinarios sin confirmación microbiológica debe motivar una reevaluación diagnóstica. En regiones endémicas, la tuberculosis extrapulmonar debe

considerarse de forma temprana para evitar el sesgo de anclaje hacia la infección urinaria y reducir los retrasos en el diagnóstico y el tratamiento.

Palabras clave: Tuberculosis extrapulmonar; trasplante renal; sesgo de anclaje; absceso prostático; errores diagnósticos.