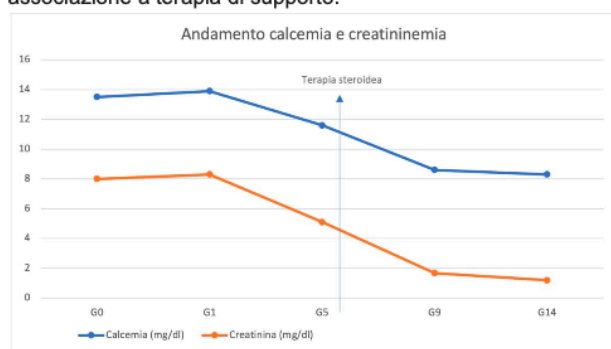


anni, evoluta in AIDS per scarsa compliance terapeutica. Rilevante in anamnesi la ripresa di terapia antivirale (dolutegravir-abacavir-lamivudina) in seguito a ricovero per criptococchi meningei, trattata efficacemente con antifungino. Dalla ripresa della terapia antivirale si assisteva ad incremento della conta linfocitaria CD4 e riduzione della carica virale. La paziente giungeva per comparsa di IRA (sCr 8,3 mg/dl) con ipercalcemia (13,9 mg/dl). Agli esami: PTH e vitamina D nella norma, nessuna alterazione acido-base, IF sierica negativa e normale dosaggio delle catene leggere libere. Alla TC addome reni di normali dimensioni, senza segni di idronefrosi. Considerando la ripresa della terapia antiretrovirale e la recente criptococchi, veniva posta diagnosi di IRIS con associata ipercalcemia secondaria e contestuale IRA. Avviata terapia medica: idratazione ev, diuretico e steroide (1 mg/kg di prednisone die) con risoluzione dell'ipercalcemia e completo recupero della funzione renale. **DISCUSSIONE:** Nel caso descritto l'ipercalcemia è stata innescata dalla ricostituzione del sistema immunitario seguita alla ripresa della terapia antivirale e slatentizzata dal recente episodio di criptococchi meningei, infezione opportunistica ad alto rischio per IRIS. **CONCLUSIONE:** L'ipercalcemia è una rara manifestazione della sindrome infiammatoria da ricostituzione immunitaria nei pazienti affetti da AIDS e può complicarsi con IRA; la terapia di elezione si fonda sulla somministrazione di steroide, in associazione a terapia di supporto.



AKI E TOXINS

PO 035 – UN CASO DI INSUFFICIENZA RENALE ACUTA SECONDARIA A STENOSI DEL BULBO DUODENALE DA SINDROME DA IPER IgG4.

Autori: (1) Althea Isabella Euridice Cossetini, Luca della Volpe, Marta Pirovano, Rony Gingis, Cristina De Salvo, Giulia Vanessa Re Sartò, Lucia Scotti (2) Ettore Sabadini, (1,2,3) Maurizio Alberto Gallieni

Affiliazioni: (1) Scuola di Specializzazione in Nefrologia, Università di Milano, Milano; (2) U.O. di Nefrologia e Dialisi, ASST Fatebenefratelli-Sacco, Milano

Uomo, 48 anni, giunto in PS a marzo 2022 per IRA (creat 3.7 mg/dl) con alcalosi metabolica ipokaliemica, secondaria a episodi ripetuti di vomito. Ecograficamente stomaco dilatato, reni in sede ma volume ridotto. Anamnesi: nulla di rilevante, eccetto asma bronchiale nota dal 2019. Durante la degenza

presso Nefrologia si eseguiva una EGDS che mostrava a livello del bulbo duodenale una deformazione del viscere con presenza di stenosi invalicabile. Nel sospetto di compressione ab estrinseco da lesione cefalopancreatica si eseguiva TC con MdC e RMN addome, negative per lesioni sospette del pancreas o degli altri organi addominali. Le biopsie a livello di esofago-stomaco-duodeno risultavano negative. Calprotectina fecale elevata e autoimmunità per celiachia negativa. Le IgG4 sieriche risultavano elevate (1842, vn 40-865 mg/l). L'ecografia delle ghiandole salivari escludeva una sindrome di Mikulicz (malattia delle ghiandole salivari Iper-IgG4 correlata). La Sindrome da Iper-IgG4 è una malattia fibroinfiammatoria cronica immunomediata, che si manifesta con masse simil-tumorali e/o ingrossamento di più organi per infiltrazione di plasmacellule IgG4 secernenti. Il coinvolgimento più frequente è la malattia pancreatoepatobiliare e la fibrosi retroperitoneale; più rara ma descritta è la stenosi del bulbo duodenale. Il coinvolgimento renale spesso si manifesta come nefrite tubulo-interstiziale, alterando la funzione renale in modo asintomatico. Nel nostro caso l'interessamento renale non è stato determinato da un'infiltrazione linfoplasmacellulare diretta, probabilmente per l'esordio acuto di stenosi bulbare condizionante IRA pre-renale. La terapia steroidea (prednisone 1 mg/kg/die) impostata determinava buona risposta clinica e laboratoristica (IgG4 in calo, creat 0,62 mg/dl), ripresa dell'alimentazione e miglioramento del quadro endoscopico con stenosi del bulbo di entità ridotta e valicabile dallo strumento. E' opportuno dosare le IgG4 nel sospetto di pancreatite autoimmune.

AKI E TOXINS

PO 036 – LA SELENOPROTEINA P-1 (SEPP1) È UN BIOMARCATORE PRECOCE DI DANNO RENALE ACUTO (AKI) IN PAZIENTI SOTTOPOSTI A BYPASS CARDIOPOLMONARE (CPB)

Autori: Leonardo Campo (1), Federica Jiritano (2), Mariateresa Zicarelli (1), Patrizia Pizzini (3), Sebastiano Cutrupi (3), Michele Andreucci (1), Alessandra Testa (3), Dominella Battaglia (2), Belinda Spoto (3), Pasquale Mastroberto (2), Filiberto Giuseppe Serrano (2) and Giuseppe Coppolino (1), Davide Bolignano (1)

Affiliazioni: (1) UO Nefrologia e Dialisi, Università "Magna-Graecia", Catanzaro (2) UO di Cardiocirurgia, Università "Magna-Graecia", Catanzaro (3) CNR-Istituto di Fisiologia Clinica, Reggio Calabria

Scopo: Il danno renale acuto (AKI) è una complicanza frequente e pericolosa nei pazienti che si sottopongono a bypass cardiopolmonare (CPB). E' noto che lo stress ossidativo svolge un ruolo importante in tal senso. In questo studio pilota abbiamo valutato il possibile ruolo della Selenoproteina P-1 (SEPP1), un trasportatore plasmatico del selenio con marcate proprietà antiossidanti, come potenziale biomarker predittivo di AKI in questo particolare setting clinico. Metodi: SEPP1 è stata dosata in campioni di plasma di 45 pazienti sottoposti a CPB in