



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN NEFROLOGÍA DE ADULTO
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"



**DESCRIPCIÓN CLINICO-PATOLÓGICA DE LAS ENFERMEDADES
GLOMERULARES, SERVICIO DE NEFROLOGÍA DE ADULTOS, CIUDAD
HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA, 2015-2018".**

Autor:

Jhoselyn Del Valle Betancourt Agüero.

CI: 18.693.113

Valencia, Noviembre 2018.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN NEFROLOGÍA DE ADULTO
CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”



**DESCRIPCIÓN CLINICO-PATOLÓGICA DE LAS ENFERMEDADES
GLOMERULARES, SERVICIO DE NEFROLOGÍA DE ADULTOS, CIUDAD
HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA, 2015-2018”.**

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO PRESENTADO ANTE EL AREA DE POSTGRADO
COMO REQUISITO PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA
DE ADULTOS.

Tutor:

Dra. Francis Scovino

Autor:

Jhoselyn Del Valle Betancourt Agüero.

CI: 18.693.113

Valencia, Noviembre 2018

INDICE GENERAL

Introducción.....	1
Materiales y Métodos.....	10
Resultados.....	11
Discusión.....	12
Conclusiones y Recomendaciones.....	13
Referencias Bibliográficas.....	14
Anexos.....	16

INDICE DE TABLAS

Tabla1: Caracterización de carácter clínico-epidemiológico según edad y sexo de los pacientes con reporte de biopsia.....	17
Tabla 2: Expresión clínica de las glomerulopatías.....	18
Tabla 3: Análisis del reporte de Biopsia renal en relación a la expresión clínica presentada.....	19



ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:


DESCRIPCIÓN CLÍNICO - PATOLÓGICA DE LAS ENFERMEDADES GLOMERULARES, SERVICIO DE NEFROLOGÍA DE ADULTOS. CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA, 2015 -

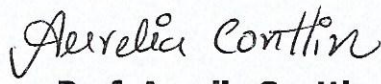
Presentado para optar al grado de **Especialista en Nefrología Adultos** por el (la) aspirante:

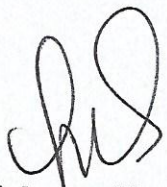
BETANCOURT A., JHOSELYN DEL V C.I. V – 18693113

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Francis Scovino C.I. 9826222, decidimos que el mismo está **APROBADO** .

Acta que se expide en valencia, en fecha: **15/11/2018**


Prof. Francis Scovino (Pdte)
C.I. 9826222
Fecha 15/11/2018


Prof. Aurelia Conttin
C.I. 15.398.237
Fecha 15/11/2018


Prof. Laura Vasquez
C.I. 8831997
Fecha 15/11/2018



TG:



DESCRIPCIÓN CLINICO-PATOLÓGICA DE LAS ENFERMEDADES GLOMERULARES, SERVICIO DE NEFROLOGÍA DE ADULTOS, CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA, 2015-2018”.

Autor: Jhoselyn Del V. Betancourt A.

Tutor: Dra. Francis Scovino.

Correo: Jhoselynbetan89@gmail.com

Resumen

Las enfermedades glomerulares constituyen uno de los problemas principales en nefrología y corresponden a la segunda causa de enfermedad renal crónica terminal. En Venezuela no existe una base de datos unificada de enfermedad glomerular y son escasos los trabajos sobre este tema. **Objetivo:** describir los hallazgos clínicos y patológicos de las enfermedades glomerulares en el Servicio de Nefrología de adultos de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera en el periodo comprendido entre Enero 2015 hasta Enero 2018. **Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo correlacional y retrospectivo, la muestra estuvo constituida por 38 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de Glomerulopatías y reporte de biopsia en la consulta del Servicio de Nefrología de de adultos en el periodo de tiempo comprendido entre 1 de enero 2015 hasta el 31 de enero del 2018, los datos fueron procesados en el programa SPSS se calcularon variables cualitativas y cuantitativas su frecuencia absoluta y relativa así como un error estándar de 5% ($p \leq 0,05$). **Resultados:** la edad promedio fue 27 años, el género masculino predomina con 55%, la correlación entre el reporte de biopsia y la expresión clínica fue la nefropatía lúpica y el síndrome nefrítico con 60%. **Conclusiones:** se demostró la existencia correlacional entre la histología y la expresión clínica de las glomerulopatías por lo cual el rápido y eficaz reconocimiento de la causa de la enfermedad glomerular resultará en una aproximación terapéutica racional, segura y efectiva con especial impacto en preservación de función renal.

Palabras clave: *glomerulopatía, epidemiología, biopsia.*



CLINICAL-PATHOLOGICAL DESCRIPTION OF GLOMERAL DISEASES, SERVICE OF NEPHROLOGY OF ADULTS, HOSPITALITY CITY "DR. ENRIQUE TEJERA, 2015-2018".

Author: Jhoselyn Del V. Betancourt A.

Tutor: Dr. Francis Scovino.

Email: Jhoselynbetan89@gmail.com

ABSTRACT

Glomerular diseases are one of the main problems in nephrology and correspond to the second cause of terminal chronic kidney disease. In Venezuela there is no unified database of glomerular disease and there are few works on this subject. **Objective:** to describe the clinical and pathological findings of glomerular diseases in the Adult Nephrology Service of Dr. Enrique Tejera Hospital City in the period between January 2015 and January 2018. **Methods:** A correlational and retrospective descriptive study was carried out. sample consisted of 38 clinical histories of patients diagnosed with Glomerulopathies and biopsy report in the Nephrology Service of adults in the period from January 1, 2015 to January 31, 2018, the data were processed In the SPSS program, qualitative and quantitative variables were calculated for their absolute and relative frequency as well as a standard error of 5% ($p \leq 0.05$). **Results:** the average age was 27 years, the masculine gender predominates with 55%, the correlation between the biopsy report and the clinical expression was the lupus nephropathy and the nephritic syndrome with 60%. **Conclusions:** the correlation between histology and the clinical expression of glomerulopathies was demonstrated, which is why the rapid and efficient recognition of the cause of glomerular disease will result in a rational, safe and effective therapeutic approach with a special impact on the preservation of renal function.

Key words: *glomerulopathy, epidemiology, biopsy.*

INTRODUCCIÓN

El término glomerulopatías (GP) se utiliza en forma amplia para designar las enfermedades que afectan la estructura y función glomerular, tratándose de entidades clínicas heterogéneas tanto en su etiología, manifestaciones, curso clínico y pronóstico, pero que tienen como denominador común el hallazgo histológico de inflamación del penacho glomerular que tienen implicado un mecanismo inmune en su fisiopatología¹.

El rápido y eficaz reconocimiento de la causa de la enfermedad glomerular resultará en una aproximación terapéutica racional, segura y efectiva con especial impacto en preservación de función renal, a nivel mundial, la enfermedad glomerular primaria es la segunda causa de enfermedad renal crónica terminal, precedida solamente por la nefropatía diabética la cual es finalmente una glomerulopatía secundaria¹.

En cuanto a la epidemiología registros de la Sociedad Española de Nefrología indican que las GP más frecuentes son las GP primarias (59,8%) entre ellas: nefropatía por IgA (34,5%), enfermedad de cambios mínimos (12,4%), glomerulesclerosis focal y segmentaria (10,8%) y glomerulonefritis membranosa (9,3%). En el marco de las GP secundarias (25,4%) las principales son la nefropatía lúpica (23,0%) y las vasculitis necrotizantes (15,5%)².

Tradicionalmente se han empleado diversos sistemas de clasificación para aproximarse al estudio de la enfermedad glomerular. Pasos para realizar el diagnóstico de la enfermedad glomerular:

Establecer síndrome de presentación de enfermedad glomerular.

Recolectar datos clínicos relevantes para establecer una probable correlación clínicopatológica.

Determinar la utilidad de los datos de laboratorio e imágenes.

Establecer el diagnóstico etiológico. ¿Existe indicación de biopsia renal¹?

Es de vital importancia reconocer que la correlación clínico-patológica es una de las herramientas más importantes en el estudio del paciente con enfermedad glomerular².

Las manifestaciones clínicas más reconocidas son: hematuria micro y macroscópica asintomática, proteinuria no nefrótica, proteinuria con hematuria, síndrome nefrótico, síndrome nefrítico, glomerulonefritis rápidamente progresiva y falla renal aguda².

Síndrome nefrótico: se define en presencia de proteinuria en rango nefrótico ($>3.5\text{g}/24\text{horas}/1.73\text{m}^2$ SCT), en asociación con edema, hipoalbuminemia $\leq 3\text{g}/\text{dL}$ e hipercolesterolemia; característicamente no hay HTA, ni deterioro en tasa de filtración glomerular tan marcados como en el síndrome nefrítico³.

El síndrome nefrótico es una podocitopatía, entendiéndose por este término el daño, la disfunción o la pérdida de podocitos que resulta en proteinuria masiva, los tres patrones histológicos que más frecuentemente derivan del daño del podocito en el adulto son: glomerulosclerosis focal y segmentaria (35%), nefropatía membranosa (33%) y enfermedad de cambios mínimos (15%), con algunas diferencias en incidencia de acuerdo con la raza y a áreas geográficas. Cada una de ellas tiene diferencias en su evolución y podrá ser de etiología primaria o secundaria, para lo cual resultarán útiles los datos de correlación clínica y de laboratorio que se presentarán más adelante¹.

Dentro de las causas secundarias tiene papel protagónico la nefropatía diabética que sigue siendo de forma global la causa más frecuente de síndrome nefrótico del adulto pudiendo presentarse con cualquiera de los tres tipos histológicos de enfermedad glomerular que afectan el podocito. Otras etiologías secundarias importantes son la nefropatía lúpica tipo V con patrón histológico de nefropatía membranosa; amiloidosis, infecciones por malaria, virus hepatotrófos B y C, VIH, múltiples medicamentos, mieloma múltiple, etiologías para las cuales deberá hacerse el enfoque respectivo y las nefropatías paraneoplásicas¹.

Síndrome nefrítico: se caracteriza por el inicio súbito de hematuria micro o macroscópica, oliguria, falla renal aguda, manifestándose con retención hídrica, edema e hipertensión arterial⁴. La hematuria suele acompañarse de presencia en orina de cilindros eritrocitarios y sedimento telescopado que son la marca de la inflamación glomerular. Aunque puede haber proteinuria, no suele ser tan marcada como en el síndrome nefrótico, siendo habitualmente inferior a 2g/24 horas/1.73m² SCT (8). En contraste con el síndrome nefrótico donde prevalece la lesión del podocito, en el síndrome nefrítico predominan las lesiones inflamatorias del glomérulo comprometiendo células mesangiales, endoteliales y/o células parietales epiteliales, en relación más frecuentemente con patrones histológicos de glomerulonefritis membranoproliferativa, nefropatía por IgA, glomerulonefritis proliferativa endocapilar, glomerulonefritis proliferativa extracapilar o crescéntica, habitualmente en relación con etiologías secundarias¹.

Son múltiples las etiologías relacionadas pero en términos prácticos podrían clasificarse en tres grupos: relacionadas con anticuerpos, relacionadas con complejos inmunes o las de mecanismo pauciinmune, siendo la intensidad y el tiempo de la respuesta inflamatoria los que definen el curso de la enfermedad como síndrome nefrítico o como glomerulonefritis rápidamente progresiva³.

Glomerulonefritis rápidamente progresiva: forma menos frecuente (2%) pero más agresiva de glomerulonefritis activa, constituyendo una verdadera emergencia médica que se manifiesta como síndrome nefrítico-nefrítico mixto asociado a rápida declinación de la función renal (aumento de creatinina > 2 mg/dL en menos de tres meses o duplicación de la creatinina sérica en tres meses o debut de enfermedad glomerular con creatinina > 3mg/dL), tamaño renal conservado o aumentado, alta frecuencia de uremia al inicio del cuadro clínico y poca tendencia a la recuperación espontánea⁴. Las mismas causas que llevan a síndrome nefrítico son responsables de inducir glomerulonefritis rápidamente progresiva con un patrón histológico de glomerulonefritis proliferativa extracapilar o crescética. Las causas se pueden dividir en relacionadas con anticuerpos (20%), relacionadas con complejos inmunes (30%) o las de mecanismo pauciinmune (50%)⁴.

Hematuria asintomática: se refiere a la presencia de hematuria micro o macroscópica en pacientes con tasa de filtración glomerular normal sin evidencia de enfermedad sistémica ni compromiso renal, aunque algunos pueden tener proteinuria inferior a 1.5g/24 horas. Tiene características de hematuria de origen alto en el sedimento urinario con eritrocitos dismórficos, acantocitos y cilindros eritrocitarios. El diagnóstico diferencial incluye más comúnmente causas urológicas; de todos los casos de hematuria sin proteinuria sólo el 19% tienen origen glomerular en asociación en orden de frecuencia a patrones histológicos de nefropatía por IgA, enfermedad de membrana basal delgada, glomerulonefritis proliferativa focal y enfermedades congénitas como el síndrome de Alport⁴.

Proteinuria asintomática: proteinuria inferior a 1g/24 horas sin hallazgos de enfermedad sistémica ni compromiso de la función renal. Puede ser transitoria funcional por alteración de la membrana basal glomerular en estados de bajo volumen circulante eficaz, fiebre, ejercicio extenuante;

transitoria ortostática en adolescentes; persistente por sobreflujo-sobreproducción como en rabdomiolisis o en mieloma múltiple; persistente de origen tubulointersticial como en los casos de nefroesclerosis hipertensiva y nefritis tubulointersticial aguda/ crónica; persistente glomerular en estadios tempranos de la enfermedad de cambios mínimos⁴.

La introducción de la biopsia renal percutánea en la práctica clínica ha producido una revolución en el entendimiento de la patología y la patogénesis de las Glomerulopatías (GP), por lo que hoy se reconoce como un elemento esencial en su investigación y provee la base para el establecimiento del diagnóstico, tratamiento y pronóstico a largo plazo. Teniendo en cuenta que la presentación clínica y paraclínica de las GP estriba en una amplia gama de hallazgos específicos e inespecíficos, se han llevado a cabo múltiples estudios epidemiológicos con el fin de definir dichas manifestaciones y la historia natural de estos pacientes².

Existen situaciones que consideran mandatarias la realización de la biopsia renal: 1. Síndrome nefrótico (excepto en niños por la alta frecuencia en ellos de enfermedad de cambios mínimos con curso clínico benigno y respuesta favorable a tratamiento con corticosteroides en monoterapia y excepto en presunción de nefropatía diabética); 2. Enfermedad renal en el contexto de enfermedad sistémica (lupus eritematoso sistémico, mieloma múltiple, amiloidosis, vasculitis); 3. Falla renal aguda en el contexto de enfermedad glomerular y glomerulonefritis rápidamente progresiva; 4. Anormalidades en sedimento urinario en receptor de trasplante renal (rechazo de trasplante versus enfermedad glomerular de novo o recurrente)².

La biopsia renal brinda información útil para el diagnóstico etiológico y para el pronóstico y, debe emplearse siempre que su resultado derive en poder definir diversas conductas terapéuticas. El reporte debe incluir los

hallazgos a la microscopía de luz (describe la celularidad glomerular y clasifica el compromiso en focal o difuso), microscopía electrónica (describe la presencia y localización subcelular de complejos inmunes, grado de daño celular, consistencia de la membrana basal y cambios en la ultraestructura del podocito) e inmunofluorescencia (determina la presencia o ausencia de un proceso inmune de base con coloraciones dirigidas contra anticuerpos específicos y componentes del complemento, además de determinar presencia de proteínas de matriz, material amiloide o inclusiones virales)².

Diversos estudios poblacionales, tanto longitudinales como transversales, han detectado una mayor frecuencia de glomerulopatías en la población mundial.

Yesid C. y cols, en su investigación “Descripción clinicopatológica de las enfermedades glomerulares”, publicada en el Acta Médica Colombiana (2016) describe los hallazgos clínicos e histopatológicos de las enfermedades glomerulares diagnosticadas por biopsia realizando un estudio descriptivo de la enfermedad glomerular según el compromiso clínico y los hallazgos histopatológicos obtenidos por biopsia renal en pacientes de 14 años o más atendidos en la Unidad Renal del Tolima en la ciudad de Ibagué, entre 1999 y 2014. La recolección de datos se realizó mediante la revisión de las historias clínicas y los reportes de la biopsia renal. Se clasificó la presentación clínica como: proteinuria nefrótica, proteinuria no nefrótica, síndrome nefrítico, hematuria monosintomática, disminución de la función renal, insuficiencia renal aguda. Obteniendo ciento ochenta como muestra, la mediana de creatinina fue 1.29 mg/dL⁵.

Todas las biopsias fueron estudiadas con inmunohistoquímica y 97.24% se estudió con microscopía electrónica. La edad promedio fue 36.93 ± 13.87 años. La nefropatía secundaria más frecuente fue lupus. La causa primaria más frecuente de síndrome nefrótico fue glomerulonefritis

membranosa y la causa primaria más frecuente de proteinuria no nefrótica fue glomeruloesclerosis focal y segmentaria. Concluyendo que la causa más común de glomerulopatía secundaria fue lupus, y las glomerulopatías primarias más frecuentes fueron glomerulonefritis membranosa y glomeruloesclerosis focal y segmentaria, similar a otros estudios. La nefropatía Ig A fue poco frecuente⁵.

Taborda A. y cols, en su estudio “Glomerulonefritis C3: una nueva categoría de glomerulonefritis con implicaciones etiopatogénicas” publicada en la revista *Iatreia* (2015), el cual tiene como objetivo describir retrospectivamente una serie de casos de Glomerulonefritis C3 (GN-C3) y determinar la frecuencia con que los pacientes continúan con alteraciones renales y/o hipocomplementemia. Bajo los siguientes métodos: se evaluaron las características histológicas y clínicas y la evolución de los 22 casos de GN-C3 diagnosticados entre 2004 y 2012 en el Departamento de Patología. Teniendo los siguientes resultados: 14 de los pacientes fueron niños y 12 fueron hombres. Diez se presentaron como síndrome nefrítico, siete como GN rápidamente progresiva, tres como insuficiencia renal aguda, uno como insuficiencia renal crónica y uno como síndrome nefrótico-nefrítico; 21 tenían hipocomplementemia C3⁶.

Todas las biopsias mostraron GN proliferativa. Ocho pacientes tuvieron remisión completa; cuatro, alteraciones persistentes del uroanálisis; seis desarrollaron enfermedad renal crónica, en cinco de ellos terminal; en cuatro no hubo seguimiento. En nueve pacientes hubo seguimiento de los niveles séricos de C3 y en todos ellos se normalizaron entre 1 y 3 meses después de la biopsia. El trabajo concluye que las GN-C3 pueden producir alteraciones renales persistentes o recurrentes y evolucionar a la insuficiencia renal terminal por lo cual la importancia de la realización de biopsia renal en estos pacientes. Es recomendable el seguimiento clínico a largo plazo, con mediciones repetidas de los niveles de C3⁶.

Chávez V. y cols, publica un estudio titulado “Epidemiología de la enfermedad glomerular en adultos, revisión de una base de datos”, publicado en la gaceta medica Mexicana (2014), tuvo como objetivo determinar la frecuencia de glomerulopatías en el occidente de México, en un hospital de segundo nivel, realizando un análisis retrospectivo donde se revisó todas las biopsias de riñón nativo de enero de 2003 a diciembre de 2011, de pacientes mayores de 16 años, estableciendo las características clínicas, la forma de presentación y el reporte histopatológico. Se analizaron 163 reportes de biopsias; el promedio de edad de los pacientes fue de 32.6 ± 13.3 años; hubo un 55% de mujeres⁷.

Las glomerulonefritis primarias más frecuentes fueron la glomeruloesclerosis focal y segmentaria (47%) y la GMN membranosa (15%)¹⁰. Las GMN secundarias más frecuentes fueron la nefropatía lúpica (NL) (14%), la amiloidosis (1.2%) y la nefropatía diabética (4%). Concluyendo que la glomerulopatía focal y segmentaria es la más frecuente y se observa menor porcentaje de nefropatía por depósito de inmunoglobulina A que lo reportado a nivel mundial⁷.

McGrogan A. y cols, en su estudio titulado “La incidencia de glomerulonefritis primaria en todo el mundo: una revisión sistemática de la literatura” publicado en la Revista de trasplantes en nefrología en el (2011), el objetivo de esta revisión fue evaluar críticamente los estudios de incidencia publicados en 1980-2010, mediante búsquedas en MEDLINE, y en ScienceDirect, incluyó 40 estudios de incidencia de la GN primaria de Europa, América del Norte y del Sur, Canadá, Australia y Oriente Medio. Las tasas para los distintos tipos de enfermedades se encontró que en los adultos, 0,2/100.000/año por GN membrano-proliferativa, 0,2/100.000/año por GN mesangio-proliferativa, 0,6/100.000 /año por enfermedad de cambio mínimo, 0,8/100.000/año de la glomeruloesclerosis focal y segmentaria,

1,2/100.000/año por nefropatía membranosa y 2,5/100.000/año para la nefropatía por IgA⁸.

Serna J. y cols, realizaron un estudio titulado “Determinar las características clínico-epidemiológicas de las glomerulopatías”, publicado en la revista medica Med UIS (2011); es un estudio de tipo descriptivo retrospectivo del periodo comprendido entre 1992-2010, en el cual se realizaron 168 biopsias renales guiadas por ecografía. Del total de dichos reportes histológicos, se obtuvieron datos de 136 historias clínicas. Se encontró que la población adulta joven ($\geq 18 < 60$ años) correspondió al grupo en el que con mayor frecuencia se realizó biopsia renal (72,06%), así como el género femenino (55,1%). El síndrome nefrótico fue la principal indicación de biopsia renal (42.65%), seguido de la insuficiencia renal (30.15%). En el momento de la realización de la biopsia, el 55.8% de los pacientes tenían función renal normal. Los principales diagnósticos histológicos fueron la enfermedad por cambios mínimos en los niños, y la glomerulonefritis membrano-proliferativa y la glomerulosclerosis focal y segmentaria en la población mayor; encontrando la nefropatía lúpica como la principal etiología secundaria en todas la edades².

Mejías G. y cols, publican un estudio titulado “Descripción clínica patológica de las Enfermedades Glomerulares” donde se analizaron 383 biopsias renales publicada en el Acta Médica Colombiana (1989), la edad promedio de los pacientes fue 29 ± 0.6 años y de ellos 176 (46%) fueron hombres. Los diagnósticos clínicos fueron síndrome nefrótico en 161 casos (42%), glomerulonefritis (GN) en 108 (28.2%), hematuria aislada en 76 (19.8%) e insuficiencia renal (aguda o crónica) en 26 (6.8%). Los hallazgos anatomopatológicos más importantes fueron cambios glomerulares mínimos en 115 (30%), hialinosis focal y segmentaria en 81 (21.1%), GN proliferativa endocapilar difusa en 40 (10.4%), glomerulopatía membranosa en 39 (10.2%), GN proliferativa endo y extracapilar difusa en 31 (8.1%),

inclasificable en 27 (7%), GN membranoproliferativa tipo I en 16 (4.2%) y otros en 34 (8.8%)⁹.

Ante la deficiente data disponible de este evento en nuestro país se establece como objetivo general de la presente investigación describir los hallazgos clínicos y patológicos de las enfermedades glomerulares en el Servicio de Nefrología de adultos de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera en el periodo comprendido entre Enero 2015 hasta Enero 2018.

Para ello se procedió a identificar las historias clínicas con diagnóstico de Glomerulopatías y reporte de biopsias en la consulta externa del Servicio de Nefrología, caracterizar la población de acuerdo a edad y sexo, determinar la expresión clínica de las glomerulopatías y analizar el reporte de biopsia renal en relación a la expresión clínica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo correlacional y retrospectivo, cuya población estuvo constituida por las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de Glomerulopatías y reporte de biopsia en el servicio de Nefrología de adultos de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, en el periodo de tiempo comprendido entre 1 de enero 2015 hasta el 31 de enero del 2018. Se tomó una muestra no probabilística e intencional, con los siguientes criterios de inclusión: historias clínicas de pacientes con diagnósticos de glomerulopatías, mas reporte de biopsia en el periodo ya establecido y como criterio de exclusión historias clínicas con diagnóstico de glomerulopatías sin reporte de biopsia.

Previa autorización del comité de ética del Hospital Dr. Enrique Tejera, la investigación se desarrolló a través del método de la observación directa

de las historias clínica y se aplicó el instrumento para la obtención de los datos, una ficha de recolección de información, (Anexo A) que consta de datos filiatorios, expresión clínica y resultado del reporte de biopsia.

Luego de obtener la información recolectada son sistematizadas en una base de datos en el software Excel para Windows XP, para el procesamiento de los datos y posterior análisis estadístico se exporto esta base de datos al programa SPSS versión 20.0. Las variables cualitativas fueron descritas con media y medidas porcentuales, para la asociación de las variables se utiliza el test de chi-cuadrado con un índice de confianza de 95%, considerándose un valor estadísticamente significativo para $p < 0,05$.

RESULTADOS

En el periodo de estudio, se evaluaron 250 historias clínicas de las cuales 85 catalogaban para enfermedad glomerular y de ellas se seleccionaron sólo 38 que cumplían con criterios de inclusión, en cuanto a la edad, la muestra estuvo comprendida entre 13 a 56 años con un promedio de $27,71 \pm 10,48$ años siendo el grupo etario de 18 a 22 años el más frecuente con el 31,58% de la muestra (N=12), seguido por el grupo de 33 a 37 años con el 21,05% (N=8), predominó el sexo masculino con 55,26% (N=21) (tabla 1).

Cuando se analiza la expresión clínica de la glomerulopatía, se encuentra que en primer lugar se ubicó el síndrome nefrótico con 52,63% (N=20), seguido en orden por el síndrome nefrítico con 39,47% (N=15) y síndrome mixto con 7,89% (N=3).

Al correlacionar el reporte de biopsia con la expresión clínica de las glomerulopatías, se pudo observar que la nefropatía lúpica predominó con 36,84% (N=14) cuya expresión clínica más frecuente fue síndrome nefrítico con 60% (N=9), seguida por glomerulonefritis segmentaria y focal con

31,58% (N=12), siendo la expresión clínica preponderante el síndrome nefrótico en 40% (N=8) (Tabla 3).

DISCUSIÓN

En cuanto a las características generales de la muestra, se demostró que la edad promedio fue de 27,71 años, predominando el grupo etario de 18 a 22 años, así como, el sexo masculino, coincidiendo con la investigación de Yesid y cols⁵. Cuya edad promedio fue 36,93 años prevaleciendo el sexo masculino en 44,20%; otros estudios afines son el de Chávez y cols⁷ y Mejías y cols⁹ donde obtuvieron que la edad promedio fue de 32,6 y 29 años respectivamente, este último con superioridad de sexo masculino en 46%.

Con respecto al análisis de la expresión clínica de las glomerulopatías, se determinó que en primer lugar se ubicó el síndrome nefrótico con el 52,63% coincidiendo con el estudio realizado por Yesid y cols⁵. Cuya expresión clínica más relevante fue la proteinuria no nefrótica con 33,8% observando que el síndrome nefrótico fue la segunda manifestación más frecuente con 22,73% concordando con la investigación de Mejías y cols.⁹ donde se logró determinar que el síndrome nefrótico fue la expresión más frecuente con 42%. Contrariamente está la revisión de Taborda y cols.⁶ Cuya manifestación clínica más común fue el síndrome nefrótico con 45,5%.

Finalmente al realizar la correlación entre el reporte de biopsia y la expresión clínica presentada se logró demostrar que la nefropatía lúpica es el hallazgo histopatológico más frecuente, siendo su expresión clínica, el síndrome nefrótico con 60%, seguido de glomerulonefritis focal y segmentaria cuya expresión clínica preponderante el síndrome nefrotico con 40%; coincidiendo con el estudio de Serna y cols.² Quienes encontraron en la población de adultos que la glomerulonefritis focal y segmentaria se expresó clínicamente como síndrome nefrótico en un 35,51%, no siendo lo mismo en

los pacientes con histopatología de nefropatía lúpica, así mismo, la investigación realizada por Mejías y cols.⁹ Quienes obtuvieron que la glomerulonefritis focal y segmentaria es la manifestación clínica de síndrome nefrotico en un 60%.

Contrario al trabajo elaborado por Yesid y cols.⁵ Quienes demostraron que la nefropatía lúpica se expreso en un 27,62%, con expresión clínica predominante la proteinuria no nefrótica en 33,8%; es de resaltar, que la mayoría de los estudios citados a pesar de contar con el resultado del reporte de biopsia no establecen correlación con la expresión clínica-histológica, que pudiese comportarse como sesgo al momento de diagnóstico y tratamiento médico.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Como resultado de este estudio, se concluyo que de los pacientes seleccionados con reporte de biopsia en las historias clínicas el promedio de edad fue de 27,71 años siendo el grupo etario más frecuente de 18 a 22 años con 31,58%, predominó el sexo masculino con 55,26%, así mismo, al realizar la correlación entre la expresión clínica y el hallazgo patológico se observó que mayoritariamente las glomerulopatías secundarias tipo nefritis lúpica se expresaron clínicamente como síndrome nefrítico, mientras que las glomerulonefritis focal y segmentaria se manifestó clínicamente como síndrome nefrótico.

Se recomienda, continuar con la investigación en vista de no contar con estudios en la línea de las glomerulopatias en el centro del país actualizados, a fin de ampliar el número de pacientes y reportes histopatológicos en la investigación, para lograr fortalecer la correlación entre

las manifestaciones clínicas y el reporte histopatológico ya que el reconocimiento temprano de la enfermedad glomerular es de gran importancia para prevenir daño renal irreversible. La presentación clínica brinda información valiosa para identificar la causa y poder definir un tratamiento adecuado y oportuno, además de brindar información útil para hacer un abordaje diagnóstico lógico y práctico que repercutirá no sólo en el paciente sino en los costos de atención en salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. González Leydi y Cantillo Jorge. Abordaje diagnóstico de la enfermedad glomerular del adulto, Transformando una idea compleja en un proceso práctico. Educación y Práctica de la Medicina. Abril-Junio 2013. 8 N° 2 ~ 20.
2. Florez Jhon Serna, Torres Saltarín Jaime y Serrano Mass Diana. Enfermedades renales diagnosticadas por biopsia: descripción clínica, histológica y epidemiológica. Resultados de la población atendida entre 1992 y 2010 en el Servicio de Nefrología del Hospital Universitario San Juan de Dios. Armenia Colombia. Méd. UIS. 2010;24:42-7. 43-44.
3. Hull R.P. and D.J. Goldsmith. Nephrotic syndrome in adults. BMJ 2008; 336(7654): 1185-9.
4. Hricik D.E., M. Chung-Park, and J.R. Sedor, Glomerulonephritis. N Eng J Med, 1998. 339(13): 888-899.
5. Yesid C. y colaboradores. Descripción clínico patológica de enfermedades glomerulares. Acta medica colombiana 2016.
6. Taborda A AM, Arias LF. Glomerulonefritis C3: una nueva categoría de glomerulonefritis con implicaciones etiopatogénicas. IATREIA. 2015; 28 (1): 24-34.
7. Chávez Venice, Orizaga de La Cruz Citlalli, Becerra Jesus, Ramírez Francisco, Renato Michel, Yuritomo Aragaki, et al. Epidemiología de la enfermedad glomerular en adultos Revisión de una base de datos. Gaceta Médica de México. 2014;150.
8. McGrogan A CF, Franssen, Vries C. The incidence of primary glomerulonephritis worldwide: a systematic review of the literature. Nephrol Dial Transpl. 2011; 26:414-30.
9. Mejía G., M. Builes, M. Arbeláez, J. E. Henao, J. L Arango, A. García. Descripción clínico-patológica de las enfermedades glomerulares: Estudio de 383 biopsias renales. Acta med colomb 1989; 14(6):369-374.

ANEXOS

ANEXO A

Ficha de Recolección de Datos

Fecha:
Nombre y Apellido:
Edad:
CI:
Teléfono:
Procedencia:
Síndrome Clínico:
Fecha de la Biopsia:
Resultado de la Biopsia:



Tabla 1. Caracterización de carácter clínico-epidemiológico según edad y sexo de los pacientes con reporte de biopsia.

Variables	F	%	IC 95% Limites	
			Inf	Sup
EDAD				
13 a 17	4	10,53	0,77	20,28
18 a 22	12	31,58	16,80	46,36
23 a 27	6	15,79	4,20	27,38
28 a 32	3	7,89	0	16,47
33 a 37	8	21,05	8,09	34,02
38 a 42	1	2,63	0	7,72
43 a 47	1	2,63	0	7,72
48 a 52	2	5,26	0	12,36
53 a 57	1	2,63	0	7,72
Sexo				
F	17	44,74	28,93	60,55
M	21	55,26	39,45	71,07
Total	38	100		

Tabla 2. Expresión clínica de las glomerulopatías.

EXPRESION CLINICA	F	%	IC 95% Limites	
			Inferior	Superior
Síndrome nefrótico	20	52,63	36,76	68,51
Síndrome nefrítico	15	39,47	23,93	55,02
Síndrome mixto	3	7,89	0	16,47
Total	38	100		

Tabla 3. Análisis del reporte de Biopsia renal en relación a la expresión clínica.

Reporte de Biopsia	EXPRESION CLINICA n (%)			Total
	Sx Nefrótico	Sx Nefrítico	Sx mixto	
Glomerulonefritis segmentaria y focal	8 (40,0)	2 (13,3)	2 (66,7)	12 (31,58)
Glomerulopatía de cambios mínimos	4 (20,0)			4 (10,53)
Glomerulonefritis por depósitos de IgA	2 (10,0)	1 (6,7)		3 (7,89)
Glomerulonefritis mesangioprolifertiva	2 (10,0)			2 (5,26)
Nefropatía lúpica	4 (20,0)	9 (60,0)	1 (33,3)	14 (36,84)
Sin glomérulos en la muestra analizada		3 (20,0)		3 (7,89)
Total	20 (100)	15 (100)	3 (100)	38 (100)

*Sx: Síndrome, Nefro: Nefrótico, Nefriti: Nefrítico, Chi² 27,905, p 0,006.