

25

798

MED  
Tesis  
2005  
B 139n

25.-

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON  
DEPARTAMENTO DE POST-GRADO  
FACULTAD DE MEDICINA

**NEFROPATIA LUPIGA  
EN EL  
C.M.Q.B.B.  
IMPORTANCIA DEL  
DIAGNOSTICO PRECOZ**

**Autor:** Res. Rosio Baena Terán.

**Tutor:** Dr. Silvestre Arze Arze (Nefrólogo)



DR. SILVESTRE ARZE A.  
Médico - Nefrólogo

*Cochabamba, 10 de Febrero del 2005*

## INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	Pag 1
2. OBJETIVOS.....	Pag 7
- GENERAL.	
- ESPECIFICOS.	
3. METODOLOGIA.....	Pag 7
4. RESULTADOS.....	Pag 8
5. DISCUSION.....	Pag 9
6. CONCLUSIONES.....	Pag 12
7. RECOMENDACIONES.....	Pag 12
8. REFERENCIAS.....	Pag 13
9. ANEXOS.....	Pag 17

## INTRODUCCIÓN :

El Lupus eritematoso sistémico es una enfermedad auto inmune que afecta a todos los aparatos y sistemas debido al depósito de inmunocomplejos circulantes. La afección renal en el LES se presenta en el 50 a 75% de los pacientes y alcanza 90% cuando se recurre al examen histológico. Predomina en mujeres y la mayoría de los casos se descubre entre los 15 y 35 años. La glomerulonefritis lúpica se considera el prototipo de la enfermedad humana mediada por inmunocomplejos circulantes, constituidos principalmente por antígenos nucleares (DNA nativo), IgG y complemento. Tales componentes pueden demostrarse a nivel renal mediante inmunofluorescencia. Existe dificultad para detectar nefropatía en estos pacientes, y el abordaje a la patología renal generalmente es tardío. Aun así es factible poder recuperar por completo la función renal. Las manifestaciones clínicas de la nefropatía lúpica son muy variadas e incluyen proteinúria, sedimento patológico, edema, hipertensión, síndrome nefrótico e insuficiencia renal. La ausencia de proteinúria y de alteraciones de sedimento urinario no excluye la existencia de nefropatía, pueden estar asintomáticos o cursar con anomalías menores como ligera proteinúria, la prevalencia de síndrome nefrótico en la GN lúpica es inferior al 20%, y en general no existe hipertensión o insuficiencia renal. Dentro las anomalías serológicas están niveles séricos elevados de anti-DNA nativo, detección de inmunocomplejos circulantes y presencia de crioinmunoglobulinas, también disminución muy acusada de los componentes iniciales y tardíos C1q, C4, C2, C3 y C5 (1).

**Indicaciones de biopsia renal:** La mayor parte de pacientes con nefropatía lúpica, requieren de biopsia renal. Los pacientes con fallo renal agudo, serología activa para lupus y un sedimento urinario muy activo, con glóbulos rojos y cilindros celulares leucocitarios y hemáticos, casi siempre tienen una enfermedad proliferativa difusa. Sin embargo, la biopsia en estos casos siempre deberá realizarse sobre todo si además hay un curso rápidamente progresivo, por que al mostrar formación de media lunas, puede permitir alterar la terapéutica (2,3). Otros argumentos a favor de la biopsia renal incluyen la identificación de un compromiso vascular debido a la presencia de anticuerpos antifosfolípidos y la disponibilidad de un estudio basal que permita hacer comparaciones en el futuro en biopsias repetidas. En pacientes con presentaciones menos severas como proteinúria leve o hematuria microscópica o un síndrome nefrótico con sedimento muy

pobre el diagnóstico puede ser de nefritis focal o nefritis proliferativa difusa o nefropatía membranosa, o alguna otra manifestación renal menos frecuente de LES como síndrome antifosfolípido asociado a la formación de micro trombos glomerulares. Establecer el diagnóstico específico por lo tanto es muy importante por que cada una de estas entidades tiene un tratamiento diferente. La biopsia también esta indicada en pacientes con enfermedad renal en quien el diagnóstico de LES es poco claro, lo cual habitualmente sucede cuando se trata de un LES membranoso (4,5). También para determinar el tratamiento inmunosupresor si debe ser discontinuado o reducido en pacientes que tienen una mala respuesta terapéutica.

**Biopsia renal repetida:** Deberá ser realizada en pacientes que aparentemente tienen una enfermedad resistente a la terapéutica iniciada, cuando se sospecha una progresión tardía de la enfermedad, a fin de distinguir entre una reactivación de LES que requiere de un tratamiento inmunosupresor o de cicatrización de una lesión inflamatoria previa que no requiere de tratamiento inmunosupresor. Los pacientes que son sometidos a una segunda biopsia generalmente son aquellos que manifiestan una proteinúria persistente no nefrótica, aquellos que presentan un síndrome nefrótico recurrente o persistente, aquellos en los cuales hay un sedimento urinario muy activo a pesar de una terapéutica apropiada y finalmente aquellos en los cuales se observa un aumento de la creatinina plasmática o actividad del sedimento urinario durante el seguimiento (6).

**Tipos de enfermedad glomerular:** El tratamiento optimo de la nefropatía lúpica varia de acuerdo al tipo histológico de enfermedad glomerular (3), para comprender mejor estos regímenes terapéuticos, es importante hacer una revisión rápida de la actual clasificación de la nefropatía lúpica de la sociedad internacional de nefrología que divide los trastornos glomerulares en seis patrones o clases diferentes (7,8).

**Clase I nefritis lúpica mesangial mínima.** En estos casos la inmunofluorescencia revela depósitos inmunes en el mesangio pero los glomérulos en el microscopio óptico son normales.