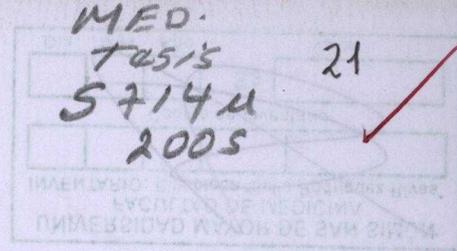
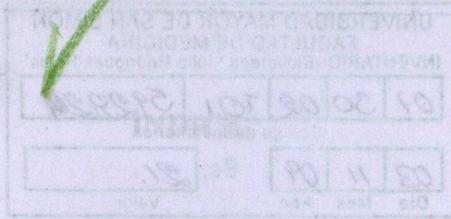


21



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
FACULTAD DE MEDICINA-POSTGRADO
PROGRAMA DE RESIDENCIA MÉDICA

Resumen..... 1

Summary..... 2

Introducción..... 3

Marco Teórico..... 3

Planteamiento del problema..... 9

Objetivos..... 10

Material y Métodos..... 10

Resultados..... **UTILIDAD CLINICA DE LA BIOPSIA RENAL** 11

Discusión..... **CENTRO MEDICO QUIRÚRGICO BOLIVIANO BELGA 1986 – 2005** 13

Referencias..... 19

Anexo.....

[Handwritten Signature]
 Dr. Ricardo Silvestre Arze
 Medicina Interna Nefrología
 C. M. Q. B. B. - A-486

AUTOR: Dra. Verónica Fabiola Soria Uzquiano

TUTOR: Dr. Silvestre Arze.

CORRESPONDENCIA: Centro Medico Quirúrgico Boliviano Belga

Antezana 450

Fax 4117215. Telef. 4231403

CENTRO MEDICO QUIRURGICO
BOLIVIANO BELGA
 Antezana N-0455 - Casilla 2603
 Teléfonos: 4231403 - 4229407
 Cochabamba - Bolivia

INDICE

Resumen.....	1
Summary.....	2
Introducción	3
Marco Teórico	3
Planteamiento del problema	9
Objetivos	10
Material y Métodos	10
Resultados.....	11
Discusión	13
Referencias	19
Anexos	22

Recomendamos su aplicación ante la primera evidencia de daño renal parenquimatoso.

Palabras clave: Biopsia renal, Glomerulonefritis, Síndrome nefrótico, Insuficiencia del riñón renal.

Resumen

Se revisaron expedientes de 87 pacientes sometidos a biopsia renal en el Centro Médico Quirúrgico Boliviano Belga del año 1986 al 2005, a fin de demostrar su utilidad en la práctica clínica. Se observó un incremento en la práctica de la biopsia renal en los últimos quinquenios.

La indicación más frecuente fue el síndrome nefrótico del adulto, seguido de las enfermedades sistémicas y la disfunción aguda del injerto renal. El grupo etáreo más importante fue el de 20 - 60 años, predominando el sexo femenino. Los hallazgos histopatológicos más frecuentes fueron la expansión mesangial, los cambios arteriolares, la proliferación celular y el engrosamiento de las membranas basales. Los diagnósticos histopatológicos más frecuentes fueron la glomerulonefritis mesangial focal y difusa, la glomerulonefritis membranosa, membrano proliferativa y la glomerulonefritis proliferativa focal. El tratamiento consistió en prednisona, medidas conservadoras e inmunosupresores logrando en la mayoría de los casos estabilizar la función renal y revertir las manifestaciones clínicas. Concluimos que la biopsia renal es útil para definir el diagnóstico, establecer el pronóstico y escoger el tratamiento en las nefropatías. Recomendamos su aplicación ante la primera evidencia de daño renal parenquimatoso.

Palabras clave: Biopsia renal. Glomerulonefritis. Síndrome nefrótico. Disfunción del injerto renal.

Summary

In order to define the importance of renal biopsy in clinical practice at Centro Médico Boliviano Belga from January 1986 to December 2005, we looked retro – prospectively at 87 clinical records.

We found a progressive increase in the practice of renal biopsy over the last ten years. The main indications were nephritic syndrome in the adult, systemic diseases affecting the kidney and acute disfunction of a renal graft. The predominant age group was 20-60 years and there was a slight predominance female patients. The most common findings were mesangial expansion, arterioral changes and increased thickness of the glomerular basement membranes. The most common diagnosis were focal and difuse mesangial glomerulonephritis, membrano porolipherative and membranous glomerulonephritis. According to the histological findings, the patients were treated with oral prednisone, conservative management and inmunosupresion, leading to stabilization or reversion of the clinical findings.

Renal biopsy is important in order to define diagnosis and prognosis and to select the most appropriate treatment for parenchymal renal disease. It should be performed as soon as possible.

Key words: Renal biopsy. Glomerulonephritis. Nephrotic syndrome. Renal graft disfunction.

Introducción

La técnica de la biopsia renal percutánea (BRP) se introdujo en la clínica a principios de los años cincuenta y desde entonces ha representado un método de estudio insustituible de las enfermedades renales, que ha permitido a su clasificación anatómico-clínica, la profundización en los mecanismos etiopatogénicos y al análisis científico de los protocolos terapéuticos. Aporta información diagnóstica, pronóstica y en ocasiones acerca de la eficacia del tratamiento (1, 2).

La BRP es una exploración invasiva que debe indicarse de forma individualizada, dependiendo del cuadro clínico y del balance cuidadoso entre los riesgos y los beneficios en cada paciente (3-6). Hay situaciones en que la BRP suministra una gran cantidad de información, por lo cual, el riesgo de su realización puede y debe asumirse, mientras que en otras circunstancias este balance es claramente negativo y la indicación de la técnica es dudosamente útil cuando no peligrosa.

Marco teórico

La BRP es hoy en día la técnica de elección en la mayoría de los casos, aunque no la única, para establecer con precisión el diagnóstico de una enfermedad renal parenquimatosa. Sin embargo, existen otros métodos que pueden ser de utilidad en algunos casos. La técnica *quirúrgica abierta* se utiliza muy poco actualmente, aunque podría ser útil en pacientes que no colaboran, con mal estado general, riesgo de sangrado o aquellos en los que falla la BRP (1, 7, 8). La *biopsia transvenosa por vía yugular* utiliza un catéter especial que llega al riñón por la vena renal donde penetra en el parénquima y extrae un cilindro de tejido; es de especial utilidad en pacientes con trastornos de la coagulación (9), dado que al realizarse desde el interior de un vaso venoso, el riesgo de sangrado extravascular es muy bajo (11-12). También se realiza en algunos centros por *vía laparoscópica* (13-14).

Preparación del paciente

Las hemorragias son la complicación más frecuente de la BRP (1, 2, 15), por lo que antes de realizarla se debe comprobar que la coagulación es normal en base a resultados de tiempo de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina activado y tiempo de sangría y recuento de plaquetas, sobre todo (16-17-18). En pacientes con tiempo de sangría prolongado, reflejando una deficiente función plaquetaria, la administración de desmopresina puede normalizarlo. También es importante determinar el grupo sanguíneo y prever la posibilidad de transfusión sanguínea. Finalmente, se debe comprobar que la presión arterial está controlada, ya que las cifras elevadas aumentan la posibilidad de una complicación hemorrágica (16-17-20).

Después de una ligera premedicación (atropina + diazepam, por ejemplo) se coloca al paciente en decúbito prono sobre una almohada doblada a la altura del epigastrio y ambos hipocondrios (21-22-23). Se realiza desinfección local y anestesia por planos con xilocaína.

Localización del riñón

La localización del riñón, preferentemente el izquierdo ya que en el lado derecho hay más riesgo de pinchar el hígado, se puede hacer de forma indirecta mediante el control ecográfico (1-19-24), que proporciona al operador la situación del polo renal y la profundidad con respecto a la piel. También es posible la localización del riñón por medio de tomografía computarizada (TC) basándose en las medidas tomadas en relación al esqueleto, incluyendo el raquis, última costilla y cresta ilíaca. Para reducir el riesgo de sangrado, la muestra siempre se debe tomar en un polo renal donde los vasos son de pequeño tamaño y se debe ir al polo inferior donde hay menos riesgo de pinchar algún otro órgano vecino que pueda sangrar como el bazo en el lado izquierdo.