

# Glomerulonefritis Aguda y Crónica

## Revisión Bibliográfica

*Carlos Carvajal Laurent\**

*José Manuel Losilla\**

*Javier López\**

*María Isabel Lucayo\*\**

### INTRODUCCION

En la literatura existe un cierto número de clasificaciones con respecto a las nefropatías; entre ellas está la clasificación basada en estudios histológicos, etiológicos, síntomas clínicos y evolución. En nuestro caso nos referiremos a la clasificación basada en síntomas clínicos que nos va a permitir seleccionarlas en glomerulonefritis aguda y crónica.

### GLOMERULONEFRITIS AGUDA

Es una nefropatía frecuente en la infancia, y se define clínicamente como una afección renal que se caracteriza por la aparición de hematuria, proteinuria, hipertensión y edema.

### ETIOLOGIA.

Un foco infeccioso precedente cuyo origen puede ser bacteriano o viral. Se ha considerado como agente etiológico con mayor prevalencia el estreptococo Beta hemolítico A. Entre los serotipos que podemos encontrar están en una faringitis 3-4-5-12; si la causa inicial fuese una piodermatitis podríamos encontrar los serotipos 49-51. En la fiebre reumática encontramos como agente etiológico el estreptococo Beta hemolítico del grupo A y D; y entre los del grupo A existen un mayor número de serotipos; ésto se debe a la mayor incidencia de fiebre reumática que encontramos con respecto a la glomérulo nefritis aguda.

### EDAD:

La glomerulonefritis aguda tiene un período de manifestación entre los dos a nueve años, presentando los tipos más altos entre 5 a 7 años, dentro de ésta curva de prevalencia de la glomerulonefritis aguda encontramos un período entre 3 a 3 1/2 años donde se empiezan a manifestar las faringitis y otro período que va de dos a tres años donde se manifiestan las piodermitis; el hecho de encontrar éstas dos enfermedades al inicio de la curva de la glomerulonefritis aguda, nos hace indicar que cualquiera de las dos o ambas tienen una alta importancia como enfermedad precedente a la glomerulonefritis aguda; en Costa Rica se ha determinado que la piodermatitis tiene mayor importancia que las faringitis. Las piodermitis importantes se dividen en: — Impétigo contagioso — Escabiosis impetizada — Pruritos alérgicos.

### SEXO:

Se ha observado que la edad de prevalencia se encuentra entre los dos y tres años en la piodermatitis; la incidencia con respecto al sexo es igual pero entre los 3 a 9 años el sexo masculino tiene mayor riesgo.

### LABORATORIO:

Hematuria macroscópica: Como consecuencia de ésto vamos a tener una orina con color de Coca Cola. La hematuria debe desaparecer a nivel macroscópico entre las 4 a 8 semanas y puede persistir hasta dos años microscópicamente. Albuminuria: Se encuentra en un 90% de los casos en una concentración menos de 1.5 gramos en orina de 24 horas, ésta albuminuria debe desaparecer; si persiste refleja un mal pronóstico. Glóbulos rojos: Pueden existir incontables como también de 5 a 6,

\* Hospital Nacional de Niños, M.Q.C.

\*\* Puntarenas, M.Q.C.

lógicamente el cilindro de glóbulos rojos es patognomónico, también pueden haber cilindros epiteliales y leucocitarios. La piuria puede existir en gran cantidad, pero se debe hacer notar que en ninguno de los casos debe haber bacterias. La química sanguínea se basa en las determinaciones de nitrógeno de urea y la creatinina; la glomerulonefritis aguda se encuentran aumentadas levemente de 8,9 a 14.2 m Mol/L en sangre; y en la orina están disminuídas. Una determinación enzimática que se utiliza es el A.S.O. que es una prueba específica ya que determina la actividad de la anti-estreptolisina O; los valores de ésta prueba varían con la evolución de la enfermedad. Para algunos nefrólogos los valores superiores a 166-333 unidades todo ya constituyen una patología de cuidado. También se utiliza la estreptosima, que mide la actividad enzimática pero no es una prueba específica ya que mide la actividad de otras enzimas. El complemento es una prueba de suma importancia porque refleja el período de enfermedad como también favorece el pronóstico y la evolución de la enfermedad. El complemento en el inicio de la enfermedad (4 a 8 semanas) se encuentra disminuído y luego se normalizara; si no lo hiciera puede llevar ésto a una glomerulonefritis membrano proliferativa.

#### CULTIVOS.

Los cultivos se deben de realizar, tanto de faringe; como si presenta piodermitis de piel. A las muestras se les debe realizar con un frotis y cultivo; para tratar de aislar el agente etiológico; según la literatura se dice que se ha aislado en el 45% de los casos.

#### CLINICA:

Manifestaciones: — El niño presenta decaimiento y palidez. — Cardiomegalia. — Hipertensión arterial. — Dolor lumbar. — Hepatomegalia dolorosa. — Edema. — Hipervolemia. — Pulso lento y fuerte.

Complicaciones: 1) Insuficiencia cardiorrespiratoria. 2) Insuficiencia renal aguda. 3) Encefalopatía Hipertensiva.

#### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Se debe diferenciar con la púrpura de

Schonlein-Hardod, que es una vasculitis generalizada de la cual se desconoce su etiología. Esta enfermedad se desarrolla generalmente entre los 5 a 8 años con un pronóstico para un 5 a 10% de los casos, graves.

#### CLINICA:

— Artralgias. — Hipervolemia. — Brote de gluteos y brazos. El tronco se encuentra libre. — Vasculitis venosa del escroto. — Dolor abdominal por las petequias intestinales. Se presenta melena. — Nefritis. El diagnóstico diferencial también se debe realizar para: — Cardiopatías congénitas. — Hepatitis viral. — Síndrome nefrótico.

#### GLOMERULONEFRITIS CRONICA:

##### DEFINICION:

Se entiende por glomerulonefritis crónica toda afección glomerular de evolución crónica. El término evolución crónica se refiere a una evolución tardía no a un sinónimo de incurable, pues si bien en su mayoría acaba en una insuficiencia renal, no se excluye la posibilidad de remisiones completas temporales.

##### ETIOLOGIA:

No se conoce, o se podría considerar que es una continuación de la glomerulonefritis aguda.

##### EDAD:

Tiene un período de manifestación que puede ir entre los 5 años hasta los 65 años siendo más susceptible aquellas personas menores de 40 años, presentándose picos más altos desde los 15 a los 25 años, lógicamente aquí hay que decir que existen enfermedades que se caracterizan por presentar sus picos más altos en otras edades pero ésto lo estamos considerando como un promedio. Ejemplos de éstas otras enfermedades tenemos: a) Las lesiones mínimas con síndrome nefrótico que tienen su pico más alto en edades inferiores a los 5 años. b) La glomerulonefritis membranosa que presenta sus picos más altos después de los 35 años.

**SEXO.**

Se ha observado que en las glomerulonefritis crónicas existe una alta prevalencia por el sexo masculino ejemplo de ello es la relación de 8 a 1 que existe en algunas glomerulonefritis crónicas.

**EVOLUCION:**

La evolución es bastante variable, de pronóstico impredecible. Se presentan casos en que la glomerulonefritis crónica evoluciona clásicamente.

**LABORATORIO.**

El laboratorio en éstos casos tiene como función realizar gran cantidad de análisis que le sirvan al médico para evaluar el pronóstico y la evolución que el paciente tiene o podrá tener. Algunos de éstos análisis son: — Aclaramiento de creatinina. — Nitrógeno de urea. — Excreción de sulfofenoltaleina. — Proteinuria. — Presión arterial.

**HALLAZGOS DE LABORATORIO:**

—Proteinuria: Se encuentra muy por encima de los valores normales oscilando entre dos a tres gr. por 24 horas, utilizando éstos valores para diferenciarlo de la pielonefritis.  
— Hematuria: Con uremia normal o poco alterada y pruebas de funcionalidad renal normal.  
— Oliguria: Aumento progresivo de la uremia, anemia.

**DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:**

Pueden hacerse 2 grandes grupos: 1) Aquellos que cursan con hematuria macroscópica. 2) Aquellos que cursan con hematuria microscópica.

Dentro del grupo 1 tenemos: a) Los que no tienen proteinuria o la tienen muy escasa, ausencia de hipertensión y función renal normal. En éste caso pueden sospecharse 3 procesos: Lesiones mínimas, glomerulonefritis focal o mesangial. De éstos, las dos primeras cursan con hematuria importante. b) Los que tienen proteinuria importante: Si tienen aclaramiento de creatinina muy reducido y C<sub>3</sub> muy bajo se

sospecha de una glomerulonefritis lobulillar o membrano proliferativa. Si tienen aclaramiento de creatinina muy reducido puede pensarse en glomerulonefritis mixta. Si presentan oligoanuria y o uremia progresiva e hipergama-globulinemia, se puede sospechar de una glomerulonefritis extra capilar.

Dentro del grupo 2: a) Los casos que cursan con proteinuria leve, en los que se debe sospechar de lesiones mínimas o glomerulonefritis proliferativa. b) Los que evolucionan con proteinuria importante o síndrome nefrótico con función renal normal. Si se trata de adultos con proteinuria moderada se puede sospechar de glomerulonefritis membranosa. Si se trata de niños se puede pensar en lesiones mínimas. El diagnóstico lo dará la biopsia renal, la cual debe ser realizada para poder dar un pronóstico claro y aproximado.

**RESUMEN:**

Se analizó una clasificación basada en síntomas clínicos que nos permitió dividir las glomerulonefritis en agudas y crónicas. El término glomerulopatía hace referencia a un grupo de enfermedades diversas, que incluye a las glomerulonefritis, sin limitarse a ellas y que tienen en común el que al proceso patológico se inicia en el glomérulo o bien, que este representa la estructura más afectada de la nefrona. Las variaciones en la frecuencia e intensidad de los signos son algunos de los pocos elementos de juicio relacionados con la clínica que permiten al clínico evaluar tanto al diagnóstico como el pronóstico.

**SUMARY:**

A classification was analyzed based on clinical symptoms that permitted us to divide the "glomerulonefritis" in acute and chronic. The terminology "glomerulopatía" refers to a group of several diseases, that includes the "glomerulonefritis", without being limited to them and their common factor is that the pathological process initiates in the "glomérulo", or else that the "glomérulo" represents the most affected structure of the "nefrona". The frequency variations and intensity of the signals are some of the few elements of judgement

related to the clinical data that permits the "clinical" to evaluate the diagnosis as well as the prognosis.

#### BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Epstein, F. Glomerulonefritis aguda y crónica. Lupus, Esclerodermia y Periarteritis. En Medicina Interna, Harrinson, T. Prensa Médica Mexicana, México, 20, D.F.; p 1579-1578, 1977.
  - 2.- Habib, Renné. Clasificación anatomopatológica de las nefropatías glomerulares. En las gomerulonefritis, Botella, J. Editorial Científico Médica. Barcelona, España p. 129, 1974.
  - 3.- Lynch, M. et all. Métodos de Laboratorio. II edición, México, Interamericana. P 177-129. 1972.
  - 4.- Shaws, T. y Benson, S. Pruebas de función renal. En Diagnóstico Clínico por el Laboratorio. Davidsohn, I., Henry, J., Salvat Editores, S.A., Barcelona, España. P. 99-117, 1976.
  - 5.- Smith, H. Glomerulopatías. En Nefrología Clínica. Paper, S. Salvat editores, S.A. Barcelona, España, p 129-165, 1975.
  - 6.- Wallach. J. Interpretación de los diagnósticos de Laboratorios. Editorial Jams, Barcelona, España; p. 1-402, 1972.
-