

Nefritis lúpica

Es una de las principales manifestaciones clínicas del paciente con lupus eritematoso sistémico y representa un predictor de pobre pronóstico que influye en morbilidad y mortalidad a través de complicaciones derivadas del manejo inmunosupresor.

Epidemiología

El 2/3 paciente con LES tienen compromiso renal en algún momento. La prevalencia en el momento del diagnóstico de LES es del 16% y alcanza una prevalencia del 60%, en los primeros 5 años de inicio.

Clínica

Se presenta como proteinuria, hematuria microscópica y macroscópica, función renal disminuida, síndrome nefrótico, hipertensión arterial, cilindros granulares, cilindros, eritrocitarios y falla renal aguda.

Diagnóstico

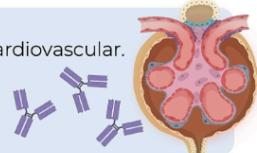
La biopsia renal es el método **Gold estándar** para confirmar diagnóstico. Y es útil para evaluar actividad, cronicidad, determinar pronóstico y elegir tratamiento inmunosupresor. La técnica de elección para obtener la muestra histológica renal es la biopsia percutánea con guía ecográfica; y debe ser evaluada con microscopía de luz, inmunofluorescencia y microscopía electrónica.

El sistema de clasificación de la Sociedad Internacional de Nefrología / Sociedad de Patología Renal (ISP/RPS) 2003.

| | | |
|--|---|--|
| Clase I Cambios mínimos mesangiales Glomérulos normales depósitos inmunes mesangiales. Es de buen pronóstico. | Clase II Mesangial proliferativa Hiperelucidez mesangial con depósitos inmunes; se presenta con hematuria y proteinuria. | Clase III Proliferativa focal Activa o inactiva con depósitos focales subendoteliales; se presenta con síndrome nefrótico. |
| Clase IV Proliferativa difusa Extra o endocapilar con depósitos subendoteliales difusos y semilunares; es la más común, síndrome nefrótico. | Clase V Membranosa Depósitos subepiteliales segmentaria o global o con secuelas morfológicas; hay síndrome nefrótico. | Clase VI Esclerosante avanzada Más del 90% de los glomérulos están esclerosisados sin actividad residual; presenta falla renal crónica. |

El objetivo es remisión, mantener función renal, reducir exacerbaciones, controlar proteinuria y riesgo cardiovascular.

- **Inducción:** Metilprednisolona y ciclofosfamida, con azatioprina, o ácido micofenólico en monoterapia.
- **Mantenimiento:** Con micofenolato, azatioprina, ciclosporina y rituximab (anticuerpo monoclonal).
- Además de control de las cifras de TA (IECAs/ARAII) y de los niveles de lípidos (estatinas séricos).

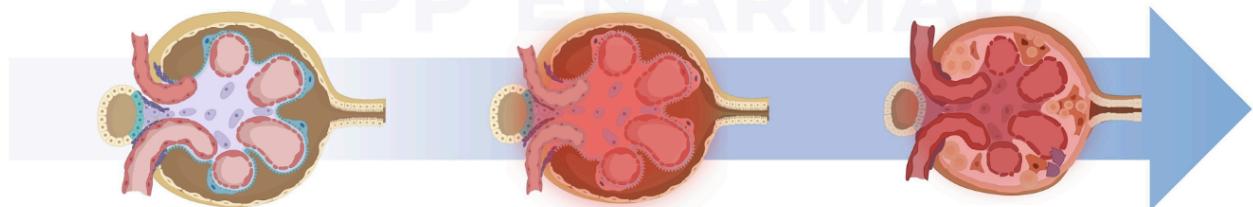


Nefropatía diabética

Es una complicación microvascular de la diabetes, que se caracteriza por el daño progresivo a los vasos sanguíneos glomerulares. Es asintomática al inicio, con microalbuminuria persistente, y posteriormente presenta hipertensión y cierto grado de edema.

La diabetes es la principal causa de enfermedad renal crónica en México. Esta complicación afecta 20-30% de personas con diabetes, es la causa más común de síndrome nefrótico en adultos y tiene una prevalencia hasta del 40% en diabetes tipo 1.

Progresión glomerular



Inicia con cambios mesangiales, aumento de permeabilidad e hiperfiltración.

Posteriormente hay lesiones vasculares arteriosclerosis, en especial en arteriolas eferentes.

Y finalmente se manifiesta con engrosamiento difuso de membrana basal capilar (hallazgo más común).

Tamizaje

Se debe realizar a diabéticos de manera anual, con medición de micro albúmina en muestra de orina matutina. El resultado es: normal si el valor es < 30 mg/g, con micro albuminuria si va de 30 - 300 mg/g, o con macro albuminuria si es > 300 mg/g.

Si el resultado del tamiz es negativo, con valor < 30 mg/g, no se necesita más escrutinio y el paciente sólo debe continuar con sus posteriores revaloraciones anuales.

Si es positivo, > 30 mg/g, confirmarlo con 2da medición en los siguientes 3 - 6 meses, si continúa positivo, confirmarlo por método cuantitativo (ej. albúmina en orina 24 horas).

Diagnóstico

Se establece con determinación de tasa de filtrado glomerular (por ecuación CKD-EPI), que se considera útil para detección temprana de esta complicación en pacientes diabéticos, y/o ante presencia de albuminuria persistente.

La confirmación histológica por biopsia renal es la prueba Gold estándar, y se reserva sólo para casos especiales. Las lesiones de glomeruloesclerosis intercapilar difusa o nodular (Kimmelstiel-Wilson) son distintivas.

+ Envió a 2º nivel

El personal médico de primer nivel deberá referir a nefrología los pacientes con: etapa 3 de ERC con alteración del sedimento urinario y albuminuria o hematuria, filtración glomerular < 30 mL/min, ERC etapa 4-5 con manejo conjunto entre el primer y segundo nivel de atención y todos los casos en los que se tenga sospecha de una nefropatía que no sea ocasionada por diabetes.