

Glomerulopatía colapsante superpuesta a nefropatía diabética, reporte de un caso

Zoppi M.E. , Alberton V., Aran N., Canale R., Coppotelli S, Curcio D., Di Pietrantonio S., Wojtowicz D.

Introducción

La nefropatía diabética (DN) clásicamente se presenta con aumento progresivo de la proteinuria asociado a la caída del FG. Los hallazgos histológicos no varían tanto en la diabetes tipo I como II. Sin embargo, la presencia de enfermedad renal superpuesta ha sido descrita pudiendo afectar el pronóstico y curso natural hacia la enfermedad renal crónica terminal ERCT. La glomerulopatía colapsante (GC) es una de ellas.

Presentamos un paciente con DN de larga data, que se ha sometido a biopsia renal debido al rápido deterioro de la función renal y al aumento de la proteinuria. La biopsia renal fue sugestiva de GC superpuesta a DN. Se realizó tratamiento conservador sin embargo la rápida progresión a ERCT fue inevitable

Métodos

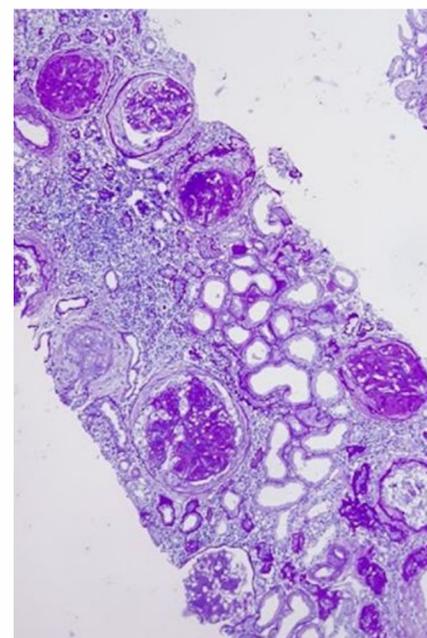
Femenina de 30 años de edad, diabética tipo I más enfermedad celiaca por lo que es derivada a nuestro servicio por proteinuria en rango nefrótico. Un año previo a su consulta, su creatinina sérica (Cr S) era de 0.5 mg/dl, proteinuria 2 gr/24 hs, sedimento limpio

Regular control glucémico, mala adherencia al tratamiento. Examen físico: palidez cutáneo mucosa, TA 110/70, sin edemas periféricos.

Laboratorio reveló Cr S 0.8 mg/dl y albúminemia 2,5 g/dl, orina completa prot +++, hem 6-10 cpo sin dismórficos, proteinuria 5.7 gr/ 24 hs., anti DNA, FAN, ENA negativos, serologías HBV, HCV y HIV negativos, sin consumo de complemento electroforesis de proteínas sérico y urinario sin banda

Se realiza PBR (punción biopsia renal) muestra representativa que evidencia 46.5 % de los glomerulos globalmente esclerosados (46,5%) los restantes expresan expansión y proliferación mesangial que configura nódulos PAS +, en 6 de ellos coexisten lesiones proliferativas caracterizadas por hiperplasia de células que ocupan el espacio urinario y rodean los focos de esclerosis formando una corona. daño tubulointersticial del 35%

Se interpreta como nefropatía diabética avanzada, glomerulopatía colapsante



Resultados

La DN es la principal causa de ERCT. Se expresa con la progresión gradual de una disminución lenta de la tasa de filtración glomerular (TGF).

La GC es una entidad anatomopatológica caracterizada por un colapso (segmentario o global) glomerular con hipertrofia o hiperplasia de células epiteliales viscerales (pseudo-semilunas) asociado afectación tubulointersticial con lesión vascular inespecífica

La incidencia de lesión varía según la región geográfica con mayor afectación en caucásicos y afroamericanos. En estos últimos, ha sido relacionada con una mutación en la apolipoproteína Apo L1. que predispone al daño podocitario por mecanismos aún desconocidos.

El término GC se utilizó por primera vez para describir una nueva entidad clínico-patológica en pacientes con proteinuria grave y rápida progresión a enfermedad renal. Finalmente fue considerado como uno del subtipo de FSGS bajo la clasificación de Columbia, y actualmente dentro de las podocitopatías

La DN se presume en un paciente con DBT de larga data con proteinuria y disfunción renal donde la biopsia renal solo se reserva bajo la sospecha en que esta excede a la presunción diagnóstica. Se ha descrito enfermedades glomerulares superpuestas a la DN. Revisando la bibliografía hemos encontrado una sola serie de casos de superposición de CG sobre DN. Aquel realizado por Salvatore et al. en forma retrospectiva. En él se seleccionan 534 pacientes con DN por biopsia, donde 26 pacientes VIH negativos tenían CG superpuesta a DN (5% del total de casos). Más del 90% de los pacientes tenían proteinuria de rango nefrótico (media de 9,5 g/día) y la creatinina sérica media era de 3,8 mg/dl al momento de la biopsia.

Conclusiones

Se desconoce el tratamiento óptimo para la CG. Las formas primarias o idiopáticas se tratan con varios agentes inmunosupresores con una respuesta deficiente a la terapia. El desarrollo de GC independientemente de la enfermedad subyacente se asocia con un curso rápidamente progresivo y un mal pronóstico.

El tratamiento instaurado fue conservador. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos terapéuticos, la paciente evoluciona con progresión hacia la enfermedad renal.