patología
Revista latinoamericana

Patología 2009;47(2):137-8

Niño de 14 años

Pedro Valencia M,* Guillermo Ramón G*

El ejercicio diagnóstico tiene dos propósitos: primero, compartir casos que por sus aspectos clínicos y anatomopatológicos sean de interés por el grado de dificultad diagnóstica; segundo, utilizarlos para formar una acervo que después podamos consultar. En la primera parte se plantean una serie de enunciados que deberán responderse con dos opciones: **V**, *verdadero, si se está de acuerdo con el mismo y* **F**, *falso, cuando considere que no está de acuerdo con lo que afirma. En el anverso del caso se encontrarán las respuestas a los enunciados así como algunas "perlas" de diagnóstico y recomendaciones de lectura.*

Este caso de patología renal está delicado a la entrañable memoria del Dr. Luis Salinas Madrigal, maestro, amigo, colega…

PRIMERA PARTE

Niño de 14 años de edad que había estado sano hasta un mes antes de su ingreso cuando presentó palidez quince días antes, posteriormente apareció edema palpebral que luego se generalizó y hematemesis cuatro horas antes. A su ingreso se le encontró activo, pálido, bien hidratado. Sus análisis mostraron: hemoglobina 8.7 g/dL, creatinina 23.7 mg/dL, potasio 6.3 mEq/L, depuración de creatinina menos a 10 mL/min/1.73 m^2 de superficie corporal. Se le colocó un catéter peritoneal; el paciente se estabilizó y se dio de alta al sexto día para continuar su estudio. Dos semanas más tarde acudió con un cuadro de 48 horas de evolución de alucinaciones y convulsiones, a su arribo sufrió paro cardiorrespiratorio irreversible.

1. Mi diagnóstico es: _____
2. El patrón observado es de una obstrucción del flujo urinario _____
3. Para el diagnóstico de esta entidad se requiere la biopsia renal _____
4. La microscopia electrónica no aporta datos de utilidad _____
5. La patogenia de esta enfermedad es poco conocida _____

* Departamento de Patología, Hospital Infantil de México Federico Gómez.

Correspondencia: Dr. Pedro Valencia. Departamento de Patología, Hospital Infantil de México Federico Gómez. Dr. Márquez 162, colonia Doctores, CP 06720, México, DF. Correo electrónico: vamp_48@yahoo.com

La versión completa de este artículo también está disponible en: **www.revistasmedicasmexicanas.com.mx**

SEGUNDA PARTE

1. Mi diagnóstico es: se trata de una **glomerulopatía colapsante** que clínicamente se caracteriza por su rápida evolución a la insuficiencia renal terminal, como ocurrió en el caso que se comunica; en el estudio *postmortem*, macroscópicamente los riñones mostraron atrofia renal extensa acorde con esta evolución (figura 1). Histológicamente se encontró la lesión característica de la glomerulopatía colapsante que consiste principalmente en: hiperplasia de las células epiteliales viscerales que se aprecia en la superficie urinaria y entre las asas capilares (figura 2); las luces de los capilares no son visibles, esto es más evidente con la tinción de plata metenamina (figura 3) en donde se observan las paredes capilares plegadas, engrosadas, conglomeradas y la obstrucción de la luz capilar. También se encuentra transformación espumosa de las células epiteliales viscerales.

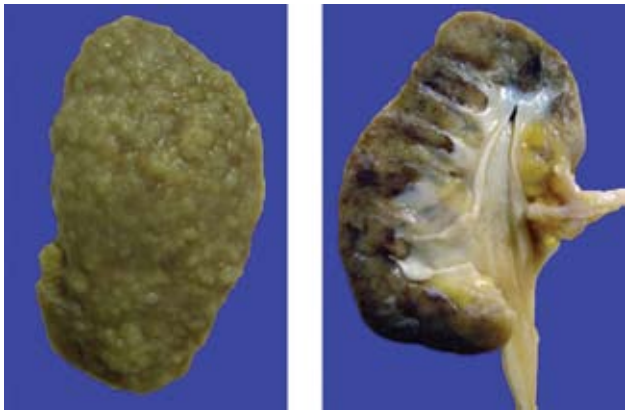

Figura 1.

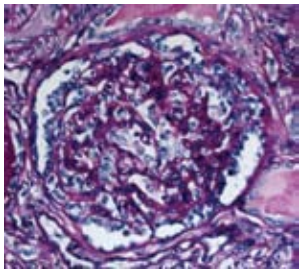

Figura 2.

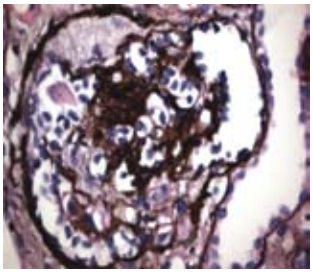

Figura 3.

2. El patrón observado es de una obstrucción del flujo urinario. **Falso**: El daño túbulo intersticial es difuso y extenso (figura 4) con fibrosis e inflamación intersticial así como tiroidización de los túbulos, pero no se encontró evidencia de obstrucción al flujo urinario, y en los glomérulos viables se documentaron los cambios correspondientes a la glomerulopatía colapsante previamente descritos; debemos recordar que, a diferencia de la anterior, la obstrucción o reflujo se caracterizan por áreas de cicatrización que se extienden desde la médula a la corteza en forma piramidal de base externa.

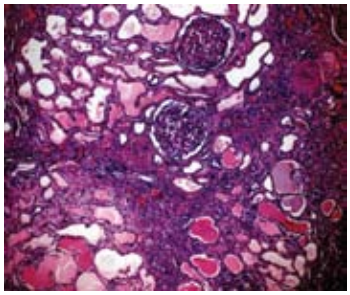

Figura 4.

3. Para el diagnóstico de esta enfermedad se requiere la biopsia renal. **Verdadero**: A pesar de las manifestaciones clínicas, la mala respuesta al tratamiento corticoesteroide convencional, los exámenes de laboratorio complementarios del diagnóstico de síndrome nefrótico de reciente y rápida instalación en un paciente previamente sano pueden ser indicativos de glomerulopatía colapsante, se requiere la biopsia renal para su diagnóstico definitivo.

4. La microscopia electrónica no aporta datos de utilidad. **Falso**: La microscopia electrónica no es necesaria para el diagnóstico; sin embargo, la hiperplasia se puede precisar con mejor detalle y es contundente en casos de duda, permite observar los cambios en la membrana basal como engrosamiento y tortuosidad de las células epiteliales viscerales como fusión extensa de pedicelos (figura 5). En el caso de la forma secundaria a infección por virus de la inmunodeficiencia humana se encuentran, además, inclusiones túbulo-reticulares en las células endoteliales.

Figura 5.

5. La patogenia de esta enfermedad es poco conocida. **Verdadero**: Se sabe que existe un daño aún no determinado en las células epiteliales viscerales (podocitos) que provoca en ellas ensanchamiento del citoplasma, proliferación con colapso y obstrucción de los capilares. Se han relacionado factores genéticos y ambientales, entre estos últimos las infecciones como el VIH y el poliomavirus SV-40, parvovirus y algunos medicamentos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Velázquez JL, Romero SL, Ramón GG, y col. Glomerulopatía colapsante asociado a virus BK en un niño con síndrome nefrótico idiopático. Informe de un caso. Rev Med IMSS 2009;47:95-100.
2. D'Agati VD, Fogo AB, Bruijn JA, Jennete JC. Pathologic classification of focal segmental glomerulosclerosis: a working proposal. Am J Kidney Dis 2004;43(2):368-2.