

Biopsia renal y patología nefrológica

Luis M. Callís Bracons

Jefe de Servicio de Nefrología y Hemodiálisis

(*An Esp Pediatr* 2000; 52: 411-412)

La biopsia renal efectuada en casos debidamente seleccionados proporciona una información diagnóstica de gran valor y sirve además como guía para ofrecer un diagnóstico y establecer un tratamiento.

Las biopsias renales se pueden llevar a cabo: *a)* mediante punción percutánea con aguja bajo control ecográfico; *b)* quirúrgicamente mediante lumbotomía, y *c)* por aspiración con aguja fina. Excepto en este último caso, la práctica de una biopsia renal debe exigir la posibilidad de realizar un estudio por microscopía óptica, inmunofluorescencia y microscopía electrónica.

La biopsia quirúrgica tiene la ventaja de poder obtener un buen fragmento de tejido cortical y yuxtamedular, pero no se halla exenta de los riesgos asociados a cualquier acto quirúrgico: infección, efectos relacionados con la anestesia y, por supuesto, el tiempo de hospitalización es mayor y en consecuencia supone un mayor coste. La punción-aspiración con aguja fina es útil para el estudio de la citología del riñón trasplantado.

Hay una serie de contraindicaciones para llevar a cabo una biopsia renal por punción con control ecográfico: *a)* pacientes incapaces de cooperar, por su carácter o por su edad; *b)* anomalías de la coagulación; *c)* riñón único funcionante; *d)* hipertensión arterial severa o descontrolada, y *e)* infección renal. Las contraindicaciones relativas son: *a)* riñones hidronefróticos o pequeños, y *b)* masas o neoplasias renales.

Desde las décadas de los años cincuenta-sesenta el campo de las indicaciones para efectuar una biopsia renal se ha ido reduciendo en la misma medida en que se ha ido poniendo de manifiesto el paralelismo entre la gravedad del cuadro clínico, el pronóstico de este cuadro y la indicación y grados de eficacia de las distintas pautas terapéuticas.

La información obtenida a partir de la biopsia renal ha permitido:

- Aclarar el confusiónismo existente en muchas entidades sindrómicas.
- Conocer y clasificar la gran variedad de las glomerulopatías.

- Establecer un paralelismo entre: *a)* lesión anatómopatológica y evolución; *b)* entre cuadro clínico y anatomía patológica; *c)* entre cuadro clínico, lesión histológica y respuesta terapéutica, y *d)* en consecuencia, a partir del cuadro clínico poder decidir entre la práctica de una biopsia renal, o bien proponer directamente una pauta terapéutica.

Para nosotros el gran avance actual ha sido la fuerte disminución de la práctica de la biopsia renal gracias al conocimiento previo del valor del cuadro clínico inicial frente a la respuesta terapéutica.

Esta tendencia, que ha sido muy evidente en el caso del síndrome nefrótico y de las glomerulonefritis por IgA, ha sido de signo contrario en el caso de las hematurias recurrentes con inmunofluorescencia negativa. Por último, en otro tipo de nefropatías se ha impuesto para su diagnóstico el estudio biogenético, dada la facilidad y fiabilidad de sus resultados.

Nos referiremos más extensamente a dos de los cuadros más frecuentes en la patología renal pediátrica: el síndrome nefrótico idiopático y las glomerulonefritis por IgA.

Consideramos que la práctica de una biopsia renal en el síndrome nefrótico idiopático está indicada en las siguientes circunstancias:

1. En niños menores de 12-15 meses, ya que antes de los 12 meses el niño se halla en el grupo de los síndromes nefróticos del primer año de la vida, con alto porcentaje de lesiones corticorresistentes.

2. En los niños mayores de 8-10 años, ya que entonces nos encontramos con la diversidad lesional propia de la nefrosis del adulto. Por el contrario, en la amplia zona que va de los 18 meses a los 8-10 años, en más de un 90% de los casos se tratará de un síndrome nefrótico ópticamente normal, y de entrada corticosensible, por lo que puede posponerse en consecuencia la práctica de un examen biopsico.

3. En aquellos casos que se acompañen de elementos clínicos y analíticos que hagan sospechar la existencia de una enfermedad sistémica.

Correspondencia: L.M. Callís Bracons. Servicio de Nefrología y Hemodiálisis. Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron. Pg. Vall d'Hebron, 119-129. 08035 Barcelona.

4. Cuando exista insuficiencia renal, hipertensión arterial y/o hematuria constante e importante.

5. La presencia de hipocomplementemia.

6. Signos analíticos de una tubulopatía proximal.

La corticorresistencia, como indicación de una biopsia renal, puede ser motivo de discusión. En nuestra opinión, la corticorresistencia aparecida en el primer brote de una nefrosis idiopática no es motivo para la práctica de una biopsia renal, siempre y cuando el diagnóstico de nefrosis idiopática haya sido hecho correctamente, ya que establecido el diagnóstico "clínico y analítico" de lesiones mínimas, el tratamiento a seguir, tras la córticorresistencia, será la administración de un inmunosupresor: sea ciclofosfamida o clorambucil, y tan sólo si se manifiesta resistencia al inmunosupresor deberá realizarse una biopsia renal. En consecuencia, en

un primer brote de síndrome nefrótico idiopático, la biopsia renal estaría indicada tan sólo tras la resistencia al tratamiento inmunosupresor establecido.

En cuanto a las nefropatías por IgA, sea debidas a una púrpura anafilactoide o frente a la sospecha de una enfermedad de Berger, la indicación la centramos en: *a)* presencia de proteinuria de rango nefrótico, sin relación con un brote de agudización de la hematuria; *b)* evolución con presentación de insuficiencia renal, y *c)* presencia de cifras elevadas y persistentes de tensión arterial.

Para terminar, y dejando de lado los síndromes nefróticos, en nuestra opinión uno de los elementos clave para la indicación de una biopsia renal es la presencia de una proteinuria constante e independiente de la hematuria.