

COMENTARIOS A LA LITERATURA

SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA Y ENFERMEDAD RENAL

Los artículos de RAO (New Engl J Med 1984; 310: 669-73) y GARDENSWARTZ (Clinical Nephrology 1984; 21: 197-204) son las primeras descripciones de un tipo de enfermedad renal glomerular asociada al síndrome de deficiencia inmunológica del adulto (SIDA). Con excepción de informes de casos aislados, anteriormente sólo se había registrado la ocurrencia de insuficiencia renal aguda (posiblemente debida a necrosis tubular) asociada a casos graves de dicho síndrome.

En el primer artículo, 11 de 92 pacientes con SIDA admitidos al hospital de Kings Country en Nueva York durante un período de tres años presentaron proteinuria marcada, con niveles que llegaron al síndrome nefrótico en 9 de ellos. La biopsia renal mostró esclerosis focal glomerular en 10 casos y glomerulonefritis proliferativa mesangial en uno. Con excepción de este último, la inmunopatología

no mostró inmunoglobulina G en los glomerulos, de manera que se presume que el mecanismo patogénico no fue de tipo inmunológico. En todos los casos la progresión de la insuficiencia renal fue muy rápida y los pacientes se hicieron urémicos en el término de 3 a 4 meses con una mortalidad de más del 90%

En el artículo de Gardenswartz, 13 de 32 pacientes con SIDA admitidos al hospital Lenox Hill de Nueva York durante un período de dos años presentaron proteinuria, con síndrome nefrótico en siete de ellos. La histopatología fue más variada, encontrándose esclerosis focal glomerular en dos casos, glomerulonefritis membranoproliferativa en uno y varios grados de proliferación endocapilar en tres más. No se describen hallazgos inmunopatológicos y la posible patofisiología es confusa. El deterioro de la función renal también fue rápido; cuatro de los 13 pacientes necesitaron diálisis y 11 murieron durante el período de estudio.

Aunque los dos artículos son descripciones

retrospectivas de grupos de pacientes preseleccionados por el acceso a centros hospitalarios grandes, es evidente que algunos pacientes con SIDA presentan proteinuria marcada y deterioro muy rápido de la función renal con progreso a uremia terminal en menos de seis meses. La razón por la que esto ocurre no es clara; esos pacientes tienen la inmunidad celular alterada, padecen de múltiples infecciones y son tratados con varias drogas potencialmente nefrotóxicas; es posible que uno o varios de estos factores participe en la patogénesis de la enfermedad renal. Tampoco es claro si existe alguna forma predominante de daño glomerular; el artículo de Rao sugiere que la mayoría presenta esclerosis glomerular focal; sin embargo, éste es un tipo histopatológico relativamente ines-

USO DE METILPREDNISONA Y CLORAMBUZIL EN GLOMERULONEFRITIS MEMBRANOSA

La nefropatía membranosa es la causa más frecuente del síndrome nefrótico en adultos, y su tratamiento es todavía motivo de controversia; en 1979 un estudio multicéntrico realizado en los Estados Unidos (New Engl J Med 1984; 310: 946-950) mostró que la administración de dosis altas de prednisona interdiaria por un período de 2 a 3 meses mejoraba el pronóstico de la función renal, aunque no necesariamente disminuía la proteinuria. El artículo que comentamos aquí, realizado por Ponticelli y cols., muestra que el tratamiento alternado con dosis moderadas de esteroides y clorambucil induce remisiones duraderas del síndrome nefrótico y probablemente una mejoría del pronóstico de la función renal en pacientes con nefropatía membranosa.

El tratamiento se realizó en varios hospitales italianos y consistió en tres "bolos" de 1 gm de metilprednisona seguidos de 0.5 mg/kg de prednisona diaria administrados por un mes y luego alternados con 0.2 mg/kg de clorambucil, también administrados diariamente por un mes; los dos tratamientos se alternaron durante un período total de seis meses; la toxicidad del régimen terapéutico fue mínima. Al terminar el período de estudio, de 32 pacientes tratados 12 estaban en remisión completa, 11 en remisión parcial y 9 no mostraron alteración del cuadro clínico. De 30 controles, en cambio, sólo 2 estaban

pecífico que se asocia también a otras entidades tales como la nefropatía por reflujo, la nefritis familiar y la adicción a la heroína. El artículo de Gardenswartz, por otra parte, sugiere que el daño glomerular es más heterogéneo, sin que se encontrara un cuadro histológico predominante.

En resumen, la evidencia preliminar contenida en estos dos artículos indica que existen una o varias formas de glomerulonefritis asociadas al síndrome de deficiencia inmunológica del adulto, cuyo pronóstico es muy serio y cuya patogénesis y morfología están por resolver; ese será indudablemente el tema de nuevos informes en el futuro próximo.

J.D. ORDOÑEZ

en remisión completa, 7 en remisión parcial y 13 sin modificación de la enfermedad. Esos resultados son altamente significativos desde el punto de vista estadístico.

El tratamiento se escogió con base en varios informes previos sobre la posible efectividad de los esteroides y la ciclofosfamida utilizados aisladamente en esta enfermedad; la idea de buscar un sinergismo terapéutico y al mismo tiempo evitar la toxicidad de las dosis altas y la administración prolongada de cada droga tuvo al parecer éxito. Los resultados son de gran interés en vista del crecido número de pacientes con síndrome nefrótico y nefropatía membranosa que no parecen responder al tratamiento con esteroides, pero deben interpretarse con cautela en vista de la variada evidencia existente en pro y en contra de la utilización de drogas inmunosupresivas en esta enfermedad. Este artículo, sin embargo, contiene un diseño cuidadoso y un análisis convincente de los resultados.

Aunque es todavía prematuro predecir los resultados, vale la pena considerar este tratamiento en pacientes resistentes a los esteroides que tienen todavía una buena función renal; de todos modos las perspectivas para los pacientes con nefropatía membranosa parecen mejorar día a día, y será de gran interés observar si los resultados pueden duplicarse en otras partes.

J. D. ORDOÑEZ