

Protocolo diagnóstico diferencial de la nefropatía en un paciente con infección por el VIH

J.A. Girón González, M.J. Márquez-Borrego, M. Márquez-Coello y J. Soto Benítez

Unidad de Enfermedades Infecciosas. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España. Facultad de Medicina. Universidad de Cádiz. Cádiz. España.

Palabras Clave:

- Enfermedad renal
- Infección por el VIH
- Nefropatía asociada al VIH
- Glomerulonefritis
- Insuficiencia renal aguda
- Tenofovir

Keywords:

- Kidney disease
- Human immunodeficiency virus infection
- HIV associated nephropathy
- Glomerulonephritis
- Acute renal failure
- Tenofovir

Resumen

Las alteraciones renales en el enfermo infectado por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) pueden ser debidas a insuficiencia renal aguda o a enfermedad renal crónica, a su vez causada por alteraciones glomerulares (nefropatía asociada a VIH, diversos tipos de glomerulonefritis, estas últimas con frecuencia asociadas a la coinfección por virus de la hepatitis B o C, o por las alteraciones derivadas de la diabetes mellitus o hipertensión arterial) o tubulares (preferentemente relacionadas con fármacos antirretrovíricos, sobre todo tenofovir). Se ha descrito un incremento de la mortalidad global y por causas renal y cardiovascular en enfermos con infección por VIH con alteraciones renales.

Abstract

Differential diagnosis of kidney disease in HIV-infected patients

Kidney diseases in human immunodeficiency (HIV)-infected patients can be due to acute renal insufficiency or to chronic kidney diseases. Chronic renal diseases are grouped in function of a predominantly glomerular (HIV-associated nephropathy, glomerulonephritis –frequently related with hepatitis B or C virus coinfection, or concomitant diabetes mellitus of arterial hypertension) or a tubular (usually related with tenofovir or other antiretroviral drugs) alteration. Global and kidney- or cardiovascular-related mortality is increased in HIV-infected patients with renal disease.

Introducción

Las alteraciones renales, tanto agudas como crónicas, son más comunes en enfermos con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que en la población general, estando presentes hasta en un 30 % de dichos pacientes. La enfermedad renal en el enfermo con infección por el VIH se ha convertido en una causa frecuente de enfermedad renal terminal que requiere diálisis y/o trasplante y tiene repercusiones sobre la incidencia futura de la enfermedad cardiovascular y sobre la mortalidad¹. Las alteraciones renales en enfermos con infección por el VIH se presentan en la tabla 1.

Insuficiencia renal aguda en el enfermo con infección por el VIH

El *Adult AIDS Clinical Trial Group* ha definido la insuficiencia renal aguda (IRA) como un incremento de la creatinina sérica por encima de 1,5 mg/dl (o un incremento de 1,3 veces por encima del rango superior de lo normal para cada laboratorio) que retorna a la normalidad tras tres meses. Un 10 % de los enfermos con infección por el VIH presentarán al menos un episodio de IRA a lo largo de su evolución. Los factores precipitantes/causales y la presentación clínica son los que exponemos a continuación¹.

TABLA 1

Alteraciones renales en enfermos con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

Tipo de nefropatía	Enfermedades específicas	Patogenia y/o anatomía patológica
Insuficiencia renal aguda	Sepsis, fármacos, hepatopatía crónica	Necrosis tubular aguda tóxica
Enfermedades glomerulares	Nefropatía asociada a infección por el VIH	Glomerulosclerosis focal y segmentaria
	Glomerulonefritis por inmunocomplejos	Glomerulonefritis proliferativa mesangial con depósitos IgA
	Otras glomerulopatías	Glomerulonefritis proliferativa difusa con depósitos de IgG, IgM, C3 y/o C1q Glomerulopatía membranosa Glomerulonefritis membranoproliferativa Glomerulonefritis inmunotactoide
Nefropatía vascular	Síndrome hemolítico-urémico	Microangiopatía, trombos glomerulares hialinos, necrosis, edema del endotelio glomerular
Nefritis túbulo-intersticial	Nefritis túbulo-intersticial aguda o crónica	Reacciones inmunes a fármacos
		Toxicidad tubular directa (tenofovir)

Modificada de Maggi P, et al².

Enfermedades concomitantes

En algo más de la mitad de los casos, la IRA ocurre como parte de enfermedades concomitantes a la infección por el VIH, generalmente infecciones sistémicas; en las situaciones de infección como fenómeno precipitante de la insuficiencia renal, la presentación clínica habitual es como insuficiencia renal prerrenal o como necrosis tubular aguda.

Fármacos

En un tercio de los casos, la IRA es consecuencia de la administración de fármacos (antibióticos betalactámicos y aminoglucósidos, fármacos antirretrovirales [tenofovir, indinavir, atazanavir], contrastes radiológicos, antiinflamatorios no esteroideos y litio); la presentación clínica en estos casos es más variable: necrosis tubular aguda, nefritis intersticial, cristaluria/obstrucción o insuficiencia prerrenal en caso de pérdidas digestivas atribuibles a los fármacos citados.

Síndrome hepatorenal

En torno a un 10 % la insuficiencia renal aguda es consecuencia de un síndrome hepatorenal en el contexto de una hepatopatía crónica, habitualmente secundaria a una infección por el virus de la hepatitis C (VHC)³.

Alteraciones renales crónicas en el enfermo con infección por el VIH

La enfermedad renal crónica (ERC) es definida como una alteración de la función renal que persiste al menos 3 meses. Entre las fórmulas que estiman la función renal se encuentran las siguientes: MDRD (*Modification of the Diet in Renal Disease*), Cockcroft-Gault y CKD-EPI (*Chronic Kidney Disease-Epidemiology Collaboration*); esta última es la más aconseja-

da en este momento, ya que permite mediciones fiables incluso con valores próximos a la normalidad (válida hasta un aclaramiento de creatinina de 90 ml/minuto), hecho que no presentan las anteriores⁴.

La ERC ha sido graduada en función del filtrado glomerular estimado (eFG) en 5 estadios: estadio I, función renal alterada con eFG normal o aumentado (90 ml/minuto o superior); estadio II, eFG ligeramente disminuida (60-89 ml/minuto); estadio III, eFG moderadamente disminuida (30-59 ml/minuto); estadio IV, eFG gravemente alterada (15-29 ml/minuto); estadio V, insuficiencia renal terminal (menos de 15 ml/minuto) o situación que requiere diálisis.

La ERC incluye un estadio I en el que el eFG es aún normal pero existen anomalías renales (albuminuria, proteinuria o incremento del tamaño renal [detectado por ecografía]). La determinación en la orina de la presencia de proteinuria (mediante tira reactiva) o preferentemente mediante medición en orina de la relación proteínas/creatinina (normal: menor de 50 mg/g; valores superiores a 300 mg/g implican la existencia de una proteinuria significativa) o albúmina/creatinina (normal hasta 30 mg/g) permite detectar estos casos. Como medida de detección se prefiere la relación proteinuria/creatininuria, puesto que detecta proteinuria secundaria tanto a enfermedad glomerular como tubular, mientras que la relación albuminuria/creatininuria detecta fundamentalmente lesión glomerular⁵.

Se recomienda que todos los enfermos atendidos por infección por el VIH tengan una valoración inicial de la posible existencia de alteraciones renales mediante una estimación del filtrado glomerular y una valoración mediante tira reactiva de orina o cuantificación de la relación proteínas/creatinina en orina (tabla 2). La estimación de la función renal permite asimismo al médico la elección y ajuste de la medicación antirretrovírica que precise el individuo. En ausencia de proteinuria y/o deterioro del eFG (filtrado glomerular estimado menor o igual de 60 ml/minutos) en la valoración inicial, se recomienda la repetición anual de la valoración en individuos de alto riesgo (raza negra, recuento de linfocitos T CD4+ menores de 200/mm³, carga vírica VIH plasmática mayor de 4.000 copias/ml, coexistencia de coinfección por virus de la hepatitis B (VHB) o C, diabetes mellitus o hipertensión arterial, tratamiento con tenofovir, atazanavir o indinavir). Ante la presencia de proteinuria o deterioro de la función renal en dicha valoración inicial, los enfermos deberían ser sometidos a un estudio reglado que incluya ecografía nefrourológica, determinación de serología de virus de la hepatitis B y C, detección de anticuerpos antinucleares (ANA) y anticitoplasma de neutrófilos (ANCA), cuantificación de inmunoglobulinas y complemento en suero, determinación de crioglobulinas y/o inmunocomplejos circulantes y, posiblemente, valoración por el nefrólogo ante la posibilidad de biopsia renal.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3807133>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3807133>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)