Rev Méd Uruguay 1991; 7: 13-I 9

Nefropatía IgA
Dres. Laura Rodríguez-Juanicó, Carlos Pizzarrosa, Francisco Lacordelle, Nelson Mazzuchi

Se revisa la nefropatla por IgA en sus diferentes aspectos. Se
destaca su altaprevalencia entre el conjunto de las glomerulopatías,
así como la dificultad en establecer diagnóstico en muchos casos paucisintomáticos por la no realización de biopsia renal con inmunofluorescencia Se expone la clasificación histopatológica de la OMS, que reconoce 5 variantes y los criterios diagnósticos exigidos en la inmunofluorescencia. Se analizan algunos aspectos del sistema inmunitario de la lgA y ciertas posibilidades patogénicas planteadas en la nefropatía por IgA. Se describen las distintas formas de inicio clko (sobre todo la hematuria macroscópica recidivante y las alteraciones asintomáticas del sedimento urinario), así como la evolución
prolongada, en general, hasta la insuficiencia renal. Se discuten los factores pronósticos reconocidos, tanto clfnicos como histológicos. Se presenta además una serie nacional de 15 pacientes analizando su presentación y evolución clínica.

Palabras clave: Glomerulonefritis IgA

Dra. Laura Rodríguez-Juanicó
Prof. Agdo. del Centro de Nefrología
Dr. Carlos Piuarrosa
Prof. Agdo. Depto. de Anatomía Patológica Facultad de Medicina. Hospital de Clínicas Dr. Francisco Lacordelle
Asistente del Centro de Nefrología
Dr. Nelson Manuchi
Profesor del Centro de Nefrología
Facultad de Medicina. Hospital de Clínicas

Introducción

El diagnóstico de la nefropatía IgA es inmunohistológico y se caracteriza por la presencia de depósitos difusos de IgA en el mesangio. La histopatología convencional muestra lesiones glomerulares variables, entre mínimas y severas.

En los últimos años se ha destacado la importancia de esta glomerulopatía porque se ha observado un aumento de su frecuencia y porque se ha comprobado que su evolución no siempre es benigna y que puede ser causa de insuficiencia renal crónica. En la última década, tres simposios internacionales (Milán 1983, Bari 1987, Wa-shington 1988) y varias revisiones clínicas la han consi-derado la glomerulonefritis más frecuente (1,2).

Fue descrita por Berger y Hinglais en 1968 (3), definida como una nefropatíaprimitiva. Posteriormente seobservó también en pacientes con la enfermedad de Schönlein-Henoch (4,5), en pacientes con cirrosis alcohólicas (6) y asociada con otras enfermedades. Clarkson y col. (7), la consideran un síndrome y distinguen la nefropatía IgA primaria y la secundaria. Entre las enfermedades que pueden determinar la nefropatía IgA secundaria se refie-ren las enumeradas en el cuadro 1.

Correspondencia:
Dra. Laura Rodríguez-Juanicó
Centro de Nefrología. Hospital de Clínicas.
Av. itaiia sm - Muntevideo-Uruguay

Vol. 7 NP 1 - Abril 1991

Se ha postulado que es una enfermedad sistémica por la presencia de depósitos de IgA extrarrenales, en los capi-lares del dermis, pulmón, hígado e intestino (8). Con este criterio, la clasificación de la OMS la considera entre las glomerulopatías secundarias con el nombre de Enferme-dad de Berger (9).

Epidemiologla

Existe dificultad para conocer la prevalencia y la inciden-cia de la nefropatía IgA, porque su diagnóstico requiere la realización de la punción biópsica renal (PBR) y el estudio con inmunofluorescencia (IF) es indispensable para defi-nirla.

Se han referido importantes variaciones de frecuencia en distintas áreas geográficas. La prevalenciade la nefropa-tia IgA entre las glomerulopatías primarias varía entre 10% en Estados Unidos, 20% en Europa y mayor de 40% en Asia (10-12). En 256 biopsias realizadas en el Centro de Nefrología, desde 1976 hasta 1989, la frecuencia de nefropatía IgAfue 4.3%, pero en la revisión histológica no se dispuso de inmunofluorescencia en gran parte del período analizado.

Es posible que las diferencias observadas en distintos países sean debidas a diferentes políticas de estudio de los pacientes con alteraciones asintomáticas del sedi-mento urinario. En países como Japón, Singapur y Aus-tralia, donde se realizan estudios preventivos del sedi-mento urinario en escuelas y PBR con estudio de IF en

13