

Sección: Artículos originales

Histopatología y clínica de la nefropatía mesangial IgM.

 Luis M. Otero, M.D.¹, César Cuero, M.D.², Consuelo Santamaría, M.D.³, Alvaro Rodríguez, M.D.⁴
RESUMEN

Se revisaron los informes de 506 biopsias renales exitosas efectuadas en el Hospital Universitario del Valle, Cali, Colombia, entre 1980 y 1989, de las cuales 36 cumplían con los requisitos de nefropatía mesangial IgM. De nuevo las examinaron 2 patólogos independientes. El síndrome nefrótico fue la presentación clínica más común (83% de los casos). Los depósitos mesangiales más comunes fueron IgM sola, 47%; e IgM más C₃, 41%. El 100% presentó proliferación celular y 41% de la matriz mesangial asociada; 13.8% de los casos mostraron esclerosis focal y segmentaria asociada con IgM y C₃ depositada en los glomérulos, 5% crecientes, 16% atrofia tubular y 19% atrofia tubular con infiltrado intersticial. La nefropatía mesangial IgM es un cuadro clínico con características propias que se da en Cali con alguna frecuencia y con pronóstico no tan bueno como algunos consideran.

Cohen et al.¹ y Bhasin et al.² describieron por primera vez lo que Cohen llamó "nefropatía mesangial IgM (NMIgM), caracterizada en esencia por una presentación clínica de síndrome nefrótico, proliferación mesangial y depósitos de IgM que predominaban en el mesangio. Desde entonces se ha suscitado una apasionante controversia que ha despertado un gran interés, discusión y debate³. Cada vez son más los que están de acuerdo con Cohen et al.¹ en considerar esta entidad como un cuadro clínico anatomopatológico específico con una patogénesis propia, así como su historia natural y respuesta clínica al tratamiento donde se destacan sobre

todo los depósitos de IgM en el mesangio ya sea solos o junto con depósitos menores de IgG, C₃, C₁q, C₄, y antígenos relacionados con el fibrinógeno²⁻⁸. Por otra parte, hay quienes como Habid et al.⁹ sostienen que esta nefropatía no es distinguible de la nefrosis idiopática, que incluye los cuadros de cambios mínimos, proliferación mesangial difusa y esclerosis focal y segmentaria que pudieran o no presentar inmunofluorescencia positiva para IgM, A, G, C₁q, C₃ y C₄.

La experiencia de la Unidad Renal, Hospital Universitario del Valle (HUV), Cali, Colombia, en relación con el manejo y evolución de estos pacientes, establece una concordancia con la primera de las posiciones. El objetivo de este trabajo es presentar la frecuencia y el significado clínicos de esta entidad, por medio de un estudio descriptivo simple.

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron los informes sobre 80,005 biopsias estudiadas por el Departamento de Patología del HUV desde 1980 a 1989. Se obtuvieron 506 resultados correspondientes a biopsias renales exitosas. Se excluyeron los casos en relación con enfermedades generalizadas o que ya se habían diagnosticado como entidades conocidas, p.e. glomerulonefritis aguda o glomeruloesclerosis focal y segmentaria. Se seleccionaron 36 casos que cumplían con los criterios de NMIgM. Estas biopsias se estudiaron con microscopía de luz (ML), inmunofluorescencia (MI), microscopía óptica de alta resolución (MOAR) y microscopía electrónica (ME).

Los cortes para ML se tiñeron con hematoxilina y eosina, colorante tricrómico de Mason, Jones y PTH. En los cortes de MI se estudiaron IgA, IgM, IgG y C₄. El estudio de MOAR se llevó a cabo con inclusión del tejido en plástico, coloración con azul de toluidina y fuchina básica y observación con aceite de inmersión.

1. Profesor Asistente, Servicio de Nefrología, Departamento de Medicina Interna, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.
2. Residente, Servicio de Nefrología, Departamento de Medicina Interna, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.
3. Profesora Auxiliar, Departamento de Patología, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.
4. Profesor Asistente, Departamento de Patología, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

Los 36 casos encontrados de NMiGm cumplen los criterios de proliferación mesangial con depósitos mesangiales únicos de IgM o en compañía de C₃, IgA, o IgG. Los cortes histológicos los observaron una segunda vez 2 patólogos del HUV, independientemente, a fin de confrontar sus puntos de vista con el informe original de los casos. Se puntualizó lo referente a la proliferación mesangial, depósitos mesangiales y alteraciones en los capilares, intersticio y túbulos. Los grados de compromiso en las estructuras de los nefrones, vistos en los cortes histológicos revisados, se clasificaron como leve (+), moderado (++) y severo (+++). De igual forma se clasificó tanto la proliferación celular como la de la matriz mesangial.

Se emplearon las siguientes definiciones: hematuria microscópica es la presencia de más de 5 eritrocitos por campo de alto poder en el sedimento urinario y la presencia de cilindros de glóbulos rojos; síndrome nefrótico es la presencia de más de 3.5 g de proteinuria en 24 horas por 1.70 m² de superficie corporal y edema¹⁰.

RESULTADOS

Los 36 casos de NMiGm constituyeron 7.1% del total de biopsias renales exitosas realizadas en el HUV entre 1980 y 1989. Con respecto a la distribución por sexo y edad, se observó que 88.8% de los casos se presentaron entre 5 y 30 años de edad con 41.6% de pacientes ubicados de 5 a 14 años. El rango estuvo entre los 18 meses y 38 años. De los pacientes, 61% fueron hombres con una proporción hombre/mujer de 3:2 (Cuadro 1).

Cuadro 1
Mesangiopatía IgM. Distribución por Edad y Sexo. Cali, 1980-1989.

Edad	Hombres	Mujeres	Total	%
1- 4	5	2	7	19.45
5-14	6	9	15	41.66
15-29	9	1	10	27.77
30-44	2	2	4	11.12
> 45	-	-	-	-
Total	22	14	36	100.00

El síndrome de presentación más común fue el nefrótico con 83.3%; 4 (11.1%) pacientes se presentaron con hematuria aislada; en 2 (5.5%) pacientes hubo como presentación el síndrome nefrítico.

A la revisión histopatológica se encontró que 100% de los casos tenían proliferación celular mesangial de leve

a moderada, en tanto que 41.6% presentaba además proliferación en la matriz mesangial (Figura 1); en 5 (13.8%) casos se asociaban la proliferación mesangial mixta con esclerosis focal y segmentaria (EFS); y 2 (5.5%) tenían crecientes celulares.

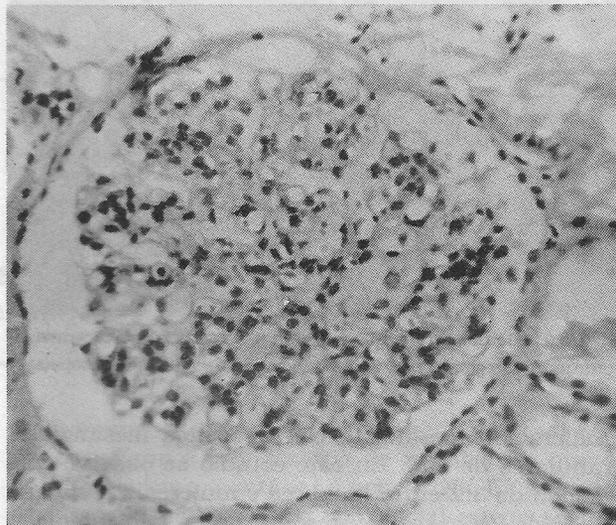


Figura 1. Se observa proliferación mesangial tanto celular como de matriz.

Un total de 5 (13.9%) pacientes evidenciaron cambios a nivel intersticial; de ellos 3 presentaron inflamación y 2 fibrosis. En relación con los túbulos, 3 (16.6%) tenían atrofia tubular leve e igual número presentó atrofia tubular severa.

Al análisis de los depósitos inmunes en el glomérulo, se observó que la IgM sola se encontró en la mayoría de los casos 17 (47.7%) (Figura 2); IgM con C₃ se encontró en 15 (41.7%) casos. Otras combinaciones fueron IgM asociada con C₃ y C₄. Todos los casos presentaron una distribución granular generalizada y difusa de los depósitos de IgM y C₃ en el glomérulo sin otro patrón de distribución. En algunos casos se observaron estos depósitos a nivel peritubular en patrón igualmente granular. Se observó que la gran mayoría de los casos (66%) se diagnosticó en los últimos 4 años del estudio.

En cuanto a la asociación de compromiso glomerular y tubulointersticial con depósitos de IgM y C₃ se encontró que los 5 casos de EFS presentaron IgM y C₃. De los casos de infiltrado intersticial y atrofia tubular, 7 tenían depósitos de IgM y C₃. Los casos de crecientes celulares presentaron igual asociación.

DISCUSION

Se analizaron 36 casos de NMiGm caracterizados por

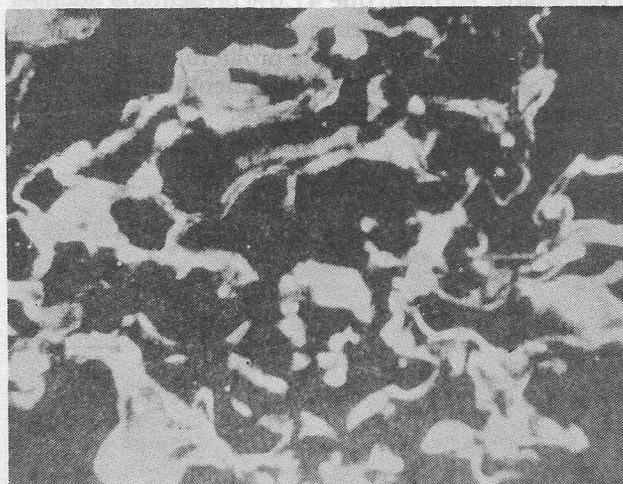


Figura 2. Microfotografía que muestra a la inmunofluorescencia el patrón difuso glomerular de IgM observado en todas las biopsias.

proliferación mesangial, con depósitos mesangiales granulares de IgM. En este estudio se observó una relación de 3:2 entre hombres y mujeres. Se vio que 88.8% de los casos se presentaron en pacientes con menos de 30 años, y que el mayor grupo estaba entre 5 y 14 años. Se observó así que la entidad afectaba sobre todo a jóvenes.

Con respecto a los cuadros clínicos, 30 (83.3%) casos correspondían a síndrome nefrótico, lo que coincide con otros autores^{1,2,7,11,12,14}. Los restantes 6 casos presentaban proteinuria asintomática asociada con hematuria micro o macroscópica. En ningún caso hubo proliferación mesangial severa; por el contrario, la gran mayoría presentó tanto leve proliferación celular como de matriz, y un porcentaje menor, proliferación moderada, como se describe en otros trabajos^{1,2,14}.

Pocos casos mostraban alteración del intersticio o a nivel tubular, pues las alteraciones eran a nivel glomerular, como se describe clásicamente este cuadro^{1,2,14}; 5 casos tenían EFS y apenas en 2 hubo crecientes celulares, lo que indica que en una proporción importante, 19.4% de los casos, había evidencia de progresión de la enfermedad. Estos resultados se hallan un poco por encima de los de otros investigadores^{1,2,5,6,12}. Se observó que los 5 casos de EFS tenían asociación de IgM y C₃. Esto sugiere que la asociación podría tener valor pronóstico pobre para señalar un mecanismo de agresión mesangial severa, lo que llevaría a un rápido deterioro de la función renal.

La mayor parte de los casos registrados presentaron a la inmunofluorescencia IgM sola (47.2%), en tanto que

asociada con C₃ se observó en una cifra ligeramente inferior (41.7%) lo que coincide con otros estudios^{1,6,12}. Llama la atención que la mayor parte de los diagnósticos de NMIgM se hicieron en los últimos 4 años del estudio, 1986-1989. Esto se puede atribuir a la mayor disponibilidad de recursos técnicos y humanos en el Departamento de Patología, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

CONCLUSIONES

Se ofrecen los resultados de un estudio descriptivo simple como inicio lógico¹³ para la investigación epidemiológica de las enfermedades renales en el occidente colombiano. El cuadro clínico y el análisis histopatológico de la mesangiopatía IgM permite concluir, en acuerdo con otros trabajos^{3,5,13}, que esta glomerulopatía se debe considerar como una entidad clínica distinta, de características propias, con un pronóstico de apariencia no tan benigno como casi todos los autores han sugerido. La evolución, respuesta a la terapia y su pronóstico a largo plazo, se deben investigar con estudios prospectivos y de seguimiento que ya están en desarrollo.

SUMMARY

Mesangial IgM nephropathy was diagnosed in 36 cases at the Hospital Universitario del Valle, Cali, Colombia, among 506 renal biopsies obtained between 1980 and 1989. Nephrotic syndrome was the commonest clinic form, followed by hematuria isolated and nephritic syndrome cell mesangial proliferation was observed in all cases. Matrix proliferation was found in half of the patients, either with IgM alone or associated with C₃. In accordance with results of this study, mesangial IgM nephropathy should be considered as a distinct clinic-immunopathological entity.

REFERENCIAS

1. Cohen, AH, Border, WA & Glasscock, RJ. Nephrotic syndrome with glomerular mesangial IgM deposits. *Lab Invest*, 1978, 38: 610-619.
2. Bhasin, HK, Abuelo, J & Nayak, B. Mesangial proliferative glomerulonephritis. *Lab Invest*, 1978, 39: 21-19.
3. Tisher, C & Brenner, B. *Renal pathology*. Pp. 283-284. JB Lippincott Co, Philadelphia, 1989.
4. Tejani, A & Nicastrì, AD. Mesangial IgM nephropathy. *Nephron*, 1983, 35: 1-5.
5. Lawler, W, Williams, G & Tarpey, P. IgM associated primary diffuse mesangial proliferative glomerulonephritis. *Lab Clin Pathol*, 1980, 33: 1029-1038.
6. Halin, H, Mustonew, J & Pasternack, A. IgM associated glomerulonephritis. *Nephron*, 1982, 31: 11-16.
7. Allen, WR, Travis, LB & Cavallo, T. Immunodeposits and mesangial hypercellularity in minimal change nephrotic syndrome: clinical relevance. *J Pediatr*, 1982, 100: 188-191.
8. Ossa-Homez, L. Nefropatía IgM. En *Selecciones de Patología renal*

- con enfoque en la biopsia. Pp. 42-43, Bogotá, 1990.
9. Habib, R & Girardin, E. Immunopathological findings in idiopathic nephrosis. Clinical significance of glomerular "immune deposits". *Pediatr Nephrol*, 1988, 2: 402-408.
 10. Glasscock, R & Cohen, A. Primary glomerular diseases. P. 995. *In The kidney*. Brenner, BM & Rector, FC (eds), 3rd ed. WB Saunders Co, Philadelphia, 1986.
 11. Mampaso, F, Gonzalo, A & Tervel, J. Mesangial deposits of IgM in patients with the nephrotic syndrome. *Clin Nephrol*, 1981, 16: 230-234.
 12. Cavallo, T & Johnson, MP. Immunopathologic study of minimal change glomerular disease with mesangial IgM deposits. *Nephron*, 1981, 27: 281-284.
 13. Hay, W & Watkins, M. Renal disease epidemiology. An underdeveloped discipline. *Am J Kidney Dis*, 1988, 12: 454-457.
 14. Border, WA. Distinguishing minimal change disease from mesangial disorders. *Kidney Int*, 1988, 34: 419-434.

Diagnóstico y tratamiento del absceso-fistula anal

Abraham Kestenberg, M.D.¹, Clara Elena Duarte, M.D.²

RESUMEN

A fin de conocer la frecuencia y características de los abscesos y fistulas anorrectales, se revisaron las historias clínicas de 26 pacientes durante un período de 3 años tratados en los hospitales Universitario del Valle y Mario Correa Renjifo de la ciudad de Cali, Colombia. Casi todas las fistulas se presentaron en hombres, con un promedio de edad de 42 años. La presentación más frecuente fue la fistula interesfinteriana. La mayoría de los pacientes se trató con fistulotomía y curetaje. En algunos casos, y de acuerdo con indicaciones específicas, se realizó avance de colgajo transanal. En un caso fue necesario practicar la operación de Kraske. Se discuten la etiología, los enfoques anatómicos, clínicos y quirúrgicos de estas lesiones. Se hace énfasis en que una comprensión adecuada de esta afección produce excelentes resultados con mínima morbilidad.

Una fistula es un trayecto anómalo por donde se comunican dos superficies revestidas de epitelio. Así pues, una fistula anal es un trayecto que se establece entre el área anorrectal y la piel del periné¹.

La fistula anal es una enfermedad que predomina en hombres de edad media². Casi siempre se manifiesta por la presencia de una pequeña masa o induración a nivel de la región perineal, que produce secreción

permanente, con frecuencia purulenta. En casi 50% de los enfermos hay historia de un absceso que se drenó en forma espontánea o por cirugía. En los casos de larga duración el episodio inicial puede ser tan remoto que el paciente por rareza lo recuerda.

Este artículo presenta la experiencia de 3 años en el manejo de una entidad, cuya única forma de manejo es quirúrgica y requiere prudencia y decisión, basadas en la experiencia del cirujano y el conocimiento completo de la morfología anatómica de la región y sus relaciones con el trayecto fistuloso.

Se discuten también las alternativas operatorias que se ofrecen al cirujano para resolver esta entidad relativamente común.

MATERIALES Y METODOS

Se revisaron las historias clínicas de 26 enfermos tratados entre abril de 1986 y mayo de 1989 en los hospitales Universitario del Valle y Mario Correa Renjifo, en Cali, Colombia, con el diagnóstico de fistula anorrectal. En el análisis se cuantificaron y describieron las siguientes variables: edad, sexo, tiempo de evolución, tipo de fistula, manejo quirúrgico y recurrencia de la fistula.

A todo enfermo en quien, por su cuadro clínico se sospechó una fistula de ano, se le realizó un examen para tratar de encontrar el orificio externo (orificio secundario) de la fistula. En los casos en que éste no era fácilmente identificable se recurrió a la palpación bidigital del área anorrectal y se procuró hallar la

1. Docente Adjunto, Departamento de Cirugía, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.
2. Residente, Departamento de Cirugía, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.