

PRONOSTICO DE LA GLOMERULO NEFRITIS EN NIÑOS

Drs. FEDERICO FUGA y JOSE LEGARRETA

Cátedra de Pediatría del Prof. Aníbal Ariztia.
Hospital "Luis Calvo Mackenna", Santiago.

Desde 1955 existe en el Hospital "Luis Calvo Mackenna", un policlínico destinado al control de los niños que han sido dados de alta después de haber padecido una glomérulo nefritis aguda en dicho establecimiento.

Nuestra finalidad, en un principio, fué la de hacer una revisión de todas las glomérulo nefritis agudas que estuvieron hospitalizadas, pero la falta de respuesta a la citación de un porcentaje elevado de estos niños, nos ha impedido alcanzar este objetivo. En vista de esto hemos analizado solamente las historias clínicas de los niños que acudieron a control, con el propósito de investigar las relaciones que existen entre los antecedentes y los signos clínicos del cuadro agudo y, si sería posible investigar en el cuadro inicial, algún elemento que nos permitiera sentar un pronóstico respecto a la función renal.

El porvenir de un niño que ha padecido una glomérulo nefritis aguda es en general favorable, pero se presentan casos fatales durante el cuadro agudo y otra pequeña proporción evolucionan hacia la insuficiencia renal crónica.

Frisk y Klakenberg en 220 casos de nefritis agudas, observan que 5 niños mueren durante el cuadro agudo con infecciones graves; el 5,6% hacen una evolución crónica.

Davis y Farber obtienen curación en el 81,3%, persistiendo activos después de dos años el 7,8% con 4,9% de insuficiencia renal crónica.

Snokes en 178 nefritis en niños y adultos tomadas en cualquier etapa de su evolución, obtienen curación en sólo el 37% con una mortalidad del 21%, y de 42% que mantienen actividad.

Boyle y Aldrich observan 100% de recuperación en 25 niños controlados entre seis meses a 8 años.

Batchold, continuando la revisión de E. Wreschner, encuentra curación en el 91,7% en 109 controlados y 0,9% de crónicos, persistiendo la orina alterada en 6,5%.

Murphy y Peters estudian 205 nefritis entre 2 y 10 años, observando curación en 70, persistiendo 74 con alteración urinaria.

MATERIAL Y MÉTODO

Hemos considerado en nuestro material a todos los niños que estuvieron hospitalizados por una glomérulo nefritis en el Hospital "Luis Calvo Mackenna" y que acudieron al control desde Julio de 1955 hasta Diciembre de 1956. Durante el cuadro agudo todos los casos tuvieron condiciones de ambiente y de alimentación semejantes. La alimentación consistió en un régimen de frutas por un período máximo de tres días, en los que ingresaron precozmente, para continuar con dieta hidrocarbonada, hipoproteica y sin sal por un tiempo no inferior a 15 días. Los que ingresaron en un período más tardío de su evolución, se los trató con régimen hidrocarbonado, hipoproteico y sin sal, para continuar en ambos grupos con un régimen completo del Hospital. El 90% de nuestros casos estuvieron hospitalizados y en reposo por más de treinta días.

El total de niños controlados en el policlínico de nefritis fueron 155, cuya distribución por edad y sexo se observa en el cuadro N° 1.

CUADRO N° 1
DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO DE 155
PACIENTES DE GLOMERULO NEFRITIS
AGUDA

Edad	Hombres		Mujeres		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
1- 4 años	12	8	6	4	18	12
5- 9 años	47	30	50	38	106	82
10-15 años	11	7	20	13	31	20
Totales	70	45	85	55	155	100

En ellos se estudiaron las relaciones entre la edad de comienzo, días de evolución antes del ingreso y la causa aparente de la nefritis, considerando como tales a

la piodermatitis, la angina faríngea y el hallazgo de estreptococo en el frotis faríngeo y la duración de la hipertensión, tomada con manómetro de mercurio; de la persistencia del edema, determinado por la estabilización de la curva de peso diaria y la demora en desaparecer la hematuria microscópica; también hemos visto las influencias que los elementos anamnésticos tendrían sobre el grado y duración de la albuminuria y uremia. Hemos investigado las posibles influencias que sobre el cuadro agudo y la curación posterior pudieran tener las complicaciones graves como la encefalopatía hipertensiva, la insuficiencia cardíaca y la anuria y si las infecciones intercurrentes del cuadro agudo y las intervenciones quirúrgicas menores prolongarían el cuadro agudo o comprometerían el pronóstico. Por último, analizamos las condiciones de la función renal en el momento del alta por medio del Van Slyke, la concentración urinaria y el recuento de Addis.

Para el control en policlínico buscamos exámenes que cumplieran con dos requisitos: 1) que tuvieran un significado de actividad inflamatoria renal y 2) que por el hecho de tratarse de enfermos extrahospitalarios, fueran de fácil realización y bajo costo. Con miras a esto, el control consistió en una anamnesis dirigida a descubrir la aparición de edemas, cefaleas e infecciones del árbol respiratorio; examen general y medición de la presión arterial. Además, se practicó un recuento de Addis en orina de 12 horas traída por el niño y eritrosedimentación en ayunas. El recuento de Addis lo consideramos normal con cifras inferiores a 1.000.000 de glóbulos rojos y 10.000 cilindros.

En los casos en que se encontró una alteración persistente de estos exámenes, el niño fué rehospitalizado para practicar exámenes de la función renal.

RESULTADOS

Nuestra investigación tiene dos fines:

1. Análisis de las relaciones de los elementos obtenidos en la anamnesis y la evolución del cuadro agudo y

2. La influencia que los caracteres del cuadro agudo tienen sobre la regresión a lo normal de los exámenes practicados en el policlínico.

1. Análisis de las relaciones de los elementos obtenidos en la anamnesis y la evolución del cuadro agudo.

No se observó influencia de la duración de la evolución extrahospitalaria sobre la duración de la hipertensión, edema albuminuria y uremia, pero los niños que ingresaron más tardíamente demoraron más en normalizar el examen de orina. En general, por lo manifiesto de los signos de la nefritis, el 60% de los casos estudiados ingresaron antes de la semana del comienzo y solamente el 17,7% después de los 15 días. Las uremias más altas y las complicaciones graves se observaron exclusivamente en los de ingreso precoz.

Respecto a la influencia de la causa aparente de la nefritis y la evolución del cuadro agudo, sólo encontramos una menor duración de la hematuria, del edema y grado y duración de la albuminuria y uremia en los casos con piodermatitis, sin que alcance a un valor estadísticamente significativo.

Estas causas se distribuyen en la siguiente forma:

Angina faríngea	95	60,8%
Estreptococo hemolítico	42	28,0%
Piodermitis	37	24,0%
Causas asociadas	40	25,6%
Sin causa aparente	26	16,6%

En los casos en que se encontró el estreptococo hemolítico en la faringe, hubo una mayor duración de la hipertensión y un grado más elevado de la uremia.

CUADRO N.º 2

CAUSA APARENTE DE LA NEFRITIS Y DURACION DE LA HIPERTENSION

Causa	1-7 días		Días de duración de la hipertensión				Sin hipert.	
	N.º	%	8-15 días	16 y más	N.º	%	N.º	%
Piodermitis	15	40,4	17	45,9	2	5,3	3	8,4
Angina	36	37,8	27	28,2	9	9,5	23	24,4
Estreptococo	14	32,6	14	32,5	7	16,5	8	18,5
Totales	65		58		18		34	

CUADRO N.º 3
CAUSA APARENTE DE LA NEFRITIS Y GRADO DE LA UREMIA

Causa	Grado de uremia por 1000							
	0-0,5 g.		0,51-0,8		0,81-1 g.		Más de 1 g.	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Pododermatitis	16	43,1	14	37,8	4	10,7	3	8,4
Angina	50	52,5	26	27,6	8	8,4	11	13,5
Estreptococo	16	37,2	11	25,7	13	30,2	3	6,9
Totales	82		51		25		17	

La edad no influyó en la duración del edema, de la hematuria ni de la uremia, pero a menor edad la hipertensión fué de menor duración y la albuminuria más elevada. No se observaron complicaciones graves en los menores de 4 años y el recuento de Addis se normalizó más precozmente en este grupo de edad.

Se practicaron intervenciones quirúrgicas menores en 30 niños :

Excoqueciones dentarias	20
Amigdalectomías	3
Adenotomías	2

En estos niños, no se observó alteración en la evolución del cuadro agudo, pero la regresión a lo normal del sedimento urinario fué proporcionalmente más tardío en este grupo. A la mayoría de ellos se les colocó penicilina un día antes y dos a tres días después de practicada la intervención.

En 62 pacientes hubo alguna infección aguda durante el cuadro agudo:

Faringitis	24	Sarampión	3
Pododermatitis	10	Tronquitis	3
Varicela	10	Amigdalitis pultácea	2
Sinusitis	7	Otras causas	3

observándose solamente aumento de la hematuria e hipertensión en los casos con varicela o sinusitis.

2. La influencia que los caracteres del cuadro agudo tienen frente a la regresión normal de los exámenes practicados en el policlínico.

En nuestro material de 155 casos, 97 fueron dados de alta con recuento de Addis elevado, observándose una normalización más tardía de éste en los controles; de 52 niños en los que se encontró un recuento de Addis normal en el momento del alta, en 17 se encuentra alterado posteriormente, persistiendo alto en 6 casos después del año.

En general, no se observó ningún elemento que en el cuadro agudo nos permitiera sentar un pronóstico. Así, la hiper-

tensión, el edema y el grado y duración de la albuminuria no revela diferencias entre los niños que continuaron con recuento de Addis alterado y los que lo normalizaron precozmente. En los niños que continuaron con el recuento de Addis alterado por tiempo más prolongado, se observó una menor proporción de uremias normales y un mayor número de infecciones intercurrentes durante el cuadro agudo.

Los resultados de los controles obtenidos en policlínico los hemos resumido en dos grupos: a) incluye a los niños que sufrieron su nefritis antes que empezara a funcionar el policlínico de nefritis y b) grupo que comprende a pacientes que fueron dados de alta en los años 1955 y 1956 y que han sido controlados posteriormente en dicho policlínico.

El primer grupo consta de 63 niños de los cuales 48 tuvieron sus exámenes normales cuando acudieron a control entre 1 y 7 años después del cuadro agudo. En 15 casos el recuento de Addis se mantuvo alterado después de un año de iniciada la nefritis; 7 de ellos continúan con Addis anormal (2 con insuficiencia renal, 2 con nefritis nefrósica y otros 3 sólo mantienen alteración del sedimento urinario). En los 8 restantes se normalizó el Addis en un período de 1½ a 10 años, después del cuadro agudo y en dos de éstos, fué necesaria una segunda hospitalización. Estas dos últimas observaciones se resumen a continuación:

S. M. Obs. 45-997, varón de 6 años ingresó por nefritis en el año 1945. Dado de alta con recuento de Addis normal. Primer control en Septiembre de 1955 con Addis alto. Segundo control en Octubre de 1955 con persistencia del Addis elevado. Se hospitaliza encontrándose un Van Slyke y concentración urinaria normales. En exámenes del sedimento uri-

nario practicados en Julio 1956 y 1957, el recuento de Addis ha sido normal.

D. C. Obs. 51-4540, varón de 5 años que enferma de nefritis en 1951. Addis normal en Septiembre de 1955. En Abril de 1956 aparece edema, cefalea, hipertensión, albuminuria, hematuria y cilindruuria. Se hospitaliza, dándose de alta con pruebas renales. Diagnóstico, recidiva de nefritis.

El segundo grupo comprende a 92 niños que enfermaron de nefritis en los años 1955 y 1956, de los cuales 83 normalizan el recuento de Addis antes del año (62 de ellos antes de los seis meses). El recuento de Addis persiste alterado en dos niños después del año y en 7 cuya observación ha sido insuficiente por no haberse cumplido un año desde la iniciación del cuadro agudo.

COMENTARIO Y CONCLUSIONES

De la revisión de nuestros resultados podemos concluir junto con otros autores (cuyos trabajos aparecen en la literatura médica), que no influye la gravedad de las manifestaciones del cuadro agudo sobre la evolución posterior en lo que a función renal se refiere, a pesar de que hay menor proporción de uremias normales en los niños que presentan un recuento de Addis alterado por un tiempo más prolongado.

En general la hipertensión arterial, el edema y la hematuria regresan a límites normales en forma casi espontánea y sin que sea necesario el uso de tratamientos especiales, con excepción de los casos con complicaciones graves; esto se confirma por la falta de diferencias encontradas en la evolución de los niños ingresados precozmente al hospital con los que cursan parte de la enfermedad fuera de él y sin tratamiento, los que ingresan, en su mayoría en período de recuperación.

Las infecciones intercurrentes del cuadro agudo no producen agravación del cuadro agudo, pero los niños que mantienen un Addis alterado por tiempo más prolongado, tienen más probabilidades de haber tenido alguna infección. Hay dos infecciones que en nuestro material han

hecho excepción a lo expuesto: la varicela y la sinusitis aguda, las que elevan la presión arterial y acentúan la hematuria. En vista al hallazgo de una alteración más prolongada del síndrome urinario en los casos con infecciones que alcanza cifras casi significativas, consideramos que a toda nefritis aguda debe hacerse terapia preventiva con antibiótico durante el período agudo y muy particularmente, cuando se encuentra el estreptococo hemolítico, casos en los cuales hay hipertensión más prolongada y uremias más elevadas.

Las intervenciones menores que se practicaron a niños comprendidos en este análisis, no influyeron en la evolución del cuadro agudo ni en la curación posterior, hecho que debe ser tomado en cuenta para practicar defecaciones en los casos en los que se encuentre justificación.

Nos atrevemos a concluir que la nefritis aguda es más benigna mientras menor es el niño, no habiendo encontrado ningún caso de complicación grave en menores de 4 años y una tendencia a la normalización más precoz de los signos del cuadro agudo. En estos pre-escolares predominan los elementos del cuadro nefrótico sobre los signos de isquemia.

Las estadísticas de varios autores, con las que concuerdan nuestros resultados, consideran que el pronóstico de la glomerulo nefritis aguda es favorable aun cuando persista el recuento de Addis alterado hasta 1 año, pero es de observación más o menos corriente, la normalización del sedimento urinario después de este plazo. Hemos creído de interés relatar un caso en que esto sucedió después de 10 años de iniciada su enfermedad. Por otro lado, no es un signo absoluto de curación el hecho de encontrar un examen de orina normal, pues de 52 niños que fueron dados de alta con Addis normal, 6 continúan después del año con éste alterado.

Por último, creemos de valor práctico que se siga un control periódico de los niños que han padecido una nefritis aguda, lo que nos permitirá aclarar varios puntos que se mantienen en discusión, respecto al tratamiento y pronóstico de esta frecuente enfermedad de la infancia.

RESUMEN

Se analizan las relaciones de los elementos del cuadro agudo de la glomérulo nefritis.

Se buscan signos pronósticos durante el cuadro agudo.

Se cita un caso de curación después de 10 años de actividad de la glomérulo nefritis.

BIBLIOGRAFÍA

- BAEZA GOÑI, A. — Rev. Chilena de Pediatría. 12:300, 1941.
 BATCHOLD, H. — Acta Ped. Helvetica. 11:275, 1956.
 DAVIS, J. H.; FABER, H. K. — J. Pediat. 27:453, 1945.
 BOYLE, ALDRICH, FRANK. — Am. J. Dis. Childr. 53:1167, 1937.
 FRISK, A.; KLAKENBERG, G. — Acta Paediat. 33:349, 1948.
 ILLINGWORTH, R. S.; PHILPOTT, M. G.; RENDLE SHORT, J. — Arch. Dis. Childhood. 29:551, 1954.
 DEROW, H. A. — New England Med. 249:144, 1953.
 STETSON, C. A.; RAMMELKAMP y col. — Medicine. 34:431, 1955.
 MENEGHELLO, J. — Rev. Chilena Pediat. 25:161, 1954.
 SNOKE, A. W. — Am. J. Dis. Child. 53:673, 1937.
 SARRE, R. — Dtsch. Med. Wschr. 80:1290-1345, 1955.

*

* *