



## Editorial

# Anatomía patológica y nefrología. La necesidad de un cambio

## Nephropathology and nephrology. The need for a change

Eduardo Vazquez Martul<sup>a,c</sup> y Manuel Praga<sup>b,c,\*</sup>

<sup>a</sup> Hospital Universitario A Coruña, A Coruña, España

<sup>b</sup> Instituto de investigación, Hospital Universitario 12 de Octubre (i+12), Madrid, España

<sup>c</sup> Departamento de Medicina, Universidad Complutense, Madrid, España

### Introducción

No es necesario remover la historia de la medicina para demostrar la importancia de la Anatomía Patológica y de la biopsia renal en el actual conocimiento de las enfermedades renales. La búsqueda del origen de la hematuria y de la proteinuria, estimuló a Richard Bright (1789-1858), padre de la Nefrología, al estudio y observación histológica de las lesiones renales. Posteriormente guiados por el mismo interés Volhard y Fhar en 1914 hacen una primera clasificación histopatológica con la que intentan relacionar las lesiones agudas, crónicas y degenerativas con una determinada clínica. A partir de estos momentos iniciales, y como ha ocurrido en otros campos de la medicina, el estudio histopatológico ha permitido hacer una clasificación de las enfermedades renales cuyo resultado ha mejorado la calidad de la comunicación entre expertos en la Nefrología, y a la vez proveer una estructura lógica para la categorización de pacientes de cara a estudios epidemiológicos, pronósticos y terapéuticos. Pero una opinión importante que demuestra la relación íntima entre Nefrología y Anatomía Patológica es la de Gabriel Richet (1948) padre de la Nefrología francesa, al constatar que la Nefrología no solo es una rama de la Medicina Interna sino que se fundamenta en estudios biológicos y en la observación de la patología renal. En la historia más reciente, Robert Berliner, conocido

como «el decano de la fisiología renal» define la Nefrología como disciplina en la que el microscopio óptico, la aplicación de la inmunofluorescencia y la utilización del microscopio electrónico es indispensable.

Otra demanda actual de los servicios de Anatomía Patológica por los servicios de Nefrología viene realizada por la implantación del programa de trasplante renal, hoy día ya generalizado en cualquier hospital de referencia. La participación directa del servicio de Anatomía Patológica en los programas de trasplante en gran parte viene dada porque la biopsia del injerto continúa siendo la única prueba diagnóstica que con mayor grado de fiabilidad permite confirmar la existencia de un rechazo y por consiguiente un tratamiento inmunosupresor adecuado.

Por lo tanto, hoy día es recomendable que textos de patología renal escritos por eminentes patólogos, tales como Heptinstall, R. Colvin o V. d'Agati, estén al lado del microscopio del patólogo antes de emitir un diagnóstico y realizar un informe anatomopatológico.

### La enfermedad crónica renal, una enfermedad en auge

Pero esta exigencia de utilizar una metodología diferenciada que aconseja un patólogo experto viene potenciada por otro

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mpragat@senefro.org](mailto:mpragat@senefro.org) (M. Praga).

<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2017.11.002>

0211-6995/© 2017 Sociedad Española de Nefrología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

factor nada despreciable que es el económico-sanitario. Es notorio, y así lo demuestran todos los índices sanitarios, que la población de pacientes con insuficiencia renal crónica crece de forma constante y en países desarrollados la prevalencia es de un 11% en población adulta<sup>1</sup>. Se ha calculado que en España hay más de 48.000 pacientes con insuficiencia renal crónica, con una incidencia anual superior a 5.000 lo que significa que cada año 6.000 pacientes nuevos necesitan iniciar un tratamiento sustitutivo de diálisis<sup>2</sup>. La enfermedad renal crónica representa entre el 1,6 y el 2,5 del total del gasto sanitario de nuestro país (1.400 millones de euros) y los 50.000 pacientes renales en estadio 5 de enfermedad renal crónica consumen un 2,3% del presupuesto sanitario nacional<sup>3</sup>.

Es necesario enfatizar que en todo el gasto sanitario que genera esta dolencia no está incluida la repercusión directa que la enfermedad renal crónica tiene en el desarrollo y aceleración de la cardiopatía isquémica y las complicaciones cardiovasculares, que en constante progresión, incrementan todavía más los costos sanitarios ya de por sí elevados.

### **Valor de la biopsia renal y de los servicios de Anatomía Patológica**

Hoy en día sería difícil de explicar la no realización de una biopsia renal ante un cuadro nefrótico que no responde a corticoides, un deterioro grave agudo o crónico de la función renal, la repercusión renal de una enfermedad sistémica, o ante una disfunción del injerto renal.

Debemos constatar que gracias a los servicios de Anatomía Patológica, que reciben, procesan y estudian las biopsias, conocemos, por medio de la Sociedad Española de Nefrología (SEN) y del Registro Español de Glomerulonefritis, la incidencia y prevalencia de las diferentes enfermedades con patología renal en nuestro país. A pesar de esta información debemos aceptar como hecho negativo que en alrededor de un 50% de pacientes con enfermedad renal crónica se desconoce la causa de dicha enfermedad, y en muy pocos casos existe un estudio completo con microscopio electrónico. Sin duda alguna, tanto la Sociedad Española de Anatomía Patológica (SEAP) como la SEN deberán analizar las causas por las que en España no existen centros en los que haya un patólogo experimentado con infraestructura dotada de laboratorio de procesamiento especial que incluya inmunofluorescencia o inmunohistoquímica y microscopio electrónico.

El alto costo que conlleva el estudio de la biopsia renal y la exigencia de un conocimiento especializado por parte del patólogo obliga a una planificación a nivel autonómico y estatal del estudio de la biopsia renal. La gran dispersión de servicios de nefrología, incluso en centros de ámbito comarcal, que conlleva un bajo número de biopsias renales, impide la dotación de patólogos expertos en enfermedades renales e incluso conlleva que la realización de la biopsia renal no sea rentable ni desde el punto de vista sanitario ni, por supuesto, económico siempre que no se garantice la fiabilidad de un diagnóstico histopatológico.

### **Necesidades de una nueva planificación. Centralización de estudios histopatológicos**

La complejidad del estudio de la enfermedad renal, el alto costo de los procesos clínicos y del tratamiento del paciente nefrológico demanda cada vez con más insistencia una nueva organización de tipo horizontal en nuestros hospitales que se aleje de la estructura clásica vertical en bloques de especialidades médicas que impiden el trabajo en equipo. Esta organización horizontal en equipos exige la presencia integrada de anatomopatólogos expertos en Nefrología que aporten su conocimiento y experiencia. La demanda de nefropatólogos o de anatomopatólogos con la formación suficiente para afrontar el reto asistencial y científico es una realidad actual que está pidiendo una respuesta por parte de las sociedades científicas implicadas y la administración sanitaria.

Existen indicadores suficientes que obligan a las sociedades científicas interesadas, y concretamente a la SEAP y a la SEN, a limitar al máximo este desequilibrio. Seguro que son varios los factores desequilibrantes pero uno de ellos es que la Nefropatología como tal no es, ni ha sido nunca, una subespecialidad formalmente desarrollada y menos aún un área dentro de la Anatomía Patológica que haya motivado nuevas vocaciones a excepción de algún ejemplo aislado.

Contrariamente a lo que ocurre en EE. UU., Reino Unido y otros países de nuestro entorno, en donde se han centralizado los estudios de la biopsia renal, en nuestro país ha sido una constante la política de «descentralización», errónea en nuestra opinión, lo que ha impedido que un método diagnóstico necesario alcance niveles de calidad y de experiencia necesaria, incrementando el costo y haciendo dudoso el resultado. En los países referidos existen centros o grupos de referencia en Nefropatología, con experiencia acreditada, que reciben todas las biopsias renales realizadas en un determinado ámbito sanitario (estado, ciudad, etc.) y que emiten un informe para el clínico responsable del enfermo de manera rápida y con una comunicación fluida y constante. Este sistema, además de asegurar una elevada calidad en la información nefropatológica y un análisis de todas las biopsias renales con todas las técnicas indicadas (incluida la microscopía electrónica), ha logrado que dichos nodos de nefropatólogos, en unión de nefrólogos clínicos y otros profesionales interesados en estas enfermedades hayan desarrollado grupos de investigación punteros en las enfermedades renales.

Creemos que es importante reflexionar sobre la actividad del nefropatólogo no como una especialidad independiente sino como un elemento básico integrador dentro de un equipo multidisciplinario cuyo objetivo fundamental será el estudio de las enfermedades renales, no solo desde el punto de vista histopatológico y ultraestructural, sino abordando en toda su extensión la enfermedad nefrológica, desde la microscopía óptica hasta la biología molecular. Nunca podrán surgir resultados de calidad ajustados a un costo que los haga eficientes si no se conoce en profundidad el área de conocimiento específico como es la patología renal.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Obrador GT, Pereira BJ, Kausz AT. Chronic kidney disease in the United States: An underrecognized problem. *Semin Nephrol.* 2002;22:441-8.
2. De Francisco AL, de la Cruz JJ, Cases A, de la Figuera M, Egocheaga MI, Górriz JI, et al. Prevalence of kidney insufficiency in primary care population in Spain: EROCAP study. *Nefrologia.* 2007;27:300-12.
3. Martínez-Castelao A, Górriz JL, Portolés JM, de Alvaro F, Cases A, Luño J, et al. Baseline characteristics of patients with chronic kidney disease stage 3 and stage 4 in Spain: The MERENA observational cohort study. *BMC Nephrol.* 2011;12, <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2369-12-53>