

Chronic kidney disease in children: the global perspective

Warady BA, Chadha V.

Pediatr Nephrol 2007; 22(12): 1999-2009

La mayoría de los datos epidemiológicos se originan de los casos de insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) mientras poca información se dispone de la prevalencia de IRC temprana y moderada en que los pacientes son frecuentemente asintomáticos.

La IRCT sería el "pico del iceberg" de la IRC y se sugiere que los casos de IRC de etapas más leves superarían 50 veces los de la IRCT.

En EE.UU. los pacientes menores de 20 años representarían 2% del total de los pacientes en IRCT, con un aumento de 32% desde 1990. Esto contrasta con un aumento global de 126% de toda la población con IRCT.

La IRCT en niños constituye un desafío al sistema de salud que debe resolver los problemas de la función renal de un organismo en crecimiento y desarrollo.

Datos de incidencia y prevalencia en Italia (Italkid Project) muestran una incidencia de IRC preterminal (clearance de creatinina <75 ml/min/1,73 m²) de 12,1 casos por año por millón de niños y adolescentes menores de 20 años con una prevalencia de 74,7 en la misma población.

Datos de Suecia obtenidos en pacientes de 6 meses a 16 años con IRC más severa (clearance de creatinina <30 ml/min/1,73 m²) reportan una incidencia de 7,7 anual y 27 de prevalencia por millón de niños.

En Uruguay la incidencia de IRCT (clearance de creatinina <15 ml/min/1,73 m²) sería de 10 casos por millón de niños y adolescentes menores de 19 años con una prevalencia de aproximadamente 60 por millón (datos del año 2003 de la gráfica del trabajo). Estos porcentajes son similares a los reportados para Canadá, Finlandia y España (Cataluña) en lo que respecta a incidencia y a Canadá, Escocia y Nueva Zelanda en la prevalencia.

Los 2/3 de los pacientes en EE.UU. y en Italia son varones. Esto reflejaría la mayor frecuencia de uropatías obstructivas, displasia renal, síndrome de Prune Belly en el sexo masculino.

En lo que respecta a la raza, la IRCT es dos veces mayor en la raza negra.

En lo que respecta a la etiología, datos de EE.UU. reportan como causas más frecuentes las uropatías obstructivas: 24%, hipoplasia-displasia renal: 18%, nefropatía por reflujo vesicoureteral: 8%, nefropatías heredi-

tarias: 10%. La incidencia de glomerulopatías aumenta en los mayores de 12 años. La hialinosis segmentaria y focal (HSF) es responsable de 8,7% de los casos de IRCT mientras que todas las otras glomerulopatías contribuyen a cerca del 10% de los casos.

El registro japonés reporta una mayor incidencia de casos secundarios a glomerulopatías; 60% de HSF, 7% de nefropatía IgA.

Las nefropatías hereditarias son más frecuentes en países donde es común la consanguineidad (Irán, Jordania, etcétera).

En lo que respecta a la progresión de la enfermedad, ésta es más lenta en casos de uropatías y trastornos congénitos del desarrollo renal que en las glomerulopatías.

La progresión está también influenciada por factores nocivos como la obesidad, hipertensión, proteinuria que pueden ser modificables con el tratamiento.

La pubertad constituye un momento crítico para pacientes con IRC dado que en este período se observa una brusca declinación de la función renal. Esto obedecería a un desbalance entre la masa renal funcionante y el aumento rápido de la masa corporal y/o a factores hormonales.

El pronóstico de los niños con IRCT depende en gran medida de la economía y de la disponibilidad de recursos de los países.

Los países de bajos recursos tienen incidencias similares de IRCT pero con menor prevalencia y alta mortalidad en estos pacientes.

En EE.UU. el 75% de los niños con IRCT reciben un trasplante renal luego de tres años de diálisis; el 16% recibe un trasplante antes de la terapia dialítica. Similares porcentajes se encuentran en Australia y Nueva Zelanda.

En lo que respecta a la diálisis, la peritoneal es la de preferencia en niños pequeños. Es la forma de diálisis más frecuente en Finlandia, Nueva Zelanda, Escocia y EE.UU. en algunas estadísticas. Sin embargo la hemodiálisis es la forma más común de diálisis en pacientes menores de 19 años en la mayoría de los países.

Con respecto al pronóstico, si bien la sobrevida de niños y adolescentes con IRCT en diálisis o con tras-

plante renal ha mejorado sustancialmente en los últimos 40 años la sobrevida global a 10 años es de 80%.

La mortalidad es menor en niños con IRCT que en adultos. Los lactantes tienen mayor mortalidad que los niños mayores.

La diálisis está asociada a una mayor mortalidad respecto al trasplante renal. Si se analiza la sobrevida a los 5 años ésta es de 92% en los pacientes trasplantados con respecto al 81% de los pacientes en diálisis.

Como se señala en el artículo, las uropatías constituyen una causa muy frecuente de IRC. El diagnóstico temprano de las mismas con ecografía prenatal y posnatal en los casos que corresponda, así como de la infección urinaria que puede, en algunos casos, ser el hilo conductor hacia la detección de uropatías y su adecuado seguimiento puede en algunos casos mejorar el pronóstico de estos pacientes. Es de gran importancia el trabajo

conjunto con el urólogo pediátrico para el estudio y resolución temprana de estos pacientes. Con respecto a la hipoplasia-displasias renales, sólo podrán tratarse los factores de progresión de la enfermedad renal y descartar las uropatías asociadas.

Asimismo, el diagnóstico y tratamiento oportuno de las glomerulopatías disminuirá en algunos casos la incidencia de IRCT.

En los pacientes con IRC deben tratarse los factores de progresión de la enfermedad renal como hipertensión arterial, obesidad, proteinuria, dislipemias.

El trasplante renal es la mejor forma de sustitución de la función renal, por lo que deben instrumentarse los mecanismos para aumentar el número de los mismos.

Mientras éste no se realice, la diálisis es de acceso universal en nuestro país al igual que en países más desarrollados.

*Dra. Marina Caggiani
Ex Prof. Adjunto de Pediatría. Nefrólogo*