

ARTIGO ORIGINAL

ASPECTOS CLÍNICO-PATOLÓGICOS DE PACIENTES SUBMETIDOS À BIÓPSIA RENAL¹

CLINICAL AND PATHOLOGICAL ASPECTS OF PATIENTS SUBMITTED TO RENAL BIOPSY¹

Maria de Jesus Rodrigues de FREITAS² e Rafael Teixeira RIBEIRO³

RESUMO

Objetivo: analisar os aspectos clínico-patológicos de pacientes submetidos à biópsia renal. **Método:** realizado um estudo transversal de prevalência de 64 prontuários de pacientes submetidos à biópsia renal, período de julho de 1999 a junho de 2005, atendidos no Ambulatório de glomerulopatias do Hospital Ophir Loyola. Dados a respeito de idade, sexo, histopatologia e parâmetros no ato da indicação da biópsia renal como: pressão arterial, exame de urina e creatinina sérica coletados em protocolo próprio e submetidos à análise estatística pelo Teste Qui-quadrado, com a utilização do software Biostat 3.0 e Excel 7.0 para Windows 98, sendo a hipótese de nulidade ao nível de 5% ($p < 0,05$). **Resultados:** predominaram pacientes do sexo feminino (62,5%) entre 2^a e 4^a décadas (46,88%). Nefrite lúpica foi o diagnóstico mais encontrado (25%), com predomínio da Classe IV (56,25%), seguido da glomerulonefrite membranosa entre as glomerulopatias primárias (20,31%). **Conclusão:** houve predomínio do sexo feminino, entre 2^a e 4^a décadas, e o diagnóstico histopatológico de nefrite lúpica classe IV e glomerulonefrite membranosa.

DESCRITORES: Biópsia renal, glomerulopatia, glomerulonefrite.

INTRODUÇÃO

As glomerulopatias são uma das principais causas de insuficiência renal crônica no mundo¹.

No Brasil, em 1997, as doenças glomerulares foram as causas mais freqüentes de insuficiência renal crônica terminal, e responderam por 27,5% dos pacientes que receberam terapia renal substitutiva².

As nosologias glomerulares formam um grupo de grande diversidade etiológica e podem ser tanto de comprometimento renal primário como secundário³. Não obstante, os seus sinais e sintomas se demonstram de muitas formas, desde proteinúria e hematúria assintomáticas, até o aparecimento abrupto de insuficiência renal oligúrica⁴.

Em determinados casos, a avaliação histopatológica do tecido renal é o método de investigação capaz de estabelecer o diagnóstico definitivo das doenças glomerulares³. Além disso, as informações obtidas através de biópsias renais não identificam apenas o diagnóstico específico, como também, permitem demonstrar o grau de extensão e de atividade da doença de base, possibilitando decidir a melhor conduta terapêutica para o caso⁵.

Recebido em 10.03.2006 - Aprovado em 27.09.2006

¹ Trabalho realizado no Ambulatório de Glomerulopatias do Hospital Ophir Loyola (HOL).

² Professora Adjunta da Disciplina de Clínica Médica da Universidade do Estado do Pará - UEPA.

³ Graduando do Curso de Medicina da Universidade do Estado do Pará - UEPA.

Algumas regiões brasileiras já apresentam serviços com registros de doenças glomerulares, como é o caso do Registro Paulista de Glomerulopatias⁶. No entanto, essa não é a realidade de todas as regiões brasileiras, inclusive do Pará.

OBJETIVO

Analizar os aspectos clínico-patológicos de pacientes submetidos à biópsia renal.

MÉTODO

Estudo transversal de prevalência, período de julho de 1999 a junho de 2005, no ambulatório de glomerulopatias do Hospital Ophir Loyola. A população estudada consistiu de pacientes de qualquer sexo e idade e submetidos à biópsia renal, de acordo com os critérios de indicação das Diretrizes Brasileiras de Glomerulopatias em Adultos da Sociedade Brasileira de Nefrologia⁷. Pesquisados 64 prontuários e laudos de biópsias renais, do Departamento de Arquivo Médico e Estatístico, analisados e preenchidos em protocolo próprio.

Incluiu-se no estudo pacientes com prontuários devidamente preenchidos com dados de identificação, história clínica, exame físico, exames complementares, incluindo laudos de biópsia com leitura por microscopia óptica e microscopia de imunofluorescência.

Consideraram-se valores de normalidade para creatinina sérica de 0,8 a 1,3 mg/dL para homens e de 0,6 a 1,0 mg/dL para mulheres⁸.

Considerou-se proteinúria a presença de albuminúria no exame urina rotina. Os pacientes que apresentavam proteinúria, realizaram a pesquisa de proteinúria em urina de 24 horas, onde valores abaixo de 150 mg/dia foram considerados normais, de 150 a 3000 mg/dia proteinúria subnefrótica, e maiores que 3000 mg/dia proteinúria nefrótica⁸.

Como critério para hematúria, levou-se em consideração a presença de 3 ou mais hemácias no exame de urina rotina⁸.

Portador de hipertensão arterial sistêmica foi considerado todo paciente com história mórbida pregressa ou que apresentava valores pressóricos arteriais maiores que 139 mmHg para a pressão sistólica e 89 mmHg para a diastólica⁹.

RESULTADOS

TABELA I – Pacientes com diagnóstico histopatológico atendidos no ambulatório de glomerulopatias do Hospital Ophir Loyola, período de julho de 1999 a junho de 2005, segundo a faixa etária.

FAIXA ETÁRIA	Feminino		Masculino	
	Nº	%	Nº	%
≤ 10 anos	1	1,56	1	1,56
11 a 20 anos	12	18,75	5	7,81
21 a 30 anos	8	12,5	9	14,06
31 a 40 anos	10	15,63	5	7,81
41 a 50 anos	4	6,25	3	4,69
≥ 51 anos	5	7,81	1	1,56
TOTAL	40	62,5	24	37,5

Fonte: Protocolo de pesquisa.

p>0,05 (Qui-quadrado)

TABELA II – Diagnósticos histopatológicos dos pacientes atendidos no ambulatório de glomerulopatias do Hospital Ophir Loyola, período de julho de 1999 a junho de 2005.

DIAGNÓSTICO	Pacientes	
	Nº	%
Nefrite lúpica	16	25
Glomerulopatia membranosa (GNM)	13	20,31
Glomerulosclerose segmentar e focal (GESF)	7	10,94
Glomerulonefrite membranoproliferativa (GNMP)	3	4,69
Nefropatia IgA	2	3,13
Arterioesclerose	2	3,13
Vasculites renais	1	1,56
Outros*	4	6,25
Indeterminado	16	25
TOTAL	64	100

Fonte: Protocolo de pesquisa.

p<0,000001 (Qui-quadrado)

* 1 caso de síndrome hemolítico-urêmica; 1 caso de necrose tubular aguda; 2 casos de nefrite túbulo-intersticial.

As amostras de tecido foram submetidas ao estudo por microscopia óptica e por imunofluorescência. O material para estudo por microscopia óptica foi submetido à fixação em líquido Bouin, processado para inclusão em parafina e, posteriormente, corado pelo método de hematoxilina-eosina e prata. Quanto ao material com fins de estudo por imunofluorescência direta, este foi submetido a cortes por congelação em criostato e incubado com anti-soros conjugados e fluoresceinados, antimunoglobulinas humanas A, G e M, cadeias leves Kappa e Lambda, frações C1q e C3d do complemento e fibrinogênio.

Os pacientes que apresentaram diagnóstico de nefrite lúpica foram classificados em classe I, classe II, classe III, classe IV, classe V, classe VI e mista de acordo com a classificação da nefropatia lúpica da Organização Mundial de Saúde, modificada em 1994¹⁰.

Todos os dados foram submetidos à análise estatística com a aplicação do Teste Qui-quadrado, sendo a hipótese de nulidade ao nível de 5% ($p < 0,05$). Utilizou-se o software Biostat 3.0 e a planilha eletrônica Excel 7.0 para Windows 98.

TABELA III – Diagnóstico histopatológico dos pacientes atendidos no ambulatório de glomerulopatias do Hospital Ophir Loyola, período de julho de 1999 a junho de 2005, segundo sexo e faixa etária.

DIAGNÓSTICO	Feminino		Masculino		≤ 10 anos		11 a 20 anos		21 a 30 anos		31 a 40 anos		41 a 50 anos		≥ 51 anos	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nefrite lúpica	12	75	4	25	0	0	7	43,75	6	37,5	3	18,75	0	0	0	0
GNM	6	46,15	7	53,85	0	0	3	23,08	5	38,46	2	15,38	1	7,69	2	15,38
GESF	4	57,14	3	42,86	0	0	3	42,86	2	28,57	1	14,29	1	14,29	0	0
GNMP	2	66,67	1	33,33	0	0	0	0	2	66,67	0	0	0	0	1	33,33
Nefropatia IgA	1	50	1	50	0	0	0	0	1	50	1	50	0	0	0	0
Arterioesclerose	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	50	1	50
Vasculites renais	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0
Outros	1	25	3	75	1	25	0	0	0	0	2	50	1	25	0	0
Indeterminado	12	75	4	25	1	6,25	4	25	1	6,25	6	37,5	2	12,5	2	12,5
TOTAL	40		24		2		17		17		15		7		6	

Fonte: Protocolo de pesquisa.

p>0,05 (Qui-quadrado)

TABELA IV – Classificação da nefrite lúpica de acordo com a Organização Mundial da Saúde¹⁰ nos pacientes atendidos no ambulatório de glomerulopatias do Hospital Ophir Loyola, período de julho de 1999 a junho de 2005.

NEFRITE LÚPICA	Pacientes	
	Nº	%
Classe I	0	0
Classe II	1	6,25
Classe III	0	0
Classe IV	9	56,25
Classe V	2	12,50
Classe VI	1	6,25
Classe Mista	3	18,75
TOTAL	16	100

Fonte: Protocolo de pesquisa.

p=0,007 (Qui-quadrado)

TABELA V – Diagnósticos histopatológicos dos pacientes atendidos no ambulatório de glomerulopatias do Hospital Ophir Loyola, período de julho de 1999 a junho de 2005, segundo a presença de hematúria, de hipertensão arterial, de elevação dos valores da creatinina sérica e de proteinúria.

DIAGNÓSTICO	HEMATÚRIA				HIPERTENSÃO ARTERIAL				CREATININA SÉRICA				PROTEINÚRIA			
	Sim		Não		Sim		Não		Elevada		Normal		Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nefrite lúpica	15	93,75	1	6,25	12	75	4	25	11	68,75	5	31,25	15	93,75	1	6,25
GNM	6	46,15	7	53,85	6	46,15	7	53,85	3	23,08	10	76,92	13	100	0	0
GESF	4	57,14	3	42,86	1	14,29	6	85,71	2	28,57	5	71,43	7	100	0	0
GNMP	3	100	0	0	2	66,67	1	33,33	2	66,67	1	33,33	3	100	0	0
Nefropatia IgA	2	100	0	0	1	50	1	50	1	50	1	50	2	100	0	0
Arterioesclerose	1	50	1	50	2	100	0	0	1	50	1	50	1	50	1	50
Vasculites renais	1	100	0	0	1	100	0	0	1	100	0	0	1	100	0	0
Outros	2	50	2	50	1	25	3	75	4	100	0	0	3	75	1	25
Indeterminado	9	56,25	7	43,75	6	37,5	10	62,5	7	43,75	9	56,25	14	87,5	2	12,5
TOTAL	43		21		32		32		32		32		59		5	

Fonte: Protocolo de pesquisa.

p>0,05 (Qui-quadrado)

TABELA VI –Diagnósticos histopatológicos dos pacientes atendidos no ambulatório de glomerulopatias do Hospital Ophir Loyola, período de julho de 1999 a junho de 2005, segundo a proteinúria em urina de 24 h.

DIAGNÓSTICO	PROTEINÚRIA DE 24 HORAS									
	Normal		< 1 g		Subnefrótica		> 1 g		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nefrite lúpica	1	7,69	11	84,62	1	7,69	0	0	13	100
GNM	0	0	8	66,67	2	16,67	2	16,67	12	100
GESF	1	14,29	4	57,14	1	14,29	1	14,29	7	100
GNMP	0	0	2	66,67	1	33,33	0	0	3	100
Nefropatia IgA	0	0	0	0	2	100	0	0	2	100
Arterioesclerose	0	0	1	100	0	0	0	0	1	100
Vasculites renais	0	0	0	0	0	0	1	100	1	100
Outros	0	0	1	100	0	0	0	0	1	100
Indeterminado	1	7,14	11	78,57	1	7,14	1	7,14	14	100
TOTAL	3	38		8		5			54	

Fonte: Protocolo de pesquisa.

p>0,05 (Qui-quadrado)

Observação: Dentre os pacientes que apresentaram proteinúria ao exame de pesquisa de elementos anormais e sedimento na urina, 5 não realizaram proteinúria em urina de 24 horas.

DISCUSSÃO

Os pacientes mais, freqüentemente, biopsiados foram mulheres entre a segunda e quarta décadas de vida (Tabela I). Isso poderia ser explicado pelo fato de ter sido o diagnóstico de nefrite lúpica o mais encontrado (Tabela II), pois, sabe-se que o lúpus eritematoso sistêmico ocorre com maior freqüência neste gênero e nesta idade¹¹. Dados semelhantes, também, observaram-se no Registro Paulista de Glomerulopatias⁹, podendo refletir assim a importância desta doença em nosso país, que já chegou a 8,7 casos por 100.000 habitantes na cidade de Natal – Rio Grande do Norte¹². Além disso, quando analisadas as glomerulopatias secundárias, trabalhos demonstram ser a nefrite lúpica o achado histopatológico predominante^{13,14,15,16}.

Entre os pacientes com nefrite lúpica, 75% eram do sexo feminino (Tabela III) e mais de 80% se encontravam na segunda e terceira décadas de vida (Tabela III) concordando, assim, com os dados da literatura^{12,17}. Quando classificada a nefrite lúpica entre os seus tipos histológicos, a classe IV demonstrou ser a mais freqüente com cerca de 56% (Tabela IV), como tem sido relatado em outros estudos¹⁷. Este predomínio poderia ser explicado por critérios de seleção, nos quais a biópsia renal, um procedimento invasivo, teria sido realizada naqueles pacientes mais graves ou na expectativa de os dados histológicos auxiliarem na tomada de decisão. Reforçando esta consideração temos o fato de 93% dos pacientes terem cursado com hematúria e proteinúria e mais de dois terços terem apresentado hipertensão arterial e elevação da creatinina sérica (Tabela V).

De modo geral, o predomínio da classe IV, reconhecidamente a forma mais grave, junto com

hipertensão arterial, elevação nos níveis séricos de creatinina plasmática e proteinúria mostra o perfil dos pacientes estudados e o quanto é desfavorável o prognóstico dos mesmos, uma vez que, esses fatores estão relacionados com maior tendência a um desfecho com desenvolvimento de insuficiência renal crônica terminal¹⁷.

Quanto às glomerulopatias primárias, a nefropatia membranosa foi o diagnóstico predominante (Tabela II) e mais freqüente na segunda e terceira décadas de vida (Tabela III). No entanto, esses dados não concordam com os achados da literatura que, ao avaliarem as glomerulopatias primárias, mostram a glomerulonefrite membranosa em segundo lugar^{6,18,19,20,21} e em idades a partir da quinta década de vida²², inclusive sendo considerada a principal em idosos^{18,20}.

Os pacientes com diagnóstico de glomerulonefrite membranosa, em sua maioria, foram do sexo masculino (Tabela III) e não demonstraram sinais de hematúria, hipertensão arterial e elevação nos níveis séricos de creatinina (Tabela V), da mesma forma que se observa na literatura, excetuando-se a hipertensão arterial que costuma ser encontrada em cerca de 70% dos casos²³.

A glomerulonefrite membranosa se apresentou com proteinúria tanto no exame de urina rotina (Tabela V), quanto na sua quantificação em urina de 24 horas (Tabela VI), com exceção de 1 paciente que não realizou este último exame. Desses pacientes, 83,34% apresentaram proteinúria subnefrótica, cuja freqüência esperada é de apenas 15%, pois, sabe-se que a apresentação clínica dessa nosologia é predominantemente, com síndrome nefrótica²³. Deve-se levar em consideração que muitos pacientes quando

chegam ao ambulatório do hospital, apresentam história prévia de internação com quadro clínico exuberante, inclusive síndrome nefrótica, e, até mesmo, sob tratamento.

Nos últimos 50 anos, a nefropatia membranosa foi considerada a causa mais comum de síndrome nefrótica idiopática em adultos²⁴. Atualmente, mesmo, ainda, sendo uma das principais causas de síndrome nefrótica em adultos^{13,16}, alguns trabalhos mostram que ela vem perdendo lugar para a glomerulosclerose segmentar e focal^{9,21,25}. Embora, hipóteses como a exposição ambiental ou infecção vírica²⁵ tentem explicar esse crescimento, a verdadeira razão para esse aumento permanece desconhecida.

Apesar de trabalhos mostrarem este crescimento no que diz respeito a glomerulosclerose segmentar e focal, não se observou seu predomínio, nem tão pouco da nefropatia por IgA que juntas não chegaram nem a 15% dos casos (Tabela II). No entanto, em alguns países da América, como os Estados Unidos^{19,25} e Brasil²¹, a glomerulosclerose segmentar e focal é apontada como o achado mais frequente, enquanto que, na Europa^{13,18} e na Ásia¹⁴, a atenção é para a nefropatia por IgA a qual chega a ser considerada a glomerulopatia primária mais comum no mundo²⁶. Fatores ambientais e étnicos podem estar implicados nos dados obtidos. Isso demonstra a importância da epidemiologia diante de estudos envolvendo glomerulopatias.

Diferenças epidemiológicas não se refletiram na apresentação clínica dos pacientes com glomerulosclerose segmentar e focal, onde se observou o predomínio de pacientes na segunda e terceira décadas de vida (Tabela III), da mesma forma que a literatura mostra maior freqüência em idades inferiores a 40 anos²³.

Apesar de proteinúria ter sido observada em todos os pacientes com glomerulosclerose segmentar e focal (Tabela V), apenas 14% a apresentaram em níveis nefróticos (Tabela VI). Proteinúria, achado tão característico, frequentemente acaba resultando em síndrome nefrótica^{23,27}. Essa discordância com a literatura com predomínio de pacientes com proteinúria subnefrótica pode ser vista positivamente porque se sabe que níveis maiores que 3 gramas por dia de proteinúria estão relacionados com progressão para insuficiência renal terminal em 50% dos casos em 6 a 8 anos²⁷.

A literatura mostra que cerca de metade dos pacientes com glomerulosclerose segmentar e focal cursam com hematúria e hipertensão arterial, contudo, neste estudo, isto foi verdade apenas para hematúria (Tabela V). Pressão arterial e creatinina sérica em níveis

normais (Tabela V) foram observados e, geralmente, guardam relação com a perda da função renal quando elevados^{4,23}.

Embora apenas dois pacientes tenham sido diagnosticados com nefropatia por IgA, esses se apresentaram com idades na terceira e quarta décadas de vida (Tabela III), mais hematúria (Tabela V) e proteinúria subnefrótica maior que 1g nas 24 horas (Tabela VI), concordando com o exposto pela literatura^{23,26}. No entanto, um dos pacientes, do sexo masculino (Tabela III), apresentou hipertensão arterial e elevação nos níveis séricos de creatinina (Tabela V) os quais já estão bem estabelecidos como fatores de mal prognóstico para o desenvolvimento futuro de insuficiência renal crônica terminal em cerca de 20 a 30% dos casos em 20 anos^{4,23,26}.

Considerando as glomerulonefrites membrano-proliferativa e pós-infecciosa, percebe-se que a primeira foi infreqüente, respondendo por apenas 4,69% dos casos, e a segunda foi ausente (Tabela II). O que poderia justificar a ausência de casos de glomerulonefrite pós-infecciosa, seria o seu curso frequentemente benigno no qual não está indicada biópsia renal³. Trabalhos realizados na Europa mostraram uma diminuição da incidência dessas doenças^{13,18,20,28} que poderia ser explicada pela diminuição das infecções causadas por estreptococos, em virtude de melhores condições de vida e de saúde pública²⁸. O conhecimento da relação de infecções estreptocócicas na gênese destas glomerulonefrites²⁴ reforça essa possibilidade. No entanto, no Brasil, apesar da glomerulonefrite pós-infecciosa ter declinado, o mesmo não se observou com a glomerulonefrite membrano-proliferativa que continua prevalente²¹.

Da mesma maneira que demonstra a literatura²³, a ocorrência da glomerulonefrite membrano-proliferativa em pacientes do sexo feminino com menos de 30 anos, também, foi observada (Tabela III). Apesar da ocorrência de síndrome nefrótica ser referida em cerca de 50 a 70% dos casos^{23,24}, todos os pacientes estudados apresentaram proteinúria em níveis subnefróticos (Tabela VI). Proteinúria subnefrótica está relacionada a u' a melhor sobrevida em 85% dos casos, contrastando com apenas 40% dos pacientes nefróticos²⁴. Os achados de hematúria e elevação nos níveis tensionais e de creatinina sérica entre pacientes com glomerulonefrite membrano-proliferativa são freqüentes^{23,24}, o que poderia justificar o predomínio dessas alterações nos pacientes estudados (Tabela V).

A doença arteriosclerótica renal foi responsável por menos de 4% dos casos (Tabela II) e em todos estes ocorreram em idades superiores aos 40 anos (Tabela

III) e com hipertensão arterial (Tabela V). Essa doença é responsável por uma pequena porcentagem de biópsias, quando comparada à população em geral estudada, chegando apenas 3 a 5% dos casos^{13,14}. No entanto, se confrontada com a idade, passa a ser freqüente à medida que esta aumenta, mostrando, assim, a sua relação com o envelhecimento e doenças crônicas como hipertensão arterial¹³ o que poderia justificar os dados observados neste trabalho. Embora o comprometimento glomerular nessas doenças com hematúria, elevação nos níveis séricos de creatinina e proteinúria sejam freqüentes²⁹, o mesmo não ocorreu no estudo no que se refere a um dos dois pacientes com arterioesclerose (Tabela V).

As vasculites renais não são freqüentemente observadas nos estudos da literatura, representando cerca de 0,6 a 12% dos casos^{14,15}. Observou-se apenas um caso de vasculite renal (Tabela II), o qual apresentava idade superior a 40 anos (Tabela III) e alteração em todos os parâmetros estudados (Tabela V), inclusive com proteinúria em níveis nefróticos (Tabela VI). A literatura demonstra que pacientes com esta doença se encontram em idades a partir da quinta e sexta décadas de vida^{4,10} e apresentam hematúria, hipertensão arterial, creatinina sérica elevada e proteinúria de 1 a 3 gramas em 24 horas¹⁰, mostrando que o único paciente do estudo apresentou um quadro típico com todas as alterações glomerulares.

Na literatura, a doença de lesão mínima é considerada uma das principais causas de síndrome nefrótica, tanto em crianças²³ como em adultos^{15,24}, chegando a ser a glomerulopatia mais freqüente na Coréia¹⁵. Entretanto, não foram observados casos desta doença no presente estudo. Isso poderia ser explicado pela metodologia utilizada na qual os critérios histopatológicos do estudo não incluíram a microscopia eletrônica para estabelecimento dos diagnósticos, o que dificilmente demonstraria a lesão ultra-estrutural desta doença²⁴.

Pode-se levantar a hipótese de alguns pacientes com diagnóstico indeterminado serem portadores de doença de lesão mínima, quando se observa que 87,5% destes pacientes apresentaram proteinúria e níveis tensionais normais (Tabela V)²³. Outra possível hipótese para os casos indeterminados seria a doença da membrana fina que, também, poderia estar entre os diagnósticos diferenciais, uma vez que justificaria o predomínio de proteinúria subnefrótica (Tabela VI), hematúria e função renal normal (Tabela V) em alguns destes casos³⁰. Estes pacientes com diagnóstico indeterminado chegaram a representar 25% dos casos estudados, o que foi alto quando comparado a menos de 6% de outros trabalhos^{14,16}.

Essa elevada freqüência de diagnósticos indeterminados, chegando a serem tão freqüentes quanto ao diagnóstico de nefrite lúpica, o mais encontrado, leva à necessidade de maior investimento em métodos diagnósticos complementares, como a microscopia eletrônica, para se tentar diminuir esses números.

Neste estudo apenas o diagnóstico histopatológico geral e o específico dos pacientes com nefrite lúpica em suas classes foram estatisticamente significantes, enquanto que os demais dados e cruzamentos não o foram, possivelmente, em virtude do pequeno número de pacientes que constituíram a casuística.

CONCLUSÃO

Os pacientes submetidos à biópsia renal no Ambulatório de Glomerulopatias do Hospital Ophir Loyola são predominantemente do sexo feminino, entre a segunda e a quarta décadas de vida, com o diagnóstico histopatológico de nefrite lúpica classe IV e glomerulonefrite membranosa.

SUMMARY

CLINICAL AND PATHOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS SUBMITTED TO RENAL BIOPSY

Maria de Jesus Rodrigues de FREITAS e Rafael Teixeira RIBEIRO

Objective: to establish the clinical and pathological profile of patients submitted to renal biopsy. **Method:** a transversal study of 64 handbooks of patients submitted to renal biopsy in the period of July, 1999 until June, 2005 and assisted at the glomerulopathies ambulatory of the Ophir Loyola Hospital was carried through. Data including age, sex, histopathologic diagnosis and blood pressure, urine exam and serum creatinine at the time of indication of renal biopsy were analysed by the Qui-square Test using the software Biostat 3.0 and Excel 7.0 for Windows 98 with $p < 0,05$. **Results:** patients were predominantly females (62,5%) between the second and fourth decades (47%). Lupus nephritis was the most predominant diagnosis (25%), specially Class IV (56,25%), followed by membranous glomerulonephritis (20,31%). **Conclusion:** patients submitted to renal biopsy at the glomerulopathies ambulatory of the Ophir Loyola Hospital are predominantly females between the second and fourth decades with histopathologic diagnosis of lupus nephritis class IV and membranous glomerulonephritis.

KEY WORDS: Renal biopsy, glomerulopathy, glomerulonephritis.

REFERÊNCIAS

01. RIELLA, MC; PECOITS-FILHO, R. Insuficiência Renal Crônica: fisiopatologia da uremia. In: RIELLA, MC. *Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletróicos*. 4^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;p.961-90,2003.
02. NORONHA, IL; SCHOR, N; COELHO, SN; JORGETTI, V; ROMÃO, J; ZATZ, R; BURDMANN, E. Nephrology, dialysis e transplantation. *Nephrol Dial Transplant* 1997;12:2234-43.
03. SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Diagnóstico e classificação. *J Bras Nefrol* 2005;26(1-Supl.1):4-5.
04. APPEL, GB. Doenças glomerulares. In: CECIL. *Tratado de medicina interna*. 22^a ed. São Paulo: Elsevier;p.839-48,2005.
05. CASTELLANOS, FR; ACOSTA, JH. ¿Es realmente necesaria la biopsia renal en la práctica clínica actual? *Rev Invest Clin* 2000; 52(2):111-2.
06. REGISTRO PAULISTA DE GLOMERULOPATIAS. Resultados do ano de 2003. Disponível em: <<http://www.sonesp.org.br/rpg/index.html>>. Acessado em 20 de agosto de 2005.
07. SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Indicações de biópsia renal em glomerulopatias. *J Bras Nefrol* 2005;26(1-Supl.1):6.
08. RIELLA, MC; PACHALY, MA; ZUNINO, D. Avaliação clínica e laboratorial da função renal. In: RIELLA, MC. *Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletróicos*. 4^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;p.267-93,2003.
09. SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol* 2004;82(Supl.4):7-22.
10. BARROS, RT; WORONIK, V; PRADO, EBA; ANTUNES, I. Glomerulopatias secundárias. In: RIELLA, MC. *Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletróicos*. 4^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;p.424-49,2003.
11. SCHUR, PH. Lúpus eritematoso sistêmico. In: CECIL. *Tratado de medicina interna*. 22^a ed. São Paulo: Elsevier;p.1937-47,2005.
12. VILAR, MJP; RODRIGUES, JM; SATO, EI. Incidência de lúpus eritematoso sistêmico em Natal, RN – Brasil. *Rev bras reumatol* 2003;43(6):347-51.
13. RIVERA, F; LÓPEZ-GÓMEZ, JM; PÉREZ-GARCÍA, R. Clinicopathologig correlations of renal pathology in Spain. *Kidney Int* 2004;66:898-904.
14. LI, LS; LIU, ZH. Epidemiologic data of renal diseases from a single unit in China: analysis based on 13.519 renal biopsies. *Kidney Int* 2004;66:920-23.
15. CHOI, IJ; JEONG, HJ; HAN, DS; LEE, JS; CHOI, KH; KANG, SW; et. al. An analysis of 4.514 cases of renal biopsies in Korea. *Yonsei Med J* 2001;42(2):247-54.
16. YAHYA, TM; PINGLE, A; BOOBES, Y; PINGLE, S. Analysis of 490 kidney biopsies: data from the United Arab Emirates renal diseases registry. *J Nephrol* 1997;11:148-50.
17. MEDEIROS, MMC; HOLANDA, FFN; MOTA, RS; PATROCÍNIO, RMV; CONRAD, FM; LIMA, GRM. Análise de 95 biópsias renais de pacientes com nefrite lúpica: correlação clínico-histológica e fatores associados a insuficiência renal crônica. *Rev Bras Reumatol* 2004; 44(4):268-76.
18. SIMON, P; RAMÉE, MP; AUTULY, V; LARUELLE, E; CHARASSE, C; CAM, G; ANG, KS. Epidemiology of primary glomerular diseases in a French region. Variations according to period and age. *Kidney Int* 1994;46:1192-8.
19. BRADEN, GL; MULHERN, JG; O'SHEA, MH; NASH, SV; UCCI, AA; GERMAIN, MJ. Changing incidence of glomerular diseases in adults. *Am J Kidney Dis* 2000;35:878-83.
20. STRATTA, P; SEGOLONI, P; CANAVESE, C; SANDRI, L; MAZZUCCO, G; ROCCATELLO, D; et. al. Incidence of biopsy-proven primary glomerulonephritis in an Italian province. *Am J Kidney Dis* 1996;27:631-9.
21. OLIVEIRA, MB; SALDANHA, LB; MOTA, ELA; PENNA, DO; BARROS, RT; ROMÃO JÚNIOR, JE. Primary glomerular diseases in Brazil (1979-1999): is the frequency of focal and segmental glomerulosclerosis increasing? *Clin Nephrol* 2004;61(2):90-7.

22. VIERO, R; SOARES, V. Nefropatia membranosa: estudo clínico-morfológico de 28 pacientes. *J Bras Nefrol* 2002;24(4):161-7.
23. CARVALHO, MFC; FRANCO, MF; SOARES, VA. Glomerulonefrites primárias. In: RIELLA, MC. *Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletroíticos*. 4^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; p.402-23, 2003.
24. GLASSOCK, RJ; COHEN, AH; ADLER, SG. Primary glomerular diseases. In: BRENNER, BM. *The kidney*. 5^a ed. Philadelphia: Saunders;p.1392-497,1996.
25. HAAS, M; MEEHAN, SM; KARRISON, TG; SPARGO, BH. Changing etiologies of unexplained adult nephrotic syndrome: a comparison of renal biopsy findings from 1976-1979 and 1995-1997. *Am J Kidney Dis* 1997;30:621-31.
26. DONADIO, JV; GRANDE, JP. IgA nephropathy. *N Eng J Med* 2002;347:738-48.
27. KORBET, SM. Primary focal segmental glomerulosclerosis. *J Am Soc Nephrol* 1998;9(7):1333-40.
28. DI BELGIOJOSO, GB; BARONI, M; PAGLIARI, B; LAVAGNI, MG; PORRI, MT; BANFI, G; *et. al.* Is membranoproliferative glomerulonephritis really decreasing? *Nephron* 1985;40:380-1.
29. SUASSUNA, JHR; FARIA, RA; GOMES, CP. Doenças vasculares dos rins. In: RIELLA, MC. *Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletroíticos*. 4^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;p.519-36,2003.
30. ALVES, MAR. Glomerulopatias hereditárias. In: SOARES, V; ALVES, MAR; BARROS, RT. *Glomerulopatias: patogenia, clínica e tratamento*. São Paulo: Sarvier;p.219-26,1999.

Endereço para correspondência:

Rafael Teixeira Ribeiro
Trav. Apinagés, 630 – apto 802.
Batista Campos, Belém-PA.
CEP: 66033-170.
E-mail: rafael.medicina@bol.com.br