

Diálisis y Trasplante

Fundada en 1979

Indexada en SCOPUS, EMBASE, Scirus, Science Direct e IME

Vol. 43, nº2. Año 2022

www.sedyt.org

SEDYT'22
TARRAGONA 05-07.05.2022
XLII Congreso Anual de la Sociedad
Española de Diálisis y Trasplante



Sociedad Española de
Diálisis y Trasplante
www.sedyt.org

www.congresosedyt.com

Tarragona, del 5 al 7 de mayo de 2022



EFFECTO DE LA TASA DE TRASPLANTE RENAL SOBRE LA TASA DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA DE LOS PACIENTES PREVALENTES EN HEMODIÁLISIS: ANÁLISIS DE LOS DATOS DEL REGISTRO DE ENFERMOS RENALES DE CATALUNYA (1997-2017)

Ramon Roca-Tey¹, Jordi Comas², Jaume Tort³

(1) Hospital de Mollet, Fundació Sanitària Mollet, Mollet del Vallès, Barcelona (2) Registre de Malalts Renals de Catalunya, Organització Catalana de Trasplantaments, Departament de Salut de Catalunya. (3) Registre de Malalts Renals de Catalunya, Organització Catalana de Trasplantaments, Departament de Salut de Catalunya.

1. RESUMEN

Objetivos: Analizar el efecto de la tasa de trasplante renal (TR) sobre la tasa de fístula arteriovenosa (FAV) de los pacientes (pts) prevalentes en hemodiálisis (HD) y la probabilidad de recibir un injerto renal (IR) según el acceso vascular para iniciar HD

Método: Datos de pts tratados con TR o HD

Resultados: La tasa de IR funcionante aumentó progresivamente de 40,5% (1997) a 57,0% (2017), pero la tasa de FAV de pts prevalentes en HD disminuyó progresivamente de 86,0% a 63,2% durante el mismo período (para ambas comparaciones, $p < 0,001$).

Características de pts prevalentes dializados 1997 vs 2017: diferencias con edad $62,6 \pm 15,3$ vs $70,3 \pm 14,2$ años, nefropatía diabética (ND) 13,2% vs 21,8% y enfermedad cardiovascular (EC) 67,6% vs 75,8% (para todas las comparaciones, $p < 0,001$).

Características de receptores de IR vs pts prevalentes con FAV o catéter tunelizado a 31-12-2017 (tasa máxima de TR): diferencias con edad $57,4 \pm 14,5$ vs $69,9 \pm 13,8$ vs $72,0 \pm 14,6$ años, ND 9,5% vs 21,7% vs 22,5%, EC 38,6% vs 74,3% vs 83,7% (para todas las comparaciones, $p < 0,001$).

Probabilidad de efectuar HD por FAV: disminuyó progresivamente al aumentar el porcentaje de pts con IR funcionante (referencia $> 55\%$): 40-45% (OR: 3,26, IC 95%: 3,05-3,48, $p < 0,001$), 45-50% (OR: 1,82, IC 95%: 1,73-1,92, $p < 0,001$) y 50-55% (OR: 1,27, IC 95%: 1,21-1,33, $p < 0,001$).

Pts incidentes en HD por FAV vs catéter: probabilidad mayor de recibir un IR (HR: 1,68, IC 95%: 1,41-2,00, $p < 0,001$).

Conclusiones: 1) El descenso temporal de la tasa de pts prevalentes con FAV podría asociarse con un deterioro progresivo del perfil clínico junto con una tasa creciente de receptores de IR. 2) La tasa anual de TR fue un factor determinante en la tasa de FAV de los pts prevalentes en HD. 3) Iniciar HD por FAV se asoció con mayor probabilidad de recibir un IR en comparación de hacerlo por catéter.

PERITONITIS SECUNDARIA A NOCARDIOSIS SISTÉMICA

Beatriz Fuentes Huertas¹, Mercedes Prats Valencia¹, Yolanda Benito Garcia¹, Maria Jose Oliete Mathieux¹, Ramon Font Font¹, Lorena Castillo Eraso¹, Lidia Florit Serra¹, Albert Martinez Vea¹, Mercè Borràs Sans¹

(1) HOSPITAL UNIVERSITARI JOAN XXIII TARRAGONA

1. RESUMEN

La Nocardia es un bacilo grampositivo ramificado, de distribución universal perteneciente a la microflora del suelo; raramente ocasiona infecciones en humanos, pudiendo ocasionar infecciones oportunistas en pacientes inmunocomprometidos. La afectación inicial suele ser pulmonar con tendencia a diseminarse a sistema nervioso central y piel, siendo más infrecuentes otras localizaciones. En diálisis peritoneal, son escasos los casos descritos de peritonitis primaria por dicho patógeno, asociados en su mayoría a episodios de peritonitis previas, siendo aún más infrecuente la peritonitis secundaria a una afectación sistémica. Presentamos el caso de una paciente de 38 años con insuficiencia renal crónica secundaria a lupus eritematoso sistémico en tratamiento inmunosupresor, en diálisis peritoneal automatizada con infección multisistémica por Nocardia y peritonitis secundaria con evolución tórpida a pesar de tratamiento.

IMPLEMENTACIÓN DE LA CONSULTA DE PREPERITONEAL COMO MEDIDA FAVORECEDORA ENTRE ELECCIÓN DE DIÁLISIS PERITONEAL Y SU INICIO

Lissett Pulido¹, Mercedes Prats Valencia¹, Yolanda Benito Garcia¹, Ramon Font Font¹, Natalia Veciana¹, Paola Irene Alfonso¹, Mercè Borràs Sans¹

(1) HOSPITAL UNIVERSITARI JOAN XXIII TARRAGONA

1. RESUMEN

Objetivo: Analizar si el control del paciente que ha elegido diálisis peritoneal (DP) por parte del equipo de DP favorece la entrada programada en dicha técnica.

Material y métodos: Se incluyeron pacientes en un período de 36 meses con IRC IV/V, valorados en al menos una ocasión en la consulta de nefrología. Se les realizaba una visita dual médico/enfermera que incluía anamnesis psicosocial/médica, identificando posibles criterios de barrera/contraindicaciones. Se explicaba de forma teórico/práctica in situ la técnica con resolución de dudas.

Resultados: Se realizaron 195 primeras visitas en 36 meses. 117 pacientes eligieron DP como primera opción de TRS (60%). De los 117 pacientes, en la actualidad 64 (55%) han iniciado TRS en DP tal y como habían elegido; en el 95% de los casos el inicio fue programado y en 5% (3 pacientes) se requirió inicio urgente mediante APD hospitalaria a bajos volúmenes, sin requerir hemodiálisis. El 31% (36 pacientes) aún no han requerido inicio de TRS por mantener función renal y son seguidos de forma regular en la misma consulta, manteniendo la DP como primera opción terapéutica. De la totalidad de pacientes que eligieron DP finalmente no iniciaron 14% (3 TR, 1 recuperación FR, 8 por procesos intercurrentes que contraindicaron la técnica, 2 traslados de zona y tan solo 3 pacientes cambiaron de opinión).

Conclusiones: El control precoz de los pacientes que han elegido DP como modalidad de tratamiento renal substitutivo por parte del equipo de diálisis peritoneal, favorece el inicio en dicha técnica y minimiza las pérdidas a hemodiálisis.

ESTRÓGENOS. ¿INFLUYEN EN LA SUPERVIVENCIA DE LA FÍSTULA PARA HEMODIÁLISIS?

MANUELA MORENO RAMÍREZ¹, ELISA TARRIO HERVA¹, MANUEL BENITEZ SÁNCHEZ¹, ISABEL GONZALEZ CARMELO¹:

(1) HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMENEZ.

1. RESUMEN

Introducción: Los problemas con el acceso vascular son una causa importante de morbilidad y mortalidad en pacientes con hemodiálisis. La causa principal de la disfunción del acceso vascular es la estenosis. La patogénesis de las estenosis en las fístulas se explica por el desarrollo de una hiperplasia intimal agresiva, principalmente como resultado de una proliferación del músculo liso asociada a un aumento del estrés oxidativo y a la expresión de mediadores inflamatorios y de citocinas.

Los estrógenos juegan un papel en el envejecimiento y la senectud celular mediante la regulación del tamaño de los telómeros. Algunos estudios han descrito cómo cambia el envejecimiento en las mujeres después de la menopausia.

Hemos evaluado este concepto de disminución del turn-over celular en relación a la reestenosis de la fístula en nuestras pacientes en hemodiálisis.

Material y métodos: Se trata de un estudio observacional, de cohortes prospectivo. Entre enero de 2016 y diciembre de 2017, recogimos los datos de 44 angioplastias que se realizaron en mujeres (edad media 76.8 años) en nuestro centro y las seguimos durante 12 meses. Evaluamos el tiempo de supervivencia en días hasta que se produce una nueva estenosis.

Encontramos que en las mujeres antes de la menopausia, el tiempo medio de supervivencia del acceso fue de 184 días y después de la menopausia, 254.87 días. Esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p = 0.05$)

Conclusión y discusión: Para que ocurra la estenosis del acceso vascular, es necesario que el endotelio sea metabólicamente activo ya que esta se relaciona con una hiperplasia intimal exagerada. Se ha descrito que, gracias al envejecimiento, el turn-over celular se ve disminuido o inhibido y esto podría ser un "factor protector" de las estenosis de las fístulas en nuestras pacientes después de la menopausia.

Antirretrovirales de acción directa en coinfección VIH-VHC en trasplantados renales

MANUELA MORENO RAMÍREZ¹, FLORENTINO VILLANEGO FERNÁNDEZ², LUIS ALBERTO VIGARA SANCHEZ², MARIA JOSEFA MERINO PEREZ¹, MARIA AUXILIADORA MAZUECOS BLANCA²;

(1) HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMENEZ 2) HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR

1. RESUMEN

Introducción: La coinfección por VIH y VHC es muy prevalente en los pacientes con infección VIH en nuestro medio. En los trasplantados renales (TR) coinfectados se ha descrito menor supervivencia de injerto y paciente que en TR infectados solo con VIH. La alta eficacia de los antivirales de acción directa (AAD) podría mejorar los resultados del trasplante.

Material y métodos: Analizamos la evolución de los pacientes VHC-VIH trasplantados tratados con AAD en nuestro centro.

Resultados: Desde 2001 a diciembre-2018 se realizaron 11 TR en pacientes con infección VIH. De ellos 6 (54.5%) presentaban coinfección VIH-VHC. Una paciente perdió el injerto, por causas no relacionadas con la coinfección, antes del desarrollo de los AAD, y otro ha rechazado recibir tratamiento.

Los restantes 4 casos (4 varones, edad 57,2 + 9,9 años) han recibido tratamiento. Uno de los pacientes fue tratado 18 meses previo al TR, manteniendo respuesta viral sostenida tras 25 meses postTR. Los otros 3 recibieron tratamiento ya trasplantados. Todos recibieron terapias basadas en sofosbuvir y tuvieron una respuesta positiva a las 12 semanas con negativización de la carga viral sostenida y mejoría analítica del perfil hepático.

En los 3 pacientes tratados postTR, el tiempo postTR al inicio del tratamiento con AAD fue de 8,3+ 1.9 años con un tiempo de seguimiento tras el fin del tratamiento de 40.3+10.1 meses. No fue preciso modificar el esquema inmunosupresor en ninguno aunque 2 requirieron aumento de dosis de tacrolimus de forma mantenida, ni observamos deterioro de función renal.

Todos los pacientes han mantenido buen control inmunológico y microbiológico sin cambios en el tratamiento antirretroviral.

Conclusiones: El tratamiento con AAD es seguro y eficaz, y puede ofrecer nuevas posibilidades a los pacientes con coinfección VHC-VIH.

CIERRE DE LA OREJUELA IZQUIERDA EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA

MANUELA MORENO RAMÍREZ¹, ELISA TARRIO HERVA¹, ANA LOPEZ SUAREZ¹, MANUEL BENITEZ SANCHEZ¹

(1) HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMENEZ

1. RESUMEN

Introducción: La fibrilación auricular de origen no valvular es la arritmia más frecuente en nuestro medio. Incrementa el riesgo de eventos cardioembólicos por lo que requiere tratamiento anticoagulante para prevenirlos. El tratamiento con anticoagulantes orales no está exento de problemas ya que aumenta el riesgo hemorrágico, principalmente de sangrado digestivo y cerebrovascular. El cierre percutáneo de la orejuela izquierda es una alternativa interesante para pacientes con contraindicación de anticoagulación oral.

Material y métodos: Se incluyeron los datos de 9 pacientes con FG <30, 6 en hemodiálisis (3 mujeres; media edad 71,7 años, rango 55-83) con un CHA2DS2-VASc mediana 5, media 5 y un HASBELD mediana 5, media 5.1. Todos estaban anticoagulados por FANV y se contraindicó para la anticoagulación oral por sangrado grave con alteración hemodinámica 5 ACV hemorrágicos, 3 hemorragias digestivas y 1 hematoma muscular).

Resultados: No hubo ninguna complicación cardíaca durante la implantación ni durante la estancia hospitalaria. La media de estancia hospitalaria fue 4.75 días. Al alta se valoró individualmente tratamiento antiagregante doble, único o no tratar por riesgo severo. Se realizó seguimiento con ecocardiografía transesofágica a los 6 y 12 meses, en que se documentó 1 trombo, en un único paciente que se resolvió con tratamiento anticoagulante.

En el tiempo de seguimiento, hubo 1 muerte no relacionada con el procedimiento (sepsis tras amputación dedos pie por arteriopatía ocluyente, no tromboembólico) no hubo nuevos eventos cardiovasculares ni accidentes cerebrovasculares.

Conclusiones: Los pacientes con bajo filtrado o en hemodiálisis tienen aumentado el riesgo de sangrado, trombosis y FA y un arsenal terapéutico limitado. El cierre de OI es un procedimiento eficaz y con un riesgo aceptable, pero requiere un equipo con experiencia en intervencionismo cardíaco y asocia a una curva de aprendizaje importante. Aunque nuestra experiencia es todavía corta, las perspectivas futuras son prometedoras.

Valor pronóstico de la Presión intraperitoneal

Loreley Betanocurt¹, Esther Ponz¹, Sandy Valeria Pico¹, María José Gordo¹, Fanny Rojas¹, Dolors Marquina¹, Conchita Blasco¹, Almirall Daly¹

(1) CORPORACIO SANITÀRIA PARC TAULÍ SABADELL

1. RESUMEN

Introducción: Una presión intraperitoneal (PIP) ≥ 20 cm H₂O es patológica y puede contribuir a complicaciones hemodinámicas, de pared y fallo de ultrafiltración (UF). Su relación con la mortalidad está poco estudiada.

Objetivo: Estudiar si la PIP tiene implicaciones en la mortalidad y en el fallo de la técnica.

Material y métodos: PIP en decúbito (método Durand) en enfermos incidentes, durante el primer Test de Equilibrio Peritoneal (TEP); 2010-2018. Registro de datos demográficos, antropométricos, clínicos, bioquímicos, función peritoneal. Evolución hasta trasplante renal, transferencia a Hemodiálisis y muerte.

Resultados: 98 pacientes, 75 % varones, edad media 63 ± 15 años, 43 % diabéticos, IMC 28 ± 5 kg/m², PIP media 17 ± 5 cmH₂O. Univariante: la PIP se relaciona con IMC ($R=0.62$, $p<0.001$), edad ($R=0.31$, $p<0,05$) y Diabetes ($p<0,001$). No relación con género ni TEP, aunque se observa tendencia a más fallo de UF. Multivariante: mayor IMC, mayor edad y Diabetes se asocian a más PIP.

Análisis de supervivencia (modelo regresión de Cox): relación de mortalidad con edad (HR=1.07, $p=0.008$), PIP (HR 1.12, $p=0.030$), Kt/Vs (HR=-0.42, $p=0.035$) y Fracción de Eyección (HR=-0.35, $p=0.016$). La PIP no mostró relación con supervivencia de técnica, censurada por muerte y trasplante. Si se consideraba muerte y transferencia a HD, la edad y la PIP mantenían significación (HR=1.029, $p=0.042$; y HR=1.089, $p=0.009$).

Conclusiones:

1. La edad, el IMC, la diabetes se relacionan con una PIP alta. No hay relación entre PIP y función peritoneal, pero sí tendencia a más fallo de UF.
2. En nuestra población una PIP elevada se relaciona con una mayor mortalidad, pero no con mayor fallo de la técnica considerada como transferencia a HD.

CATÉTER DE DIÁLISIS PERITONEAL POR PUNCIÓN POR NEFROLOGÍA: TÉCNICA DE TROCAR Y SELDINGER. USO EN ABDOMEN DESFAVORABLE

Esther Ponz¹, Loreley Betancourt¹, Sandy Valeria Pico¹, Ignacio Manzur¹, Estefania Rojas¹, Dolors Marquina¹, María José Gordo¹, Conchita Blasco¹, Almirall Jaume¹

(1) CORPORACIÓ SANITÀRIA PARCTAULÍ SABADELL

1. RESUMEN

Introducción: Una buena colocación del Catéter de Diálisis Peritoneal (CDP) disminuye el fallo precoz de la técnica. La colocación por punción (P) por Nefrología aumenta la autonomía. Los enfermos obesos y con cirugías abdominales previas suelen derivarse a cirugía.

Objetivo: Revisar la experiencia de la P (Trocár Y-TEC, Seldinger) por Nefrología, y su uso en enfermos con abdomen desfavorable.

Material y Método: Estudio retrospectivo de colocación de CDP desde 1995 hasta 2019. Abdomen desfavorable: IMC > 30 Kg/m² y antecedentes de cirugía abdominal. Registro: Técnica, tipo de enfermos, complicaciones agudas y función primaria.

Resultados: 228 catéteres: 118 P (64 Y-TEC, 54%; 54 Seldinger, 46%), 69,5% varones, 63±17 años, IMC 27±4 (rango 17-43) Kg/m²; y 110 Q (97 laparoscopia).

Entre 1995-1999 un 26% de los CDP se colocaron por P, mientras que en 2015-2019 fueron el 88,5%.

El porcentaje de IMC>30 Kg/m² y de cirugía abdominal previa del primer al último periodo aumentó del 0% al 24% y del 5% al 20%, respectivamente.

Complicaciones agudas: 17% Y-TEC vs 24% Seldinger (ns), solo dos severas (perforación y laceración intestinal), en su mayoría fugas y mala colocación. La tasa de función primaria fue del 92%. No hubo ninguna muerte relacionada. Factores relacionados con complicaciones precoces: Univariante, ser mujer (39% mujeres vs 12% hombres, p=0,001); Multivariante, ser mujer (OR 4,58 [IC 95% 1,8-11,7], P=0,001).

Conclusiones:

1. El uso de la Punción por Nefrología ha aumentado en los últimos años con buenos resultados y excelente función primaria del Catéter de Diálisis Peritoneal.
2. La Punción puede también utilizarse en enfermos obesos y con cirugías abdominales previas.
3. Las mujeres tienen mayor riesgo de complicaciones precoces, deberíamos considerar realizar alguna acción preventiva.

RESTRICCIÓN DEL POTASIO EN LA DIETA COMO MEDIDA PARA EL CONTROL DE LA HIPERPOTASEMIA: ¿PRESENTA REPERCUSIÓN EN LOS NIVELES SÉRICOS DE POTASIO?

Cristina Medrano Villarroja¹, Alejandro Soria Villén¹, Daniel Aladrén Gonzalvo¹, Alberto Caverní Muñoz³, Antonio Vercet Tormo², Montserrat Martínez Pineda², Cristina Yagüe Ruiz², Belen Campos Gutiérrez¹, Eduardo Parra Moncasi¹, Olga Gracia García¹, Luis Miguel Lou Arnal¹

(1) SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (2) FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y EL DEPORTE. UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA (3) NUTRICIONISTA DE ALCER

1. RESUMEN

Introducción y objetivos: La restricción dietética del potasio constituye uno de los pilares del manejo de la hiperpotasemia aunque la eficacia de las recomendaciones habituales es muy limitada, condicionando una gran restricción en la ingesta de alimentos saludables que puede alterar la calidad de vida del paciente. El objetivo de este estudio es analizar las frecuencias de consumo en nuestros pacientes de una gran variedad de productos y relacionarlos con los niveles séricos de potasio.

Material y método: Diseño: Estudio descriptivo transversal y analítico. Población a estudio: pacientes en hemodiálisis de los hospitales Miguel Servet y San Juan de Dios de Zaragoza. Los datos fueron obtenidos a través de una encuesta cualitativa sobre hábitos dietéticos (se recoge la frecuencia de consumo de 45 productos). Se incluyen variables demográficas, antropométricas y niveles séricos de potasio.

Resultados: Muestra de 72 pacientes, edad media $76,11 \pm 14$ años. No apreciamos relación entre la frecuencia de consumo de los productos analizada de forma individual y los niveles de potasio sérico. El mayor consumo verduras y legumbres no se asoció con niveles elevados de potasio. Se observa una tendencia de niveles de potasio mayores en aquellos con consumo diario de dulces, chocolate y queso fresco. Aquellos pacientes que tomaban verduras congeladas o no tomaban repostería industrial ni refrescos de cola presentaban una cifra media menor de potasio.

Conclusiones: La ingesta de alimentos clasificados como de alto contenido en potasio no parece repercutir en sus niveles séricos. Sin embargo, otros productos a priori no catalogados en este grupo pueden aumentar el aporte de este ion (a expensas del uso de aditivos), en una medida que todavía es desconocida.

IMPLEMENTACIÓN DE LA BIOPSIA RENAL ECOGUIADA EN TIEMPO REAL POR PARTE DEL NEFRÓLOGO

RAMON FONT FONT¹, ANTONI RAVENTÓS ESTELLÉ¹, MERCEDES PRATS VALENCIA¹, ALBERTO MARTÍNEZ VEA¹, MARIA MERCÈ BORRÀS SANS¹

(1) HOSPITAL UNIVERSITARI DE TARRAGONA JOAN XXIII

1. RESUMEN

Introducción: La biopsia renal es una técnica diagnóstica invasiva esencial para el diagnóstico, pronóstico y elección de un tratamiento de las patologías renales. Se decidió implementar dicha técnica realizada por parte del nefrólogo.

Objetivo: Registro del número de biopsias renales ecoguiadas realizadas por el propio nefrólogo y analizar efectividad en la obtención de diagnóstico y seguridad de la técnica.

Material y métodos: De noviembre\17 a abril\19 realizamos 100 biopsias de pacientes procedentes generalmente de consultas externas de Nefrología. 64% varones, edad media de 54,3 años. Motivo de biopsia principal las alteraciones urinarias. Se utilizó un ecógrafo MyLab25 Gold de Esaote, sonda convex de multifrecuencia CA431 y agujas tru-cut® 16G con pistola automática Bard Magnum. Hemograma a las 6 horas y otro a las 24 horas, manteniendo reposo absoluto durante este periodo.

Resultados: 100 biopsias, 97 en riñón izquierdo y 3 en riñón derecho, sobre riñón nativo. Tasmmedia de 140,2 mmHg y TAd media de 78,3 mmHg. Siempre con una aguja de 16G, con diferentes longitudes: 24 de 20 cm y 76 de 16 cm. El número de punciones medias fue de 2,3, el número de cilindros de 2 y el número de glomérulos por sección histológica de 13,7. La hemoglobina previa media fue de 12g/dl, la post media de 11,7g/dl. Un 19% de pacientes presentaron un descenso de hemoglobina superior a 1 g/dL, ninguno requirió transfusión sanguínea. Ninguna complicación mayor (cirugía, nefrectomía, arteriografía, embolización o muerte). Diagnóstico anatomopatológico en un 99% de los casos.

Conclusiones: Desde la implementación del programa de biopsias renales en nuestro Servicio se han realizado un total de 100 biopsias, con un 99% de diagnósticos y un 0% de complicaciones mayores, siendo esta una técnica segura y eficaz llevada a cabo por el nefrólogo.

ACTUALIZACIÓN REGISTRO GRANADINO PQRAD

RAFAEL JOSE ESTEBAN DE LA ROSA^{1,3}, ANA ISABEL MORALES GARCIA^{1,2}, ELENA HERNANDEZ GARCIA^{1,2}, CARMEN GARCIA RABANEAD^{1,2}, MARIA DOLORES PRADOS GARRIDO^{1,2}, JUAN ANTONIO BRAVO SOTO^{1,3}

(1) SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (2) HOSPITAL CLÍNICO SAN CECILIO, GRANADA (3) HOSPITAL VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA

1. RESUMEN

Introducción: Actualizamos los datos del registro granadino GEEPAD a fecha 31 diciembre de 2019.

Material y método: Se recoge información clínica, familiar (4-6 generaciones/familia) y demográfica de todos los pacientes con PQRAD, estuvieran o no en TRS, desde enero 2007 hasta diciembre 2019. Se ha utilizado SPSS 15.0 y GenoPro.

Resultados: 1261 pacientes diagnosticados, 5,9% casos dudosos. 1099 están agrupados en 306 familias. Un 56,8% están vivos y el 70% en consultas externa. Incidencia media 23 ± 5.2 casos año. Prevalencia 1/1353 habitantes. En cada familia existen $4,84 \pm 5$ pacientes sin estudio. Se reduce la edad de diagnóstico de 36 ± 19 años en el 2010 a $24,28 \pm 12$ años en el 2019. Hemos pasado de un 55,2 % de diagnósticos tras descendencia en 2010 a 37,5% en el 2019. El principal motivo de diagnóstico son los antecedentes familiares (46,4%). La edad media de entrada en técnica es de $54,26 \pm 11,05$ años. Existe gran variabilidad intrafamiliar en la entrada en TRS (rango 5.5-41 años). La edad media del éxitus es de $61,1 \pm 14,0$ años, siendo desconocida la principal causa de muerte (29,5%) seguida de la cardiovascular (28,7%). Tenemos estudios genéticos en algún miembro de la familia en el 54,6%. El gen PKD1 está afectado en el 73,1 % de los casos. La supervivencia de los pacientes con afectación en PKD1 es de 12 años menos que los que la presentan en PKD2. La supervivencia renal también es menor en PKD1 con una diferencia de 13,89 años. El sexo femenino protege y es mayor en PKD2.

Conclusiones: La PQRAD no es una enfermedad rara. Aunque se ha reducido la edad de diagnóstico en nuestra provincia aún quedan un importante número de personas por estudiar. La entrada en TRS presenta una gran variabilidad intrafamiliar. El sexo femenino es protector en esta patología y esa diferencia aún es mayor en los pacientes con mutación en PKD2.

EL AMOR NO ENTIENDE DE POLIQUISTOSIS

ANA ISABEL MORALES GARCIA¹, CARMEN ALVAREZ GOMEZ¹, CARMEN GARCIA RABANEDA¹, MARIA DOLORES PRADOS GARRIDO¹, RAFAEL JOSE ESTEBAN DE LA ROSA²

(1) HOSPITAL CLÍNICO SAN CECILIO, GRANADA 2) HOSPITAL VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA

1. RESUMEN

La poliquistosis renal autosómica dominante (PQRAD) es la principal enfermedad renal hereditaria. Se transmite con un 50 % de posibilidades en cada embarazo y con penetrancia completa. Es raro que ambas ramas familiares estén afectas pero no imposible. Ante casos graves, debut muy tempranos (intraútero) deberíamos pensar en ello.

Presentamos el caso de una mujer de 70 años de edad con antecedentes de HTA e ITUs de repetición, motivo por el que está en seguimiento por urología. Tan solo una hija viva. Presentó abortos de repetición en el tercer trimestre. Su marido había recibido transplante renal por PQRAD. Se remite a nuestras consultas por hallazgos claros de PQRAD en prueba de imagen de forma incidental, con función renal normal (ver figura 1). La paciente no presenta antecedentes familiares de patología renal pero si de hemorragias cerebrales (padre y hermana). No existe grado de consanguinidad entre el matrimonio. La hija está asintomática pero presenta datos ecográficos de PQRAD con afectación hepática, función renal normal y tamaño renal conservado. Se realiza estudio genético familiar (ver figura 2). La hija ha heredado en heterocigosis la variante materna, que parece tener un comportamiento más benigno. Posiblemente los abortos de repetición que presentó la paciente en el tercer trimestre pudieran explicarse porque dichos fetos tuvieran afectación en homocigosis y una PQRAD grave intraútero. La única hija a término que tiene el matrimonio probablemente fue la que porta la variante más benigna y en heterocigosis.

Los estudios genéticos son fundamentales para profundizar en el conocimiento de las enfermedades hereditarias. Actualmente los costes tanto tecnológicos como económicos son cada vez más asumibles. Los nefrólogos debemos tener conocimientos genéticos e implementarlos en nuestra labor asistencial.

CREACIÓN DE UNA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DOMICILIARIA (HDD) EN NUESTRO HOSPITAL

ANA ISABEL MORALES GARCÍA¹, MARÍA RAMÍREZ GÓMEZ¹, MIRIAM BARRALES IGLESIAS¹, CARMEN ÁLVAREZ GÓMEZ¹, MARIA DOLORES PRADOS GARRIDO¹

(1) HOSPITAL CLÍNICO SAN CECILIO, GRANADA

1. RESUMEN

Introducción: Presentamos los datos de nuestra unidad en el primer año de su puesta en marcha. Está compuesta por un nefrólogo referente y 3 enfermeros. Dos de ellos, procedentes de HD y uno de ERCA y DP. Se habilitó área de entrenamiento en la Unidad de Crónicos. Los candidatos se obtuvieron de la sala de crónicos (6), uno de la consulta de ERCA y dos de un centro periférico. Se inició enseñanza en sala. El entrenamiento de un paciente lo realiza siempre el mismo enfermero bajo la supervisión por el nefrólogo. Cuando el paciente está apto, se cita al cuidador principal para enseñanza. Disponemos de asistencia telefónica las 24 horas al día. El primer día de tratamiento en el domicilio es un día laborable por la mañana. El monitor empleado es PhysidiaS3. Se realizan revisiones periódicas mensuales con reentrenamiento, bioimpedancia, recirculación y analítica completa.

Resultados: Desde Mayo de 2019 hasta Junio 2020, 9 candidatos, 5 están en programa actualmente, 2 fueron trasplantados en espera de enseñanza y 2 están en lista de espera. Tiempo medio en HD es 79.2 meses. El 60% son hiperinmunizados. El 80 % con FAV nativa y 75% utilizan la técnica de Buttonhole. Complicaciones: 1 infección buttonhole, 1 hepatitis tóxica por lactato resuelta tras cambio de tampón a bicarbonato, ninguna hipotensión grave. Ingresos: 2 por disfunción acceso vascular. Ninguna serología positiva por COVID19. Se objetiva mejoría de la CVRS mediante mejoría en la puntuación en las láminas Coop-Wonca. Un paciente tuvo reinserción laboral gracias a la técnica. En la tabla 1 se muestran dosis, pauta y otros parámetros de los pacientes en HDD.

Conclusiones: En nuestro primer año hemos podido confirmar que la HDD se trata de una técnica segura y eficaz, que mejora la tolerancia del TRS y la calidad de vida.

ACCESO VASCULAR DE LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA: ANÁLISIS DE LOS DATOS DEL REGISTRO DE ENFERMOS RENALES DE CATALUNYA (1997-2018)

Ramon Roca-Tey¹, Gema Arieta², Héctor Ríos², Jordi Comas³, Jaume Tort³

(1) SERVICIO DE NEFROLOGIA, HOSPITAL DE MOLLET, FUNDACIÓ SANITÀRIA MOLLET, MOLLET DEL VALLÈS, BARCELONA (2) SERVICIO DE NEFROLOGIA PEDIÁTRICA, HOSPITAL VALL D'HEBRON, BARCELONA. (3) REGISTRE DE MALALTS RENALS DE CATALUNYA (RMRC), ORGANITZACIÓ CATALANA DE TRASPLANTAMENTS (OCATT), BARCELONA.

1. RESUMEN

Objetivo: Analizar el tipo de acceso vascular (AV) que utilizan los pacientes pediátricos (PP) tratados con hemodiálisis (HD) en Catalunya.

Método: Datos del Registro de Catalunya de PP (<18 años) en tratamiento sustitutivo renal (TSR).

Resultados: PP incidentes en TSR: los que iniciaron HD disminuyeron del 89,9% (período 1984-1989) al 38,2% (período 2014-2018); en cambio, los que recibieron un trasplante renal (TR) anticipado aumentaron del 5,1% al 42,6% entre los mismos períodos (para ambas comparaciones, $p < 0,001$).

De 1997 a 2018, 112 PP iniciaron TSR con HD: la mayoría (56,5%) lo hicieron mediante una fistula durante el período 1997-2001 (56,5%), pero ningún PP utilizó una fístula durante el período 2012-2018; en cambio, los PP que iniciaron HD por catéter tunelizado aumentaron del 8,7% al 72,2% entre los mismos períodos (para ambas comparaciones, $p < 0,001$).

PP prevalentes en TSR: los PP en HD disminuyeron del 34,9% ($n=15$) el 1997 hasta 4,7% ($n=5$) el 2018; en cambio, los PP trasplantados aumentaron del 62,8% ($n=27$) al 92,4% ($n=98$) durante el mismo período (para ambas comparaciones, $p < 0,001$). PP dializados por fístula 1997 vs 2018: 100% vs 0% ($p < 0,001$).

Tasa de TR: aumentó de 5,4 pmp ($n=6$) el 1997 a 17,1 pmp ($n=24$) el 2018 ($p=0,007$). Tiempo en HD (meses) antes del primer TR: disminuyó de 23,1 durante el período 1984-1989 hasta 6,6 durante el período 2014-2018 ($p < 0,001$).

Conclusiones:

- 1) El perfil del AV de los PP en HD de Catalunya ha cambiado radicalmente con el tiempo.
- 2) Desde el año 2012, la fístula prácticamente ha desaparecido como AV y casi todos los PP en HD se dializan por catéter dado el corto tiempo de espera existente antes de recibir un TR.
- 3) La elevada tasa de TR ha sido un factor determinante en la elección del tipo de AV utilizado.

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA HEMODIÁLISIS DOMICILIARIA FRENTE A LA HEMODIÁLISIS HOSPITALARIA EN RELACIÓN CON LA FUNCIÓN RENAL RESIDUAL Y OTROS PARÁMETROS

Miguel Ángel González Martínez¹, Elena Hernández García¹, Ana Delgado Ureña¹, Carmen Álvarez Gómez¹, María Dolores Prados Garrido¹

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO

1. RESUMEN

Introducción: La Hemodiálisis Domiciliaria (HDD) ha demostrado rentabilidad clínica en aspectos como el mantenimiento de la función renal residual (FRR), la mejoría de la tolerancia de las sesiones, el mejor control de la tensión arterial y del metabolismo óseo-mineral, así como beneficios sociales. Por todo ello, se diseña este estudio, con el objetivo de evaluar el impacto sobre la función renal residual y otros parámetros en pacientes de hemodiálisis domiciliaria frente a su paso previo por hemodiálisis hospitalaria, por medio de un estudio observacional retrospectivo, realizado en un único centro.

Resultados: En relación con los resultados, vemos que el 83.3% son varones y un 16.7% son mujeres. La mediana de edad se situó en 41 años. La mediana de tiempo en hemodiálisis hospitalaria fue 15.50 meses; mientras que la mediana de tiempo en HDD fue 23.50 meses.

La mediana del KT/V en hemodiálisis hospitalaria fue 1.99, en contraposición del KT/V estándar de 2.79 en hemodiálisis domiciliaria. Existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto al KT/V en función de si el paciente se encontraba en hemodiálisis hospitalaria u hemodiálisis domiciliaria (p valor=0.027).

La mediana de la FRR fue 2500 ml en hemodiálisis hospitalaria, y 2150 ml en hemodiálisis domiciliaria.

El 100% de la muestra presentó "menos requerimientos en cuanto al número de antihipertensivos".

Se evaluó la calidad de vida de los pacientes (cuestionario KDQOL-36), del que se extrapoló que el 67% de la muestra presentó "mejoría de calidad de vida" en 3 de los ítems medidos en el test.

Conclusiones: Finalmente, podemos concluir que la hemodiálisis domiciliaria no sólo presenta ventajas con respecto a la preservación de la función renal, sino también en relación con otros factores, como la necesidad de antihipertensivos, así como en la mejoría de la calidad de vida.

ESTUDIO OBSERVACIONAL SOBRE EL METABOLISMO MINERAL-ÓSEO Y OTRAS VARIABLES DE LA HEMODIÁLISIS DOMICILIARIA EN COMPARACIÓN CON LA HEMODIÁLISIS HOSPITALARIA

Miguel Ángel González Martínez¹, Elena Hernández García¹, Ana Delgado Ureña¹, Carmen Álvarez Gómez¹, María Dolores Prados Garrido¹

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO

1. RESUMEN

Introducción: Existen numerosos estudios que muestran mejores resultados de la Hemodiálisis domiciliaria (HDD) con respecto a la hemodiálisis convencional en centro hospitalario (HDH). Se describe un estudio observacional retrospectivo, que tiene como objetivo evaluar el impacto en el metabolismo de las anemias, el estado nutricional, así como el metabolismo mineral óseo que se ha producido en una unidad de hemodiálisis domiciliaria tras su traspaso desde la hemodiálisis hospitalaria.

Resultados: El 83.3% son varones y 16.7% son mujeres (mediana de edad, 41 años). La mediana de tiempo en HDH fue de 15.50 meses y en HDD 23.50 meses.

La mediana de hemoglobina en HDH fue de 10.90 mg/dl, y 11.25 mg/dl en HDD. En cuanto a los requerimientos de la EPO, en un 66.7% se disminuyeron los requerimientos y un 33.3% precisaron de mayores requerimientos.

La mediana de albúmina en HDH fue de 4.10 mg/dl, y en HDD 4.05 mg/dl. La mediana de la PCR en HDH era de 3.7 mg/dl y en HDD, 3.45 mg/dl.

La mediana del calcio en HDH era de 9.30 mg/dl y en HDD fue de 9.25 mg/dl. La mediana de fósforo en HDH era 4.55 mg/dl, mientras que en HDD fue 4.65 mg/dl. Se ha observado que un 66.7% requirieron menos quelantes del fósforo, un 16.7% requirió el mismo número y un 16.7% necesitó mayor número de quelantes. La mediana de PTH fue de 323.5 mg/dl en HDH frente a 307 mg/dl en HDD. La mediana de Vitamina D fue en HDH de 28.20 mg/dl y en HDD fue de 35.45 mg/dl.

Conclusiones: La HDD es una alternativa eficaz de tratamiento renal sustitutivo que presenta numerosos beneficios, como la disminución de los requerimientos de la EPO y quelantes de fósforo, aun tratándose del mismo tratamiento que la hemodiálisis hospitalaria, pero en un ambiente diferente.

NEFROPATÍA POR CARFILZOMIB

Vanessa García Chumillas¹, Juan de Dios López-González Gila¹, Carmen Álvarez Gómez¹, Carlos Alberto Mañero Rodríguez¹

(1) SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO. GRANADA

1. RESUMEN

Introducción: Carfilzomib es un potente inhibidor del proteasoma utilizado en el tratamiento del Mieloma Múltiple (MM).

El fracaso renal agudo (FRA) se ha descrito como uno de sus efectos adversos. Por este motivo, es necesaria una monitorización estricta de los pacientes para su detección precoz.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 72 años diagnosticada de MMIG Kappa estadio IIIB desde 2012 requirió trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos y varias líneas de tratamiento quimioterápico por progresión de la enfermedad, iniciando tratamiento de 5ª línea con carfilzomib y dexametasona.

Tras la 3ª dosis del fármaco, correspondiente a la segunda semana del inicio del tratamiento, presentó FRA oligúrico que precisó de sesión de hemodiálisis aguda. Este hecho, junto a la ausencia de datos indicativos de progresión de su enfermedad de base (hipoproteinemia, hipoalbuminemia e hipocalcemia en control analítico), nos orientó como primera posibilidad diagnóstica a un FRA secundario a toxicidad farmacológica tras iniciar tratamiento con carfilzomib. A continuación, se suspendió dicho fármaco e inició tratamiento corticoideo, y tras 48 horas en oliguria y requerimiento de nueva sesión de hemodiálisis, la paciente comenzó con ritmo de diuresis creciente y mejoría progresiva de la función renal hasta sutotalnormalización.

Conclusión: Carfilzomib es un fármaco utilizado en MM refractario o en recaída, bien en monoterapia o en combinación con otros fármacos, representando un avance para el tratamiento de los estadios más complejos.

Sin embargo, una proporción de pacientes tratados con este fármaco desarrolla insuficiencia renal (IR) debido a sus efectos adversos, comorbilidad previa o progresión de la enfermedad de base. Por lo tanto, resulta complejo discernir la causa de la IR, pero es importante tener en cuenta la toxicidad de este fármaco y realizar un seguimiento periódico para detectar posibles complicaciones de forma precoz, sobre todo al inicio del tratamiento.

GAMMAPATÍA MONOCLONAL SIGNIFICACIÓN RENAL. CAMBIO EN EL ENFOQUE TERAPÉUTICO EN SITUACIONES ESPECIALES

Juan de Dios López-González Gila¹, Vanesa García Chumillas¹, María del Pilar Aguilar Jaldo²

(1) SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO. GRANADA 2) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO. GRANADA

1. RESUMEN

Introducción: La gammapatía monoclonal de importancia renal (MGRS) representa un grupo de trastornos en los que una inmunoglobulina monoclonal secretada por un linfocito B no maligno o premaligno o un clon de células plasmáticas causa daño renal. Por definición, estos trastornos no cumplen los criterios diagnósticos de mieloma múltiple sintomático manifiesto o de trastorno linfoproliferativo.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 67 años con ERC estadio IV A2 (FG por CKD-EPI 24 mL/min) sin filiación histológica. No antecedentes de FRCV previos conocidos y presencia de gammapatía monoclonal de significado incierto de cadena ligera lambda (1557.33 mg/L en suero). No CRAB, con biopsia de médula ósea, biopsia de grasa sc y mucosa yugal, y PET TC negativos. Como dato relevante, es monorrena quirúrgica por carcinoma de células claras 10 años atrás con actual remisión completa.

Dado el alto riesgo de complicaciones para realización de biopsia renal y un diagnóstico muy sugerente de MGRS, se decidió inicio de tratamiento quimioterápico con bortezomib sin diagnóstico histológico, con estabilización de la función renal en los seis meses posteriores, importante mejoría de la proteinuria y destacable descenso de valores séricos de cadena ligera lambda (<300 mg/L).

Conclusiones: En determinados contextos clínicos sugerentes de gammapatía monoclonal de significación renal (MGRS) en las que realizar el estudio histológico esté contraindicado – como en el caso expuesto –, estaría indicado tratamiento hematológico dirigido contra el clon patológico, con el objetivo principal de preservar la función renal.

CASO CLÍNICO: GLOMERULONEFRITIS PAUCIINMUNE CON SEMILUNAS EN RELACIÓN CON ANCA POSITIVOS

MIGUEL ÁNGEL GONZÁLEZ MARTÍNEZ¹, MARÍA RAMÍREZ GÓMEZ¹, VANESA GARCÍA CHUMILLAS¹,
MARÍA DOLORES PRADOS GARRIDO¹

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO

1. RESUMEN

Introducción: La glomerulonefritis pauciinmune es una forma de glomerulonefritis rápidamente progresiva, que se asocia a la presencia de ANCA circulantes (dirigidos principalmente contra la proteinasa 3 y la mieloperoxidasa (MPO)). Por lo general, los pacientes presentan hematuria y una rápida disminución de la función renal, pudiendo llegar a precisar diálisis.

Caso clínico: Varón de 52 años con antecedentes personales de HTA, que ingresa en Cardiología por debut de insuficiencia cardíaca. Durante ingreso, se interconsulta a Nefrología por deterioro de la función renal (Cr máximo 3.81mg/dl, con función renal previa desconocida) y oligoanuria que precisó de hemodiálisis urgente para filtración por ICC refractaria a tratamiento médico. En el estudio a posterior destaca la autoinmunidad: positividad p-ANCA (1/640) con 215.1 Ac(IgG) antiMPO, sin alteraciones del complemento; por lo que se decide realizar biopsia renal que confirma el diagnóstico de glomerulonefritis segmentaria con semilunas fibrosas y lesiones de esclerosis segmentaria, en relación a ANCA+. Se inicia tratamiento con bolos de Metilprednisolona y Prednisona en pauta descendente, y Rituximab; evolucionado favorablemente y siendo dado de alta.

Reingresa en Enfermedades Sistémicas por deterioro del estado general, dolor abdominal y empeoramiento de función renal. Finalmente, se diagnostica de perforación de sigma, requiriendo intervención quirúrgica e inicio de hemodiálisis por ERC reagudizada. Evolución favorable, digestiva y renal, actualmente en seguimiento por CCEE de Nefrología.

Conclusiones: Las manifestaciones clínicas de las vasculitis pueden ser muy diversas, y en ocasiones no orientarnos hacia el diagnóstico, por lo que la coordinación entre numerosas especialidades es imprescindible, con el objetivo de poder llevar a cabo un diagnóstico y tratamiento precoz y adecuado.

QUÉDATE EN CASA. ¿LAS TÉCNICAS DE DIÁLISIS DOMICILIARIA HAN SUPUESTO UNA VENTAJA EN ÉPOCA DE PANDEMIA?

MARÍA RAMÍREZ GÓMEZ¹, VANESA GARCÍA CHUMILLAS¹, MARÍA PEÑA ORTEGA¹

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO

1. RESUMEN

Introducción: Los pacientes en tratamiento renal sustitutivo (TRS) son un grupo de riesgo especialmente vulnerable a la enfermedad COVID-19. Los pacientes en hemodiálisis hospitalaria los más afectados con una mayor incidencia, tasa de hospitalización y mortalidad.

Objetivo. Estudio observacional descriptivo retrospectivo en el que se analiza el número de pacientes con infección COVID-19 confirmada por PCR positiva desde marzo de 2020 hasta Diciembre 2021, modalidad de TRS, datos demográficos y comorbilidades previas (obesidad, HTA, DM, EPOC, cardiopatía, neoplasia, inmunosupresión, etc.), tiempo en TRS, requerimiento de ingreso hospitalario, severidad de la infección por SARS-CoV-2 y mortalidad.

Resultados. 135 pacientes en TRS. En Hemodiálisis hospitalaria: 104 pacientes con infección por SARS-CoV-2 en el 12.5%, edad media de 60.3 ± 13.3 años, con un promedio de tiempo en diálisis de 36.4 ± 23 meses, presentando 3 o más comorbilidades previas todos los casos, requiriendo ingreso el 30.77% por neumonía clínica y síndrome de liberación de citoquinas con 15.38% éxitos. En Diálisis peritoneal: total 31 pacientes con infección en el 3.2% de los casos; edad de 60 años, tiempo en diálisis de 8 meses por insuficiencia cardíaca crónica refractaria, 5 comorbilidades previas asociadas, y presentó buena evolución clínica con resolución total del cuadro sin precisar ingreso.

Conclusiones:

- Entre las medidas iniciales para detener la propagación se encuentra el distanciamiento social. Por lo tanto, los pacientes en hemodiálisis hospitalaria resultan el grupo más afectado al tratarse de un grupo de difícil confinamiento que se expone continuamente a múltiples focos de contagio por cuestiones como desplazamiento o compartir zonas comunes, al tener que acudir con regularidad al hospital para realizar su tratamiento.
- La diálisis peritoneal ofrece una gran variedad de beneficios tanto clínicos como en calidad de vida a los pacientes, y en tiempos de pandemia, ofrece el beneficio añadido de seguridad y protección frente a contagios

Análisis de contenido de aditivos de potasio en productos cárnicos: identificando las fuentes de potasio ocultas en productos elaborados

Cristina Medrano Villarroya¹, Daniel Joaquín Aladrén Gonzalvo¹, Paula Mora Lopez¹, David Beltrán Mallén¹, Verónica Alexandra Villa Ayala¹, Olga Gracia García¹, Luis Miguel Lou Arna¹, Alberto Caverní Muñoz²

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (2) ALCER

1. RESUMEN

Introducción y objetivos: Las líneas de estudio actuales nos han llevado a replantearnos las medidas dietéticas clásicas que se han establecido respecto al control de la hiperpotasemia. El aporte de potasio que pueden suponer los aditivos en productos elaborados definitivamente debe tenerse en cuenta para adaptar y actualizar esas recomendaciones clásicas. El objetivo de este estudio es cuantificar y analizar la presencia de esos aditivos en productos cárnicos específicamente.

Material y método: Se incluye un total de 86 productos derivados cárnicos. Se lleva a cabo la cuantificación de aditivos de potasio mediante la revisión del etiquetado de los diferentes productos. Estos aditivos se clasifican según el peso representativo de potasio que contiene la molécula. Se lleva a cabo el análisis estadístico mediante test no paramétricos para variables cuantitativas (U de Mann-Whitney y test Kruskal-Wallis), así como prueba de chi-cuadrado para variables cualitativas.

Resultados: 38 de los productos analizados contenían al menos un aditivo de potasio (44.2%), destacar que un 24.4% contenía al menos un aditivo de alto contenido. Existen diferencias significativas en cuanto al número de aditivos presentes comparando en las diferentes categorías de productos. Son los embutidos los que presentan un mayor contenido de aditivos de potasio. El difosfato tetrapotásico (E450) es el aditivo (alto contenido) más presente en la muestra, lo contenían un 18,6% de los productos. En segundo lugar encontramos el nitrato potásico (E252, moderado contenido), en un 17,4%. De forma global, los alimentos versión "reducida en sal" contenían un mayor número de aditivos de potasio, de forma significativa.

Conclusiones: Los embutidos son los productos cárnicos que contienen un mayor número de aditivos de potasio. Se recomendaría identificar en los etiquetados los productos que contengan E450 y E252, para restringir su consumo, así como evitar los productos en versión "reducida en sal".

Situación nutricional de los pacientes de la consulta ERCA: estudio antropométrico y dinamometría manual en pacientes en situación prediálisis

Cristina Medrano Villarroja¹, Paula Mora Lopez¹, Daniel Joaquin Aladrén Gonzalvo¹, Veronica Alexandra Villa Ayala¹, David Beltrán Mallén¹, Zoila Albines Fiestas¹, Belén Campos Gutierrez¹, Leticia Serrano Urzaiz¹, Alejandro Sanz París¹, Luis Miguel Lou Arna¹

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

1. RESUMEN

Introducción y objetivos: La situación nutricional de los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada puede estar en relación con procesos patológicos, con detrimento en la calidad de vida del paciente e incluso con mortalidad. Por ello, la valoración global de la situación nutricional de estos pacientes, y su posterior monitorización, debe constituir un pilar más en el manejo del paciente ERCA. El objetivo de este estudio es llevar a cabo esta valoración nutricional global, focalizándonos actualmente en aspectos antropométricos y valoración de la fuerza muscular.

Material y método: Estudio observacional descriptivo, que incluye pacientes de la consulta ERCA del Hosp. Miguel Servet. Se incluyeron pacientes con un filtrado glomerular por debajo de 30 mL/min/1,73m². Se excluyeron a aquellos pacientes con previsión de inicio de terapia renal sustitutiva en los próximos 3 meses y con limitación funcional para la realización de las pruebas del estudio. Se recogieron variables demográficas, de comorbilidad y analíticas. También variables antropométricas, así como el test de dinamometría manual y el test Mini NutritionalAssessment (MNA).

Resultados: Se recogen 40 pacientes, un 40% de los pacientes presentaba IMC que indicaba sobrepeso y un 40% obesidad. A mayor edad, los pacientes presentaban un IMC mayor, de forma estadísticamente significativa. Los pacientes diabéticos presentaron un mayor IMC y perímetro abdominal. Respecto al estudio de dinamometría, se vio una correlación positiva con respecto al porcentaje de masa libre de grasa y negativa con respecto a la masa grasa. Según el test MNA, el 90% se encontraba en una situación nutricional normal.

Conclusiones: El sobrepeso y la obesidad, junto al perímetro abdominal elevado, condiciona un importante factor de riesgo de patología cardiovascular en los pacientes ERCA. Esto se intensifica en pacientes diabéticos y de más edad. Estos resultados nos trasladan la importancia de aplicar programas de intervención nutricional en la consulta ERCA.

ANÁLISIS DE LA FATIGA PANDÉMICA EN NUESTRA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS HOSPITALARIA

Carmen Álvarez Gómez¹, Elena Hernández García¹, María Ramírez Gómez¹, María Dolores Prados Garrido¹

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO

1. RESUMEN

A consecuencia del trasplante renal, sobre todo en relación a la medicación inmunosupresora utilizada, se produce el desarrollo de diabetes en pacientes que previamente no eran diabéticos. Mediante nuestro estudio pretendemos ver si hay un efecto negativo en cuanto a evolución del injerto a corto plazo en pacientes que desarrollan diabetes.

En relación con la pandemia por COVID-19 exponemos los datos extraídos sobre salud emocional de pacientes y personal sanitario del área de hemodiálisis de un hospital de primer nivel. Para ello se valoraron durante un año a través de cuestionarios de depresión y ansiedad validados en español, el Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) y Escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD7) respectivamente, siendo aprobado el estudio por el comité de ética de nuestro hospital.

Se obtuvo una muestra de 56 sujetos, siendo 35 pacientes y 21 personal sanitario.

Con respecto al grupo de pacientes, en el cuestionario MADRS se obtuvo que el 46,6% no presentaban signos de depresión, el 26,6% mostraba depresión leve y el 26,6% presentaba datos compatibles con depresión moderada. La mayor puntuación se obtuvo en las mujeres de 55-65 años. En el cuestionario GAD7 un total del 40% de los pacientes presentaban ansiedad generalizada, siendo más frecuente en mujeres entre 55 y 65 años.

Al analizar los datos del personal sanitario de la unidad de hemodiálisis, con respecto al cuestionario MADRS, el 28,57% de los encuestados no presentaban síntomas compatibles con depresión, el 42,85% obtuvo síntomas leves, el 23,82% presentó depresión moderada y el 4,82% restante mostraba síntomas compatibles con depresión grave. La franja entre los 35-45 años y las mujeres fueron las que presentaron mayor puntuación para depresión. En el cuestionario GAD7 el 61,90% del personal sanitario presentaba puntuación compatible con ansiedad generalizada, siendo más frecuente en mujeres entre los 45-55 años.

En este trabajo se ha querido examinar el impacto en la salud mental que ha producido la pandemia por COVID-19, tanto a nivel de pacientes como personal sanitario, abriendo la puerta a seguir investigando cómo estos datos pueden afectar a la hora de la realización de la actividad laboral, así como cumplimiento terapéutico.

PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE INFECCIÓN COVID-19 EN UNA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

Elena Hernández García¹, Ana Delgado Ureña¹, Carmen Álvarez Gómez¹, María Dolores Prados Garrido¹

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO

1. RESUMEN

La pandemia COVID-19 ha resultado un desafío para las Unidades de Hemodiálisis hospitalarias siendo necesario reevaluar protocolos establecidos y aportar nuevas vías de asistencia sanitaria segura y de calidad. A continuación, exponemos el protocolo elaborado en nuestro hospital junto con los Servicios de Preventiva y Enfermedades Infecciosas.

Se define como caso sospechoso cualquier infección respiratoria aguda que curse con fiebre, tos o disnea. Otros síntomas: odinofagia, anosmia, ageusia, dolor muscular, diarrea y cefalea pueden ser considerados sospecha.

El protocolo incluye la toma de temperatura y cuestionario sobre síntomas previo a entrar a sala. Todos nuestros pacientes disponen de pauta vacunal completa.

Ante sospecha de infección se realiza Test de Antígenos o PCR si los síntomas tienen una evolución menor a 5 días, o sólo PCR si es mayor de 5 días.

Disponemos de una Unidad de Hemodiálisis creada para pacientes positivos confirmados mediante PCR.

Si la prueba resulta negativa pero existe alta sospecha de infección se repite en 48 horas, mientras tanto, el paciente se dializa aislado en la Unidad de Agudos como caso sospechoso no confirmado.

Se evalúa el umbral de ciclos (Ct) en el que la PCR es positiva considerando Ct>30 sin capacidad infectiva por lo que se valora clínicamente y con nueva PCR en 48 horas si se trata del inicio/final de la infección.

A todo paciente se extrae analítica con perfil COVID-19, serología y radiografía de tórax. En casos confirmados, se repite la PCR cada 7 días. Para retirar el aislamiento son necesarias: PCR negativa y/o PCR > 30 Ct confirmada con evidencia de infección pasada.

Como **conclusión**: Existe escasa literatura acerca del manejo de pacientes sospechosos o confirmados de infección COVID-19 en Unidades de Hemodiálisis. Es fundamental detectar precozmente casos sospechosos con objetivo de ralentizar la transmisión, no colapsar los sistemas sanitarios y frenar la epidemia.

ANÁLISIS DE LA PERFUSIÓN HIPOTÉRMICA PULSATIVA EN UN PROGRAMA DE TRASPLANTE RENAL CON DONANTE EXPANDIDO

Estefanía Iglesias González¹

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELLVITGE

1. RESUMEN

Introducción: El trasplante renal procedente de donantes con criterios expandidos (DCE) presenta una tasa superior de función retardada del injerto incrementando los costes postoperatorios a expensas de prolongación de estancia hospitalaria, necesidad de diálisis y procedimientos de diagnóstico adicionales. La perfusión hipotérmica pulsátil puede ser superior a la preservación estática fría al reducir el riesgo de disfunción primaria y aumento de la supervivencia al año del injerto renal mitigando el efecto del almacenamiento en frío sobre la calidad del órgano cuando el tiempo de isquemia fría es prolongado o el donante subóptimo.

El objetivo principal del presente trabajo fue analizar los dos métodos de preservación renal de injertos procedentes de DCE.

Resultados: Con una media de edad de nuestro donante de 55.8 años se inició en el centro la perfusión renal pulsativa. Entre mayo del 2010 y enero del 2012 realizamos 175 trasplantes, de los cuales, 70 procedieron de donantes ≥ 65 años. Se perfundieron en máquina un total de 30 riñones y en 40 se utilizó la preservación estática. Los primeros resultados obtenidos de nuestra experiencia nos dieron a conocer que el uso de máquina de perfusión conllevó un descenso en la estancia media hospitalaria (14 días vs 19 días) y una menor necesidad de hemodiálisis postrasplante (20% vs 35%).

Conclusiones: En el centro el 40% de los donantes se sitúan entre los 50 y 70 años y prácticamente todos tienen algún antecedente patológico o factor de riesgo cardiovascular. Este aumento de edad conlleva que más de la mitad de los riñones generados provengan de donantes subóptimos. Estos órganos menos adecuados son más difíciles de preservar y son necesarios nuevos métodos de preservación. El futuro pasa por perfusión en máquina, su objetivo, lograr una preservación más prolongada y efectiva.

INSUFICIENCIA RENAL E HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL: ASOCIACIÓN ENTRE AMBAS

José María Monfá Bosch¹, Hugo Lara Sánchez², Elisa Gil-Carcedo Sañudo², Flor Rodríguez Martín¹, Belén Gómez Giralda¹, Luisa Sánchez García¹, Begoña Alaguero Del Pozo¹, Ana Luisa Martins Da Silva¹, Rubén Velasco Pilar¹, Eugenia Plagaro Cordero¹, Luis Ángel Vallejo Valdezate²

(1) SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA. VALLADOLID 2) SERVICIO DE O.R.L. HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA. VALLADOLID

1. RESUMEN

Introducción- objetivo: Es conocida la similitud anatómica de las células de la estría vascular de la cóclea y los podocitos renales. Buscamos asociar la insuficiencia renal moderada-grave (ERC 2-4) con la presencia de hipoacusia neurosensorial, excluyendo como ya conocidas y concretas, el Síndrome Alport y Diabetes Mellitus, entre otras.

Material-método: Estudio transversal de casos y controles, uno de ERC 2-4 y otro de sujetos sanos, pareados en género/edad, y eliminando variables confusoras, realizándose las siguientes pruebas, algunas de ellas novedosas:

- Audiometría Tonal Liminar (ATL)
- Otoemisiones Acústicas Transitorias (TEOAE)
- Otoemisiones Acústicas por Productos Distorsión (DPOAE)
- Potenciales Evocados Tronco Cerebral (PEATC)

Resultados-Discusión: 51 Casos (102 oídos) y 51 Controles con una media de edad de 44.5 ± 11.6 años. El umbral auditivo de altas frecuencias fue 25.29 ± 15.62 dB vs 13.90 ± 10.16 dB casos/controles ($p < 0.001$). TEOAEs fue $73.95 \pm 25.87\%$ vs $87.91 \pm 9.37\%$ ($p = 0.001$). La relación señal/ruido de las DPOAEs fue inferior en los casos ($p < 0.001$). Se demostró un alargamiento dentro de rango normal en los PEATC. Se diseñó una prueba de predicción de daño auditivo que con un umbral de 0,5 indica una alta probabilidad (sensibilidad 84.2%, especificidad 82.8%) de encontrar un perfil audiométrico alterado.

Se encontró una correlación positiva no exponencial entre la ERC y la hipoacusia neurosensorial. El perfil audiométrico muestra una menor respuesta en la ATL, las TEOAEs y DPOAEs sobre todo en frecuencias agudas. Otros autores habían orientado ese déficit auditivo en la ERC, aquí confirmado, aplicando técnicas más actuales y concretando la afectación en las células ciliadas de la cóclea.

Además, con la prueba de predicción de daño auditivo, teniendo en cuenta la edad del paciente y el grado de enfermedad renal, obtenemos la probabilidad de presentar hipoacusia neurosensorial.

Conclusión: Se confirma la asociación de la ERC, grado 2-4, sin diálisis, con hipoacusia neurosensorial de frecuencias altas, no ligada a enfermedades hereditarias ni a diabetes mellitus.

Retirada de catéter venoso central tunelizado para hemodiálisis: nuestra experiencia durante 1 año

Ana Delgado Ureña¹, Vanesa García Chumillas¹

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO

1. RESUMEN

Introducción: La retirada del catéter venoso central (CVC) tunelizado es un proceso cruento. Desde hace 1 año en el Hospital San Cecilio se está realizando la técnica por parte de Nefrología. Se lleva a cabo en la Unidad de Agudos dentro de Hemodiálisis. Utilizamos anestesia local y desbridamiento del tejido alrededor del cuff. Es un procedimiento que dura aproximadamente 30-40 min y generalmente no requiere sutura. La indicación de retirada de CVC tunelizado es el no requerimiento del mismo por contar con un acceso vascular definitivo (FAV) maduro y apto para hemodiálisis, trasplante renal, infección severa o recuperación de la función renal.

Objetivo: Analizar las características de los pacientes a los que se les retiró el CVC tunelizado y evaluar si se produjeron complicaciones

Material y método: Desde Enero de 2020 a Febrero de 2021 se retiró CVC tunelizado a 17 pacientes: el 93.75% yugulares derechos. La edad media fue 63,375 años. El 87,5% de los pacientes eran varones. La etiología de la enfermedad renal crónica más frecuente fue la nefropatía diabética. La causa más frecuente de retirada de CVC fue que el paciente disponga de un acceso vascular definitivo (FAV) (50%). El trasplante renal (18,75%), la infección del catéter tunelizado (6.25%), la recuperación de la función renal (12.5%) y la transferencia a diálisis peritoneal (12.5%) fueron otras causas de retirada. El 25% estaban anticoagulados y se retiró anticoagulación en los 7 días previos. Únicamente 1 catéter presentó signos de infección. No se observaron complicaciones en ningún paciente.

Conclusión: La retirada de CVC tunelizado es un procedimiento invasivo que requiere de entrenamiento por parte del nefrólogo. Las complicaciones son poco frecuentes pero pueden producirse efectos adversos derivados del procedimiento como hematoma, sangrado o infección del orificio.

Fiebre en paciente en hemodiálisis: un reto diagnóstico

Ana Delgado Ureña¹, Rosa María Plata Sánchez¹

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO

1. RESUMEN

Introducción: La fiebre en pacientes sometidos a hemodiálisis es un cuadro muy frecuente, que requiere inicialmente analizar las características de la misma: valor máximo termometrado, sintomatología acompañante, momento en el que se produce la fiebre o la clínica sugerente de la misma, siendo especialmente relevante si guarda relación temporal con la sesión de hemodiálisis o está más espaciada en el tiempo.

Caso clínico: Se presenta el caso de un varón de 44 años con enfermedad renal crónica en programa de hemodiálisis a través de fístula arterio venosa que ingresa por fiebre sin foco. Los hemocultivos resultaron positivos para *Staphylococcus aureus* meticilina sensible. El ecocardiograma transesofágico descartó signos de endocarditis infecciosa y el body TAC describió hallazgos compatibles con embolismo pulmonar séptico bilateral. El paciente refería molestias a nivel de hombro derecho y cadera izquierda y se realizó resonancia magnética que objetivó sacroileitis infecciosa izquierda, y signos de infección a nivel de articulación coxofemoral. Se obtuvo muestra de líquido articular sugerente de origen infeccioso. Inicialmente se descartó intervención quirúrgica por parte de Traumatología con actitud expectante. El paciente presentó buena respuesta clínica a la antibioticoterapia intravenosa.

Conclusión: Sabemos que los pacientes en hemodiálisis presentan mayor de riesgo de infección por diversas causas como alteración de la inmunidad debido a la uremia, hospitalizaciones e intervenciones más frecuentes, transgresiones reiteradas de piel y mucosas, peor respuesta a la vacunación, necesidad de transfusiones con más frecuencia que la población general y entre otras causas ser portadores de dispositivos intravasculares susceptibles de colonización. Presentamos este caso para insistir en la importancia del diagnóstico diferencial de fiebre en paciente en hemodiálisis. Destacar que es fundamental realizar una anamnesis completa y sistemática, una exploración minuciosa (catéteres, soplos concomitantes, lesiones dermatológicas, relación temporal de la fiebre con la sesión de diálisis, eritema o exudados purulentos, aspecto de la orina). La fiebre es una patología urgente que requiere la toma de hemocultivos, analizar los reactantes de fase aguda y la instauración de antibioterapia precoz.

Utilidad del test IGRA en el pronóstico de la infección por CMV en el trasplantado renal

Juan de Dios López-González Gila¹, María del Pilar Aguilar Jaldo¹, Ana Delgado Ureña¹, María del Carmen Ruiz Fuentes²

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO. GRANADA. 2) HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

1. RESUMEN

Introducción: El ensayo de liberación de gamma-interferón (IGRA) en la monitorización diagnóstica y terapéutica de la infección por citomegalovirus (CMV) en trasplante renal, introduce una perspectiva inmunológica de respuesta celular frente al virus.

Objetivos:

1. Valorar el efecto predictivo del IGRA para CMV pretrasplante renal en la aparición de infección y enfermedad por CMV.
2. Evaluar la relación entre IGRA pretrasplante y el requerimiento de tratamiento antiviral intravenoso.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de 75 pacientes a los que se realizó un test IGRA previo a la realización del trasplante renal. Se recogieron datos clínicos de la enfermedad renal y variables sobre el trasplante renal.

Resultados: En el análisis univariante en relación a la infección por CMV, solo el tratamiento con timoglobulina presentaba una relación significativa ($p=0.001$). En el estudio de regresión logística, las variables significativas en relación a presentar infección por CMV en los primeros meses postrasplante fueron la serología del donante ($p=0.044$) y el tratamiento con timoglobulina ($p=0.004$), mientras que la probabilidad de infección por CMV resultaba menor ante IGRA positivo ($p=0.025$). No hubo variables significativas en relación a la presencia de enfermedad por CMV. Tampoco presentaba relación estadísticamente significativa ($p=0.060$) con la necesidad de tratamiento antiviral intravenoso con ganciclovir. No se encontraron diferencias significativas en el tiempo de negativización de DNA viral ($p=0.059$).

Conclusiones:

- En nuestra población los factores de riesgo para la aparición de infección por CMV fueron la serología del donante y el tratamiento con timoglobulina, y como factor de protección, IGRA pretrasplante renal positivo.
- No encontramos diferencias significativas según IGRA pretrasplante renal, en la aparición de enfermedad por CMV, en la necesidad de tratamiento i.v., en el tiempo de negativización del virus, ni en los niveles séricos de inmunoglobulinas y C3.

Se necesitan estudios más amplios para valorar el efecto de la inmunosupresión en la monitorización de infección por CMV mediante IGRA, para así poder individualizar profilaxis/ tratamiento según las características individuales de la donación.

Aplicación de la fórmula HUGE (hematocrito, urea, género) en pacientes de edad avanzada para discriminar enfermedad renal crónica de envejecimiento renal fisiológico

Elena Hernández García¹, Vanesa García Chumillas¹, María José Torres Sánchez²

(1) SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO (GRANADA) 2) SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES (GRANADA)

1. RESUMEN

Introducción: El filtrado glomerular (FG) se reduce con el envejecimiento de forma fisiológica. La fórmula HUGE incluye género, hematocrito y urea plasmática, con objetivo de discriminar si un paciente añoso posee una ERC establecida ($HUGE > 0$) o se trata de un envejecimiento fisiológico ($HUGE < 0$). Nuestro objetivo es determinar las características de un grupo de pacientes seniles con la fórmula HUGE y su utilidad en la práctica clínica diaria.

Pacientes y método: Estudio observacional transversal de 97 pacientes con edad mayor o igual a 70 años a los que se calcula la fórmula HUGE. Todos presentaban un FG medido por $CKD-EPI < 60$ ml/min/1,73 m² clasificados en estadios 3a, 3b y 4. Se han registrado también: diabetes mellitus, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica e insuficiencia cardíaca.

Resultados: 62,1% mujeres con edad entre los $77,3 \pm 4,82$ años. 41,4% edad entre 70-75 años. Según el estadio de la ERC: 33,8% estadio 3a, 45% estadio 3b y 20,2% estadio 4. Valor medio de creatinina $1,6 \pm 0,42$ mg/dl, urea $72,6 \pm 20,91$ mg/dl y hematocrito $48,2 \pm 24,01\%$. En mujeres: 45,4% presentó HUGE menor de 0 y 57,6% mayor de 0, en varones: 38,9% menor de 0 y 64,1% mayor de 0. Resultó estadísticamente significativa ($p < 0,05$) la relación $HUGE > 0$ en varones y cardiopatía isquémica e insuficiencia cardíaca, así como edad. También fue significativo mayor valor de HUGE, mayor nivel de creatinina y mayor urea e insuficiencia cardíaca ($84,3 \pm 19,24$ vs. $63,7 \pm 18,75$ mg/dl). Los pacientes descritos habían sido clasificados mediante la fórmula $CKD-EPI$ en una ERC grado 3a, 3b o 4. Al aplicar la fórmula HUGE, únicamente el 59,79% presentaron un valor superior a 0, es decir, ERC establecida.

Conclusiones: La fórmula HUGE permite discriminar en los pacientes añosos un deterioro renal por envejecimiento o una enfermedad renal real. Resulta crucial para evitar una medicalización excesiva o posibles consecuencias de un sobrediagnóstico.

"EPIDEMIA" DE INFECCIONES PERITONEALES EN UNA UNIDAD DE DIÁLISIS PERITONEAL. ¿EL AUMENTO DE LA INCIDENCIA DURANTE EL PERÍODO ESTIVAL PUEDE TENER RELACIÓN TEMPORAL O COEXISTIR CON OTRO FACTOR PREDISPONENTE?

VANESA GARCÍA CHUMILLAS¹, MARÍA RAMÍREZ GÓMEZ¹, MARÍA PEÑA ORTEGA¹, MARÍA DOLORES PRADOS GARRIDO¹

(1) HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO SAN CECILIO

1. RESUMEN

Las infecciones peritoneales (IP) son una complicación de la diálisis peritoneal (DP). El objetivo es describir características del aumento de incidencia durante período estival en nuestro centro y analizar posibles desencadenantes.

Estudio descriptivo de 5 pacientes de DP con IP de repetición ± infección del orificio de salida (IOS) durante verano. Se recogen datos demográficos, tiempo en DP, presencia de clínica, tipo de infección, germen causante, tratamiento y duración, recurrencias y posibles causas desencadenantes.

5 de 26 pacientes presentaron IOS y 7 IP (70% del último año). Asociación con IOS en 57.1%. Sexo masculino 60%. Edad media 52.4±21.08. 57.1% causadas por S.epidermidis, 2 cultivo estéril y 1 S.aureus. En relación al OS: 40% S.epidermidis, 40% K.oxytoca y 20% Corynebacterium. 71.4% presentó clínica abdominal junto líquido turbio y 28.6% líquido turbio. En 42.85% de IP tratamiento con cefazolina y gentamicina intraperitoneal; 42.85% vancomicina intraperitoneal; y 14.3% moxifloxacino oral y daptomicina intraperitoneal por recurrencia. Duración de 14 días en 57.1%, 7 días en 28.6% y 21 días en 14.3%. IOS con ciprofloxacino tópico en 60% y gentamicina tópica en 40%. Recurrencia en 50%. Ningún caso ingreso, retirada de catéter o transferencia a hemodiálisis. 80% inició técnica recientemente. Tras medidas preventivas, nuevo episodio resuelto con tratamiento antibiótico.

- La mayoría de IP asociaban IOS, siendo S.epidermidis el germen más frecuente y recurrencia en la mitad de los casos. Resolución con tratamiento antibiótico sin retirada de técnica.
- El aumento repentino de incidencia en verano no parece tener relación temporal ni coexistir con otro factor predisponente salvo que el 80% inició recientemente la técnica, acortado tiempo de entrenamiento y escasez de personal de enfermería.
- Para evitar deterioro de calidad de técnica, se realizó refuerzo de plantilla, reaprendizaje de personal y pacientes, talleres sobre cuidados del catéter e higiene de manos, obteniendo resultados satisfactorios.

BIOPSIA RENAL COMO CLAVE DEL ÉXITO DIAGNÓSTICO

Vanessa García Chumillas¹, María Ramírez Gómez¹, Miguel Ángel González Martínez¹, María Dolores Prados Garrido¹

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO

1. RESUMEN

La nefroesclerosis constituye la segunda causa más frecuente de ERC terminal, tras la nefropatía diabética. Al igual que en ésta, el diagnóstico se realiza por exclusión en la mayoría de los casos y casi nunca se recurre a biopsia renal para establecer un diagnóstico definitivo. Los hallazgos histopatológicos más frecuentes son hialinosis de arteriolas aferentes que provoca isquemia glomerular con esclerosis focal o global, fibrosis intersticial y atrofia tubular.

Presentamos el **caso** de un paciente de 18 años portador de derivación ventrículo-peritoneal que acude por cuadro subagudo de astenia, pérdida ponderal y vómitos. En estudio inicial destaca HTA, insuficiencia renal y alteraciones ecográficas sugerentes de nefropatía crónica no conocida. Dados sus antecedentes, se inicia estudio de despistaje de patologías infecciosas, autoinmunes y afectaciones renales con base genética. Se solicita ecocardiografía donde se objetiva ventrículo izquierdo dilatado, FEVI 45%, disfunción diastólica y derrame pericárdico ligero; en la audiometría destaca hipoacusia neurosensorial derecha moderada en tonos agudos; y en el fondo de ojo una cuadrantanopsia homónima superior derecha. Ante autoinmunidad negativa, se solicita estudio genético para nefronoptosis no concluyente para los genes analizados, realizándose biopsia renal con diagnóstico final de nefropatía intersticial crónica avanzada con glomeruloesclerosis global y cambios vasculares mixtos posiblemente secundarios a nefroesclerosis asociados a depósitos mesangiales C3. El estudio se completa con C3NF y gammagrafía con leucocitos marcados con resultado negativo que descartan estadio avanzado de GMN C3.

Ante la sospecha diagnóstica inicial, se realizó un estudio completo del paciente con múltiples pruebas complementarias, incluido estudio genético, descartándose patología renal de base genética, autoinmune e infecciosa y fue finalmente la biopsia renal la que confirmó el diagnóstico inesperado de nefroesclerosis.

Por lo tanto, subrayamos con este caso la importancia de valorar la realización de biopsia renal en los pacientes con presentación atípica, clínica inusual o pruebas no concluyentes.

¿LA REALIZACIÓN DE BIOPSIA RENAL PODRÍA SUPONER UNA VENTAJA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA NEFROESCLEROSIS?

Vanessa García Chumillas¹, María Ramírez Gómez¹, Dora Angelica Varillas Caso¹, María Dolores Prados Garrido¹

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO DE GRANADA

1. RESUMEN

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad multisistémica, autoinmune, de curso crónico, que puede afectar a cualquier órgano o tejido. La afectación renal o nefropatía lúpica (NL) es frecuente y aparece entre un 25% y 75% de los pacientes.

Presentamos el caso de un varón de 73 años con antecedentes de hipertensión arterial (HTA) de más de 10 años de evolución, dislipemia, obesidad y enfermedad renal crónica (ERC) G3bA2 atribuida a nefroesclerosis. Ingresa en el hospital con cuadro de poliserositis con derrame pericárdico severo y signos de compromiso hemodinámico que precisa drenaje, derrame pleural bilateral y ascitis. Ante los hallazgos clínicos y analíticos (ANA + 1/160 patrón moteado, deterioro de función renal con creatinina 4.5 mg/dl y elevación de reactantes de fase aguda de forma mantenida sin foco infeccioso), se inicia tratamiento con corticoterapia empírica y se plantea la realización de biopsia renal para despistaje de NL (11 puntos en criterios clasificatorios EULAR/ACR).

Finalmente, los resultados de la biopsia renal descartan la sospecha diagnóstica objetivándose cambios glomerulares, tubulointersticiales y vasculares en probable relación con HTA junto a ausencia de depósitos inmunes en el estudio mediante inmunofluorescencia.

La nefroesclerosis constituye la segunda causa más frecuente de ERC terminal, tras la nefropatía diabética. Sin embargo, no es fácil establecer una relación causal entre HTA primaria y ERC, ya que hasta un 60-80% de pacientes con ERC podrán desarrollar HTA durante su evolución.

En el caso expuesto, el paciente fue diagnosticado inicialmente por exclusión de ERC secundaria posiblemente a nefroesclerosis, al no presentar otras posibles causas de nefropatía junto a la presencia de datos clínicos sugestivos como edad avanzada, HTA de larga data y proteinuria no nefrótica. Sin embargo, tras la nueva situación clínica se replantea el diagnóstico inicial y se realiza biopsia renal que confirma finalmente el diagnóstico de nefroesclerosis.

CRIOGLOBULINEMIA MIXTA TIPO II SECUNDARIA A GAMMAPATÍA DE SIGNIFICADO RENAL

Paula Mora López¹, Isabel Marquina Ibáñez¹, Daniel Joaquín Aladrén Gonzalvo¹, David Beltrán Mallén¹, Verónica Alexandra Villa Ayala¹, Zoila Stany Albines Fiestas¹, Olga Gracia García¹, Cristina Medrano Villaroya¹

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

1. RESUMEN

El índice de sospecha de una vasculitis por crioglobulinemia tiene que elevarse en aquellos pacientes que presenten una gammapatía de base, siendo la biopsia renal una piedra angular en el diagnóstico. Respondiendo a la clasificación de Brouet, son pocos los casos clínicos descritos de crioglobulinemia mixta tipo II o III secundaria a una gammapatía siendo más frecuente su asociación con la de tipo I. Por esta razón, presentamos un caso clínico de una paciente de 56 años, sin antecedentes previos, con función renal previa preservada con un síndrome nefrótico secundario a una vasculitis crioglobulinémica mixta II producida por una gammapatía de significado renal, que tras hacer aspirado de médula ósea y citologías no tiene criterios de mieloma múltiple, leucemia o linfoma.

En la anatomía patológica podemos observar una glomerulopatía membranoproliferativa secundaria donde destaca la existencia de trombos hialinosintracapilares característicos en la crioglobulinemia, acompañada de depósitos difusos de IgM en asas de capilares evidenciadas en la inmunofluorescencia. Nuestra paciente se encuentra recibiendo tratamiento con ciclos de Rituximab, Bortezomib y corticoides, no obteniendo una recuperación renal plena, con múltiples complicaciones de tipo infeccioso, dado que el pronóstico renal y vital de dicha patología es limitado. Con este caso clínico queremos recalcar la importancia de la comunicación entre el servicio de hematología y el servicio de nefrología, así como de la existencia del significado renal de patología hematológica que debe ser tratado de igual manera.

SÍNDROME DE DRESS ASOCIADO A VANCOMICINA INTRAPERITONEAL

Daniel Joaquín Aladrén Gonzalvo¹, Zoila Stany Albines Fiestas¹, Juan Medrano Ruiz¹, Cristina Medrano Villarroya¹, Paula Mora López¹, David Beltrán Mallén¹, Veronica Alexandra Villa Ayala¹, Isabel Abadías Granados¹

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

1. RESUMEN

Introducción: El síndrome DrugReactionwithEosinophilia andSystemicSymptoms (DRESS) es una reacción de hipersensibilidad potencialmente grave caracterizada por fiebre elevada ($> 38,5^{\circ}\text{C}$), exantema, edema facial, eosinofilia, linfadenopatías y afectación multiorgánica. La administración intraperitoneal de vancomicina es ampliamente usada en el tratamiento de las peritonitis en diálisis peritoneal. Sólo existe un caso descrito en la literatura de reacciones de hipersensibilidad después de la administración intraperitoneal de vancomicina. Presentamos el caso de un varón de 38 años con antecedentes personales de hipertensión arterial y enfermedad renal crónica secundaria a nefropatía IgA, en diálisis peritoneal.

Resultados: El paciente presentó una peritonitis por *Streptococcus salivarius*; se inició tratamiento con ciprofloxacino oral y vancomicina intraperitoneal. Tras la tercera dosis de vancomicina intraperitoneal, presentó exantema generalizado, pautándose corticoides orales empíricamente, remitiendo el cuadro. Un mes después, presentó cuadro febril (39°C); deterioro del estado general y aparición de un exantema generalizado pruriginoso. A la exploración física presentaba erupción maculopapular en tronco- extremidades, eritemato-purpúrica; edema facial y de la zona submentoniana y submandibular con adenopatías no dolorosas. Analíticamente destacó elevación de enzimas hepáticas, de reactantes de fase aguda y eosinofilia. Serología y autoinmunidad negativos. TAC abdominal, sin hallazgos. En biopsia cutánea: leve hiperplasia epidérmica con paraqueratosis en montículos, infiltrado linfocitario perivascular superficial con ocasionales eosinófilos y endotelios vasculares prominentes sin daño vascular, con algún foco de extravasación hemática. En base al sistema de puntuación del European Registry of Severe Cutaneous Adverse Reactions (RegiSCAR), se diagnosticó de caso definitivo de síndrome DRESS secundario a vancomicina intraperitoneal. Se trató con prednisona (1 miligramo/kg/día), con pauta descendente lenta. Presentó remisión completa del cuadro, sin recidivas.

Conclusiones: La vancomicina presenta una absorción sistémica errática cuando se administra por vía oral o vía intraperitoneal. Debe tenerse en cuenta la posibilidad de aparición de reacciones adversas cutáneas y/o sistémicas por la administración intraperitoneal de vancomicina.

Sarcoidosis renal como causa infrecuente de fracaso renal agudo

Verónica Alexandra Villa Ayala¹, Cristina Medrano Villarrojo¹, Isabel Marquina Ibañez¹, Daniel Aladrén Gonzalvo¹, Paula Mora López¹, David Beltrán Mallén¹, Olga Gracia García¹, Eduardo Parra Moncasí¹, Zoila Albines Fiestas¹

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

1. RESUMEN

Introducción: La sarcoidosis es una enfermedad inflamatoria sistémica, caracterizada por la formación de granulomas. Entre las manifestaciones renales de la sarcoidosis se encuentran la nefrolitiasis y nefrocalcinosis, secundarias a la alteración del metabolismo del calcio, y, menos frecuente, la nefritis intersticial aguda, siendo esta la lesión renal clásica con formación de granulomas no necrotizantes.

Resultados: Varón de 66 años, con antecedentes de exfumador, dislipemia y apnea del sueño, que acude a urgencias por dolor abdominal y astenia de 5 días de evolución. En analítica se objetiva creatinina plasmática (Crp) 3.47 mg/dL. Se acompaña de anemia normocítica, elevación de reactantes de fase aguda y proteinuria de 200 mg en 24 horas con sedimento inactivo. El estudio serológico y de autoinmunidad resultó negativo.

Se objetivó en TAC adenopatías mediastínicas e hiliares bilaterales, así como patrón en vidrio deslustrado en parénquima pulmonar, alteraciones confirmadas mediante PET-TAC. Además, se evidenció elevación de enzima convertidora de angiotensina. Se realizó biopsia de una adenopatía, mostrando una linfadenitis granulomatosa no necrotizante con células gigantes. Todo ello compatible con sarcoidosis.

Ante deterioro de función renal y proteinuria, se decide realización de biopsia renal, donde se apreció una nefritis intersticial con granulomas no caseificantes, compatible con sarcoidosis. Ante esto hallazgos y, habiendo descartado otros procesos que justifiquen el cuadro renal, se instauró tratamiento con corticoides orales, con mejora de función renal en pocos días.

Conclusiones: La nefritis intersticial es una forma de manifestación sistémica poco frecuente de la sarcoidosis. Sin embargo, debe sospecharse ante un cuadro de deterioro de función renal con proteinuria. Una vez descartados otros procesos que justifiquen el cuadro, la biopsia renal es el método de confirmación. Los corticoides orales son el tratamiento de elección.

SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL EN DIÁLISIS PERITONEAL

*Ana Lucía Valencia Pelaez¹, María Olga Vegas Prieto¹, Asier Sancho Moreno¹, Armando Coca Rojo¹,
María Martínez Manrique¹, Paula Ardura Agudin¹, Alicia Mendiluce Herrero¹*

(1) HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID

1. RESUMEN

Introducción: La morbilidad de peritonitis en diálisis peritoneal (DP) puede ser grave, en peritonitis severas los pacientes están expuestos a mayor riesgo de muerte.

Objetivo: Reconocer la importancia del tratamiento antibiótico inmediato ante la sospecha de peritonitis en DP y valorar otras patologías intraabdominales en caso de presentar sepsis, o no evidenciar mejoraría de su sintomatología o parámetros analíticos.

Resultados:

Caso 1

Mujer de 61 años, Enfermedad renal crónica (ERC) secundaria a glomerulonefritis membrano-proliferativa, 7 días después de colocar el catéter de DP presenta abdomen agudo y sepsis. Inician ttoantibioticoiv, realizan cirugía encontrando diverticulitis perforada y peritonitis fecaloidea, perforación de sigma, intensa reacción inflamatoria, con placas de fibrina sobre asas intestinales delgadas, colon, y sigma. Retiran catéter de DP, realizan resección de muñón de recto sigma y colostomía. Evoluciona desfavorablemente presentando disfunción multiorgánica y fallece a las 24 horas.

Caso 2

Mujer de 54 años ERC de etiología no filiada en DP. Presenta dolor abdominal y liquido turbio, iniciamos protocolo de peritonitis. 24h después continua con dolor abdominal y parámetros de sepsis, iniciamos antibiótico iv.

En TAC se aprecia neumoperitoneo y líquido libre. En cirugía se evidencia perforación de intestino delgado, realizan friederich de la perforación. En cultivo de líquido peritoneal streptococcusanginosus, prevotellabuccae.

Una semana después presenta nuevo episodio de dolor abdominal. En cirugía se encuentra líquido libre hemático, asas de delgado con signos isquémicos, se palpa pulso en arteria mesentérica y en mesenterio de delgado.

Retiran catéter de DP, realizan laparotomía y lavado profuso. En biopsia no hay signos de malignidad. Posteriormente evoluciona favorablemente y actualmente está en hemodialisis

Conclusiones: Ante la sospecha de peritonitis debemos iniciar antibiótico inmediatamente y seguir el protocolo de peritonitis en diálisis peritoneal.

Si no hay mejoría clínica y analítica se deben descartar otras causas de patología intraabdominal.

PÉNFIGO AMPOLLOSO EN PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL

Ana Lucía Valencia Pelaez¹, María Olga Vegas Prieto¹, Asier Sancho Moreno¹, Armando Coca Rojo¹,
María Martínez Manrique¹, Arturo Lorenzo Chapatte¹, Alicia Mendiluce Herrero¹

(1) HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID

1. RESUMEN

Introducción: Es una enfermedad autoinmune adquirida caracterizada por producción de anticuerpos IgG contra proteínas hemidesmosómicas de la membrana basal epidérmica (antígenos BP180, BP230). La incidencia en diálisis es desconocida.

La escala Dermatology LifeQualityIndex (DLQI) permite medir la calidad de vida.

Objetivo: Identificar lesiones de pénfigo ampolloso (PA), posibles causantes farmacológicos y valorar la calidad de vida de pacientes con patologías dermatológicas.

Metodología: Estudio retrospectivo en diálisis peritoneal (DP) del Hospital Clínico de Valladolid que presentan PA entre el año 2021 y 2022

Resultados:

Caso 1:

Varón de 76 años, Enfermedad renal crónica (ERC) Glomerulonefritis membranosa en DP, Diabetes mellitus tipo2, recibe linagliptina desde hace un año. Transferido a HD durante 1 mes por hernia inguinal, presenta lesiones ampollosas en tórax que no mejoran con antihistamínicos, reinicia DP 1 mes después y continua con ampollas. Suspendemos linagliptina y 4 semanas después presenta mejora de síntomas.

Biopsia: PA

DLQI: severa afectación

Caso 2:

Varón de 73 años, ERC no filiada en DP automática (3 IC de fisiológica 1.36% y 1 extraneal), HTA, en 2020 presentó pápulas eritematosas, pruriginosas, en muñecas, espalda y ampollas en axilas, recibió corticoide oral y tópico. Desapareciendo las lesiones ampollosas pero persistiendo picor y quistes de milium

Biopsia: PA

DLQI: moderada afectación

Caso 3

Varón de 75 años, ERC no filiada, en DP (3 IC de fisiología 1.36%), HTA, lesiones ampollas en piernas en 2016 que desaparecieron con corticoide tópico. En 2022 presentó PA secundario a paracetamol.

DLQI: pequeña afectación

Conclusiones: PA puede estar asociado a algunas medicaciones como furosemina, nifedipino, algunos inhibidores de DPP4, siendo raro con linagliptina y paracetamol. Describimos dos casos de PA asociado a fármacos poco habituales y un caso no relacionado a fármacos.

Las enfermedades de la piel tienen un fuerte impacto sobre calidad de vida.

MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA REFRACTARIA A DIURETICOS Y ENFERMEDAD RENAL EN DIALISIS PERITONEAL: A PROPOSITO DE UN CASO

*Ana Lucía Valencia Pelaez¹, María Olga Vegas Prieto¹, Asier Sancho Moreno¹, Armando Coca Rojo¹,
María Martínez Manrique¹, Paula Ardura Agudín¹, Alicia Mendiluce Herrero¹*

(1) HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID

1. RESUMEN

Introducción: La insuficiencia cardiaca (IC) refractaria a diuréticos, se asocia con persistencia de síntomas y hospitalizaciones frecuentes. La diálisis peritoneal (DP) se ha asociado a mejoría de la sobrecarga hídrica, de la clase funcional, parámetros analíticos y calidad de vida.

El Cuestionario SF-36 es un instrumento de calidad de vida relacionado con la salud que ha sido muy utilizado.

Objetivo: Reconocer que la diálisis peritoneal aporta calidad de vida al paciente con IC refractaria a diuréticos y mejora su sintomatología.

Resultados:

Caso:

Varón de 76 años con Antecedentes personales:

- HTA, Enfermedad renal crónica (ERC) G4 secundaria a glomerulonefritis membranosa.
- Miocardiopatía dilatada, disfunción ventricular severa. Cardiopatía isquémica, SCACEST revascularizado. IC (FEVI 12% en febrero de 2021).
- Adenocarcinoma en colon en 2006
- Hemicolectomía abierta. eventración a nivel supra a infraumbilical, eventroplastia, malla sobre eventración, cicatriz de laparotomía media, y de Mcburney.

Paciente con IC refractaria a diuréticos, disnea de mínimos esfuerzos, sobrecarga hídrica y limitación severa en actividades de la vida diaria.

Se plantea iniciar DP. Colocan el catéter de DP y encuentran en cirugía epiplón adherido a línea media bloqueando el hipocondrio derecho. Consideramos un caso difícil para que funcione la DP. 3 semanas después inicia DP, con ultrafiltraciones (UF) de – 800 cc en 24 horas.

A los 2 meses no presenta sobrecarga hídrica, mantiene UF de – 800 cc al día, diuresis de 800 cc al día con 3 comprimidos de furosemida, buena adecuación de DP, en ecocardiograma 8 meses después se aprecia FEVI 35%.

El SF 36 = 62 al inicio de la DP, al año el SF-36 = 84, evidenciando mejoría en su calidad de vida

Conclusiones: A pesar de sus numerosos antecedentes quirúrgicos encontramos una evolución satisfactoria en DP a nivel clínico, de parámetros analíticos y ecocardiograma, logrando una mejoría en la calidad de vida en nuestro paciente.

ESTUDIO OBSERVACIONAL SOBRE LA ASOCIACIÓN DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR A LA POLIQUISTOSIS RENAL AUTOSÓMICA DOMINANTE

Elena Hernández García¹, Miguel Ángel González Martínez¹, Ana Isabel Morales García¹, María Dolores Prados Garrido¹

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO

1. RESUMEN

Introducción: La enfermedad cardiovascular es la principal causa de mortalidad y principal factor de progresión en los pacientes con PQRAD. Nuestro objetivo es describir la prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares, así como otras complicaciones asociadas a PQRAD en el momento del diagnóstico, además de evaluar el impacto a nivel de prevención que puede desempeñar un diagnóstico precoz de la PQRAD respecto al desarrollo de enfermedad cardiovascular.

Material y métodos: Estudio descriptivo de pacientes incidentales de PQRAD en el servicio de Nefrología del Hospital Universitario Clínico San Cecilio de Granada, entre 2019 y 2021. Se han recogido parámetros epidemiológicos, clínicos y analíticos. Se ha realizado una regresión lineal simple, entre la variable edad con las variables colesterol y LDL.

Resultados: El 50% son hombres, edad media 47 años. El 70% presentaban AF de PQRAD (n=14), y el 50% (n=10) presentaban descendencia en el momento del diagnóstico. El 85% presentan TA>110/75 mmHg y el 30% (N=6) TA>140/90 mmHg en el momento del diagnóstico. La mediana de tamaño RI por ecografía fue de 13 cm y en RD de 15 cm.

La mediana de FG estimado por CKD-EPI es 62 ml/min. La mediana de proteinuria 116 mg/g y albuminuria de 30 mg/dl.

Mediana de colesterol total 178 mg/dl, LDL 112 mg/dl y triglicéridos 100 mg/dl. Conforme aumenta la edad de diagnóstico los niveles de colesterol y LDL son mayores (p=0,706 y p=0,618).

Conclusiones: Continuamos llegando tarde al diagnóstico de la PQRAD. Casi el 30% presentan hipertensión en el momento del diagnóstico y el 55% prehipertensión. Cuando se diagnostican, el FG ya está descendido, el tamaño renal aumentado, los niveles de LDL no son óptimos y el 50% de los casos no ha recibido consejo genético. Es imprescindible adelantar el diagnóstico en esta enfermedad con el objetivo de minimizar el impacto cardiovascular para estos pacientes.

LESIONES CRÓNICAS EN DILATACIONES VENOSAS DE FAV

Brenda Espinoza¹, Jordi Carreras¹, Emma Espinar², Albert Gonzalez², Andreu Foraster¹

(1) DIAVERUM BAIX LLOBREGAT 2) CIRUGÍA VASCULAR HOSPITAL UNIVERSITARI DE BELLVITGE

1. RESUMEN

Introducción: La dilatación de las venas de una FAV constituye una respuesta fisiológica y necesaria para el correcto funcionamiento de la misma. A veces se producen dilataciones aneurismáticas venosas. La canulación repetitiva del mismo segmento puede provocar una debilidad en la pared. En algunos casos esta debilidad comporta cambios cutáneos como signos de atrofia cutánea, erosiones o escaras. Os queremos presentar 3 casos de complicaciones de los aneurismas venosos con aparición de escaras en 25 años de seguimiento de FAV.

CASOS CLINICOS:

CASO 1: Mujer de 70 años de edad afecta de IRCT secundaria a Nefropatía Diabética, en programa de Hemodiálisis desde 2002 al 20/12/2013 (12 años). FAVn(1) Codo izq. (humero-cefálica) latero-lateral 14/5/2002. Superficialización vena cefálica 30/7/2002. Lesión costrosa en vena cefálica sangrado al finalizar la sesión de diálisis. 28/11/2008 Ligadura vena cefálica distal y proximal a la lesión. Desarrollo vena basílica.

CASO 2: Hombre de 87 años afecto de IRCT secundaria a Poliquistosis renal, en programa de Hemodiálisis desde 07/2008(13años), portador de una FAVn(2) codo izquierdo (anastomosis latero-lateral). Lesión costrosa en vena mediana antebrazo, distal a la anastomosis. 18/3/19 ligadura de la vena mediana. Buena evolución de la costra. Cura con pomada proteolítica Debrisan®

Caso 3: Hombre de 72 años afecto de IRCT secundaria a GN mesangiocapilar, en programa de Hemodiálisis desde 1990 (32años), portador de una FAVn radio-cefálica en antebrazo izquierdo (04-1990). Lesión costrosa en aneurisma venoso (enero/2022). Sangrado durante la I.Q. el 19/3/2022. Colocación catéter tunelizado en vena yugular interna derecha

Conclusiones: La prevención en la aparición de las complicaciones de los aneurismas es un objetivo primordial, estimulando la NO punción en Área, en la misma zona. Una vez observamos la aparición de una escara, se ha de ser diligente en la visita con cirugía vascular para la corrección quirúrgica intentando preservar, si es posible la FAV.

POCUS Y TRASPLANTE RENAL: PERSONALIZAR LA CONGESTIÓN ESTÁ EN NUESTRAS MANOS

Josep Riera Sadurn¹, Carles Cañameras Fugasot¹, Marina Urrutia Jou¹, Javier Paul Martinez¹, Inés Perezpayá Alonso¹, Jordi Soler Majoral¹, Fredzzia Graterol Torres¹, Anna Vila Santandreu¹, Jordi Bover Sanjuán¹, Gregorio Romero González¹

(1) HOSPITAL UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL

1. RESUMEN

Introducción: La congestión es una condición clínica frecuente en Nefrología que tiene efectos sistémicos, como la nefropatía congestiva (NC). Point-of-care ultrasonography (PoCUS) emerge como el quinto pilar en la exploración física (insonación) para incrementar su sensibilidad en la evaluación de la congestión tisular (CT) y vascular (CV). El objetivo del abstract es demostrar mediante un caso clínico la utilidad del PoCUS en la individualización del manejo médico de la congestión en el Trasplante renal.

CASO CLÍNICO:

Varón de 75 años con antecedentes de cardiopatía isquémica con fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FEVI) del 55% con Hipertensión Pulmonar (HTP) e insuficiencia renal crónica (IRC) estadio 5D receptor de trasplante renal donante cadáver (TRDC) en asistolia controlada. Evoluciona con Función Retardada del Injerto (FRI) y oligoanuria con Necrosis Tubular Aguda (NTA) demostrada por biopsia renal (BR) que precisa de 6 sesiones de Hemodiálisis Intermite (HDI) con disminución progresiva del peso y recuperación de la diuresis y función renal hasta creatinina sérica de 2.5 mg/dl al alta. PoCUS al alta sin CT ni CV, manteniendo FEVI 48% sin HTP.

Discusión: Los efectos negativos de la congestión se describen principalmente en el síndrome CardioRenal tipo 1 y la lesión renal aguda. Presentamos un paciente TRDC con FRI, sin rechazo en la BR. Por anuria se realiza PoCUS objetivando CT severa (>15 líneas B) y CV severa (Vena Cava Inferior: 2.2cm, Vena hepática: S reversa, Vena Pulmonar: pulsatilidad >50% y Vena Renal: flujo monofásico). Con esto, se inicia HDI con disminución del peso añadiendo posteriormente furosemda con adecuada respuesta. Previo al alta se realiza PoCUS, objetivando disminución líneas B sin CV.

Conclusión: La congestión venosa en Nefrología se asocia a malos desenlaces. En el trasplante inmediato probablemente no solo acompaña a la FRI sino que participa en su persistencia. Se necesitan más estudios para corroborarlo.

GLOMERULOPATÍA DE NOVO Y RECAÍDA TRAS LA ADMINISTRACIÓN DE VACUNA CONTRA SARS-COV-2

Anney Yelena Rosario Vargas¹, Veronica Torres Jaramillo¹, Angela Eraso Najera¹, Cristina García Parejo¹, Nathalie Martinez Tejeda¹, Flor Rodríguez Martín¹, Danay A. Ticona Espinosa¹, Belen Gómez Giralda¹, Luisa Sánchez García¹, M. Begoña Alaguero del Pozo¹, M. Eugenia Plagaro Cordero¹

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO RIO HORTEGA

1. RESUMEN

Las vacunas son productos biológicos seguros que pueden ser administrados en la mayoría de los pacientes con enfermedades inmunomediadas tomando las precauciones necesarias planteadas en las diferentes guías.

Actualmente ante la aparición de las vacunas contra el SARS-COV-2 nos encontramos frente a nuevas dudas en relación de si las mismas pudiesen ser causantes de: lesión renal de novo, un primer brote de una patología renal subyacente no conocida o actuar como inductor de un nuevo brote en pacientes con patología renal ya conocida y en estado de remisión.

En esta comunicación abordaremos 4 casos en total; de estos 3 corresponden a pacientes diagnosticados de enfermedad glomerular de novo confirmado mediante biopsia renal, como factor común se encuentra la relación temporal con la administración previa de la vacuna contra SARS-COV-2; además un 4to caso que corresponde a rebrote de nefropatía lúpica tras administración de vacuna contra SARS-COV-2.

REPARACIÓN DE ANEURISMAS DE UNA FÍSTULA NATIVA MEDIANTE TÉCNICA DE ENDOGRAPAS: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Laura Escolano González¹, Ana Cristina Marzo Álvarez¹, Young Woon Ki¹, Laura Pastor Alconchel¹, Noemí Hidalgo Iranzo¹, Jose Mario Carranza Martinez¹

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET SERVICIO DE ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR, ZARAGOZA

1. RESUMEN

Introducción: La degeneración aneurismática es frecuente tras la realización de una FAVI nativa y puede comprometer el funcionamiento de la misma.

Objetivo: Presentar una técnica quirúrgica alternativa a tener en cuenta para reparar estos aneurismas.

Material y métodos: Revisión retrospectiva de informes clínicos, radiológicos y laboratorios.

Resultados: Varón de 34 años fumador e hipertenso con antecedentes de taquicardia paroxística y miocardiopatía hipertensiva. Enfermedad renal crónica en diálisis no filiada posiblemente nefronoptosis del adolescente. Intervenido hace 12 años, realizándose FAVI radiocefálica en MSI. En hemodiálisis On.LINE 4 sesiones/semana de 240 minutos; el paciente refiere disnea.

Nos lo remiten para valorar dilataciones aneurismáticas.

A la exploración física 3 aneurismas de gran tamaño aproximadamente de 6x5 cm en todo el antebrazo hasta flexura del codo con elongación de tramos entre aneurismas. Thrill extremadamente aumentado en todo su trayecto, presentando además cambios de coloración en zonas aneurismáticas las cuales son dolorosas.

Ecodoppler diagnóstico: dilataciones hasta flexura sin apenas trombo, vena cefálica en brazo inexistente, basílica muy desarrollada. Vena cefálica en MSD no apta para FAV nativa.

Se planeó cirugía: aneurismorrafia mediante técnica de grapado.

Es intervenido de manera programada realizándose incisión lateral a lo largo del trayecto aneurismático, practicándose aneurismorrafia de los mismos utilizando grapadora quirúrgica lineal EchelonFlex® de 60, en la muñeca la calcificación y elongación extrema impidió usar la grapadora por lo que se realizó resección y anastomosis término-terminal.

Valoración al mes en consultas con disminución notable de los aneurismas. Se inicia hemodiálisis por la fístula a los 20 días de la intervención con buenos flujos y desaparición de la disnea.

Conclusiones: La técnica de reparación mediante endograpas es una técnica rápida, segura y efectiva, que nos permite preservar el funcionamiento de la fístula, por lo tanto, puede ser una herramienta útil para prolongar la permeabilidad de los accesos nativos.

Análisis de Fístulas radiocefálicas en paciente anciano

Laura Escolano González¹, Ana Cristina Marzo Álvarez¹, Young Woon KI¹, Laura Pastor Alconchel¹, Beatriz García Nieto¹, Mónica Herrando Medrano¹

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET SERVICIO DE ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR, ZARAGOZA

1. RESUMEN

Introducción: En pacientes de edad avanzada, la elección del acceso vascular resulta un desafío debido a las comorbilidades y al lecho vascular deficiente.

Objetivo: El objetivo principal fue analizar la tasa de permeabilidad en nuestro centro de las Fístulas arterio-venosa radiocefálicas (FAVI-rc). Objetivos secundarios: reintervenciones/necesidad de nuevo acceso y exitus.

Métodos: Estudio descriptivo entre 2014-2019 de FAVI radiocefálicas realizadas en nuestro centro en mayores de 80 años.

Resultados: Se realizaron 22 FAVI radiocefálicas, de predominio en varones, edad media: 81,4. En 2 pacientes se realizó FAVI-rc más alta de lo habitual. En el momento de la cirugía sólo 6 en tratamiento renal sustitutorio.

Ninguna complicación peroperatoria.

El 50% no precisaron reintervenciones: 1 no funcionante, 1 falta de maduración, resto funcionantes (80%).

La mitad que precisaron reintervención (11): 5 FAVI-rc proximales a previa, 4 humerocefálicas y 2 FAVI-rc contralaterales. 5 pacientes no han precisado diálisis en ningún momento (22,7%).

La mediana de tiempo de los pacientes que iniciaron diálisis tras realización de FAVI (10) fue 485 días. En el 80% se inició diálisis por FAVI.

De los pacientes que se dializan (16) el 81,25% lo hacen por FAVI y el resto por catéter. Diálisis por FAVI-rc: 62,5%.

Éxitus en cuatro pacientes (18,2%, mediana tras cirugía: 719,9 días).

Conclusiones: A pesar de la alta tasa de reintervenciones, un porcentaje alto de pacientes de nuestra serie se dializa por FAVI-rc, es por ello que este tipo de acceso debe ser una alternativa a tener en cuenta incluso en pacientes octogenarios.

Síndrome nefrótico de cambios mínimos asociado con trastornos linfoides no Hodgkin

Eva Plaza Lara¹, Lidia Díaz Gómez²

(1) FEA NEFROLOGIA. HOSPITAL PUNTA EUROPA DE ALGECIRAS 2) FEA. NEFROLOGÍA, CENTRO DE DIÁLISIS SANTA CATALINA, JAÉN

1. RESUMEN

El linfoma de células del manto (LCM) es una forma rara pero agresiva de linfoma no Hodgkin. La afectación renal es poco frecuente en pacientes con LCM y puede ser el resultado de una infiltración directa o de una glomerulopatía paraneoplásica. La glomerulonefritis membranoproliferativa y la glomeruloesclerosis focal y segmentaria se asocian comúnmente con esta patología, siendo la glomerulopatía de cambios mínimos menos frecuente.

CASO CLÍNICO: Hombre de 74 años que ingresa en estado de anasarca asociado a síndrome nefrótico, así como alteración del perfil hepatobiliar. Sus antecedentes médicos incluyen hipertensión arterial y adenocarcinoma de próstata de alto riesgo en remisión completa.

El estudio reveló aumento de FA, GGT, GOT, GP y bilirrubina total. Creatinina sérica 2,5mg/dl, siendo las previas normales, junto con proteinuria en 24h de 6g e hipoalbuminemia. Además, Hb 8,3g/dl y plaquetopenia de hasta 49000. Se realiza TC abdominal que describe como únicos hallazgos esplenomegalia y poliadenopatias, sin alteración hepatobiliar ni renal. Ante la alta sospecha de linfoma, se realiza inmunofenotipo en sangre y líquido ascítico, diagnosticando al paciente de LCM estadio IV. En este momento, se inicia tratamiento hematológico dirigido, siendo la evolución del paciente favorable, tanto desde el punto hematológico como renal (función renal normalizada con proteinuria inferior a 500mg/día).

Tras 4 años, el paciente ingresa de nuevo por edematización generalizada y disminución del ritmo de diuresis. En análisis destaca Cr 1,9mg/dl y proteinuria de hasta 8g/24h. El estudio hematológico (TC toracoabdominal e inmunofenotipo) descarta recidiva. Por ello, se realiza biopsia renal cuyos resultados son compatibles con nefropatía de cambios mínimos. Se inició pauta corticoidea con lenta pero progresiva mejoría de función renal, proteinuria y edemas.

En conclusión, aunque la nefropatía de cambios mínimos rara vez se asocia a LCM, debemos tenerla en cuenta como presentación paraneoplásica así como en forma de recidiva.

Manifestaciones renales de la enfermedad de Kimura. A propósito de un caso

Eva Plaza Lara¹, Gema Rangel Hidalgo¹, Rosa Gómez Gómez¹, Ramiro Palma Barrio¹, Esther Romero Ramírez¹

(1) FEA NEFROLOGIA. HOSPITAL PUNTA EUROPA DE ALGECIRAS

1. RESUMEN

La enfermedad de Kimura, es una enfermedad inflamatoria rara, de etiología desconocida. Se presenta principalmente en hombres jóvenes asiáticos y la triada típica es la presencia de inflamación subcutánea no dolorosa en la región de cabeza y cuello, eosinofilia periférica y elevación niveles séricos de IgE. La frecuencia de la afectación renal en la enfermedad de Kimura, es aparentemente alto, siendo la nefropatía de cambios mínimos la más frecuente.

CASO CLÍNICO: Varón de 21 años en seguimiento desde los dos años de edad por probable nefropatía de cambios mínimos. Entre otros antecedentes médicos, destaca la extirpación de una tumoración en la zona retroauricular en la infancia, con características radiológicas benignas y biopsia inconcluyente. Durante su seguimiento en consultas, presenta varias recaídas, con aumento de proteinuria de hasta 7g en 24h, función renal normal, pero buena respuesta a los corticoides, permitiendo la suspensión. Estudio de autoinmunidad, complemento, proteinograma y ecografía renal, sin alteraciones patológicas. Sin embargo, a los dos años, las recidivas del síndrome nefrótico comienzan a ser más frecuentes, sin llegar a deteriorar función renal, pero con respuesta parcial de la proteinuria a los corticoides, volviéndose corticodependiente. Como única incidencia clínica, destacaba la reaparición de una masa retroauricular no dolorosa y eosinofilia intermitente en sangre. Llamaba la atención que el tamaño de dicha masa mejoraba cuando el paciente precisaba pauta de corticoides debido a las múltiples recaídas. Se plantea biopsia de la tumoración, que describe un proceso inflamatorio reactivo sugestivo de enfermedad de Kimura. La evolución con el tratamiento corticoideo ha sido favorable, sin precisar la extirpación de la masa en el momento actual.

En conclusión, en aquellos casos de nefropatía en los que se asocie la presencia de masas subcutáneas y eosinofilia, la enfermedad de Kimura debe incluirse en el diagnóstico diferencial.

Fallo multiorgánico secundario a infección por un huésped poco común

Lidia Díaz Gómez¹, Eva Plaza Lara²

(1) CENTRO DIALISIS SANTA CATALINA, JAÉN 2) HOSPITAL PUNTA EUROPA, ALGECIRAS

1. RESUMEN

Introducción: Capnocytophagacanimorsus es un bacilo Gram-negativo presente en la flora oral de perros y gatos. Puede transmitirse por mordeduras o contacto con piel lesionada. En ocasiones no hay antecedentes de exposición a animales y un 40% de los casos se presenta en pacientes inmunocompetentes y sin factores de riesgo.

Presentación del caso: Varón de 54 años con antecedentes personales de dislipemia, que ingresó en UCI por shock séptico y fracaso multiorgánico secundario a sepsis por Capnocytophagacanimorsus. En la exploración se evidenciaron crepitantes pulmonares y edemas en zonas declives además de lesiones isquémicas en ambos MMII compatibles con purpura. Preciso soporte ventilatorio y hemodiálisis desde el ingreso. En la analítica se apreciaron datos de microangiopatía trombotica con anemia, plaquetopenia, LDH y bilirrubina elevadas y esquistocitos en el frotis >10% (actividad ADAMST 13 de 55% y coprocultivos negativos). La coagulación fue normal. Se realizó ecografía doppler renal con riñones ecográficamente normales, sin dilatación ni alteración vascular. Se instauró tratamiento antibiótico según antibiograma además se realizaron 3 sesiones de plasmaferesis y se administraron dos dosis de eculizumab.

La primera biopsia renal demostró lesiones compatibles con NTA y MAT. A pesar del tratamiento dirigido el paciente recuperó parcialmente por lo que se realizó una segunda biopsia que puso de manifiesto afectación de la totalidad de los glomérulos y atrofia tubular severa.

Fue dado de alta tras 1.5 meses. La evolución fue favorable, remitiendo las lesiones isquémicas y mejorando los parámetros analíticos. Actualmente se encuentra dependiente de hemodiálisis.

Conclusiones: La infección por C.canimorsus debe considerarse en pacientes con sepsis o meningitis en casos de cultivos negativos o aislamiento de un bacilo gram-negativo de crecimiento lento.

En nuestro caso el curso clínico estuvo marcado por shock séptico con fallo multiorgánico, SHU atípico secundario a bacteriemia por C.canimorsus y datos de necrosis periférica en extremidades inferiores.

Amputación digital como complicación grave de un acceso vascular

Lidia Díaz Gómez¹, Benaldina García Jimenez¹

(1) CENTRO DIALISIS SANTA CATALINA, JAÉN

1. RESUMEN

Introducción: La incidencia de complicaciones tras la creación de una fistula arterio-venosa (FAV) para hemodiálisis se ha incrementado como consecuencia del envejecimiento de los pacientes, la gran parte diabéticos, portadores de accesos vasculares previos no funcionantes y con arteriopatía periférica.

CASO CLINICO: Varón de 73 años con antecedentes personales de HTA, dislipemia y nefropatía diabética en programa de HD al cual se le realiza una FAVI humero-cefálica derecha, presentado las semanas posteriores signos isquémicos a nivel del tercer dedo. En la ecografía se objetivó mejoría del flujo distal al clampar la FAVI estando la arteria cubital permeable pero la radial trombosada. A pesar de un ciclo de prostaglandinas y un bypashumerohumeral con vena safena interna (drill), el paciente presenta evolución tórpida con necrosis húmeda del dedo además de datos clínicos de insuficiencia cardíaca, entre ellos disnea en reposo, ortopnea y edematización de MMII. Fue necesaria cierre de la fistula y la amputación digital. La sintomatología cardíaca mejoró tras el cierre de la misma.

Discusión: La creación de una FAV produce una diferencia de presiones entre el sistema arterial y venoso, generando un hiperaflujo sanguíneo de retorno en un circuito de baja resistencia. La disminución de la perfusión en zonas acras, ocasionada por un flujo retrógrado distal a la anastomosis y, en nuestro paciente además exacerbado por una estenosis de la a.radial, puede causar el síndrome isquémico de la mano (SIM).

Esta reducción de resistencia periférica arterial incrementará la actividad simpática, con un aumento de tensión arterial, contractibilidad y finalmente de gasto cardíaco, conllevando a una sobrecarga de volumen y una disfunción sistólica o diastólica.

Conclusiones: El SIM es una complicación poco frecuente, de origen multifactorial, a veces, en los casos invalidantes requiere tratamiento quirúrgico. La elección de la técnica más apropiada debería basarse en los mecanismos hemodinámicos influyentes y la localización de la FAV.

Necrosis cortical renal bilateral: a propósito de un caso

Eva Plaza Lara¹, Rosa Gómez Gómez¹, Gema Rangel Hidalgo¹, Ramiro Palma Barrio¹, Esther Romero Ramírez¹

(1) FEA NEFROLOGIA. HOSPITAL PUNTA EUROPA DE ALGECIRAS

1. RESUMEN

La necrosis cortical renal (NCR) es una entidad rara, causada por una perfusión arterial significativamente disminuida de los riñones debido a espasmos de las arterias de alimentación, lesión microvascular o coagulación intravascular diseminada y es la progresión patológica de la necrosis tubular aguda. La insuficiencia renal aguda relacionada con la obstetricia, aunque en declive, aún constituye alrededor del 25 % de las referencias para diálisis en el mundo.

CASO CLÍNICO: Mujer de 47 años que ingresa por anuria, vómitos, diarreas y dolor hipogastrio abdominal. Niega cualquier otra sintomatología por órganos y aparatos. Entre sus antecedentes médicos, destaca únicamente mioma uterino de 8 cm en seguimiento con tratamiento conservador. En el estudio durante su ingreso, Creatinina sérica 13,8mg/dl, urea 192, iones en rango, acidosis metabólica y elevación GGT, FA y LDH importantes. Marcadores tumorales, autoinmunidad, proteinograma, complementos e inmunoglobulinas en rango. Ecografía con aumento de la ecogenicidad corticomedular como único hallazgo. Además, se solicita Tc de abdomen dado los antecedentes personales de la paciente en el que se descarta obstrucción, objetivándose NCR bilateral. Tras estos resultados, se descarta la realización de biopsia renal. Así, a pesar de tratamiento médico orientado inicialmente a causa prerrenal del fracaso renal agudo, la paciente permanece en oligoanuria y, dado el mal pronóstico tras el diagnóstico, se decide iniciar sesiones de diálisis.

Hay que destacar que, en los meses previos al ingreso, la paciente presentó sangrados vaginales más frecuentes y cuantiosos, con anemia significativa y aumento del tamaño del mioma, pendiente aún de cirugía. Aunque en la bibliografía la NCR se relaciona sobre todo con causa obstétrica debido a hipoperfusión y alteración de la coagulación, creemos que el mecanismo por el que la paciente sufre este cuadro, podría estar justificado por el empeoramiento rápido de su patología ginecológica.

EMERGENCIA HIPERTENSIVA SECUNDARIA A HIPERALDOSTERONISMO FAMILIAR

Lidia Díaz Gómez¹, Eva Plaza Lara²

(1) CENTRO DIALISIS SANTA CATALINA, JAÉN 2) HOSPITAL PUNTA EUROPA, ALGECIRAS

1. RESUMEN

Introducción: En el hiperaldosteronismo primario (HAP) se produce un exceso de aldosterona de manera autónoma, que conlleva hipertensión arterial, retención de sodio, pérdida urinaria de potasio y alcalosis metabólica.

Presentación del caso: Varón de 47 años sin antecedentes de interés, ingresó en UCI por emergencia hipertensiva (250/175mmHg) y afectación de órgano diana: insuficiencia cardíaca, insuficiencia respiratoria con derrame pleural bilateral y fracaso renal. En la exploración presentó taquipnea, crepitantes pulmonares y molestias abdominales inespecíficas. En la analítica se objetivó Glu 150mg/dl, U135 mg/dl, Cr 5,6mg/dl, K 2,6mg/dl, sodio 124mg/dL, Hb 9,6mg/dl, cociente prot/Creat 500mg/g. El resto de pruebas como autoinmunidad, serología, tóxicos y catecolaminas en orina resultaron normales. La ecocardiografía evidenció cardiopatía hipertensiva con disfunción diastólica. El angio-TC abdominal no objetivó alteraciones en las glándulas suprarrenales y el doppler renal visualizó riñones ecográficamente normales. La RM craneal no mostró patología. Se instauró tratamiento con eplerenona 50mg, losartán 50mg, furosemida 40mg y bisoprolol 5mg.

Investigando los antecedentes familiares, su padre es hipertenso desde 40 años y sufrió un IAM hace 3, además su hermano falleció a los 44 años por un ACV hemorrágico.

Ante la alta sospecha de hiperaldosteronismo familiar tipo I se decidió ampliar estudio: GTTK calculado de 11,42, concentración de aldosterona elevada (93,3 ng/dl) y un cociente aldosterona/renina >40 ng/dL. Se realizó un test confirmatorio con infusión de suero salino.

Tras control de cifras tensionales y lenta mejoría de la función renal, fue dado de alta con seguimiento en consulta, a la espera de resultado genético para la confirmación definitiva (mutación en gen quimérico CYP11B1/CYP11B2).

Conclusiones: El hiperaldosteronismo familiar tipo 1 (hipertensión sensible a la dexametasona) es un subtipo de HAP con herencia autosómica dominante y una prevalencia >1% como causa de HTA secundaria, debida a la expresión ectópica de la aldosterona sintasa en la zona fascicular de la glándula suprarrenal.

Afectación renal por amiloidosis AL en contexto de una gammapatía monoclonal de significado incierto

David Beltrán Mallén¹, Verónica Alexandra Villa Ayala¹, Paula Mora López¹, Daniel Aladrén Gonzalvo¹, Cristina Medrano Villaroya¹, Ismael Baena Marí¹, Zoila Stany Albines Fiestas¹, Olga Gracia García¹, María Isabel Marquina Ibáñez¹, Luis Miguel Lou Arnal¹

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

1. RESUMEN

Introducción: La amiloidosis se caracteriza por el depósito en los tejidos de un material amorfo constituido por proteínas con un plegamiento anormal, que toman la tinción de Rojo Congo.

Según la proteína implicada se pueden clasificar en amiloidosis AL (cadenas ligeras) y AA (amiloide sérico A), siendo la primera más frecuente y debiéndose generalmente a una discrasia sanguínea.

Resultados: Mujer de 64 años con antecedentes de dislipemia remitida a Consulta de Nefrología por proteinuria asintomática de reciente aparición.

En analítica de orina de 24h se objetivaba proteinuria de 0,6g, sin apreciarse alteraciones en la analítica de sangre ni en la ecografía renal.

Al ampliar el estudio, se descubrió una banda monoclonal gamma en el proteinograma. El perfil serológico y de autoinmunidad era normal.

En la sucesiva consulta se apreció la aparición de edemas con fovea en extremidades inferiores, así como hipoalbuminemia e hipercolesterolemia, y una progresión de la proteinuria a 4,8 g en 24h, constituyendo un síndrome nefrótico clínico, con función renal conservada. Además, se identificó un componente monoclonal de cadenas ligeras lambda en el estudio proteico de orina de 24h.

Se realizó una biopsia renal, apreciándose un depósito mesangial, intersticial y en paredes de capilares de un material amorfo rojo congo positivo con birrefringencia verde manzana a la luz polarizada, lo cual es compatible con amiloidosis primaria.

La biopsia de médula ósea identificó un porcentaje de células plasmáticas del 4%.

Ante una amiloidosis AL en el contexto de una gammapatía monoclonal de significado incierto se propuso tratamiento mediante trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos tras inducción con bortezomib, ciclofosfamida, daratumumab y dexametasona.

Conclusiones: El diagnóstico de la amiloidosis es histopatológico. La biopsia renal rinde muy buenos resultados. El tratamiento de la amiloidosis AL se basa en disminuir la producción de la proteína amiloidogénica.

Parasitosis en el trasplante renal: la estrongiloidiasis

David Beltrán Mallén¹, Verónica Alexandra Villa Ayala¹, Paula Mora López¹, Daniel Aladrén Gonzalvo¹, Cristina Medrano Villaroya¹, Ismael Baena Mar², Olga Gracia García¹, Luis Miguel Lou Arnal¹

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET 2) HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SAN JORGE

1. RESUMEN

Introducción: La inmunosupresión de los pacientes sometidos a trasplante renal aumenta considerablemente el riesgo de infección. Sin embargo, las infecciones parasitarias son poco frecuentes.

Únicamente un 5% de los parásitos que infectan a los humanos han sido descritos en transplantados, destacando por su frecuencia *Strongyloides stercoralis*, seguido de *Giardialamblia* y *Toxoplasma gondii*.

Resultados: *Strongyloidesstercoralis* es un parásito intestinal con distribución endémica en ciertas zonas de España. En pacientes inmunodeprimidos puede cursar con un cuadro con alta mortalidad por el aumento del número de larvas.

Una parasitosis debe sospecharse ante una eosinofilia aislada o ante un cuadro de diarrea. *Strongyloidesstercoralis* puede asociar además hemoptisis y broncoespasmo.

En los pacientes transplantados el diagnóstico puede ser complejo, ya que no es un cuadro frecuente y en ocasiones se pueden atribuir los síntomas a reacciones adversas a medicación empleada en el trasplante.

Al evaluar a los candidatos a trasplante renal, se debe prestar especial atención a la presencia de eosinofilia inexplicada, antecedentes de prurito o asma resistente a los esteroides para diagnosticar una posible infección parasitaria y erradicarla antes de iniciar la terapia inmunosupresora.

Además, debemos incluir la detección de parásitos en muestra de heces frescas en el diagnóstico diferencial de la diarrea en el trasplante renal.

Conclusiones: El tratamiento de la estrongiloidiasis es el tiabendazol. Se debe realizar un nuevo examen en heces al finalizar el tratamiento para comprobar la erradicación, además de estudiar a los convivientes del paciente.