

Diálisis y Trasplante

Fundada en 1979

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

Vol 45 nº 1. Año 2024

www.sedyt.org

PÓSTERS



XLIV Congreso Anual de la Sociedad
Española de Diálisis y Trasplante
9-11 mayo 2024 Girona

Organiza:



Sociedad Española de
Diálisis y Trasplante
www.sedyt.org

Con la colaboración de:



Complicaciones infecciosas en pacientes en programa de ultrafiltración peritoneal por insuficiencia cardiaca refractaria.

Albines Fiestas Zoila Stany; Babara, Axenia¹; Hernández Ruiz, Ana Belén¹; Pérez Royo, Daniel¹; López Ibort, Nieves¹; Hernández Salueña, Carmen¹; Juarez Mayor, Paula¹; Pujol Samuell, Mireia¹; Ruiz Laiglesia, José Esteban¹; Iñigo Gil, Pablo¹;

(1) SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. ZARAGOZA.

Palabras clave / Términos relevantes:

DIÁLISIS PERITONEAL, INSUFICIENCIA CARDIACA, INFECCIONES

1. RESUMEN

Introducción: La ultrafiltración peritoneal (UP) aporta beneficios en pacientes con insuficiencia cardiaca refractaria (ICR) a diuréticos aunque no queda exenta de complicaciones relacionadas con la técnica como las infecciones.

Resultados: Presentamos 5 pacientes con ICR en programa de UP en nuestro centro durante el período agosto 2019 a agosto 2023. Las características de los pacientes se describen en la tabla 1. De los 5, 2 de ellos, el caso 3 y 4, no han presentado ninguna complicación infecciosa durante la permanencia en la técnica, en 2 y 4 meses respectivamente. Encontramos 4 episodios de infección del orificio de salida (IOS). En el caso 1 y 2, un episodio de IOS cada uno a los 18 y 2 meses del inicio de la UP, respectivamente, tratados con antibioterapia dirigida, con buena evolución, sin nuevas infecciones, en 30 y 10 meses, respectivamente. El caso 5 presentó 2 episodios de IOS con peritonitis a los 3 y 5 meses del inicio de la UP; tratado con antibioterapia dirigida con buena evolución. Los microorganismos aislados más frecuentes fueron grampositivos (*S.oralis* y *S.aureus*). Sólo encontramos un microorganismo gramnegativo, el caso 2, por *Klebsiella*. Ninguna de las complicaciones infecciosas de los casos descritos requirió la interrupción de la técnica. La media de permanencia en la técnica fue de 10.4 meses.

Conclusiones: Según nuestra experiencia, las infecciones encontradas respondieron adecuadamente al tratamiento y no implicaron la retirada de la técnica, por lo que pese a los riesgos de infecciones de los que no está exenta, merece la pena continuar con la técnica dado el beneficio que aporta. Probablemente, no se encuentre un mayor riesgo de infecciones relacionadas con la técnica en pacientes con ICR en relación con el menor número de recambios al día respecto a los pacientes en diálisis peritoneal con enfermedad renal crónica avanzada.

Cetoacidosis diabética euglucémica por inhibidor del cotransportador de sodio glucosa tipo 2 y necesidad de hemodiálisis. A propósito de un caso.

Albines Fiestas, Zoila Stany¹; Berni Wennekers, Ana¹; Álamo Caballero, Concepción¹; Ruiz Laiglesia, José Esteban¹; Martín Azara, Pilar¹; Rubio Rubio, María Victoria¹; Guzman Vasquez, Melisa¹; Aladren Gonzalvo, Daniel Joaquín¹; Peña Porta, José María¹; Íñigo Gil, Pablo¹;

(1) HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. SERVICIO DE NEFROLOGÍA. ZARAGOZA.

Palabras clave / Términos relevantes:

Acidosis metabólica, inhibidores del cotransportador de sodio glucosa tipo 2 (iSGLT2), hemodiálisis

1. RESUMEN

Introducción: Los inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) son en la actualidad fármacos claves en la nefrocardiometabólico-protección. Sin embargo, no están exentos de efectos adversos como la cetoacidosis euglucémica, que se caracteriza por la presencia de acidosis metabólica con anión gap elevado, cetonemia o cetonuria y concentraciones de glucosa menores de 200 mg/dL. Presentamos un caso clínico de cetoacidosis diabética euglucémica en relación con el iSGLT2 con necesidad de tratamiento renal sustitutivo.

Resultados: Mujer de 42 años, hipertensa tratada con olmesartan y diabética tratada con metformina/empagliflozina. Acude a urgencias, 3 días post alta hospitalaria tras bypass gástrico laparoscópico, por malestar general, taquipnea y somnolencia, objetivándose acidosis metabólica grave (pH 6.9 HCO₃ 4 y EB – 28.4) con anión gap muy elevado (39), lactato en rango, glucemia 160 mg/dl, acetona muy positiva, glucosuria+++++ y cetonuria muy positiva+++++. Se descartan infecciones sobreañadidas; tóxicos, incluidas intoxicación por metformina y/o paracetamol; así como también complicaciones quirúrgicas mediante tomografía toracoabdominal. Función renal y diuresis conservada; pero sin respuesta a la reposición intensa intravenosa de bicarbonato 1 molar llegando a presentar bicarbonato indetectable, por lo que se decide realizar una sesión de hemodiálisis a través de catéter femoral temporal, con normalización de la gasometría venosa, sin precisar más sesiones. Ante estos hallazgos, se plantea cetoacidosis diabética euglucémica por iSGLT2, probablemente precipitada por estrés quirúrgico y ayunos (habituales en la paciente) como precipitantes.

Conclusiones: Los iSGLT2 son fármacos con amplios beneficios demostrados a nivel cardio-renal-metabólico. Sin embargo, la cetoacidosis diabética euglucémica es un efecto adverso relacionado con su uso que se debe tener en cuenta sobre todo si el paciente presenta nuevos procesos interrecurrentes. Habitualmente se diagnostica por exclusión. Y la hemodiálisis es una opción a considerar para su corrección en los pacientes que no respondan a la reposición IV de bicarbonato como en nuestro caso.

Una complicación infrecuente en diálisis peritoneal: fuga pleuroperitoneal. A propósito de un caso.

Albines Fiestas Zoila Stany; Hernández Ruiz, Ana Belén¹; Babara, Axenia¹; Pujol Samuell, Mireia¹; López Ibort, Nieves¹; Pérez Royo, Daniel¹; Juarez Mayor, Paula¹; Hernández Salueña, Carmen¹; Ruiz Laiglesia, José Esteban¹; Iñigo Gil, Pablo¹;

(1) SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ. ZARAGOZA.

Palabras clave / Términos relevantes:

Fuga pleuroperitoneal, diálisis peritoneal, comunicación pleurodiafragmática

1. RESUMEN

Introducción: La fuga pleuroperitoneal se produce por el paso de líquido de diálisis desde la cavidad peritoneal hacia el espacio pleural a través de comunicaciones en el tabique pleurodiafragmático, siendo una complicación infrecuente en diálisis peritoneal (DP). Presentamos un caso clínico relacionado con esta patología.

Resultados: Paciente de 70 años, con diagnóstico de enfermedad renal crónica avanzada, de etiología no filiada, subsidiaria de tratamiento renal sustitutivo, que opta por DP, y tras dos meses del inicio de DP en modalidad diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) con 2 intercambios al día, presenta disnea progresiva, objetivándose un derrame pleural derecho en la radiografía de tórax, confirmándose mediante gammagrafía con radiotrazador por catéter de DP la existencia de una comunicación pleuroperitoneal. Se realiza toracocentesis diagnóstica, que confirma una elevada concentración de glucosa. Tras el diagnóstico, se realiza inicialmente un manejo conservador con reposo peritoneal y reinicio de la técnica en DP automatizada con volúmenes bajos, sin éxito. La paciente desea continuar en la técnica por lo que opta por el cierre del orificio pleuro-peritoneal de manera quirúrgica, realizándose la intervención sin complicaciones con buenos resultados.

Conclusiones: La fuga pleuroperitoneal puede ocurrir dentro de las complicaciones de diálisis peritoneal con baja frecuencia, pero muchas veces su presencia puede ser una causa de abandono de la técnica dialítica por recidivas con manejo conservador. La gammagrafía 99mTc-MAA y la toracocentesis diagnóstica son de gran ayuda para su diagnóstico. El manejo quirúrgico ayuda a reducir la tasa de abandono de la técnica dialítica como en nuestro caso.

Hipertensión y riñón: eternos enemigos.

Babara, Axenia¹; Juárez Mayor, Paula¹; Pujol Saumell, Mireia¹; Alvarado Zelaya, Jerson Andrés¹; Guzman Vasquez, Melisa¹; Martín Azara, María Pilar¹; Berni Wennekers, Ana¹; Blasco Forcen, Ángel¹; Peña Porta, José María¹; Íñigo Gil, Pablo Javier¹;

(1) SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. ZARAGOZA.

Palabras clave / Términos relevantes:

Emergencia hipertensiva, insuficiencia renal aguda, hemodiálisis

1. RESUMEN

Introducción: La emergencia hipertensiva se define como elevación aguda y grave de la presión arterial (PA) que se acompaña de alteraciones orgánicas graves. Requiere ingreso hospitalario con monitorización intensiva de las constantes vitales, reducción de la PA en un intervalo de tiempo corto y con medicación antihipertensiva endovenosa. Entre las complicaciones más graves tenemos alteraciones a nivel cardiovascular, cerebrovascular o renal.

Caso clínico: Mujer de 51 años, sin antecedentes de interés. Remitida desde atención primaria donde acude por disnea de mínimos esfuerzos y edematización de extremidades inferiores con fóvea. En urgencias presenta PA 270/110 mmHg que no mejora con las medidas disponibles en urgencias, se pauta perfusión de Solinitrina, con lo que ingresa en Medicina Interna.

Durante el ingreso empeoramiento de la función renal y oligoanuria a pesar de control tensional adecuado.

Ante aparición de clínica urémica y de sobrecarga hídrica progresiva en situación de persistencia de oligoanuria se decide empezar terapia renal sustitutiva mediante hemodiálisis.

Eco-Doppler con ausencia de flujo, Angio-TC: oclusión completa de arteria renal derecha y estenosis de 30% en arteria renal izquierda. Se procede a recanalización y colocación de prótesis endovascular con ayuda de imagen angiográfica.

Tras llegar al diagnóstico de isquemia renal la paciente recupera diuresis, se consigue mejor control tensional precisando menos medicación antihipertensiva. No ha precisado más sesiones de hemodiálisis. Mejoría progresiva de la función renal.

Conclusiones: La estenosis de arterias renales se debe fundamentalmente a dos procesos: la arteriosclerosis y la displasia fibromuscular. Desde el punto de vista clínico puede ir asociada a la hipertensión arterial o la insuficiencia renal. Se debe tener en cuenta que la estenosis de arteria renal es una situación potencialmente curable, siempre y cuando se detecta a tiempo y es posible realizar la revascularización, las dos condiciones de las que depende el pronóstico del paciente.

Neumoperitoneo en diálisis peritoneal en nuestro centro.

Babara, Axenia¹; Juárez Mayor, Paula¹; Pujol Saumell, Mireia¹; Alvarado Zelaya, Jerson Andrés¹; Guzman Vasquez, Melisa¹; Martín Azara, María Pilar¹; Berni Wennekers, Ana¹; Blasco Forcen, Ángel¹; Peña Porta, José María¹; Íñigo Gil, Pablo Javier¹;

(1) SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. ZARAGOZA.

Palabras clave / Términos relevantes:

Neumoperitoneo, diálisis peritoneal, aire subdiafrágico

1. RESUMEN

Introducción: El neumoperitoneo se relaciona con la perforación de una víscera hueca; sin embargo, en los pacientes en diálisis peritoneal (DP), la presencia de un catéter en el peritoneo que pone en contacto dicha cavidad con el ambiente puede conllevar el paso del aire siendo la causa de esta complicación. Presentamos un caso clínico de nuestro centro que observamos durante el período agosto 2016 – agosto 2023.

Resultados: Varón de 89 años, con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal desde 2019. Desde el año 2022, en DP asistida con DP continua ambulatoria (DPCA) con 3 intercambios al día. Acude a urgencias por disnea, dolor en ambos hombros coincidente con el intercambio de líquido peritoneal. En urgencias, afebril, hemodinámicamente estable, sin hallazgos relevantes. Se realiza radiografía de tórax objetivándose imagen sugestiva de presencia de aire subdiafrágico.

En el periodo descrito, un total de 109 pacientes han sido incluidos en el programa de DP. De todos ellos, 1 paciente ha presentado neumoperitoneo, que corresponde al caso descrito. Se interroga a la persona que da asistencia para la realización de la técnica, y se confirma mala realización en el purgado del sistema de DP. El personal de enfermería realiza los intercambios de DP según protocolo y, tras el drenaje y colocación en Trendelenburg se pudo favorecer la salida del aire peritoneal. El personal de enfermería realiza re-entrenamiento, para reforzar la técnica enfatizando la fase de purgado del sistema. En controles radiológicos, se objetiva disminución paulatina del neumoperitoneo hasta quedar resuelto en su totalidad.

Conclusiones: El neumoperitoneo en los pacientes en DP es una complicación poco frecuente dado el entrenamiento personalizado por parte del equipo de enfermería, y está estrechamente relacionado con la mala técnica de purgado del sistema. Ante clínica compatible, debemos sospecharla para instaurar pronta resolución con tratamiento habitualmente conservador.

Hemocultivos salvadores. Un caso difícil de diagnosticar pero con un buen final.

Babara, Axenia¹; Juárez Mayor, Paula²; Pujol Saumell, Mireia²; Alvarado Zelaya, Jerson Andrés²; Albines Fiestas, Zoila Stany²; Guzman Vásquez, Melisa²; Álamo Caballero, Concepción²; Blasco Forcen, Ángel²; Peña Porta, José María²; Íñigo Gil, Pablo J²;

(1) HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ, ZARAGOZA (2) HCULB

Palabras clave / Términos relevantes:

Insuficiencia renal aguda, biopsia renal, glomerulonefritis postinfecciosa

1. RESUMEN

Introducción: La Insuficiencia Renal Aguda (IRA) se caracteriza por disminución de la función renal de instauración brusca, en horas o en días. Se diagnostica con la elevación de creatinina sérica por encima de las cifras basales. En ocasiones se puede indicar la realización de biopsia renal ante el daño renal prolongado en el tiempo que no recupera a pesar de medidas instauradas. Presentamos un caso clínico de IRA de etiología inesperada.

Resultados: Varón de 70 años sin ERC previa. Ingresa por IRA de etiología multifactorial (anemización y retención aguda de orina), sin datos clínicos ni parámetros analíticos de infección. A pesar de transfusión sanguínea y resolución del componente obstructivo, el deterioro renal se estanca durante un periodo de 3 semanas sin objetivar ninguna causa aparente. Se empieza a informar al paciente sobre posibilidad de inicio de terapia renal sustitutiva mediante hemodiálisis si no mejora la función renal, y además para filiar diagnóstico y establecer pronóstico se propone al paciente realización de biopsia renal.

Como estudio complementario se solicita radiografía de tórax donde se objetiva derrame pleural, realizándose toracocentesis y obteniendo líquido compatible con empiema pleural. El paciente permanece asintomático en todo momento. Para completar estudio del empiema se cursan hemocultivos en frío que resultan positivos para *Estafilococo Aureus*. Tras ello se instaura tratamiento dirigido según antibiograma, con lo que se objetiva mejoría progresiva de la función renal hasta llegar a basal. Con los resultados de la biopsia renal finalmente se diagnostica de una glomerulonefritis postinfecciosa.

Conclusiones: La biopsia renal es una práctica diagnóstica muy útil, pero no exenta de riesgos. La realización de la biopsia renal en fracaso renal agudo está indicada cuando sospechemos una etiología diferente a una necrosis tubular aguda que es la causa más frecuente. Normalmente debe conllevar implicaciones terapéuticas y orientar el pronóstico.

Infecciones diseminadas en pacientes en hemodiálisis. Serie de casos.

Barrales Iglesias, Miriam¹; Varillas Caso, Dora Angélica¹; García Chumillas, Vanesa¹; González Martínez, Miguel Ángel¹; Prados Garrido, María Dolores¹;

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO. GRANADA

Palabras clave / Términos relevantes:

Hemodiálisis, infección diseminada

1. RESUMEN

Introducción: Los pacientes en hemodiálisis (HD) presentan una inmunidad deprimida con mayor susceptibilidad a contraer infecciones. Los intervalos prolongados de circulación extracorpórea durante la diálisis pueden incrementar la vulnerabilidad a infecciones. Debemos permanecer también especialmente atentos a aquellos procedimientos invasivos realizados en nuestros pacientes.

Caso 1 Paciente de 84 años ERC G5 en HD mediante fístula arteriovenosa (FAV), portador de nefrostomía derecha, tras recambio de la misma, presenta clínica de dolor lumbar que le impide el decúbito. En resonancia magnética de columna se evidencian cambios inflamatorios perivertebrales con hallazgos compatibles con espondilodiscitis; en hemocultivos se aísla un *Enterococcus Faecalis*.

Caso 2 Paciente de 73 años ERC G5 en HD mediante FAVI, ex-trasplantada renal reciente, que precisó embolización del injerto renal por síndrome de intolerancia al injerto y como complicación presenta una pielonefritis. Tras procedimiento presenta clínica de bacteriemia con elevación de reactantes de fase aguda y hemocultivos positivos para *Staphylococcus Aureus* meticilinsensible, destacar además como complicaciones una espondilodiscitis infecciosa en L1-L2, endocarditis infecciosa y émbolos sépticos cerebrales.

Caso 3 Paciente de 72 años ERC G5 que vuelve a HD tras fallo del injerto, portador de FAV, se mantiene inmunosuprimido con prednisona a dosis bajas. Se realiza biopsia gástrica por cuadro de gastritis crónica, pocos días tras procedimiento inicia cuadro de bacteriemia con aumento de reactantes de fase aguda con hemocultivo positivo para *Bacteroides Fragilis*. En pruebas de imagen se evidencian dos abscesos hepáticos y signos de pielitis; siendo una posible causa la traslocación abdominal tras realización de biopsia gástrica.

Presentamos tres casos de infecciones diseminadas en pacientes en HD no portadores de catéter permanente tunelizado, pero si sometidos procedimientos invasivos que precisaron de ingreso hospitalario para tratamiento antibiótico dirigido. Es importante destacar que es imprescindible una vigilancia de eventos infecciosos en pacientes en programa crónico de hemodiálisis.

Experiencia en la implantación percutánea con trocar de catéter Tenckhoff en nuestro centro.

Beltrán Mallen, David¹; Campos Gutiérrez, Belén¹; Mora López, Paula¹; López Royo, Luzia Sescun¹; Guevara Madrid, Francisco Antonio¹; Guillen Crusells, Javier¹; Gracia García, Olga¹; Villa Ayala, Verónica Alexandra¹; Lou Arnal, Luis Miguel¹;

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Palabras clave / Términos relevantes:

Diálisis peritoneal, Catéter Tenckhoff, complicaciones

1. RESUMEN

Introducción: La implantación percutánea del catéter peritoneal por el nefrólogo supone una mayor rapidez y autonomía en el abordaje de sus pacientes. En estudios realizados que analizan la tasa de complicaciones en función de la técnica utilizada y el equipo que la ha realizado (nefrólogo, cirujano o radiólogo) se concluye que esta es similar, aumentando de forma inversamente proporcional al número de catéteres implantados.

Se ha realizado un análisis retrospectivo de los catéteres implantados por el nefrólogo mediante técnica ciega con trocar Tenckhoff en nuestro centro en el periodo 2017-2022, recogiendo las principales comorbilidades del paciente, las complicaciones en el procedimiento y el éxito en la implantación y funcionalidad del catéter al año.

Se analizaron 89 pacientes, con una edad media de 61 años (desviación estándar DE 17 años). 65 eran hombres y 24 mujeres. Entre las causas de ERC destacaban las glomerulopatías (33.7%), la nefroangiosclerosis (22.5%), la ERC no filiada (12.4%) y la Enfermedad Renal Diabética (11.2%). El IMC medio de los pacientes era de 25.8 (DE 3.5). 49 pacientes no tenían cirugías abdominales previas, frente a 40 que sí. 10 de los pacientes iniciaron la técnica tras el trasplante renal. Un 89% de los catéteres se colocaron en FID. Únicamente 3 presentaron complicaciones relacionadas con la implantación (1 perforación de intestino delgado y 2 atrapamientos de epiplón). 9 pacientes presentaron un desplazamiento de catéter que precisó maniobra alfa.

El resto de pacientes no llegaron al año de seguimiento por causas ajenas a la colocación (trasplante renal, éxitus o retirada por peritonitis recidivantes).

No ha habido ningún caso de perforación vesical, de útero o trompas, hemorragia por lesión de arteria epigástrica o quilo-peritoneo.

En cuanto a las complicaciones infecciosas en los primeros 30 días, 5 pacientes presentaron infección del orificio de catéter, 2 peritonitis y 1 infección de herida quirúrgica.

Utilidad de la ecografía pulmonar en hemodiálisis: A propósito de un caso.

Varillas Caso, Dora Angélica¹; Hernández García, Elena²; Delgado Ureña, Ana²; Prados Garrido, María Dolores²

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIOS SAN CEC (2) HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO

Palabras clave / Términos relevantes:

Ecografía pulmonar, hemodiálisis, ultrafiltración

1. RESUMEN

Introducción: La sobrecarga de volumen es una complicación frecuente en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) que reciben hemodiálisis (HD) crónica. Se trata de un factor de riesgo modificable asociado a hipertensión arterial (HTA), insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), hipertrofia ventricular izquierda (HVI) e incremento de morbilidad. En los últimos años, la ecografía pulmonar ha recibido una atención creciente en la exploración de la sobrecarga de volumen en pacientes en HD, resultando muy útil para mejorar pautas de ultrafiltración y farmacoterapia en esta población.

Mujer de 63 años con HTA, dislipemia, miocardiopatía hipertrófica no obstructiva, insuficiencia aórtica e insuficiencia mitral moderadas, trasplantada renal por ERCA secundaria a poliquistosis renal que vuelve a programa de HD por rechazo crónico humoral del trasplante renal.

Al mes del reinicio de HD comienza con disnea en reposo, sin otra clínica asociada. A la exploración, presenta HTA 160/97 mmHg con mínimos crepitantes base derecha, sin edema periférico. En analítica presenta datos sugerentes de ICC descompensada con proBNP >70.000 pg/mL, con adecuados parámetros en cuanto a dosis de diálisis. En radiografía de tórax presenta ligero aumento de trama vascular. Se realiza ecografía pulmonar al inicio de la sesión de HD donde se observa patrón de congestión pulmonar: presencia de >6-7 Líneas B junto con derrame pleural de predominio derecho, datos compatibles con importante edema intersticial.

Se programó sesión ultrafiltración extra hasta la corrección del estado volumétrico con clara mejoría clínica, hemodinámica y ecográfica.

La ecografía pulmonar es una técnica novedosa y validada que se utiliza cada más vez para estimar la congestión pulmonar en pacientes que reciben HD crónica, demostrando importante poder pronóstico. Es preciso aumentar la experiencia con el uso de la ecografía en las Unidades de HD ya que se trata de una herramienta eficiente para el manejo de nuestros pacientes.

La importancia de la diálisis peritoneal como parte del tratamiento en el síndrome cardiorrenal.

Falconi Sarmiento, Angelo¹; Rivero García, Karen¹; Fonseca De Jesús Silva, Carolina¹; Villanueva Sánchez, Elena¹; Rodríguez Tudero, Celia¹; Quispe Ramos, Daniel¹; Correa Marcano, Luis Armando¹; Sánchez Montero, Silvia¹; Martín Arribas, Alberto¹; Fraile Gómez, Pilar¹;

(1) HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SALAMANCA

Palabras clave / Términos relevantes:

Cardio Renal Syndrome, heart failure, peritoneal dialysis

1. RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El síndrome cardiorrenal describe la conexión hemodinámica y neurohormonal que existe entre el corazón y riñón. En los pacientes no candidatos a trasplante cardíaco, la ultrafiltración por diálisis peritoneal (DP) provee mejoría clínica y funcional en los pacientes con Insuficiencia Cardíaca (IC) refractaria, con una mejor preservación de la función renal residual.

RESULTADOS: Paciente varón de 34 años, fumador y hábito enólico ocasional. Antecedente de Poliquistosis Renal Autosómica Dominante, Hipertensión Arterial. Ingresa en cardiología a los 28 años por debut de IC con FEVI severamente deprimida (15%) y Miocardiopatía Dilatada a estudio con árbol coronario sin lesiones significativas. Ha precisado bolos de levosimendán y titulación del tratamiento neurohormonal con mejoría de la FEVI en el seguimiento hasta un 29%. Tuvo 3 ingresos hospitalarios por descompensaciones de IC con dificultad para la titulación de fármacos por hiperpotasemia a pesar de uso de quelantes. Tras el seguimiento, presenta empeoramiento progresivo de la función renal con filtrado glomerular < 10ml/min iniciándose terapia renal sustitutiva mediante DP, manteniendo diuresis residual en torno a 2 litros con Kt/v 1.98 y ultrafiltración en torno 500ml al día. Al año de instaurarse el tratamiento renal sustitutivo, se objetiva una FEVI recuperada hasta el 45-50%. No ha tenido nuevos ingresos por descompensaciones de IC. De esta forma, ante mejoría de la función cardíaca, se encuentra en estudio pre-trasplante renal para valorar la inclusión en lista de espera.

CONCLUSIONES: El bloqueo neurohormonal ha demostrado un mejor pronóstico en los pacientes con insuficiencia cardíaca con FEVI reducida. La Diálisis peritoneal es una herramienta valiosa en aquellos que no alcancen un adecuado manejo de volumen, evitando reingresos hospitalarios frecuentes. Además, permite optimizar el tratamiento farmacológico consiguiendo un mejor pronóstico y calidad de vida en este grupo de pacientes.

Recidiva de glomerulonefritis anti-membrana basal glomerular en el trasplante renal. A propósito de un caso atípico.

Fonseca, Carolina¹; Antúnez Plaza, Patricia¹; González Zhindon, Gabriela¹; Falconi Sarmiento, Angelo Roberto¹; Correa Marcano, Luis Armando¹; Villanueva Sanchez, Elena¹; Rodriguez Tudero, Celia¹; Tabernero, Guadalupe¹; Martín Arribas, Alberto¹; Fraile Gómez, Pilar¹;

(1) COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA

Palabras clave / Términos relevantes:

Glomerulonefritis anti-MBG, variante atípica, trasplante renal

1. RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La glomerulonefritis anti-membrana basal glomerular(anti-MBG) es mediada por anticuerpos frente al colágeno tipoIV de la MBG. La variante atípica sin anticuerpos circulantes tiene incidencia del 10-15%, recidivando en el trasplante renal(TR). Suele presentar afectación renal menos severa y proteinuria nefrótica. Presentamos un caso de recidiva de glomerulonefritis anti-MBG atípica postrasplante.

RESULTADOS: Mujer, 54 años, con glomerulonefritis anti-MBG en biopsia renal(BR) sin anticuerpos circulantes, tratada con bolos de corticoides y ciclofosfamida, inefectivo. Posteriormente, recibió TR(donante cadáver), manteniendo FR normal sin proteinuria durante 11 años, hasta presentar proteinuria(2,5g/día), sospechándose recidiva de glomerulonefritis anti-MBG o rechazo, indicándose biopsia. Inició bolos de corticoides, rituximab, pero progresa deterioro de FR, proteinuria(6g/día), microhematuria, indicándose nueva BR evidenciando glomerulonefritis necrotizante focal y segmentaria (proliferación extracapilar). A pesar de ausencia de anticuerpos anti-MBG circulantes, se diagnostica de glomerulonefritis anti-MBG de novo, tratada con ciclofosfamida y plasmaféresis, manteniendo FR estable sin proteinuria. Más tarde, la proteinuria aumenta(7g/día), indicándose nueva biopsia demostrando rechazo crónico. La insuficiencia renal crónica progresa y recibe segundo TR(donante vivo). Mantuvo FR estable sin proteinuria durante años, hasta empeoramiento de proteinuria(1,5g/día), indicándose BR, confirmando recidiva de glomerulonefritis anti-MBG con depósitos lineales IgG, ausentes en microscopía electrónica(ME). Recibió ciclofosfamida, manteniendo FR normal y descenso de proteinuria(240mg/día).

CONCLUSIÓN: La ausencia de anticuerpos anti-MBG circulantes podría atribuirse a limitaciones del test ELISA e inmunofluorescencia indirecta, porque detectan antígenos dirigidos hacia una de las seis subunidades del colágeno tipoIV de la MBG. Los anticuerpos pueden dirigirse a diferentes subunidades y/o presentar vida media corta en plasma respecto a tejidos. El diagnóstico diferencial de depósitos lineales IgG debe realizarse con glomerulonefritis fibrilar y diabetes mellitus. La paciente no era diabética y la ME no evidenció microfibrillas. Tampoco se detectaron anticuerpos anti-MBG,

probablemente por muestra insuficiente y artefactos (parafinación). No obstante, es importante considerar la variante atípica de glomerulonefritis anti-MBG y su recurrencia en el TR.

Causa infrecuente de peritonitis en diálisis peritoneal- *Kocuria rhizophila*, a propósito de un caso.

Fonseca, Carolina¹; Rivero Garcia, Karen¹; Falconi Sarmiento, Angelo Roberto¹; Villanueva Sanchez, Elena¹; Rodriguez Tudero, Celia¹; Correa Marcano, Luis Armando¹; Quispe Ramos, Daniel Ruddy¹; Lizarazo, Alexandra¹; Martin Arribas, Alberto¹; Fraile Gómez, Pilar¹;

(1) COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA

Palabras clave / Términos relevantes:

Peritonitis, diálisis peritoneal, *Kocuria*

1. RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La peritonitis asociada a diálisis peritoneal(DP) suele ser causada por bacterias gram+, conllevando elevada morbimortalidad y riesgo de fracaso de la técnica. El *Kocuria rhizophila* es un coco gram+ coagulasa- presente en el suelo y en la microflora de la piel y cavidad oral humana. La peritonitis secundaria a *Kocuria* es infrecuente, aunque existen casos descritos en la literatura, principalmente pacientes inmunodeprimidos. Presentamos un caso clínico de peritonitis por *Kocuria rhizophila* asociada a DP.

RESULTADOS: Varón, 86 años, diabético,ERC en DP desde 2019 con 4 intercambios, buena dinámica dialítica, sin diuresis residual ni antecedentes de peritonitis. En febrero de 2023 acude a urgencias por dolor abdominal y líquido peritoneal(LP) turbio.Solicitamos cultivo de LP, recuento celular (leucocitos 3080/uL,82% polimorfonucleares) y tinción GRAM(cocos gram+). La analítica sanguínea destacaba PCR10mg/dL y leucocitosis(13x10³cel/ul) con neutrofilia. Ante el primer episodio de peritonitis se inicia antibioterapia empírica (ceftazidima+cefazolina intraperitoneales/intercambio) y fluconazol vía oral. A las 48horas presenta empeoramiento del dolor abdominal, aumento del recuento leucocitario y persistencia de LP turbio. Cambiamos cefazolina por vancomicina intraperitoneal. En el cultivo de LP se aísla *Kocuria rhizophila* sensible a vancomicina por lo que se mantiene antibioterapia, presentando mejoría clínica, descenso lento del recuento celular y negativización del cultivo a los 21 días del tratamiento.

CONCLUSIONES: Aunque infrecuente, la especie *Kocuria* causa peritonitis asociada a DP. Se describieron menos de 10 casos en el mundo, siendo fácilmente subdiagnosticado al no ser detectado por algunos sistemas de identificación de microorganismos. No existen guías específicas sobre la antibioterapia recomendada, pero presenta buena respuesta a cefalosporinas de 1ªgeneración y glucopéptidos. Este caso corrobora con la evidencia científica, dado la respuesta adecuada, aunque lenta, a ceftazidima y vancomicina intraperitoneales. La identificación de microorganismos infrecuentes como causa de peritonitis asociada a DP es fundamental, de manera a ofrecer la mejor asistencia sanitaria a nuestros pacientes.

Edema escrotal como complicación de la diálisis peritoneal.

Fonseca, Carolina¹; Rivero, Karen¹; Falconi Sarmiento, Angelo Roberto¹; Villanueva Sánchez, Elena¹; Rodríguez Tudero, Celia¹; Quispe, Daniel Ruddy¹; Correa Marcano, Luis Armando¹; Sánchez Montero, Silvia¹; Martín Arribas, Alberto¹; Fraile Gómez, Pilar¹;

(1) COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA

Palabras clave / Términos relevantes:

Fuga peritoneal, diálisis peritoneal, edema escrotal

1. RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La infusión de líquido de diálisis peritoneal(DP) aumenta la presión intraabdominal y puede causar fugas pleurales, inguinales o pericatéter. La técnica de implantación del catéter peritoneal(CP), obesidad, cirugías abdominales previas o defectos de pared abdominal son factores de riesgo. En DP existe 10-27% de incidencia de hernias. Exponemos un caso de edema escrotal secundario a fuga de líquido de DP.

RESULTADOS: Varón, 77 años, enfermedad renal crónica(ERC) secundaria a glomerulonefritis focal y segmentaria en progresión hasta 2023 cuando inició DP. En octubre de 2023 se implantó CP recto por mini laparotomía sin incidencias. A finales de mes inició entrenamiento, infundiéndose bajos volúmenes de líquido de diálisis (500ml). Un mes después, demostrando buena tolerancia, diuresis residual 2L/día sin clínica urémica, inició DP incremental, 1 intercambio diario (1500 ml) con icodextrina. 48 horas después de iniciar diálisis, refería edema escrotal doloroso. Indicamos drenaje del líquido peritoneal (LP) y acudir a urgencias. A su llegada contaba mejoría, por cese de dolor al drenar el LP. Presentaba edema escrotal derecho y protrusión de posible hernia a nivel del conducto inguinal con maniobra de Valsalva. Negaba antecedentes de hernia inguinal. Ante sospecha de fuga de LP hacia escroto secundario a hernia inguinal o persistencia del conducto peritoneovaginal se suspendió la DP y se solicitó gammagrafía peritoneal para descartar existencia de defectos de pared abdominal. El estudio gammagráfico confirmó el diagnóstico, observándose el paso del trazador(Tc-99) hacia canal inguinal y escroto. Se trató con hernioplastia inguinal con malla y descanso peritoneal durante 4 semanas.

CONCLUSIÓN: Las fugas de LP tienen 3-30% de incidencia, principalmente en las primeras semanas post colocación del CP. La fuga hacia genitales tiene mayor riesgo si existe antecedentes de hernia inguinal. Realizar una exploración física minuciosa con maniobra de Valsalva es fundamental para valorar existencia de hernias y nunca olvidar la utilidad diagnóstica de la gammagrafía peritoneal.

Presentación atípica del síndrome renal del cascanueces: A propósito de un caso.

García Chumillas, Vanesa¹; Barrales Iglesias, Miriam²; Peña Ortega, María²; Varillas Caso, Dora Angelica²; Prados Garrido, María Dolores²;

(1) CENTRO DE DIÁLISIS NEVADA (2) HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO

Palabras clave / Términos relevantes:

Síndrome renal del cascanueces, vena renal izquierda, albuminuria

1. RESUMEN

Introducción: El síndrome renal del cascanueces (SRDC) se trata del atrapamiento de la vena renal izquierda (VRI) entre arteria mesentérica superior (AMS) y aorta abdominal. Es más frecuente en mujeres y tercera/cuarta década de vida. Clínicamente se presenta como dolor en flanco izquierdo, proteinuria ortostática, hematuria macro/microscópica, disuria, varicocele, varices pélvicas/vulvares/glúteas, dispareunia o dismenorrea. Se trata de una causa infrecuente y escasamente documentada de afectación renal que requiere alto grado de sospecha para su diagnóstico.

Caso clínico: Varón de 17 años sin antecedentes personales, que acudió a consulta de Nefrología por albuminuria (MAB) de 480mg/dL en control analítico, sin otros hallazgos salvo creatininaquinasa elevada (2249U/L). A la anamnesis refería realizar ejercicio físico anaerobio 4-5 días semanales, ingesta de suplementos proteicos y dolor abdominal inespecífico. La exploración física fue normal. Se indicaron medidas higiénico-dietéticas como aumentar ingesta hídrica, evitar ejercicio físico intenso y supresión de suplementación proteica. Analítica sanguínea (tras 5-7 días sin realizar ejercicio): creatinina 1.1mg/dL, urea 38mg/dL, creatininaquinasa 182U/L, MAB 58.22mg/dL con sistemático de orina, autoinmunidad, inmunoglobulinas, complemento y proteinograma normal. La ecografía renal evidenció notable aumento del diámetro de VRI (65x12mm) por cara anterior de aorta, sin otros hallazgos. Se completó estudio con angio-TC abdomino-pélvico que confirmó disminución del calibre de VRI entre aorta y AMS, visualizándose "signo del pico" compatible con SRDC. Ante ausencia de hematuria y descenso de MAB, optamos por actitud expectante permaneciendo asintomático y MAB estable en sucesivas revisiones sin requerir ningún tipo de intervención.

Conclusiones: - El SRDC es una patología rara que consiste en el atrapamiento de VRI y se manifiesta frecuentemente con hematuria y dolor en flanco izquierdo.

- En nuestro paciente, la presentación clínica fue atípica, estableciéndose el diagnóstico gracias a pruebas de imagen.

- El tratamiento puede ser conservador, aunque en ocasiones se requiere cirugía mediante colocación de stent endovascular.

Estudio sobre la prevalencia de hipertensión arterial intradiálisis en un centro periférico de hemodiálisis.

García Chumillas, Vanesa¹; Barrales Iglesias, Miriam²; González Martínez, Miguel Ángel²; Prados Garrido, María Dolores²;

(1) CENTRO DE DIÁLISIS NEVADA (2) HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO

Palabras clave / Términos relevantes:

Hipertensión arterial, hipertensión arterial intradiálisis; hemodiálisis.

1. RESUMEN

Introducción: La hipertensión arterial intradiálisis (HTAID) es un fenómeno poco conocido respecto a su fisiopatología, factores asociados, manejo terapéutico y repercusión clínica. El objetivo de este trabajo es describir las características de una población con HTAID y determinar su prevalencia.

Material y métodos: Estudio observacional transversal donde se incluyeron los pacientes prevalentes en febrero 2024 de un centro de hemodiálisis. Consideramos HTAID una diferencia de PAS pre y post-HD >10mmHg en 4-6 sesiones consecutivas del seguimiento. Se recogieron datos demográficos, tiempo en hemodiálisis, comorbilidad, medicación antihipertensiva y técnica de diálisis.

Resultados: Se evaluaron 129 pacientes. 39 pacientes presentaron HTAID(30.2%). Sexo masculino 69%. Edad media 66.8±11.6años. Etiología enfermedad renal: nefropatía diabética 37.8%, nefropatía vascular 19.5%, GN 13.2%, PQRAD 9.6%, etiología urológica 8.9%, otros 11%. Tiempo medio en hemodiálisis 34.5meses. Comorbilidades: 84.5%HTA, 78.3%dislipemia, 41.9%DM, 30.2%IC, 20.9%cardiopatía isquémica. 41.9% conservaban FRR. La mayoría de hipertensos(49.5%), precisaban de hasta 2 fármacos antihipertensivos para control de HTA. 37.6% tratamiento con IECA/ARA2, 58% betabloqueantes, 49% calcioantagonistas, 32.1% alfa-bloqueantes, 52.3% diuréticos. Modalidad de diálisis: 94.9% HD-estándar; HDFOL 5.1%. Solo 7 pacientes HD incremental 2sesiones/semana (17.9%), el resto 3sesiones/semana. La mayoría se encontraban normovolémicos basándonos en parámetros clínicos. La concentración de sodio, bicarbonato y temperatura del líquido de diálisis se mantuvieron constantes en todos los casos. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre Kt/V e HTAID(p=0.819). 20.5% precisó medicación hipotensora intradiálisis; 5.1% derivación a Urgencias durante periodo de estudio.

Conclusiones:

- En nuestro estudio existe elevada prevalencia de HTAID (30.2%), superior a otras publicaciones con el mismo criterio (5-30%).
- No se han podido detectar factores que justifiquen HTAID según perfil de paciente, medicación antihipertensiva y técnica de diálisis. No obstante, los pacientes con HTAID son más frecuentemente hipertensos (84.5%), pudiendo considerarse un factor predisponente.

- Resulta crucial tener en cuenta esta entidad en unidades de hemodiálisis y realizar estudios adicionales para resolver estos interrogantes.

Cuando la interpretación de los estudios genéticos puede modificar el diagnóstico.

González Martínez, Miguel Ángel¹; Morales García, Ana Isabel¹; Varillas Caso, Dora Angélica¹; Prados Garrido, María Dolores¹;

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO. GRANADA

Palabras clave / Términos relevantes:

Síndrome Alagille, genética, poliquistosis

1. RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Al solicitar un estudio genético, tanto el clínico como el paciente deben ser conscientes que los resultados que obtengamos pueden ayudarnos o no a establecer el diagnóstico. Es importante la interpretación de los mismos, para lo que un adecuado adiestramiento del clínico y la estrecha colaboración con el equipo de genética son fundamentales.

CASO CLÍNICO: Paciente de 20 años con antecedentes de linfoma anaplásico de células grandes, hipotiroidismo subclínico, retraso ponderoestatural (déficit GH no orgánico e hipogonadismo hiperfonadotropo), neumopatía intersticial e HTA; que fue derivado a consultas externas de Enfermedades Renales Hereditarias con diagnóstico ERC estadio I secundario a enfermedad poliquística recesiva con confirmación genética en el gen PKDH1. En ecografía renal presentaba múltiples quistes simples bilaterales. Función renal normal, CAC 207 mg/g y CPC 311 mg/g sin microhematuria. En el estudio genético, se objetiva la variante c.9925A>G, p.(Ile3309Val) en exón 59 del gen PKHD1 en heterocigosis, descrita como significado clínico incierto, por lo que se decide comentar el caso con genética y se solicita ampliación del estudio. Se informa de la presencia de la variante c.2042C>T 8pThr681Met) en heterocigosis en el gen JAG1, también clasificada de significado clínico incierto pero reportada en una publicación en CLINVAR como posible causa de patología. Las variantes patogénicas en el gen JAG1 están asociadas al Síndrome de Alagille tipo 1, entidad que se hereda de forma AD y cuya penetrancia es baja y variabilidad fenotípica importante. Esta entidad clínica se asocia a talla baja, hipotiroidismo, displasia renal/ poliquistosis, así como estenosis pulmonar, colestasis hepática, retinosis pigmentaria. Se realiza estudio de segregación familiar resultando positivo.

CONCLUSIONES: La importancia de este caso clínico radica en la utilidad de un buen análisis de los estudios genéticos y la correlación fenotipo-genotipo, ambas fundamentales para establecer un diagnóstico y un adecuado manejo del paciente.

Nefritis granulomatosa tubulo intersticial: en busca de mycobacterium tuberculosis.

Guevara Madrid, Francisco Antonio¹; Beltrán Mallén, David¹; Guillén Crusells, Javier¹; Mora López, Paula¹; Villa Ayala, Verónica Alexandra¹; López Royo, Luzía Sescún¹; Gracia García, Olga¹; Parra Moncasí, Eduardo¹;

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Palabras clave / Términos relevantes:

Nefritis granulomatosa, Tuberculosis, Sarcoidosis

1. RESUMEN

RESUMEN: La incidencia de las nefritis intersticiales granulomatosas oscilan entre el 0,5 y el 0.9% en las biopsias renales. Son entidades con una escasa incidencia en la práctica clínica habitual y cuando esta patología se desarrolla sin signos de afectación pulmonar u otros datos clásicos y no se encuentran microorganismos en la histología renal, establecer una relación causal entre la tuberculosis y la afectación renal se vuelve más desafiante. La tuberculosis (TBC) es la etiología infecciosa más común de nefritis granulomatosas túbulointersticiales. Presentamos el siguiente caso clínico con el objetivo de representar esta etiología infecciosa.

CASO CLÍNICO: Paciente de 50 años sin antecedentes médicos de interés ni tratamiento habitual. Ingresa en agosto de 2022 por fracaso renal agudo (FRA) (Creatinina plasmática Crp 3.5 mg/dl) en contexto de afectación clínica sistémica (dolor abdominal, fiebre y pérdida de peso). Ante la ausencia de recuperación de la función renal (Crp 2.29mg/dl), se realiza biopsia renal compatible con una nefritis granulomatosa túbulointersticial. Reingresa con un nuevo fracaso renal agudo se realiza biopsia de una adenopatía cervical con resultado de linfadenitis granulomatosa con necrosis focal. Se remite extracción de DNA para realizar PCR de micobacterias, que detecta DNA de Mycobacterium tuberculosis complex, confirmándose el diagnóstico de tuberculosis (TBC) ganglionar.

DISCUSIÓN: Ante el hallazgo en la biopsia renal con cambios compatibles con una nefritis granulomatosa túbulo-intersticial se nos plantea un amplio diagnóstico diferencial. Por la clínica sistémica y el cuadro poliadenopático, las principales entidades a sospechar serían tuberculosis y sarcoidosis. En este caso se ha demorado el diagnóstico de TBC al tratarse de una TBC ganglionar (forma extrapulmonar), cuyo diagnóstico requiere de confirmación mediante biopsia de adenopatía. Finalmente, el paciente ha presentado una evolución favorable desde el punto de vista clínico y de la función renal al instaurar el régimen estándar de terapia antituberculosa.

Importancia de la biopsia renal en el fracaso renal agudo en pacientes que toman inhibidores del check point.

Guillén Crusells, Javier¹; Mora López, Paula¹; Beltrán Mallén, David¹; Villa Ayala, Verónica Alexandra¹; López Royo, Luzía Sescún¹; Guev, Francisco Antonio¹; Ferreras Gascó, José Antonio¹; Gracia García, Olga¹; Parra Moncasi, Eduardo¹; Gutiérrez Dalmau, Alex¹;

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Palabras clave / Términos relevantes:

Biopsia, inhibidores del check point, amiloidosis

1. RESUMEN

Caso clínico de una mujer de 60 años diagnosticada de un adenocarcinoma PDL1+ tratada con Gemcitabina, Carboplatino, Nivolumab e Ipilimumab desde 09/2023. Tres meses después (12/2023) es derivada a Urgencias por alteración del estado general y edemas en miembros inferiores. En analítica creatinina 1.75mg/dl (previas 0.6mg/dl) y proteinuria 33G/L. Ingresa en Oncología con sospecha de nefritis por Inhibidores del Check Point e inician corticoides (1mg/kg/día). No mejora la función renal y realizan interconsulta a Nefrología. La paciente ha empeorado función renal desde 12/2023 y sufre proteinurias desde 10/2023 con 4G/L llegando hasta 33G/L cuando es remitida a Urgencias. Examen autoinmunitario con c3 y c4 normales, antiPla2r, ANA, antidsDNA, ANCAs y examen proteico de la orina con eliminación de todas las fracciones del proteinograma, sobre todo albúmina. Además hipoalbuminemia, hipercolesterolemia y edemas con fovea, por lo que es diagnosticada de síndrome nefrótico con empeoramiento de la función renal. Se inicia tratamiento inespecífico del síndrome nefrótico, se continúa la pauta de corticoides (1mg/kg/día), se retira el inhibidor de la bomba de protones y se solicita biopsia renal, con diagnóstico diferencial de afectación glomerular por proceso oncológico vs nefritis por Inhibidores del Check Point. En la biopsia se obtiene un resultado compatible con Amiloidosis AA, en probable relación con su proceso oncológico.

Se retiran los corticoides, se reinician los Inhibidores del Check Point y se mantiene el tratamiento inespecífico del síndrome nefrótico. La función renal mejora y la proteinuria se estabiliza, dando de alta a la paciente para recuperación funcional.

Experiencia en el uso de Kaprubia en pacientes de hemodiálisis con prurito.

Hernández García, Elena¹; González Martínez, Miguel Ángel¹; Delgado Ureña, Ana¹;

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICO SAN CECILIO

Palabras clave / Términos relevantes:

Prurito, difelikefalina, hemodiálisis

1. RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La enfermedad renal crónica avanzada conlleva múltiples alteraciones metabólicas, una de ellas es el prurito con una prevalencia de hasta un 40%. El prurito se relaciona con la calidad de vida, del sueño o del estado de ánimo, así como un aumento del riesgo de mortalidad hasta un 17%. Actualmente, se encuentra disponible el tratamiento de uso compasivo con difelikefalina (Kaprúvia), un agonista selectivo de los receptores opioides kappa, de acción periférica. Ha demostrado ser eficaz en la reducción de la gravedad del prurito en dos estudios principales en enfermedad renal crónica.

MÉTODOS: Este trabajo presenta nuestra experiencia en la Unidad Hospitalaria de Hemodiálisis con una muestra total de cinco pacientes, donde tres de ellos fueron tratados con difelikefalina y dos con placebo. El criterio principal de evaluación de la eficacia del fármaco fue la reducción autonotificada del nivel de picor. El medicamento se administró tres veces por semana mediante inyección intravenosa al finalizar la sesión de hemodiálisis.

En los pacientes que tomaron Kaprubia, el 66.67% notificaron una reducción de al menos 4 puntos en la escala de picor, en comparación con el 50% que tomaron placebo. Por otro lado, se observó que el 100% de la muestra con Kaprubia presentó menores marcas de rascado en la piel e incluso la desaparición total de ellas en uno de los pacientes, así como mejoría del descanso nocturno y estado de ánimo. No existieron efectos secundarios en ninguno de los pacientes.

Estos resultados parecen mejorar la perspectiva del tratamiento del prurito en pacientes de hemodiálisis, complejo y dificultoso hasta ahora, cuando los tratamientos disponibles hasta el momento habían fallado, siendo por tanto un fármaco para tener presente en nuestra práctica clínica diaria.

Sarcoidosis con afectación renal: a propósito de un caso.

Juarez Mayor, Paula¹; Pujol Saumell, Mireia¹; Pérez Galende, Elena¹; Babara, Axenia¹; Alvarado Zelaya, Jerson Andrés¹; Guzmán Vásquez, Melisa¹; Rubio Rubio, María Victoria¹; Blasco Forcén, Ángel¹; Álamo Caballero, Concepción¹; Íñigo Gil, Pablo¹;

(1) HCU LOZANO BLESA

Palabras clave / Términos relevantes:

Sarcoidosis, Nephrocalcinosis, Tubulointerstitial Nephritis.

1. RESUMEN

Introducción: La sarcoidosis es una enfermedad sistémica de etiología indeterminada que cursa con granulomas epiteloides no caseificantes. Suele afectar más frecuentemente a nivel pulmonar y linfático, mientras que el riñón se ve implicado en un porcentaje menor de casos. Se revisa esta patología a propósito de un caso.

Resultados: Mujer de 63 años, que acudió a Urgencias por astenia intensa de 2 semanas de evolución. Presentaba deterioro de función renal (FR), con creatinina de 3.3mg/dl e hipercalcemia de 15,4mg/dl. Tenía antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, uveítis de etiología incierta desde 2017, tratado con adalimumab, y cólicos renales de repetición por litiasis de oxalato cálcico. En el estudio inicial se objetivó PTH de 15.4ng/L y vitamina D de 37.2µg/L, con cociente calcio/creatinina en orina de 0.47. La TSH y el proteinograma fueron normales. No tomaba tiazidas. Destacaba la elevación de enzima convertidora de angiotensina (90UI/L). Con la sospecha de enfermedad granulomatosa, se solicitó tomografía computerizada, encontrando adenopatías mediastínicas bilaterales. No se obtuvo crecimiento de micobacterias en orina ni en lavado broncoalveolar, descartándose afectación tuberculosa. Con fluidoterapia intravenosa y furosemida a dosis bajas mejoró la calcemia, sin normalización de FR, por lo que se realizó biopsia renal con hallazgo de nefritis tubulointersticial y nefrocalcinosis sin granulomas asociados. Con todo ello, establecimos diagnóstico de sarcoidosis con afectación pulmonar, renal y ocular. Se inició tratamiento con prednisona a dosis de 0.6mg/kg/día, con descenso lento posterior, e hidroxiquina, normalizándose calcemia, disminuyendo calciuria y recuperando FR, manteniéndose estable hasta la actualidad.

Conclusiones: La afectación renal en la sarcoidosis es infrecuente (entre 7-27%) y la aparición de clínica renal como primera manifestación de enfermedad, como ocurrió en nuestro caso, es excepcional. Las formas de afectación renal son variadas: hipercalciuria, nefrocalcinosis, nefrolitiasis, nefritis tubulointersticiales, glomerulopatías. El tratamiento de elección son los corticoides.

Nefropatía por cambios mínimos corticorresistente: a propósito de un caso

Juarez Mayor, Paula¹; Pujol Saumell, Mireia¹; Pérez Galende, Elena¹; Babara, Axenia¹; Alvarado Zelaya, Jerson Andrés¹; Guzmán Vásquez, Melisa¹; Rubio Rubio, María Victoria¹; Albines Fiestas, Zoila Stany¹; Blasco Forcén, Ángel¹; Álamo Caballero, Concepción¹; Íñigo Gil, Pablo¹;

(1) HCU LOZANO BLESÁ

Palabras clave / Términos relevantes:

Minimal Change Glomerulopathy; Nephrotic Syndrome; Corticosteroid Resistance

1. RESUMEN

Introducción: La nefropatía por cambios mínimos (NCM) es una podocitopatía con ausencia de depósitos de inmunocomplejos y causa del 10-25% del síndrome nefrótico (SN) idiopático en adultos. Suele presentar buen pronóstico, aunque son frecuentes las recaídas y puede progresar a enfermedad renal crónica (5%). El tratamiento de elección son los corticoides, pero un porcentaje de casos muestra resistencia. Se revisa esta patología a propósito de un caso.

Resultados: Mujer de 72 años, con antecedentes de hipertensión arterial, hipercolesterolemia y diabetes tipo 2 insulino dependiente, acude a Urgencias en octubre de 2021 por edemas en miembros inferiores, con analítica compatible con SN con función renal (FR) normal. Ante la sospecha de NCM, se inicia corticoterapia a dosis de 1 mg/kg/día y se realiza biopsia renal, confirmando el diagnóstico. Pese al tratamiento, desarrolla fracaso renal agudo oligúrico y anasarca, con persistencia de SN y precisando hemodiálisis en el 21 día de ingreso. A las 8 semanas recupera FR parcialmente pudiendo suspender hemodiálisis, aunque persiste el SN florido, con proteinuria de 7.32g/24h, hipoalbuminemia de 1.34g/dL y dislipemia severa (colesterol 559mg/dL; triglicéridos 1250mg/dL), y de nuevo anasarca precisando reingreso para tratamiento diurético intravenoso. Ante la ausencia de respuesta a los corticoides tras 16 semanas de tratamiento, se etiqueta como NCM corticorresistente y, ante FR deteriorada, se decide inicio de ciclofosfamida oral 100mg/24h. Se suspende ciclofosfamida por mielotoxicidad tras 17 semanas, en fase de remisión parcial, alcanzando remisión completa en enero de 2023, tras 14 meses de evolución, sin nuevos brotes hasta la fecha y con recuperación de FR.

Conclusiones: La NCM presenta corticorresistencia en 10-20% de los casos. Requiere emplear otros inmunosupresores para su manejo, como anticalcineurínicos, ciclofosfamida o rituximab. Incluso rebiopsiar al paciente para descartar el desarrollo de una glomerulonefritis focal y segmentaria, en caso de mala evolución.

Nefropatía membranosa con depósito de paraproteína Kappa. Un entidad infrecuente.

López-González Gila, Juan de Dios¹; Ramírez Gómez, María¹; Aguilar Jaldo, María del Pilar²; Mañero Rodríguez, Carlos Alberto¹; Prados Garrido, María Dolores¹;

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

Palabras clave / Términos relevantes:

Nefropatía membranosa, gammapatía, cadenas ligeras, biopsia renal.

1. RESUMEN

La nefropatía membranosa se encuentra entre las causas más comunes de síndrome nefrótico y representa hasta un tercio de los diagnósticos por biopsia en algunas regiones. El término MN refleja un patrón de lesión encontrado mediante el examen histopatológico de biopsia renal: engrosamiento de la membrana basal glomerular y depósitos subepiteliales con poca o ninguna proliferación o infiltración celular. Entre el 75-80% de los casos es primaria, siendo causada por autoanticuerpos circulantes contra antígenos de podocitos. En el resto de los casos está relacionada con infecciones, fármacos, enfermedades autoinmunes y/o neoplasias malignas.

Presentamos el caso de un varón de 60 años sin antecedentes de interés, que inició estudio de proteinuria en rango cuasinefrótico de carácter no selectivo (2g/24h), con función renal normal y sin presencia de microhematuria. En el estudio ampliado completo, destacaba autoinmunidad negativa – incluido Ac antiPLAR2 -, además de ausencia de componente monoclonal, elevación de cadenas ligeras séricas ni existencia de depósito tubular Bence Jones. En el examen histopatológico renal se reveló glomerulonefritis membranosa con depósitos de cadenas Kappa y datos de hiper celularidad endocapilar muy leves. Hematología completó estudio con estudio aspirativo medular, biopsia de cresta ilíaca y PET-TC, con ausencia de datos patológicos. A pesar del manejo conservador frenando el SRAA, además de iSGLTII, persistió incremento proteinúrico, decidiéndose inicio de tratamiento antigammapático.

Resultando una entidad muy infrecuente, se han informado casos de MN con depósitos restringidos en isotipos de cadenas ligeras. En las dos series más grandes que incluyeron 42 pacientes, se identificó una neoplasia maligna hematológica en aproximadamente el 25 por ciento de los pacientes, pocos de los cuales tenían una proteína monoclonal detectable en el suero o la orina. No hay consenso respecto al manejo de estos pacientes sin patología demostrada mielopática, recomendándose tratamiento frente al clon en aquellos que la proteinuria incrementa >1'5g/24h.

Caso Clínico: Síndrome de Hellp incompleto con aparición de macrohematuria, proteinuria nefrótica e HTA refractaria.

Aguilar Jaldo, María del Pilar¹; López-González Gila, Juan de Dios²;

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

Palabras clave / Términos relevantes:

Macrohematuria, proteinuria, hipertensión arterial resistente, síndrome antifosfolípido, plaquetopenia.

1. RESUMEN

El síndrome de Hellp es una complicación obstétrica con elevada morbilidad materna y fetal que cursa con hemólisis, hipertransaminemia y plaquetopenia. Su incidencia es del 0,2% de los embarazos y 10% de aquellos complicados con preeclampsia/eclampsia. En el 85% de los casos presenta proteinuria y HTA resistente. Es menos común la aparición de macrohematuria.

Gestante de 24 años en la semana 33, con antecedentes de síndrome antifosfolípido triple positivo. Tratada con heparina y AAS. Ingreso reciente por preeclampsia grave, dada de alta con labetalol.

Consultó por macrohematuria de 48h de evolución. Negaba disnea, edemas u oligoanuria. Sí asociaba epigastralgia intensa.

A su llegada se constató PA 173/90mmHg que precisó de 4 bolos de labetalol para su control. En la exploración física únicamente destacaba dolor a la palpación en epigastrio sin otros hallazgos.

Analíticamente presentaba hipertransaminemia, LDH 449U/L. Función renal conservada. Anemia 10,5g/dL y trombocitopenia 91.000. Empeoramiento de la proteinuria cociente proteína/creatinina 4513,2mg/g. Frotis de sangre periférica que descartó esquistocitosis.

Dada la sospecha de síndrome de Hellp incompleto se procedió a la finalización de la gestación en la semana 34.

Posteriormente, la paciente presentó evolución tórpida, con persistencia del dolor abdominal y PA descontrolada a pesar de tres fármacos antihipertensivos. Se amplió estudio con TC abdominopélvico, informando de la presencia de múltiples infartos hepáticos bilobares.

Tras diez días de seguimiento estrecho, inicio de metilprednisolona e intensificación del tratamiento antihipertensivo, la paciente presentó buena evolución, procediendo al descenso progresivo de dosis antihipertensiva.

Pese a que la mayoría de los casos se resuelven tras la expulsión de la placenta, existen algunas pacientes en las que la clínica persiste tras finalizar la gestación. El manejo de esta situación es muy complejo sin existir consenso científico. En este caso la paciente evolucionó favorablemente con corticoterapia IV, heparina y control exhaustivo de la PA.

Limitaciones que nos encontramos a la hora de realizar terapia renal sustitutiva en ancianos y cómo solventarlas.

Mora López, Paula¹; Beltrán Mallén, David¹; Villa Ayala, Verónica Alexandra¹; López Royo, Luzía Sescun¹; Guillén Crusells, Javier¹; Guevara Madrid, Francisco Antonio¹; Campos Gutiérrez, Belén¹;

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Palabras clave / Términos relevantes:

Hemodiálisis, ancianos, conservador, diálisis peritoneal

1. RESUMEN

En las unidades ERCA es fundamental realizar una valoración geriátrica integral dada la población envejecida que tenemos. En pacientes más añosos y con más comorbilidad no se ha demostrado que la TRS alargue la supervivencia por lo que debemos hacer una selección de los pacientes muy cuidadosa para no empeorar la calidad de vida. Nos podemos apoyar en los diversos test funcionales, escalas de fragilidad, recoger la comorbilidad más importante. La valoración psicosanitaria es fundamental dado el apoyo social que precisarán, identificar los roles intrafamiliares, los principales cuidadores y las barreras que se pueden encontrar los pacientes y las familias. Una vez decidido si TRS o conservador, es necesario valorar si el paciente es candidato a hemodiálisis o diálisis peritoneal siendo esta última a veces - de manera realista - inviable. Identificar los posibles síndromes geriátricos que nos impiden realizarla y si se pueden solventar. A través de un caso clínico relatamos los diversos problemas que nos hemos encontrado con los pacientes ancianos en nuestras unidades de ERCA y DP. Nuestro objetivo con este trabajo es dar recomendaciones para la toma de decisiones dado que este es uno de los puntos más controvertidos de nuestra especialidad y que puede generar más inquietud en el nefrólogo.

Gammagrafía ósea como soporte diagnóstico de la rabdomiólisis secundaria a interacción de ciclosporina con rosuvastatina en un paciente trasplantado renal.

Parra, Fernando¹; Nassiri, Mohamed¹; Taco, Omar¹; Gelpi, Rosana¹; Molina, María¹; Casas, Angela Isabel¹; Perezpaya, Inés¹; Bolufer, Mónica¹; Vila, Anna¹; Bover, Jordi¹

(1) HOSPITAL GERMANS TRIAS I PUJOL

Palabras clave / Términos relevantes:

Gammagrafía, Rabdomiólisis, Ciclosporina.

1. RESUMEN

Introducción: Las estatinas reducen la morbimortalidad cardiovascular en el paciente trasplantado renal. Existen efectos adversos a tener en cuenta con el uso de algunos inmunosupresores. La ciclosporina (CsA) es un potente inhibidor de enzimas metabolizadoras de las estatinas (OATP1B1, P-gp y CYP3A4), aumentando el área bajo la curva y potenciando la aparición de efectos adversos como rabdomiólisis y el daño renal agudo por mioglobinuria.

Caso clínico: Varón de 66 años, hipertenso, dislipémico en tratamiento con atorvastatina, diabético tipo 2 y cardiópata isquémica revascularizado mediante stent. Enfermedad renal crónica secundaria a nefropatía IgA con trasplante renal de donante cadáver en 1998. Inmunosupresión con CsA, micofenolato y prednisona, manteniendo creatinina (Cr) de 2mg/dL y filtrado glomerular de 34 ml/min/1.73m² sin proteinuria.

En 2023 presenta ángor inestable por trombosis del stent sobre la arteria descendente anterior. Tras repermeabilización se inicia doble antiagregación y terapia de alta intensidad con rosuvastatina y ezetimibe. Una semana después consulta por malestar y debilidad muscular generalizada. Se objetiva lesión renal aguda KDIGO 1 (Cr 3 mg/dL) y aumento de Creatinfosfokinasa en 17.393 U/L. Con la sospecha de rabdomiólisis se realiza gammagrafía ósea objetivando captación de radiofármaco (T99M HDP) en múltiples grupos musculares. La rabdomiólisis es atribuida a la interacción entre CsA y rosuvastatina, que tras el cese de estos fármacos y terapia de soporte el paciente recupera función renal basal. Se modifica ciclosporina por envarsus y se mantiene ezetimibe, estando los niveles de LDL en objetivo (< 55mg/dL)

Conclusión: El uso de estatinas con algunos inmunosupresores como la CsA requiere de una gestión clínica cuidadosa para evitar riesgos adicionales prevenibles. La gammagrafía ósea confirma el diagnóstico de rabdomiolisis.

Afectación renal en paciente con enfermedad de Erdheim-Chester. A propósito de un caso.

Pujol Saumell, Mireia¹; Juárez Mayor Paula¹; Babara, Axenia¹; Alvarado Zelaya, Jerson Andrés¹; Guzman Vasquez, Melisa¹; Albines Fiestas, Zoila Stany¹; Ferreras Gascó, José Antonio¹; Peña Porta, José María¹; Íñigo Gil, Pablo Javier¹;

(1) HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

Palabras clave / Términos relevantes:

Erdheim-Chester disease, retroperitoneal fibrosis, kidney failure

1. RESUMEN

Presentamos el caso de una paciente de 58 años con antecedentes de diabetes insípida central diagnosticada 4 años antes e hipertensión arterial. Acude a Urgencias por intenso dolor óseo refractario a medicación en ambos tobillos, hiporexia y pérdida ponderal de 5Kg durante los últimos 3 meses. En el análisis sanguíneo se objetiva insuficiencia renal, siendo los iones y los marcadores inflamatorios normales; y el proteinograma no presenta alteraciones. La radiografía muestra lesiones óseas escleróticas difusas en tibias y ambos pies que presentan captación en la gammagrafía ósea. Ante la sospecha de una enfermedad sistémica subyacente, se realiza tomografía computarizada (TC) toraco-abdominal que objetiva hidronefrosis bilateral con infiltración perirrenal, dando la imagen de riñón peludo; además de infiltración pericárdica y periaórtica. Finalmente se decide realizar biopsia ósea que diagnostica síndrome de Erdheim Chester.

Conclusiones: en la enfermedad de Erdheim-Chester hay una afectación multisistémica que suele cursar con infiltración del tejido óseo, así como de la glándula pituitaria, tejido perirrenal, periaórtico y pericárdico; entre otros. La insuficiencia renal es fundamentalmente de origen obstructivo, pero también puede haber afectación renal directa. Es una enfermedad rara pero es necesario conocerla para su diagnóstico.

Correlación clínica y anatomopatológica de las biopsias renales.

Ramírez Gómez, María¹; Varillas Caso, Dora Angélica¹; Morales Rodríguez, Erick Donato¹; González Martínez, Miguel Ángel¹; Prados Garrido, M^a Dolores¹;

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO (GRANADA)

Palabras clave / Términos relevantes:

Biopsia renal, glomerulopatías

1. RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Para mejorar el diagnóstico de la patología renal, establecer un pronóstico así como un tratamiento lo más óptimo posible, disponemos de técnicas como la biopsia renal percutánea ecoguiada que se muestra como una técnica segura y con una alta tasa de éxito en sus resultados.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo de las biopsias renales realizadas en un centro no trasplantador (riñones nativos) en los últimos 2 años. Análisis de datos demográficos, principales antecedentes y comorbilidades, indicación de biopsia por Nefrólogo (según registro de glomerulonefritis de la Sociedad Española) y correlación anatomopatológica. Se utilizó el programa SPSS, se realizó el test de Chi cuadrado para comparar el grado de concordancia clínica-patológica, se obtuvo una significación estadística de $p < 0.05$.

RESULTADOS: Se realizaron un total de 67 biopsias. Edad media 52.4 años, sexo: mujeres 44.6%. Comorbilidades: HTA 60%, DM2 22%, Obesidad 13.8%, Otros (dislipemia, hiperuricemia, etc) 16.4%. Las indicaciones de biopsia fueron: proteinuria no nefrótica 34%, Sd. Nefrótico 28%, FRA 17%, ERC 11%, sedimento patológico 10%. Las nefropatías primarias más frecuentemente diagnosticadas fueron; Nefropatía IgA 30.1%, Glomeruloesclerosis Segmentaria y Focal 12.5%, Glomerulonefritis membranosa 9.8%. Las nefropatías secundarias más diagnosticadas fueron: Nefritis tubulointersticial 5.3%, Glomerulonefritis extracapilar y mesangiocapilar 5.3% respectivamente, Lesión crónica glomerular por HTA 5.3%, Nefropatía Lúpica 3.5%, Glomerulonefritis pauciinmune 3.5%, amiloidosis 3.6%, cambios mínimos 3.5%, Lesión crónica glomerular por DM2 1.8% y otras (mieloma, microangiopatía trombótica, fibrilar etc) 5.6%, sin lesiones en el 6.7%. La indicación inicial de biopsia renal y los resultados anatomopatológicos fueron coincidentes en el 84.5% de los casos.

CONCLUSIONES: En nuestro análisis, por orden de frecuencia, la Nefropatía IgA, glomerulonefritis segmentaria y focal y la nefropatía membranosa fueron las patologías más frecuentemente diagnosticadas en la población biopsiada. La relación entre indicación clínica y anatomopatológica es muy alta, siendo altamente rentable para la confirmación diagnóstica.

Microangiopatías trombóticas secundarias: un reto para el nefrólogo.

Ramírez Gómez, María¹; González Martínez, Miguel Ángel¹; Varillas Caso, Dora Angélica¹; Morales Rodríguez, Erick Donato¹; Prados Garrido, María Dolores²;

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO (GRANADA) (2) HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO

Palabras clave / Términos relevantes:

Microangiopatía trombótica, glomerulonefritis, autoinmune

1. RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El espectro clínico de los trastornos microangiopáticos es muy amplio y se necesita de gran habilidad clínica para determinar el origen, especialmente en pacientes donde coexisten diferentes tipos de enfermedades.

Presentamos un caso clínico donde la presencia de varios de estos procesos dificultó la precisión etiológica de la microangiopatía trombótica (MAT) y su tratamiento.

CASO CLÍNICO: Mujer de 56 años con antecedentes de linfoma B del área marginal tipo MALT en glándula submaxilar tratado previamente con cirugía, Síndrome de Sjögren primario. Ingresada con sospecha de anemia hemolítica microangiopática a estudio. Destacaba Cr 2.81mg/dl, orina con hematíes, proteínas y leucocitos, proteinuria de 4268mg/24h. Entre otros datos: Hemoglobina 7.5g/dl, datos de hemólisis y plaquetas 37000ui/nL.

Estudio de extensión: ADAMTS-13 normal, Coombs directo negativo, hemo/copro/urocultivo negativo, serologías negativas, autoinmunidad positiva con ANA 1/320 patrón moteado antiSSA/Ro60/Ro52/La positivo, consumo de C3 y anticoagulante lúpico negativo. BodyTAC: lesión glandular submaxilar sugiere progresión tumoral y biopsia renal: "glomerulonefritis proliferativa difusa con proliferación endocapilar y depósitos inmunes con imágenes de trombos/pseudotrombos en el interior de arteriolas". El resto del estudio negativo. Por MAT secundaria, se realiza cirugía de dicha glándula y radioterapia y ante persistencia y hallazgos de la biopsia, se planteó posible origen secundario a Sjögren/LES por lo que se inició tratamiento con Rituximab con recuperación actual.

CONCLUSIONES: Queremos mostrar la importancia del diagnóstico diferencial en los trastornos microangiopáticos y el reto diagnóstico para el nefrólogo: diferentes causas pueden coexistir o hacen replantear al nefrólogo la etiología o sospecha clínica inicial, para dirigir un tratamiento correcto. Debemos considerar desde causas primarias (púrpura trombocitopénica trombótica, síndrome urémico hemolítico típico, mediados por alteraciones del complemento) hasta secundarias, en ocasiones mucho más variadas y frecuentes (HTA severa, relacionado con enfermedades autoinmunes, neoplásicos etc) puesto que condiciona evolución y tratamiento.

Anemia hemolítica, lesiones cutáneas y afectación renal: Cuando la biopsia renal es la clave.

Ramírez Gómez, María¹; González Martínez, Miguel Ángel¹; Varillas Caso, Dora Angélica¹; Morales Rodríguez, Erick Donato¹; Prados Garrido, María Dolores²;

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO (GRANADA) (2) HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO

Palabras clave / Términos relevantes:

Glomerulonefritis, biopsia renal, crioglobulinemia

1. RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La vasculitis de pequeño vaso, y más concretamente la vasculitis crioglobulinémica, se caracteriza por el depósito de crioglobulinas, que precipitan en frío. El síndrome inflamatorio clínico determinado por estas se conoce como crioglobulinemia. Habitualmente se producen manifestaciones cutáneas, articulares, neurológicas y renales.

Presentamos un caso clínico donde la biopsia renal fue clave para completar el diagnóstico correcto, estudio etiológico y dirigir el tratamiento.

CASO CLÍNICO: Mujer de 65 años con antecedentes de anemia hemolítica de posible origen inmune en tratamiento corticoideo crónico que presentaba de manera intercurrente lesiones cutáneas purpúricas, pruriginosas y dolorosas a nivel de miembros inferiores de más de 10 años de evolución con biopsia cutánea con cambios morfológicos correspondientes a púrpura pigmentosa. En estudio inmunológico destacaba la presencia de ANA y antiRo positivos, factor reumatoide elevado y consumo de complemento por lo que se diagnosticó de síndrome de Sjögren. Ante deterioro progresivo de función renal (ERC G3bA3) y proteinuria aproximada de 1g/24h se realizó biopsia renal con hallazgos de glomerulonefritis proliferativa difusa con proliferaciónn predominante endocapilar y depositos inmunes predominantemente para IgG sin trombos hialinos, sin patrón característico de LES y sugerente de crioglobulinemia a correlacionar con datos clínicos y analíticos. Tras esto, se amplió estudio con crioglobulinas siendo positivas, se inició tratamiento con Inmunoglobulinas y Rituximab con mejoría analítica de función renal, sin proteinuria actual, mejoría de los parámetros de anemia y recuperación de lesiones cutáneas en miembros inferiores.

CONCLUSIONES: Nuestra paciente fue diagnosticada de crioglobulinemia mixta esencial tipo II a raíz de estudio de extensión tras hallazgos en la biopsia renal. Aunque su relación con infección de VHC es frecuente, no fue en nuestro caso.

Aunque la afectación cutánea es muy frecuente (>80% de los pacientes), la afectación renal (20-60%) y la anemia hemolítica secundaria (>20%) no lo son tanto.

Valor de la relación clínico-genetista en el diagnóstico de las enfermedades renales hereditarias.

Varillas Caso, Dora Angélica¹; González Martínez, Miguel Ángel¹; Prados Garrido, María Dolores¹; Morales García, Ana Isabel¹;

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO

Palabras clave / Términos relevantes:

Poliquistosis Renal, Relación clínico-genetista

1. RESUMEN

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 37 años, que de forma incidental tras ecografía por dolor abdominal es diagnosticada de poliquistosis hepatorenal a los 27 años. A su diagnóstico, la función renal era normal. Entre sus antecedentes personales destaca que tiene una hermana gemela bivitelina, ambas son adoptadas, desconocen su historia familiar y no presentan otras patologías reseñables. Para confirmar el diagnóstico, se realiza estudio genético y se realiza despistaje mediante prueba de imagen a su hermana, que resultó positivo.

El estudio genético por paneles de genes por NGS de ambas hermanas, resultó negativo. Dado que la clínica era muy sugerente de PQRAD y ambas tienen descendencia y desean despistaje en hijos, se decide hablar con el servicio de genética por si es posible ampliar estudio genético. Se realiza MLPA al caso índice y se objetiva delección de los exones 31 al 34 en heterocigosis en PKD1. Este hallazgo está descrito en PKD data base como patogénico y concluyente con la enfermedad. Además se confirma el mismo en la otra hermana.

Ambas hermanas presentan un volumen renal total que supone un estadio 1C de la Clínica Mayo. El caso índice presenta también descenso de FG de 14 ml/min en los últimos 3 años (descenso de 4,66 ml/min/año), por lo que inicia tratamiento con tolvaptan. De momento, otra la hermana se mantiene sin mayor deterioro de función renal.

Justificación: El objetivo de este caso es resaltar la importancia de la sospecha clínica y la interrelación entre los equipos clínicos y de genética de los hospitales para llegar a más y mejores diagnósticos, así como poder dar adecuados consejos genéticos a estas familias.

Evaluación de la congestión mediante protocolo vexus: a propósito de un caso.

Varillas Caso, Dora Angélica¹; Morales Rodríguez, Erick Donato¹; Delgado Ureña, Ana¹; Prados Garrido, María Dolores¹;

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO

Palabras clave / Términos relevantes:

Congestión venosa, VExUS, hemodiálisis

1. RESUMEN

Introducción: La congestión en pacientes nefrológicos está vinculada con mayor mortalidad. El diagnóstico temprano de sobrecarga hídrica es crucial y evaluar la volemia es un desafío. La ecografía venosa a través del protocolo VExUS es una herramienta que nos puede ayudar a identificar pacientes con riesgo de nefropatía congestiva y guiar el tratamiento depleitivo si fuera necesario.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente varón de 82 años con ERC grado 3A con factores de riesgo cardiovascular: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, estenosis aórtica severa.

Ingresa en el Servicio de Cardiología por cuadro de insuficiencia cardíaca descompensada clasificación de la NYHA IV. En analítica destaca: creatinina sérica de 4.5 mg/dl, Urea 268mg/dL, K 5.8 mEq/L y recorte de la diuresis 15 ml/hora. Motivo por el cual se consulta al Servicio de Nefrología, realizamos evaluación de la congestión a través del protocolo VExUS. Obteniendo imágenes de vena cava inferior dilatada con diámetro máximo de 3.5 cm y mínimo colapso con la inspiración profunda. Se detecta patrón de inversión de S < D en vena suprahepática, por último, en la vena porta se obtiene un índice de pulsabilidad elevado. Ante la refractariedad de los síntomas y el patrón de congestión severo, se decide colocar catéter venoso temporal en yugular derecha e iniciar sesión de hemodiálisis urgente. La evaluación de la congestión mediante el protocolo VExUS permitió guiar de forma adecuada la terapia depleitiva para continuar con los estudios correspondientes respecto a su patología de base.

Conclusiones: No existe un gold standard para evaluar la volemia, sin embargo, la ecografía proporciona una visión precisa del estado congestivo del paciente, siendo una herramienta complementaria en la evaluación.

El VExUS es una herramienta objetiva para valorar congestión, aunque queda por validarse en ensayos clínicos que nos permitan aplicarla en pacientes con ERC.

Lesiones cutáneas y calcifilaxis en la Enfermedad Renal Crónica. A propósito de un caso.

Villa Ayala, Verónica-Alexandra¹; Mora López, Paula¹; Beltrán Mallen, David¹; López Royo, Luzía Sescún¹; Guevara Madrid, Francisco Antonio¹; Guillen Crusells, Javier¹; Campos Gutiérrez, Belén¹; Medrano Villarroja, Cristina¹;

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Palabras clave / Términos relevantes:

Calcifilaxis, Insuficiencia Renal Crónica, Hemodiálisis, Trasplante Renal

1. RESUMEN

Introducción: La calcifilaxis es un síndrome raro y potencialmente mortal, se caracteriza por la calcificación progresiva de la capa media arteriolar de los vasos de la dermis y del tejido celular subcutáneo, seguido de necrosis isquémica cutánea. El pronóstico es pobre con una supervivencia menor a 1 año, afecta a pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) de larga evolución. Su manejo se basa principalmente analgésicos, cuidados de la herida y otros tratamientos a considerar: tiosulfato de sodio, bisfosfonato, etc.

Resultados: Se trata de una mujer de 43 años con ERC secundaria a GN Segmentaria y Focal con inicio de Hemodiálisis (HD) en septiembre de 2003, Trasplante renal en el 2007. Presenta en el 2016 una lesión cutánea gemelar izquierda inicialmente en forma de petequia y muy dolorosa que rápidamente aumenta de tamaño con formación de una placa negruzca, niveles de creatinina 5,5 mg, FGe CKD-EPI 9 ml/min, PTH de 300-500 pg/ml en el último año, con Ca y P en el intervalo de la normalidad. Confirmándose mediante estudio histológico y clínico el diagnóstico de calcifilaxis, recibió tratamiento con tiosulfato sódico y risendronato, con buena evolución y cicatrización completa de la lesión.

Nuevo brote en el 2018 con una lesión cutánea gemelar derecha coincidente con el reinicio a HD por disfunción avanzada del injerto. Se reinició el mismo tratamiento junto con oxígeno hiperbárico, aparición de nuevas lesiones en muslo derecho y cara anterior de hombro derecho. Tras fracaso del tratamiento convencional se propone en el 2019 de tratamiento con Bosentan presentando mejoría parcial de las lesiones, finalmente la paciente fallece en situación de ERCA.

Conclusiones: Este caso refleja la elevada morbi-mortalidad de este síndrome y al tratarse de una enfermedad extensa, extremadamente dolorosa, incapacitante, y de muy mal pronóstico vital justifica la agresividad del tratamiento y la importancia del diagnóstico precoz.