

## **NIVELES PLASMÁTICOS DE SODIO (NPNA) COMO MARCADORES DE RIESGO EN PACIENTES QUE INICIAN TRATAMIENTO CON DIÁLISIS PERITONEAL (DP)**

García Gago, Leticia; Bravo González - Blas, Luis; Astudillo, Daniela; Rodríguez - Carmona, Ana; García-Falcón, Teresa; Pérez Fontán, Miguel

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

La hiponatremia es un factor de morbimortalidad, en la población general y en pacientes con enfermedad renal crónica. El significado pronóstico de alteraciones menores en la natremia ha sido menos estudiado. En 748 pacientes incidentes en DP (edad 59, 40,6% mujeres, 35,2% diabéticos, Charlson 3,7) analizamos el significado pronóstico de los NpNa un mes antes del inicio del tratamiento, así como de la media de valores en los tres primeros meses en DP (mediana 3 estimaciones, amplitud 1-4) y la variación de NpNa entre fase preDP y primeros meses de tratamiento (variables de estudio). Estudiamos también el perfil demográfico y clínico de NpNa en ambas situaciones. Estadística mediante regresión lineal (perfil de NpNa), Kaplan Meier y Cox (supervivencia, variable pronóstica).

NpNa prediálisis mostraron correlación independiente directa con filtrado glomerular GFR ( $p=0,001$ ), edad ( $p=0,023$ ), índice de masa corporal ( $p=0,023$ ), albúmina plasmática ( $p=0,065$ ) y tratamiento con furosemida ( $p=0,023$ ), e inversa con Charlson ( $p=0,006$ ). En particular, un antecedente de insuficiencia cardíaca fue un marcador muy consistente de NpNa más bajos ( $p<0,0005$ ). En cuanto a los NpNa medios en los primeros meses en DP, el perfil predictivo fue similar, añadiéndose el uso de icodextrina ( $p=0,001$ ) y niveles menores de hemoglobina ( $p=0,011$ ) como marcadores de NpNa más bajos. Por último, fueron marcadores independientes de descenso de NpNa tras el inicio de DP mayor edad ( $p=0,008$ ), DP con icodextrina ( $p=0,003$ ), y tratamiento con diuréticos de asa ( $p=0,015$ ).

El análisis univariante (Kaplan-Meier) mostró una relación nítidamente escalonada entre NpNa preDP o medios en los primeros meses (categorizados por cuartiles), por un lado, y riesgo de mortalidad, por otro ( $p<0,0005$ ). Sin embargo, el análisis multivariante mostró que, tras ajustar para comorbilidad y GFR, el valor predictivo de los NpNa se reducía considerablemente. Solo niveles en el cuartil bajo de NpNa preDP se mantenían como factor independiente de riesgo de mortalidad ( $p<0,001$  respecto a cuartil mayor).

Los NpNa antes del inicio o durante los primeros meses de tratamiento muestran una potente asociación, en todo su rango, con el riesgo de mortalidad en DP. Esta relación está mediada, en su mayor parte, por la asociación entre natremia, GFR y comorbilidad. El uso de icodextrina aparece NpNa ligera pero sistemáticamente más bajos, en pacientes en DP.

## HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN HEMODIÁLISIS, ¿ALCANZAMOS LOS OBJETIVOS?

Yetman Almirón, Delfina; Sobrado Eijan, José; Fernández Cusicanqui, Jeanette

FRIAT-OS CARBALLOS VIGO

**Introducción.-** La hipertensión arterial (HTA) constituye un factor de riesgo cardiovascular de vital trascendencia en pacientes con ERCT. La prevalencia de hipertensión en hemodiálisis es muy elevada (86%), y aún los pacientes bajo tratamiento están mal controlados (58%). Su valoración es compleja, debiendo considerar los componentes dependiente e independiente de la sobrehidratación.

**Material y métodos.-** Estudio observacional prospectivo no intervencionista en pacientes de hemodiálisis. Criterios inclusión: 18 y 90 años de edad, 2 o más meses en hemodiálisis crónica con: diagnóstico de HTA previo, tratamiento farmacológico actual y/o registros intradiálisis medios mayores 135/85 mmHg en últimas 6 sesiones. Criterios de exclusión: ingreso hospitalario, episodios de insuficiencia cardíaca congestiva 15ds.previos; no colaboración.

Objetivos: evaluación del control tensional de población hipertensa del centro, concordancia entre registros tensionales en diálisis/ MAPA y de componente volumétrico mediante bioimpedancia.

Metodología: MAPA: período interdiálisis entre 2º y 3º sesión, BIOIMPEDANCIA prediálisis 2º y 3º sesión. MEDICION TA INTRADIALISIS: excluyendo pre/postdiálisis, 6 sesiones previas. Datos historial-clínico. (n=57)

### Resultados.-

- **Datos demográficos.-** SEXO 61,4% masculino. RAZA 98,2% blanca. ETIOLOGIA-ERC 35,1% Nefropatía diabética. DIABETES 45,6 %, TABAQUISMO 45,6%, DISLIPEMIA 66,6%; DIURESIS-RESIDUAL 59.6% mayor 300cc.
- **TA intradiálisis: Media 137/71.** TA sistólica-media mayor 135: **63.16%**; TA diastólica-media mayor 85: **10.53%**. HTA intradiálisis: **29.82%**.
- **MAPA: Media 142/80. Diurna media: 143/82. Nocturna media: 141/76**

### EVALUACION DE HTA POR MAPA

n=57	TA SIS.TOTAL >=130	TA DIAS.TOT. >=80	TA SIS.DIURNsis.d. >=135	CARGATA >30	CARGATA DIAS.DIURdia.d. >=85	CARGATA >30	CARGATA SIS.NOCT.sis.no. >=120	CARGATA DIAS.NOCT.dias.no. >30	CARGATA >30
%pac.	<b>68,4</b>	<b>52,6</b>	64,9	77,2	43,9	50,9	<b>82,5</b>	84,2	<b>71,9</b>

### RELACION HTA DIALISIS-MAPA-SOBREOH

	MAPA Media	TA sist diast	MAPA Media	TAMAPA Media	TAMAPA DiasMedia	TAMAPA noct Media	TA DiasMedia
SESIONES							
TAS.<135	126,62	74,10	128,90	76,67	123,00	70,43	
TAS.>135	<b>151,11</b>	83,03	<b>151,50</b>	85,58	<b>150,83</b>	79,69	

SESIONES			BIA	Nº FARMPATRON 1-		
SESIONES	GID MEDIA	BIA IMC	SOBREOH	BIA %ECW	0-5	2-3
TAS.<135	2,20	27,60	1,66	9,13	1,86	1,62
TAS.>135	1,95	27,97	1,76	9,47	1,81	1,92

### Conclusiones.-

El control tensional de los pacientes hipertensos es insuficiente, principalmente a expensas de HTA sistólica (63% en diálisis y 68% MAPA). Empeora para HTA nocturna sistólica (82%) y diastólica (72%), fundamentalmente en pacientes también hipertensos en diálisis.

Mayor prevalencia de HTA por MAPA que por mediciones intradiálisis, presentando correlación significativa para HTA sistólica entre ambos y con los valores de TA sistólica-nocturna. Solo el 18,2% del subgrupo sin fármacos cumplía criterios de normotensión por ambos métodos.

HTA INTRADIÁLISIS (ascenso mayor de 10 mmHg TA fin de diálisis) en hipertensos mal controlados.

Sin correlación significativa entre HTA y sobrehidratación por BIA (ni para 2º o 3º sesión), ganancias interdiálíticas, grado de obesidad ni número de fármacos utilizados.

### **GAMMAPATIA MONOCLONAL Y SIGNIFICADO RENAL.**

Cobelo, Carmen (1); García-Enriquez, Alba (1); Armesto, Ana (1); Sánchez, María(1); García-Merino, María Luisa (1); González-Tabares, Lourdes (1); López, Margarita (2); Fachal, Carmen (3); Calviño, Jesús (1)

(1) Hospital Lucus Augusti, (2) Hospital A Coruña, (3) Hospital Alvaro Cunqueiro.

Las gammapatías monoclonales de significado renal (GMSR) constituyen un grupo de entidades heterogéneo por intensidad, lugar y modo de actuación, suponiendo un reto tanto diagnóstico como terapéutico.

Presentamos el caso de una mujer de 35 años, sin antecedentes de interés, que consulta por síndrome nefrótico con función renal normal (Creatinina 0,56 mg/dL). El panel analítico complementario, incluyendo complemento, crioglobulinas, ANA, ANCA's y serologías VHB, VHC y VIH fueron normales o negativos. El proteinograma en sangre y orina, no demostró monoclonalidad. Se indicó tratamiento diurético y bloqueo del sistema-renina-angiotensina con mala tolerancia por hipotensión realizándose biopsia renal e indicándose tratamiento empírico con esteroides (1 mg/Kg). El estudio histopatológico mostró la presencia de 10 glomérulos donde destacaban depósitos mal definidos sobre la matriz mesangial, y que ocasionalmente revestían el asa capilar, rojo congo negativos, débilmente positivos en el PAS y negativos para plata metenamina. La inmunofluorescencia mostró positividad en mesangio para IgM (3/3), Kappa (1/3), lambda (3/3), C1q (3/3) y C3(1/3). El diagnóstico inicial fue de glomerulonefritis de depósito fibrilar. Ante persistencia de síndrome nefrótico con proteinuria masiva (24 g/g) e hipoalbuminemia severa (1.8 g/dl) se suspendió el tratamiento esteroideo completándose estudios con TAC Abdominal, con hallazgo incidental de teratoma ovárico que se extirpó, y cadenas ligeras libres en suero (kappa 12 mg/dL, lambda 57,8 mg/dL y cociente 0,207). La biopsia/aspirado de médula ósea identificó por citometría un clon productor de cadenas lambda que suponía el 0,84% de la celularidad total. El posterior resultado de microscopía electrónica de la biopsia renal demostró depósitos glomerulares granulares, densos, irregulares, junto con otros fibrilares dispuestos al azar, rectos y finos de 10 nanómetros de diámetro. El diagnóstico final fue de GMSR recibiendo tratamiento con Bortezomib-Dexametasona y posteriormente trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos. Dos años después del trasplante la función renal persiste normal y el síndrome nefrótico en remisión parcial.

En conclusión: 1) la GMSR constituye una causa de glomerulonefritis de depósito cuyo diagnóstico viene dado por los hallazgos histológicos, siendo difícil de establecer. 2) La ausencia de monoclonalidad en el inmunotipado no excluye el diagnóstico. 3) La determinación de rojo congo, la inmunofluorescencia y el diámetro fibrilar en la microscopía electrónica son clave para el diagnóstico diferencial. 4) El tratamiento ha orientarse hacia la erradicación del clon celular patológico. 5) Quimioterapia y autotrasplante pueden revertir la afectación renal. 6) La colaboración multidisciplinar entre nefrólogos, hematólogos y patólogos es fundamental para el abordaje de estos casos.

## **TIOSULFATO TÓPICO COMO TRATAMIENTO DE CALCIFILAXIS.**

Cobelo, Carmen(1); García-Enriquez, Alba(1); González-Tabares, Lourdes(1); Cillero, Sonia(1); Quispe, Jansen(1); Otero, Pablo(1); Azkarate, Naiara(1); García-Merino, Maria Luisa(1); Cigarrán, Secundino(2); Calviño, Jesús(1)

(1)Hospital Lucus Augusti, (2)Hospital Da Costa

La calcifilaxis es una entidad infrecuente caracterizada por necrosis grasa por hipoperfusión de los tejidos, que ensombrece gravemente el pronóstico de los pacientes con enfermedad renal crónica, fundamentalmente en tratamiento sustitutivo. El abordaje debe incluir la eliminación de factores predisponentes, asegurar una correcta nutrición y la administración de ciertos fármacos como el tiosulfato sódico, no exento de complicaciones, y que habitualmente se administra por vía intravenosa.

Presentamos el caso de un varón de 72 años con enfermedad renal crónica y múltiples antecedentes entre los que destacaba hiperparatiroidismo secundario mal controlado, cardiopatía hipertensiva y fibrilación auricular tratada con acenocumarol, hipertiroidismo por bocio multinodular y broncopatía crónica. Abandonó el seguimiento en las consultas de Nefrología y se reinició el mismo durante ingreso en situación de enfermedad renal terminal, requiriendo inicio de tratamiento sustitutivo con hemodiálisis aguda. Al alta hospitalaria, una vez en programa de hemodiálisis crónica, se aprecia desarrollo progresivo de lesiones ulcerosas y muy dolorosas en miembros inferiores sugestivas de dermatopatía isquémica. La radiografía de miembros inferiores mostró datos de severa calcificación vascular. Ante la sospecha clínica de calcifilaxis se suspendió el tratamiento anticoagulante, hierro intravenoso y suplementos de vitamina D. Asimismo se intensificó el tratamiento con quelantes del fósforo, iniciándose también cinacalcet. Se realizó biopsia de las lesiones y en espera de resultados se inició tratamiento con tiosulfato sódico tópico. Tras 21 días de tratamiento, exclusivamente tópico, presentó una clara mejoría de las lesiones. Se decidió completar tratamiento con tiosulfato sódico intravenoso, inicialmente simultáneo al tópico, y posteriormente únicamente intravenoso por abandono del paciente. Tras recibir en total 2 meses de tratamiento tópico y 4 meses intravenoso, se objetivó una resolución total de las lesiones.

En conclusión, el presente caso ilustra la utilidad del tratamiento con tiosulfato tópico en la calcifilaxis. Aunque hay más casos descritos en la literatura con el uso de este fármaco por vía tópica, suele reservarse para pacientes con mala tolerancia al tratamiento intravenoso (síntomas digestivos, cefalea, acidosis severa, hipocalcemia, etc). Dada la importancia del tratamiento precoz de la calcifilaxis, además de la corrección de los factores predisponentes, el tiosulfato por vía tópica podría suponer una alternativa eficaz y bien tolerada como primera opción mientras se esclarece el diagnóstico.

## **HIPERINFESTACIÓN POR STRONGYLOIDES STERCOLARIS EN PACIENTE CON NEFROPATÍA LÚPICA INMUNODEPRIMIDA**

García Rodríguez, Giannina; Díaz Cambre, Helena; Durán Beloso, Marta; Arrojo Alonso, Fernanda; Bouza Piñeiro, Pablo

Hospital Universitario Arquitecto Marcide

Strongyloides stercoralis es un nemátodo que infecta a millones de personas anualmente alrededor del mundo. Es endémica en zonas tropicales y puede persistir durante años sin clínica aparente. El ciclo en humanos empieza cuando la larva filiforme penetra la piel y circulación, migra hacia los pulmones y laringe, donde luego es deglutida, accediendo a la mucosa del duodeno y jejunio. La larva adulta pone huevos que eclosionan en larvas rabditoides que penetran la mucosa y generan autoinfección interna. La enfermedad diseminada tiene alta mortalidad y está descrita en pacientes inmunodeprimidos (VHI, quimioterapia y corticoterapia). La diseminación puede afectar el tubo digestivo, pulmones y LCR. Además, la penetración de la pared intestinal puede resultar en bacteriemia por introducción de la flora intestinal en la circulación.

A continuación, se presenta un caso de hiperinfestación por Strongyloides stercoralis en una paciente con antecedente de nefropatía lúpica con tratamiento inmunosupresor con ciclofosfamida y corticoides.

Mujer de 65 años, procedente de Bolivia con residencia en España desde hace más de 40 años.

Antecedentes de interés: HTA, dislipemia, LES con nefropatía lúpica biopsiada en 2003 (patrón proliferativo mesangial difusa) y múltiples tratamientos inmunosupresores; reinicio de ciclofosfamida y corticoides a dosis altas por sospecha de brote lúpico en abril de 2017. ERC G3b-4A3, EPOC con múltiples ingresos por infecciones respiratorias, hipotiroidismo, urticaria crónica y enfermedad diverticular severa con tres diverticulitis, la última en 2014 complicada, precisando colectomía subtotal.

Ingresa en el Servicio de Digestivo en agosto de 2017 por rectorragia y anemia severa (Hb 5.4 g/dl) con agudización de su ERC de base. Precisa transfusión de hematíes (8) con cese espontáneo de sangrado. Colonoscopia con abundante sangre y coágulos, sin evidencia de sangrado activo. No realizado estudio digestivo alto. Se nos solicita traslado al presentar síndrome febril con evolución tórpida, tratada empíricamente con ceftriaxona y amoxicilina-clavulanato.

Se aísla Enterococcus faecium en sangre y orina, asociándose teicoplanina con mala evolución por lo que se modifica cobertura con vancomicina, ceftazidima y fluconazol.

Coprocultivo con detección de Strongyloides stercoralis y dada la evolución clínica, se sospecha de enfermedad diseminada, por lo que se solicita estudio de parásitos en esputo, visualizándose múltiples larvas. Se decide tratamiento con ivermectina con negativización de coprocultivo. Mejoría parcial con deterioro del nivel de consciencia y fiebre. Se realiza PL, compatible con

5º CONGRESO de la  
**SOCIEDAD GALLEGA  
de NEFROLOGÍA**

[www.sgan.es](http://www.sgan.es)

26 Y 27 DE OCTUBRE DE 2018

SEDE: **AFUNDACIÓN**, PONTEVEDRA



meningitis y cultivo positivo para *Enterococcus faecium* y CMV. Se asocia ganciclovir y se mantienen niveles valle de vancomicina > 15 ug/ml con evolución satisfactoria.





## **PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA REFRACTARIA CON DIÁLISIS PERITONEAL**

Millán Díaz, Beatriz (1); González Tabarés, Lourdes (2); Cobelo Casas, Carmen (2); Calviño Varela, Jesús; Cigarrán Guldrís, Secundino (3); Pedrosa Fraga, Cristina (2); Guerrero Sande, Héctor (2); Cerqueiro González, José Manuel (2), Casariego, Emilio (2)

(1)Complejo Hospitalario Universitario Ourense; (2)Hospital Universitario Lucus Augusti;  
(3)Hospital da Costa

**INTRODUCCIÓN:** La insuficiencia cardiaca refractaria (ICR) es un problema de salud creciente con elevada morbimortalidad. La mayoría presentan enfermedad renal crónica (ERC), lo que incrementa la estancia hospitalaria, asistencia a urgencias y necesidad de tratamientos ambulatorios en los hospitales de día. El síndrome cardiorrenal en su fase más avanzada asocia resistencia a diuréticos, por lo que hace necesaria la búsqueda de alternativas terapéuticas.

**OBJETIVO:** Evaluar la eficacia de la diálisis peritoneal (DP) en el tratamiento de ICR en cuanto a calidad de vida, hospitalización y mortalidad.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con ICR incluidos en el programa de DP entre enero de 2014 y abril de 2018. Se analizó la mejoría en la calidad de vida, asistencias al hospital, mortalidad y seguridad.

**RESULTADOS:** 11 pacientes (9 varones) con ICR se incluyeron en programa de DP. La edad media fue de 81,8 años al inicio. Las causas de ICR fueron: 7 cardiopatía isquémica, 2 miocardiopatía dilatada y 2 cardiopatía valvular. Todos presentaban ERC con estadios desde 3b hasta 5 (ninguno en diálisis) y 6 eran diabéticos. Los pacientes precisaron asistencia médica mediante ingreso hospitalario, asistencia a urgencias o tratamientos intravenosos en los hospitales de día por insuficiencia cardíaca en el año previo al inicio de DP, una mediana de 29,36 (4-62) días al año. Los 11 pacientes incluidos en programa destacaron la mejoría en su calidad de vida. Sólo un paciente fue exitus por edema agudo de pulmón, en el contexto de transgresión hídrica y posible mal candidato a esta técnica. 4 pacientes fallecieron por deterioro progresivo tras 13,5 meses de media de permanencia en DP (0, 6, 23 y 24 meses). 1 paciente falleció tras fractura de cadera. 5 pacientes continúan en programa de DP con tiempo medio de seguimiento de 21,91 meses (4-82,5). 3 presentaron episodios de peritonitis secundarias a DP que se resolvieron satisfactoriamente. 2 precisaron ingreso hospitalario por agudización de IC con 8 días de media de ingreso y uno precisó asistencia en urgencias. Ninguno precisó rescates de diuréticos iv, paracentesis ni toracocentesis terapéuticas. Ningún paciente falleció por causas derivadas de DP.

**CONCLUSIONES:** La DP mejora el control de la sobrecarga de volumen, disminuye las hospitalizaciones y mejora la calidad de vida de los pacientes. La adaptación a la técnica es buena con escasas complicaciones.



## PROTOCOLO DE MONITORIZACION DE ACCESOS VASCULARES, EXPERIENCIA INICIAL.

Yetman Almiron, Delfina; Fernández Cusicanqui, Jeanette; Sobrado Eijan, José

FRIAT-OS CARBALLOS VIGO

**Introducción.** El funcionamiento adecuado del acceso vascular es imprescindible para una hemodiálisis correcta, considerándose como acceso ideal la fístula arteriovenosa nativa. Es de vital importancia para su supervivencia funcional realizar un seguimiento eficiente, detectar y corregir anticipadamente las disfunciones. En acuerdo con las nuevas guías de Acceso Vascular se instituyó un protocolo de monitorización en la unidad de diálisis utilizando métodos de 1º y segunda generación.

**Objetivo.-** Evaluar la utilidad de nuevo protocolo de monitorización de accesos vasculares nativos .

**Material y métodos.-** Estudio observacional retrospectivo de 9 meses de duración. Inclusión de 58 casos (FAV nativas). Monitorización: métodos de 1º generación (examen clínico, presiones dinámicas e incidencias en sesiones, situación basal automatizada nefrosoft (medias presión venosa-arterial-kt con generación de alertas con 3 mediciones sucesivas fuera de rango ); de 2º generación: Nephroflow (flujo y recirculado). Realización de ecografía/fistulografía y tratamiento si alteraciones en mediciones por dichos métodos.

**Resultados.-**Datos demográficos:

FAV: 74% sexo masculino, edad media 65.4años, Diabetes 29%. Distales 60%. Localización izquierda 77%. Radiocefálica 97% de distales y húmerocefálica 90.5% de proximales.

1.-General por trimestre

GLOBAL	MESES	FLUJO 1º	RECIRC1º	FLUJO 2º	RECIRC2º	FLUJO 3º	RECIRC3º
Media	70	1026	4	1062	2	1133	3
Mediana	53	793	0	820	0	875	0
n	53	49	51	52	53	52	52

2.-Según alteraciones en sesiones (presión venosa-bajo flujo-kt-otros)y alertas.

TRIMEST.	FAV	FLUJOnephr	RECIRC.neph	ALERTAS	MESES USO
1º	C/alterac.sesiones	<b>550,8</b>	2,7	<b>17</b> 13	<b>82,4</b>
2º	S/ alterac.sesiones	1167,6	3,5		68,5
	C/alterac.sesiones	<b>700,8</b>	2,4	<b>25</b> 16	<b>99</b>
3º	S/ alterac.sesiones	1127,3	2,2		65
	C/alterac.sesiones	<b>619</b>	8	<b>14</b>	<b>97</b>
	S/ alterac.sesiones	1164,9	2,4	3	67

### 3.-Resumen:

	1ºtrimestre	2ºtrimestre	3ºtrimestre
FAV EVALUADAS	52	53	52
FAVdisfuncionantes	11	8	4
nºAlertas TOTAL	30	41	17
P.VEN aumentada	3	2	2
QB disminuido	3	5	1
KT disminuido	4	0	0
OTROS	1	1	1
TROMBOSIS	1	0	1
ACTP	5	2	3
NUEVO ACCESO	1	1	1

**Conclusiones:** las FAV con disfunción detectada por métodos de 1º generación presentaron, con nivel de significación estadística ( $p=0.05$ ), menor flujo medido mediante Nephroflow, mayor frecuencia de alertas en situación basal y mayor tiempo de uso. No se hallaron diferencias respecto al recirculado entre accesos disfuncionantes y normofuncionantes. Los resultados combinados permiten la intervención anticipada sobre los accesos con disminución en número de trombosis definitiva o la planificación de nuevos accesos cuando se requiera. Esta experiencia inicial requiere mayor tiempo de seguimiento que confirme los hallazgos.

## **IDENTIFICADO UN NUEVO CASO DE HIPERSENSIBILIDAD A MEMBRANAS SINTÉTICAS DE HEMODIÁLISIS TRAS INICIO DE TRATAMIENTO CON IECA**

Pais Seijas, Marta; Narváez Benítez, Anabertha del Valle; Fidalgo Díaz, Manuel; Puello Martínez, Suleyka; Arhda, Nisrine; Abuward Abu, Shark Iyad; Díaz Rodríguez, Cándido

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

Las reacciones de hipersensibilidad que aparecen durante la hemodiálisis son bien conocidas desde 1975 y se han publicado numerosos artículos en los que se comunican diferentes casos atribuidos a diversos componentes del equipo, entre los que destacan las membranas del dializador (heparina, hierro iv, látex, esterilización con óxido de etileno...). Podemos así diferenciar dos tipos de reacciones tras la exposición a sustancias presentes en el circuito extracorpóreo y/o por la interacción entre la sangre y la membrana del dializador:

- Tipo A: Respuesta innumoalérgica que aparece en los primeros minutos de la sesión, atribuidas a diferentes componentes y que pueden llegar a ser mortales (anafiláctica ó anafilactoide)

- Tipo B: Más frecuentes y menos graves; aparecen de forma más tardía y se atribuyen a la activación de la vía alterna del complemento que genera anafilotoxinas responsables de la característica leucostasis pulmonar

El caso clínico propuesto es el de un varón de 61 años incluido en nuestro programa de hemodiálisis crónica desde el pasado mes de enero, quien desarrolla tras 8 meses sin incidencias, hipotensión súbita a la hora de iniciar la sesión e incontinencia esfinteriana consecuente; como ajuste recientes se identifican la sustitución de su membrana habitual por Evodial 2,2 (acrilonitrilo heparinizado y esterilizado con radiación gamma) y modificación de su medicación hipotensora con inicio de Ramipril.

El paciente es un gran hipertenso de larga evolución a tratamiento con varios fármacos hipotensores, con un fallo renal crónico secundario a nefropatía diabética y un alta hospitalaria inmediata en Cardiología tras colocación de marcapasos bicameral debido a un bloqueo AV completo.

La clínica mencionada se reproduce en la sesión consecutiva y cesa una vez suspendido el IECA; regreso simultáneo a su dializador habitual (Revaclear 400: poliamida)

En los años 90, se describe un tipo de reacción tipo A en pacientes dializados con membranas de poliacrilonitrilo y tratados con IECAs, debido a la liberación y posterior acumulación en sangre de bradikinina consecuente a estos dos factores, algo que se ha paliado con el recubrimiento de estas membranas con polímeros biocompatibles (véase ST, SPAN)

# 5º CONGRESO de la SOCIEDAD GALLEGA de NEFROLOGÍA

[www.sgan.es](http://www.sgan.es)

26 Y 27 DE OCTUBRE DE 2018

SEDE: AFUNDACIÓN, PONTEVEDRA



Aunque en nuestro paciente parece este el mecanismo causal, la clínica es sugestiva de una reacción tipo B, la cual también podría generarse con este material tras una activación débil, no obstante, del complemento

Hasta el momento, hemos identificado con claridad pocos casos similares (PAN + IECA) en nuestro centro en los últimos años

## **NEFROPATÍA ASOCIADA A IGA EN POBLACIÓN ADULTA CON BIOPSIA RENAL EN UN ÁREA SANITARIA**

Arrojo Alonso, M. Fernanda; Díaz Cambre, Helena; Durán Beloso, Marta; García Rodríguez, Giannina E.; Bouza Piñeiro, Pablo

Complejo Hospitalario Universitario Ferrol

La Glomérulonefritis Ig A es la más frecuente entre las Glomérulonefritis Primarias, con incidencia muy desigual por diferencias poblacionales, indicaciones de biopsia y variabilidad de comunicación a registros. Del registro español supone el 15% de los diagnósticos (1). Del Síndrome de Henoch Schonlein del adulto se supone una incidencia menor, con la variabilidad consecuente a los diferentes criterios de diagnóstico aplicado. Entre las Gn IgA secundarias destaca la asociada a cirrosis hepática, entre otras causas reconocidas (fig 1). La patogenia de este cuadro está cada vez más definida pero el diagnóstico y tratamiento es objeto de debate, siendo importante el registro de casos por su baja incidencia para aumentar el número de pacientes que puedan incluirse en estudios.

### Material y métodos

Revisamos las historias con diagnóstico de Gn IgA por biopsia renal desde 1999. La indicación de BR en nuestro Centro se establece si proteinuria mayor de 0.75-1 gr que no responde a trazo habitual e insuficiencia renal.

Los criterios de tratamiento siguen las recomendaciones de las guías, actualmente según K DOQUI CPGG 2012(2).

### Resultados

Se realizaron 252 biopsias renales en 243 pacientes. De ellas 35 (14, 5%) con diagnóstico de Nefropatía IgA, en 32 pacientes. (fig 2 )

4 casos (varones 43-80 años) corresponden a Nefropatía IgA asociada a cirrosis hepática ninguno alcanzó estadio 5, 2 fallecieron por patología oncológica asociada.

Un caso -mujer diabética, 82 años - se diagnostica de GN postinfecciosa con depósitos de IgA.

8 casos (9 biopsias) se etiquetaron como vasculitis de Henoch Schonlein, 3 varones, 4 mujeres (17- 63 años); 7 precisaron tratamiento con corticoides pauta Gn IgA, uno rituximab, con una evolución 16-192 meses (mediana 118) solo un varón de 52 años ha alcanzado ERCA G3a a los 15 años de evolución, manteniendo los demás función renal normal.

21 casos con diagnóstico Gn IgA Primaria en 19 pacientes -18 varones (19-72 años)- Todos recibieron tratamiento estandar y omega3. Además, 17 se trataron con corticoides 6 meses y uno con ciclofosfamida. 12 pacientes precisaron tratamiento renal sustitutivo entre 13 y 196

meses postbiopsia. Los restantes, con seguimiento entre 37 y 206 meses presentan: uno función normal, 5 enfermedad renal crónica estadio 3B y 1 estadio 4.

#### Conclusión

El 25% de las nefropatías IgA diagnosticadas corresponden a síndrome de Henoch Schonlein del adulto.

El pronóstico renal de la Gn IgA primaria es peor a igualdad de tratamiento.

Son precisos más estudios

- 1.- Espinoza Hernández M, Ortega R. Nefrología al Día. <http://www.revistanefrologia.com/es-monografias-nefrologia-dia-articulo-nefropatia-iga-162>
- 2.- KDIGO Clinical Practice Guideline for Glomerulonephritis. *Kidney inter., Suppl.* 2012; 2: 139–274.

## **ECULIZUMAB MODIFICA EL PRONÓSTICO EN PACIENTES ADULTOS CON SHUA Y DAÑO RENAL AGUDO**

Cao, Mercedes (1); Leite, Bruna N. (1); Ferreira, Tamara (1); Calvo, María (1); Fernández, Constantino (1); Alonso, Angel (1), Valdés, Francisco (1); Salvador, Pilar (1), Seijo, Rocío (1) Rodríguez de Córdoba, Santiago (2)

(1) Complejo Hospitalario Universitario A Coruña; (2) Centro de investigaciones Biológicas and Ciber de Enfermedades Raras, Madrid

El SHUa es una enfermedad rara asociada a alteraciones genéticas, que resulta en una activación incontrolada de la vía alternativa del complemento que conduce a microangiopatía trombótica y fallo renal.

Hasta hace bien poco, el único tratamiento del que disponíamos era la plasmaféresis y/ o infusión de plasma, pero hasta el 60% de los pacientes fallecían o precisaban tratamiento sustitutivo al año.

El bloqueo de C5 con eculizumab ha mostrado resultados prometedores, pero los datos de que disponemos proceden de casos aislados, ensayos clínicos, cohortes heterogéneas de pacientes, y no hay hasta el momento una serie que compare los datos entre ambos tratamientos.

### Material y métodos

Realizamos un estudio observacional y retrospectivo de adultos diagnosticados de SHUa, con daño renal agudo que precisaba tratamiento sustitutivo, tratados con PE/PI, o en los casos en que estuvo disponible (a partir del 2012), con eculizumab en segunda línea, si no habían recuperado la función renal. Comparamos el efecto de la plasmaferesis y el eculizumab en la función renal, HTA, proteinuria, valores hematológicos, recaída y éxitus

### Resultados

31 pacientes fueron incluidos: 26 pacientes fueron tratados con PE/PI, y 5 fueron tratados con eculizumab. Entre los pacientes tratados con eculizumab, el 80 % habían recuperado la función renal al año, y un 20 % presentaban IRC. Todos los pacientes pudieron abandonar el tratamiento sustitutivo, y el 20 % presentaron proteinuria.

En el grupo de PE/PI, el 38 % recuperaron la función renal, el 50% abandonaron diálisis, 15,4% presentaban proteinuria, y hubo un 11,5% de recaídas.

### Conclusiones

Eculizumab muestra mayor eficacia que PE/PI para el tratamiento de pacientes con SHUa y daño renal agudo que requiere diálisis.

Se necesitan estudios prospectivos y metaanálisis que confirmen estos hallazgos.