

LEISHMANIOSIS VISCERAL EN PACIENTE EN DIÁLISIS PERITONEAL

Rivas Oural, Alba; Astudillo Cortés, Elena; Álvarez Santamarta, Lucía; Andrade López, Ana Cristina; Rido Cano, Natalia; Suárez Fernández, María Luisa; Gago Fraile, María; Bande Fernández, Jose Joaquín; Rodríguez Suárez, María del Carmen; Díaz Corte, María del Carmen
Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

Objetivos

1. Sospecha diagnóstica en pacientes inmunodeprimidos
2. Inicio precoz de tratamiento
3. Control de la evolución con parámetros clínicos y analíticos
4. Identificación de reacciones adversas farmacológicas

Desarrollo

Presentamos el caso de una paciente de 51 años hipertensa, diabética tipo 2 con enfermedad renal crónica de etiología intersticial que inició diálisis peritoneal en febrero de 2007 y recibió primer trasplante renal de donante cadáver bajo inducción con timoglobulina en 2011.

En febrero de 2018 presenta un cuadro clínico con fiebre, esplenomegalia, junto con anemia y plaquetopenia y una gammapatía oligoclonal en proteinograma. Tras descartarse enfermedades hematológicas, neoplásicas, enfermedades de depósito e infecciones más comunes se diagnosticó de leishmaniosis. Completó tratamiento con anfotericina B liposomal presentado como efecto adverso ototoxicidad con hipoacusia severa y mialgias durante la infusión, con mejoría clínica.

Ante la disfunción crónica del injerto reinició diálisis peritoneal en enero de 2019. En mayo de 2019 presentó una peritonitis por *S.aureus* meticilinsensible dependiente de orificio con mala evolución y necesidad de retirada de catéter y transferencia temporal a hemodiálisis.

En julio se realiza embolización del injerto renal, presentando en el postoperatorio inmediato fiebre junto con bicitopenia. Ante la sospecha de recidiva se repite la PCR de leishmania (que nunca habían llegado a negativizarse) resultando nuevamente positivo, por ello se decide realización de aspirado de médula ósea en el que se evidencia infiltración por leishmania. El 4 de septiembre de 2019 reinicia diálisis peritoneal y nuevamente tratamiento con anfotericina B dado que las alternativas terapéuticas como el glucantime o miltefosina presentan pocos datos disponibles en pacientes en terapia renal sustitutiva y tienen mayores efectos adversos, pero la paciente comienza con mialgias intensas interrumpiéndose el tratamiento. Finalmente, se decide ingreso de la paciente para pauta de premeditación con dolantina y dosis progresiva de anfotericina B hasta alcanzar techo terapéutico de 3 mg/kg durante 4 semanas.

Conclusiones

El principal reto diagnóstico es la detección precoz de la enfermedad en pacientes inmunodeprimidos y en áreas no endémicas.

La leishamiosis visceral implica complicaciones graves que pueden condicionar el pronóstico vital del paciente.

Los tratamientos actuales ven limitado su uso en pacientes con enfermedad renal crónica debido principalmente a la nefrotoxicidad que pueden causar. A pesar de ello la anfotericina B liposomal es el fármaco de elección el cual no está exento de efectos adversos y en caso de recidiva tenemos pocas opciones terapéuticas.

ORIFICIO EQUÍVOCO EN DIÁLISIS PERITONEAL: AMPLIANDO LAS POSIBILIDADES DIAGNÓSTICAS

Rodríguez Magariños, Catuxa; Blanco Pardo, Marta; Astudillo Jarrín, Daniela Estefanía; García Gago, Leticia; Rodríguez-Carmona de la Torre, Ana; Pérez Fontán, Miguel
Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

La calcifilaxis es una patología infrecuente pero potencialmente grave de la enfermedad renal crónica. Relacionada con mal control del metabolismo óseo mineral, puede diagnosticarse inesperadamente pese a buen control del mismo. Destaca su elevada morbimortalidad con dificultad para un adecuado control del dolor y de las lesiones, con sobreinfección como principal complicación.

Presentamos un varón de 41 años obeso e hipertenso diagnosticado de panhipopituitarismo por hipoplasia hipofisaria. Durante un ingreso por celulitis asociada a edema refractario de miembros inferiores se evidencia en analítica de rutina enfermedad renal crónica avanzada, con diagnóstico por biopsia de glomeruloesclerosis focal y segmentaria. Se decide inicio de diálisis peritoneal con inserción de catéter Tenckhoff por técnica percutánea habitual sin incidencias. Durante primeras revisiones se evidencia orificio equívoco, eritematoso y con abundantes esfacelos. Se cauteriza con nitrato de plata en varias ocasiones y con tratamiento antibiótico por crecimiento de *S. aureus* y *S. hominis* en cultivos. Nunca refirió dolor o supuración a nivel del orificio. Tras control evolutivo exhaustivo, se consigue mejoría sin necesidad de más intervenciones.

Como intercurencia, destacar ingreso en cirugía vascular por bloqueo femoro-poplíteo de miembro inferior derecho, implantándose endoprótesis y amputación de primer dedo. Es alta con doble antiagregación.

Tras un mes sin consultas en diálisis peritoneal, acude a la unidad aquejando intenso dolor en zona circundante a orificio de salida de Tenckhoff. Presenta aumento de tamaño del mismo con pérdida de sustancia. Empastamiento y eritema circundante con una extensión de aproximadamente 10x2cm. Se recogen frotis para cultivos iniciándose tratamiento por sospecha de celulitis. Pese a seguimiento estrecho no se aprecia mejoría, evolucionando a un aspecto violáceo e indurado persistiendo dolor muy intenso. Cultivo sin crecimiento. No alteraciones analíticas destacables. El paciente comenta que tras implante de catéter apreció lesión similar en cicatriz de intervención, con resolución espontánea.

Se plantean varios diagnósticos como un posible pioderma gangrenoso por aparición tras insultos mecánicos o incluso calcifilaxis del orificio. Contactamos con dermatología para valoración y biopsia de la lesión, demostrando hallazgos histopatológicos compatibles con calcifilaxis.

Si bien no hay datos concluyentes en cuanto a resultados, se decide iniciar tratamiento con tiosulfato sódico tres veces por semana con buena tolerancia. En espera de valorar resultados. Las curiosidades de nuestro caso se relacionan con el lugar de presentación y la posible regresión espontánea de una lesión previa, así como ausencia de alteraciones previas de metabolismo óseo mineral.

INFLUENCIA DE LA CIRUGÍA ABDÓMINO-PÉLVICA SOBRE LOS PARÁMETROS DE FUNCIONALISMO PERITONEAL EN PACIENTES TRATADOS CON DIÁLISIS PERITONEAL

Silva, Andreia Raquel; Rodriguez Magariños, Catuxa; Astudillo Jarrin, Daniela; Garcia Gago, Leticia; Lopez Iglesias, Antia; Da Cunha Naveira, Marta; Rodriguez-Carmona, Ana; Perez Fontan, Miguel

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

El funcionalismo de la membrana peritoneal está frecuentemente alterado durante el tratamiento con DP, tanto por la exposición prolongada a la técnica como por las agresiones que sufre la membrana, incluyendo las infecciones peritoneales. El objetivo del presente estudio fue analizar si las cirugías abdomino-pélvicas, antes o después del inicio de DP, pueden afectar a los parámetros de función de la membrana peritoneal.

Analizamos 171 pacientes incidentes en DP desde julio de 2009 hasta julio de 2019, con el criterio de inclusión principal de disponer de, al menos, un estudio basal de funcionalismo peritoneal (PEP con drenaje completo a 60'). Investigamos las cirugías abdomino-pélvicas previas, categorizándolas según el grado de agresión a la membrana, en mayores (cirugías mayores intraperitoneales) y menores (cirugías menores intraperitoneales y mayores abdominales extraperitoneales). A continuación, monitorizamos las agresiones a la membrana tras el inicio de DP (infecciones peritoneales, hemoperitoneo mayor y cirugías abdominales tras inicio de DP). Comparamos, de acuerdo a estos parámetros, el funcionalismo peritoneal basal, a 1 y a 2 años.

La mediana de seguimiento fue de 22 meses (amplitud 3-99). La primera PEP se realizó 3 meses (1-5) meses tras el inicio de DP; 113 pacientes (66,7%) realizaron una segunda PEP al año, y 54 (32,7%), una tercera a los dos años. Antes del inicio de DP, 61 pacientes (35,7%) tenían algún antecedente quirúrgico abdominal, de los cuales 29 eran de cirugía mayor intraperitoneal, 22 de cirugía menor intraperitoneal y 21 de cirugía abdominal extraperitoneal. En relación al funcionalismo peritoneal basal, no observamos diferencias en el transporte de creatinina y glucosa, capacidad de ultrafiltración, cribado de sodio, transporte de agua libre o ultrafiltración por poros pequeños, entre grupos con o sin antecedente de cirugía abdominal. El análisis estratificado no mostró tampoco diferencias evolutivas en los citados parámetros en los pacientes con diferentes combinaciones de cirugía abdominal antes y después del inicio de DP. Por último, el análisis de Kaplan-Meier no mostró diferencias en la supervivencia de pacientes o técnica entre los diferentes grupos comparados.

En conclusión, la cirugía abdomino-pélvica previa o durante el primer año de tratamiento con DP no parece afectar significativamente el funcionalismo peritoneal basal o evolutivo de los pacientes incidentes en DP.

SEGUIMIENTO DE PACIENTES TRASPLANTADOS ESTADIOS 4-5 EN CONSULTA ERCA

Crucio López, María; Millán Díaz, Beatriz; Iglesias Lamas, Elena; Ferreiro López, Beatriz; Rivera Chávez, Lizet Lorena; Temes Álvarez, Borja; Pérez Melón, Cristina; Novoa Fernández, Enrique; Otero González, Alfonso
Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

Introducción: Un 5% de los pacientes incidentes en diálisis son trasplantados que precisan de nuevo tratamiento renal sustitutivo (TRS). En muchos ocurre de manera tardía y con filtrado glomerular (FG) asociado a complicaciones urémicas, favoreciendo el inicio agudo, malnutrición, inflamación y anemia. Se pueden disminuir estas consecuencias derivando los pacientes trasplantados a las Unidades ERCA.

Objetivos: Analizar trasplantados de estadios 4 a 5d seguidos en Consulta ERCA y los factores relacionados con su entrada en diálisis.

Material y métodos: Se incluyeron 55 trasplantados (65%varones, 23,5%diabéticos) que han estado en situación de ERCA desde el 2010 hasta la actualidad. Se recogieron variables demográficas, paso por ERCA y elección de TRS. 46 pacientes precisaron TRS, en los que se analizó el inicio de manera aguda y la mortalidad.

Resultados: El 56,5% de los trasplantados fueron remitidos a la Unidad ERCA (75% con FG mayores de 15 mL/min), donde se siguieron una media de 26 meses antes del reinicio de TRS. Los pacientes estuvieron trasplantados una mediana de 111 meses (6-336). De los 32 que realizaron HD previo al trasplante (58,2%), 23 lo eligieron en la vuelta a diálisis. La mitad lo hizo de manera aguda y un 55,5% se habían seguido en Consulta ERCA. El 22% cambió a técnicas domiciliarias (15% a DP y 7% a HDD); todos habían recibido seguimiento en Consulta ERCA y ninguno precisó reinicio agudo.

De los 22 que realizaron DP previo al trasplante (40%), 16 lo eligieron en postrasplante, con amplia mayoría de seguimiento en ERCA. Los 6 que reiniciaron con HD, lo hicieron de manera agudizada, y sólo la mitad había acudido a ERCA.

En la tabla 1 se exponen los FG en el reinicio de TRS en diferentes grupos.

Un 26% fue éxitus tras reinicio de TRS (30% el primer año) y por mayoría de causas cardiovasculares.

Tabla 1

	FG (mL/min)	p
ERCA/ No ERCA	9,6 ? 3,81 / 10,6 ?3,81	NS
DM/ No DM	12,2 ? 3,93/ 9,1 ? 6,12	0,05
HD/DP	8,2?4,00/ 6,6 ?1,41	NS

Tabla 2

Edad media primer TRS (N=55)	Edad media trasplante (N=55)	Edad media reinicio TRS(N=46)	Edad media éxitus (N=12)
36,8 ± 14,30	44,3 ± 14,79	52,6 ± 12,71	64,8 ± 9,41

Conclusiones: El seguimiento del paciente trasplantado en situación ERC avanzada optimiza cuidados específicos y su derivación favorece las técnicas domiciliarias y el inicio programado.

ESTUDIOS PRETRASPLANTE UN OBJETIVO CLAVE DE LA CONSULTA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA

Rivas Oural, Alba; Astudillo Cortés, Elena; Durán Vargas, Óscar Rolando; Banegas Deras, Eduardo Josué; Bande Fernández, Jose Joaquín; Rodríguez García, Minerva; Álvarez Santamarta, Lucía; Vidau Argüelles, Pedro; Rodríguez Suárez, María del Carmen; Díaz Corte, María del Carmen
Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

Objetivos:

1. Analizar el número de pacientes de la consulta ERCA que han iniciado estudios pretrasplante.
2. Determinar el tiempo establecido entre el inicio de los estudios pretrasplante y el inicio de una técnica renal sustitutiva.
3. Valorar las causas de no inicio de estudios pretrasplante.

Desarrollo del estudio

La consulta de Enfermedad Renal Crónica Avanzada nace en nuestro servicio en el año 2003 para proporcionar una atención integral a todos los pacientes con una insuficiencia renal avanzada que se encuentren en una situación de prediálisis.

Presentamos un estudio retrospectivo observacional de 100 pacientes que acudieron a la consulta ERCA desde el 1/01/17 al 31/12/17. Se registraron las variables: edad, el sexo, etiología de la enfermedad renal crónica, hipertensión arterial y la diabetes mellitus.

Se determinó si estaban informados de las técnicas de terapia renal sustitutiva, modalidad elegida, se evaluó si se habían iniciado los estudios pretrasplante, y si estaban activos en la lista de trasplante, así como si había sido valorado el trasplante de vivo.

La media de edad de los pacientes analizados es 71 años, el porcentaje de varones fue 66 %. Un total de 46 % presentaban diabetes mellitus y un 91 % hipertensión arterial. El 70% estaban informados de las opciones de terapia renal sustitutiva de los cuales el 33 % se había decantado por la hemodiálisis. 23 pacientes iniciaron TRS en el 2017, de los cuales el 85,7 % de forma programada. Iniciaron estudios pretrasplante el 28 % de los pacientes, un 31% ya los habían iniciado los años previos. Un 9 % se encontraba activo en lista durante el año de estudio, trasplantándose un total de 3. El estudio de trasplante de vivo solo se realizó en un 4 % de los casos realizándose un trasplante de vivo en ERCA durante el año de estudio.

Conclusiones

La consulta ERCA en nuestro hospital realiza un abordaje integral del paciente con enfermedad renal crónica avanzada, iniciando los estudios de evaluación para el trasplante en prácticamente la totalidad de los pacientes que cumplen criterios para ello, previamente al inicio de una terapia renal sustitutiva. De este modo, se reduce el tiempo para entrar en lista activa de trasplante, disminuyéndose el tiempo de permanencia en diálisis.

ESTUDIO DE LA FUNCIÓN RENAL RESIDUAL Y HEMODIÁLISIS INCREMENTAL

Delgado Córdova, Margarita; Blanco Castro, Natalia; Garbiras Serrano, Mariana; Azaña García, Claudia
Hospital Quirón Salud, A Coruña

Introducción: La preservación de la función renal residual una vez iniciado un tratamiento renal sustitutivo ha demostrado muchas ventajas. En nuestro hospital la pauta de (2HD/semana), con el fin de preservar la FRR, ha sido una opción posible para un pequeño grupo seleccionado de pacientes.

Material y métodos: Es un estudio retrospectivo de una serie de casos, sin grupo control. Analizamos diuresis residual desde Noviembre 2016 en pacientes incidentes. Incluimos en 2 sesiones por semana a aquellos con diuresis residual $>1.500\text{ml}/24\text{ h}$, estabilidad clínica, se descartaba la inclusión si proteinuria $>2,5\text{g}/\text{día}$, ganancias de peso interdiálisis excesivas, niveles $\text{K}^+ > 6\text{ mEq/l}$, y episodios de insuficiencia cardiaca congestiva previos.

Se realiza seguimiento analítico mensual, el cálculo de la dosis de diálisis mediante la fórmula monocompartimental, Kt/V Daugirdas y el cálculo del porcentaje de reducción de urea. Los pacientes se dializan con baño ultrapuro, y con membranas de alta permeabilidad.

Resultados: Se estudia la FRR en 41 pacientes incidentes, fueron incluidos en la técnica incremental 8 pacientes (se excluye a 4 por proteinuria nefrótica, por 10 cardiopatía/ ICC, 3 por alteraciones analíticas, 8 ganancias excesivas y 8 por aclaramiento de urea bajo). La edad media al inicio de TRS fue de 69 (10,8) años. El tiempo medio en técnica incremental fue de 7,5 (2,6 meses (rango: 5-12).

Salieron del programa con derivación a la consulta de ERCA, 3 enfermos (1 con HTA Maligna y 2 no filiada, como etiología de la ERC) tras recuperación de FRR, después de 8, 7 y 5 meses respectivamente en HD bisemanal. 2 siguen en ERCA y 1 reinició HD tras deterioro de función renal por sepsis urinaria. Permanecen 2 con 2 sesiones por semana. 1 paciente de 86 años, fallece a los 5 meses. Los motivos de cambio a 3HD/semana fueron: en 2 pacientes por parámetros analíticos y sobrecarga de volumen, en 1 paciente por deterioro función renal.

En los pacientes en seguimiento la diuresis residual desciende en el primer año de 1795 (710 ml/día a 1077 (808 ($p=0,008$), el aclaramiento de urea desciende de 5,51 (1,9 vs 3,8 (2,8 ml/min al año ($p= 0,31$) y la función renal residual calculada, basal de 9,4 (2,6 vs 6,5 (4,3 al año ($p=0,51$).

Conclusiones: La determinación de la función renal residual al inicio de hemodiálisis, permite ajustar la dosis de diálisis. La HD incremental, puede preservar la función renal residual, durante el primer año, y favorecer la recuperación de la función renal, en pacientes susceptibles de mejorar.

COMPARACIÓN ENTRE LOS CATÉTERES TUNELIZADOS YUGULARES Y LOS TUNELIZADOS FEMORALES

Abuward Abu-Sharkh, Iyad; Arhda, Nisrine; Pais Seijas, Marta; Narvaez Benitez, Anabertha; Morais, Pedro; Puello Martínez, Suleyka; Alonso Valente, Rafael; Díaz Rodríguez, Cándido
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago

La sustitución de la FAV por prótesis PTFE o catéteres tunelizados centrales, está cada vez en aumento por el agotamiento precoz de los accesos nativos autólogos. El porcentaje de pacientes con catéteres tunelizados como acceso vascular para hemodiálisis llega a alcanzar entre 15-25%, esto nos obliga a mejorar las técnicas utilizadas para evitar las complicaciones tanto tempranas como tardías, además nos obliga a buscar otras posibilidades ante el agotamiento del capital venoso debido al uso repetido de los catéteres. El uso de catéteres tunelizados femorales, se ve cada vez más frecuente ante la imposibilidad del uso de accesos del eje venoso superior.

Objetivos: en este trabajo estudiamos y analizamos la evolución y las complicaciones de los catéteres tunelizados tanto yugulares como femorales implantados en el periodo del 01/01/2017 al 30/05/2018 en el servicio de nefrología del C.H.U.S, además comparamos la evolución de los catéteres tunelizados femorales con los catéteres tunelizados yugulares.

Método: Se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo de naturaleza retrospectiva de 59 pacientes a quienes se le ha implantado algún acceso percutáneo permanente en el periodo del estudio mencionado y cuyos datos estuviesen registrados al completo. Se revisa la historia clínica y los cursos evolutivos correspondientes al periodo del estudio. Se analizaron variables como edad, peso, sexo, tiempo en HD, fecha de la implantación del catéter, causa de ERC, toma de antiagregantes post implantación, 4 toma de anticoagulantes post implantación, tipo de catéter, lado del catéter, fecha de colocación, fecha de primera infección, tipo de primera infección, germen identificado, fecha de retirada de catéter, motivo de retirada, complicaciones inmediatas, complicaciones tardías.

Resultados: Aunque el número de la muestra es pequeño sobre todo el grupo de los catéteres femorales tunelizados, y los resultados no fueron estadísticamente significativos, clínicamente se vio que los catéteres tunelizados yugulares y los femorales presentan resultados similares a corto-medio plazo. No se han detectado diferencias significativas en las complicaciones tanto inmediatas como tardías entre los catéteres femorales tunelizados y los catéteres yugulares tunelizados, tampoco se han detectado diferencias en las infecciones por catéter entre los dos grupos.

Conclusión: Los catéteres femorales tunelizados pueden ser una alternativa eficaz y segura en caso de no accesibilidad al eje venoso superior.