

COMUNICACIONES E-POSTER (SALÓN DE ACTOS)

-EL BLOQUEO DE VEGFR2 COMO NUEVA OPORTUNIDAD TERAPÉUTICA PARA LA POLIQUISTOSIS RENAL

Núñez González, Laura (1); Tejedor Santamaría, Lucía (2); Martínez Pulleiro, Raquel (1); Pereira Hernández, María (1); Barcia De La Iglesia, Ana María (1); Cordido, Adrián (1); Ortiz, Alberto (3); Ruiz Ortega, Marta (2); García González, Miguel Ángel. (1)
(1)Laboratorio de Nefroloxía (NefroCHUS), IDIS; (2)Laboratorio de Biología Celular en Enfermedades

Renales. IIS-Fundación Jiménez Díaz, Universidad Autónoma Madrid; (3)Departamento de Nefrología e Hipertensión. Fundación Jiménez Díaz (Instituto de Investigación Sanitaria y Universidad Autónoma de Madrid)

Introducción:

La poliquistosis renal (PKD) engloba un grupo de trastornos genéticos caracterizados por la presencia de múltiples quistes en el parénquima renal, junto a manifestaciones extrarrenales como los quistes hepáticos, denominados poliquistosis hepática (PLD). La poliquistosis renal autosómica dominante (PQRAD), la forma hereditaria dominante, surge de mutaciones en los genes PKD1 y PKD2. A pesar de los amplios esfuerzos de investigación, el mecanismo preciso que subyace a la cistogénesis en la PKD sigue siendo difícil de determinar. Este estudio se centra en investigar el papel de la señalización NOTCH en la PQRAD, dada su activación documentada en varias enfermedades renales progresivas. La progresión de la cistogénesis está marcada por una inflamación pronunciada, con células epiteliales, fibroblastos intersticiales y polarización de macrófagos que liberan quimiocinas, citocinas y factores de crecimiento. La GREMLINA se ha revelado como un mediador clave de la enfermedad renal crónica en estudios preclínicos, y sus niveles urinarios se han propuesto como biomarcadores potenciales de enfermedades renales.

Material y métodos:

Para evaluar la implicación de la vía de señalización Gremlin-VEGFR2 en la enfermedad quística, examinamos la expresión de proteínas de la vía tanto en muestras humanas como en un modelo murino ortólogo de PQRAD. Además, validamos la inhibición de VEGFR2 como estrategia terapéutica potencial utilizando un modelo de ratón ortólogo de progresión rápida: B6.Pkd1 cko/cko TamCre.

Resultados:

Nuestros hallazgos revelaron la regulación al alza de las proteínas de la vía Gremlin/VEGFR2 en la PQRAD, evidente a través de la sobreexpresión transcriptómica y proteómica en tejidos renales de ratones con PQRAD, así como en orina y líquido quístico de pacientes con PQRAD. El tratamiento con Semaxinib, un inhibidor específico de VEGFR2, produjo efectos beneficiosos a corto plazo, incluyendo mejoras significativas en la función renal (medida por los niveles de BUN) y reducciones en el área quística.

Conclusiones:

Este estudio arroja luz sobre el papel alterado de la vía Gremlin/VEGFR2 en la cistogénesis y la progresión del crecimiento quístico en la PQRAD. Además, la eficacia de un inhibidor de VEGFR2 demostrada en un modelo preclínico de PQRAD sugiere una vía terapéutica prometedora para las enfermedades de PQRAD.

-EXPERIENCIA DE LA UNIDAD DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA (ERCA) 5 AÑOS DESPUÉS DE LA ACREDITACIÓN ACERCA

González Tabares, Lourdes; Garcia Enríquez, Alba; Raño Santamaría, Óscar; Paredes Cardenas, Gonzalo; Garcia Merino, Maria Luisa; Carballo Aira, Eva; Calviño Varela, Jesús

H.U. Lucus Augusti, Lugo

Introducción y objetivos:

La Unidad ERCA tiene como objetivo proporcionar un cuidado integral del paciente ERCA contemplando actuaciones centradas en retrasar la progresión de la enfermedad, prevenir complicaciones, modificar o tratar comorbilidades; así como ofrecer información y educación progresiva en autocuidados y en elección independiente para la terapia renal sustitutiva. Además debe hacer un análisis de calidad asistencial mediante el seguimiento de marcadores directos para resultados en salud (indicadores de morbimortalidad, inicio programado de diálisis, etc.), calidad de vida y satisfacción.

En 2018 el grupo de trabajo ERCA de la S.E.N. desarrolló un proyecto de estándares de calidad para mejorar la atención de los pacientes y el funcionamiento de estas unidades ERCA. Un total de 66 estándares, agrupados en cinco bloques, según temática.

Entre otras cuestiones, los estándares promueven la atención basada en la multidisciplinariedad, el uso de escalas validadas para la medición de parámetros de la ERC (fragilidad, dependencia, comorbilidad, función cognitiva, estado nutricional y la disponibilidad de materiales para la formación de cara a asegurar una transición óptima de los enfermos al TRS

Nuestro servicio obtuvo en 2018 el nivel básico y el trabajo en esta línea ha llevado a conseguir en 2020 el nivel avanzado siendo el primer hospital de gallego en su obtención.

Método:

Mediante un estudio prospectivo con memorias anuales, contamos la experiencia en la mejora de la atención de nuestros enfermos desde 2018 a 2022.

Resultados:

Se observó un aumento un aumento de pacientes progresivo a lo largo de los años, con una variabilidad en los pacientes incidentes dependiendo de año, lo que refleja un aumento en la estancia de estos pacientes en la consulta con un porcentaje similar de salida por exitus, siendo la causa de mortalidad en los pacientes la cardiovascular, pero un aumento progresivo de exitus por decisión en tratamiento conservador. En cuanto al número de pacientes en técnicas domiciliarias también tiene un ligero aumento con un porcentaje en elección de técnicas domiciliarias sobrepasando el tercio de los pacientes que entran en terapia renal sustitutiva. El porcentaje de pacientes que inician de manera programada es discretamente mayor y vemos una reducción en el número de ingresos hospitalarios a lo largo de los cinco años.

Conclusiones:

La implementación de la acreditación ERCA en la consulta nos ha permitido mejorar los objetivos de la consulta lo que permite mejorar calidad de vida en los enfermos ofreciendo una mejor calidad asistencial.

-SOBRETREATAMIENTO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Rentería González, Nohemí Carolina; Sotillo Gómez, Antía; Pérez Melón, Cristina; Millán Díaz, Beatriz

C.H.U. de Ourense

Introducción: La hipertensión arterial (HTA) actúa como factor predisponente, precipitante y favorecedor de la enfermedad renal crónica (ERC). Su control excesivo provoca un sobretreatamiento que favorece el empeoramiento renal.

Objetivos: Analizar la relación entre el exceso de tratamiento de HTA y el deterioro de la función renal en pacientes con seguimiento en Atención Primaria (AP) que realizan una e-consulta a Nefrología.

Materiales y Métodos: Se recibieron 352 e-consultas desde AP, de las cuales se seleccionaron 154 que presentaban ERC e HTA. Se consideró sobretreatamiento si se podía retirar al menos un principio activo y persistía el buen control. Se analizaron datos sociodemográficos, parámetros clínicos y evolución de los pacientes.

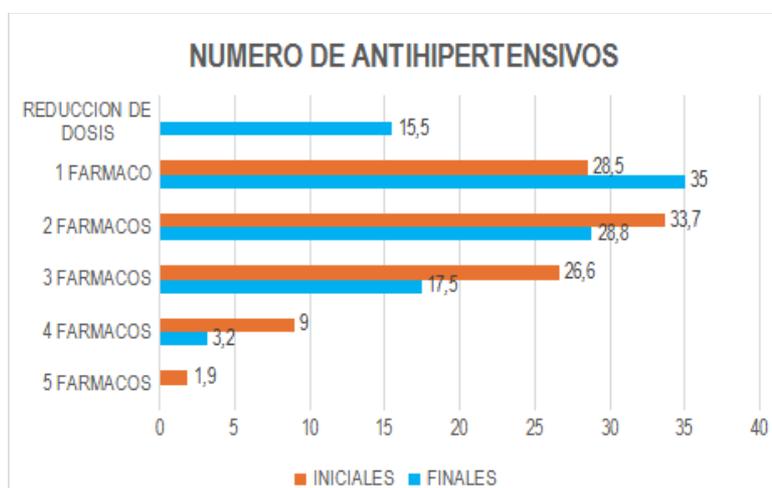
Resultados: La edad media de los pacientes (56.5% mujeres) fue de 78,21 años (49-95). Todos los pacientes presentaban estadio de la ERC G3a1 o superior.

Hubo un 47,8% de pacientes sobretreatados con una media de hipotensores prescritos de 2,2 disminuyendo a 1,86 tras la intervención de Nefrología (gráfico 1). El 48.7% estaba recibiendo tratamiento antihipertensivo excesivo, el 47.8% recibía tratamiento adecuado y tan solo en 6 pacientes hubo que aumentarlo.

El análisis estadístico demostró correlación entre mayor edad con mayor número de fármacos ($p < 0.03$), siendo este grupo de pacientes el que menos control de tensión arterial tenía registrado.

De los 154 pacientes, el 66.2% fue dado de alta, el 20.1% fue citado en Nefrología y el 11.68% se inició seguimiento compartido entre ambos Servicios (pacientes de más edad con correlación significativa, $p < 0.006$).

Conclusiones: La evaluación periódica de los pacientes hipertensos con ERC ayuda a evitar morbilidad derivada del mal control tensional y sobretreatamiento. Herramientas como la e-consulta agilizan la toma de decisiones y favorecen la comunicación y el manejo interdisciplinar de los pacientes de forma precoz.



-CORRELACIÓN GENOTIPO-FENOTIPO DEL GEN HNF1B EN PACIENTES GALLEGOS

Sánchez Cazorla, Eloísa (1); Carrera Cachaza, Noa (1); Urisarri Ruiz De Cortaza, Adela (2); Fortes González, Pedro (1); García Murias, María (1); Barcia De La Iglesia, Ana María (1); Núñez González, Laura (1); García González, Miguel Ángel (1)
(1)FIDIS Fundación instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela; (2) C.H.U Santiago

Introducción y objetivos. El gen *HNF1B* codifica un factor de transcripción que regula la expresión génica en células-beta pancreáticas, riñones, hígado, intestinos y neuronas, y desempeña un papel tanto en el desarrollo embrionario como postnatal. Los genes regulados por el factor de transcripción Hnf1b están involucrados en procesos clave como la nefrogénesis, transporte iónico, polaridad y uniones celulares, desarrollo de la cilia primaria y metabolismo renal. Por ello, las alteraciones patogénicas en el gen *HNF1B* pueden afectar su correcto funcionamiento y generar un amplio espectro de manifestaciones renales y extrarrenales. Las alteraciones genéticas en *HNF1B* se dividen en: una delección recurrente (microdelección 17q12) y variantes puntuales (truncantes y *missense*). El objetivo de este estudio es establecer una correlación genotipo-fenotipo de las variantes de *HNF1B* presentes en nuestra cohorte gallega/española.

Material y métodos. Se trata de un estudio retrospectivo, observacional y multicéntrico de una gran cohorte enriquecida en población gallega con sospecha de patologías renales hereditarias, que ha sido estudiada genéticamente mediante secuenciación masiva y/o secuenciación Sanger. De esta cohorte, se seleccionaron los pacientes portadores de alteraciones en *HNF1B*. En total, se incluyeron 31 sujetos (27 probandos y 4 familiares), de los cuales se recogió y analizó información clínica detallada.

Resultados. El 55,56% de los probandos portaba la microdelección 17q12; el 18,52%, alteraciones truncantes; y el 25,93%, alteraciones *missense*. Más del 60% de los probandos mostraron manifestaciones clínicas como hiperecogenicidad, quistes renales, y/o hipomagnesemia. Además, en una menor proporción, se observaron otras manifestaciones, como hiperuricemia, signos de CAKUT (anomalías nefrourológicas congénitas), diabetes, hipertransaminasemia, y anomalías pancreáticas, hepáticas, y psiquiátricas/neurológicas. Se identificaron distintas tendencias entre los tres tipos de alteraciones genéticas en relación con la sospecha clínica inicial y la presencia de quistes renales, hiperuricemia e hipomagnesemia.

Discusión y conclusiones. Este estudio sugiere que los pacientes con alteraciones en *HNF1B* pueden presentar un espectro amplio y variado de manifestaciones multisistémicas, y aporta información sobre la correlación de genotipo-fenotipo de este gen. Estos resultados subrayan la importancia de un diagnóstico genético preciso para ofrecer un consejo genético adecuado y un seguimiento clínico personalizado, en función de la alteración genética identificada.

-¿POR QUÉ TRASPLANTAMOS A PACIENTES ABO INCOMPATIBLES?

Calvo Rodríguez, María; Fernández Rivera, Constantino; Cillero Rego, Sonia; Erráez Gutiérrez, Sara Doménica; Sánchez Botana, Eva; Cao Vilariño, Mercedes; López Muñiz, Andrés; Pérez Fontán, Miguel

C.H.U. de A Coruña

INTRODUCCIÓN:

La desensibilización al igual que el trasplante renal de donante vivo cruzado, es una opción válida en aquellos pacientes con un donante incompatible.

OBJETIVO:

Conocer el pronóstico de trasplante renal de donante vivo ABOi en nuestra serie y compararlo con un grupo control ABOc.

MATERIAL y MÉTODOS:

Estudiamos los trasplantes renales de donante vivo (TRDV) realizados en nuestro hospital. En función de la compatibilidad de grupo sanguíneo, dividimos a los pacientes en dos grupos, un grupo ABO incompatible (ABOi) y un grupo ABO compatible (ABOc). Excluimos a los pacientes HLA incompatibles en esta comparación.

Para realizar el trasplante incompatible, aplicamos un protocolo de desensibilización que consiste en Rituximab, aféresis, inmunoglobulinas inespecíficas y tratamiento inmunosupresor.

El grupo ABOc recibe el protocolo habitual de trasplante renal.

RESULTADOS:

Desde el año 2003 se han realizado en nuestro hospital 398 trasplantes renales de donante vivo. De ellos 75 precisaron desensibilización por incompatibilidad ABO (18.8% de la actividad de trasplante renal de donante vivo).

De los pacientes desensibilizados, 2 presentaban SHUa como enfermedad de base.

Analizamos las características del grupo ABOi y las comparamos con el grupo ABOc (excluimos el grupo HLAi en esta comparación).

No encontramos diferencias en la edad, sexo, tiempo en diálisis, trasplante anticipado, inducción y cPRA.

La función retrasada del injerto, la función renal y la proteinuria fueron similares en ambos grupos.

La incidencia de rechazo agudo fue menor en el grupo ABOi vs ABOc (6.9% vs 11.7%, p:0.35). No hubo diferencias en la incidencia de infección por CMV, BK o complicaciones quirúrgicas en ambos grupos.

La supervivencia del paciente fue similar en ambos grupos (ABOi 95% a 5 años, 83.2% a 10 años), y en el ABOc fue del 95% a 5 años y del 90% a 10 años.

La SV injerto fue ligeramente superior en el ABOi siendo a los 5 años del 96% vs 89.8%.

CONCLUSIONES:

El trasplante renal de donante vivo ABOi tras desensibilización, ofrece excelentes resultados a largo plazo, similares al ABOc, con una baja tasa de rechazo agudo (6.9%) . Constituye el 18.8% de la actividad total de nuestro programa de trasplante renal, siendo una opción válida en aquellos pacientes con un donante ABO incompatible.

-COMPROBACIÓN FUNCIONAL DE VARIANTES DE SIGNIFICADO INCERTO (VUS) NO XENE PKD1

Martínez Pulleiro, Raquel (1); Barcia De La Iglesia, Ana (1); Allegue, Catarina (2); Carrera Cachaza, Noa (1); García González, Miguel ángel (1)

(1) Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela (IDIS); (2) Centro Singular de Investigación en Medicina Molecular y Enfermedades Crónicas (CIMUS)

Introdución

A enfermidade renal poliquística autosómica dominante (ADPKD) é a enfermidade renal hereditaria máis común. O xene *PKD1* xoga un papel importante na ADPKD, sendo a causa do 85% dos casos. Debido ao seu gran tamaño (14 Kb), identificáronse numerosas variantes únicas, moitas delas clasificadas como Variantes de significado incerto (VUS). Estas variantes supoñen un desafío porque a súa importancia clínica adoita non estar clara. Desafortunadamente, son un resultado común das probas xenéticas (22,5-32,6%).

Os estudos funcionais son fundamentais para comprender estas VUS. Implican experimentos de laboratorio deseñados para investigar como unha determinada variante xenética afecta á función do produto xenético. Estes estudos poden proporcionar información valiosa sobre a potencial patoxenicidade dunha VUS.

Aquí, presentamos a dúas familias da nosa cohorte cun estudo xenético non concluínte. Queremos mostrar como empregamos un ensaio de minixenes para demostrar o papel da variante VUS estudada no proceso de corte e empalme de ARN (*splicing*) e como este dato adicional pode contribuír a un diagnóstico xenético máis completo e robusto.

Material e Métodos

Os ensaios de minixene de *splicing* implican a creación dun "minixene" que inclúe a variante de interese nun vector de expresión. O minixene exprésase entón nunha liña celular e analízase o ARN sintetizado para determinar se a variante afecta ao *splicing* ou non.

Resultados

En dúas familias da cohorte ADPKD, atopáronse dúas variantes VUS en *cis* en *PKD1* despois de probas xenéticas. Mantivéronse como as únicas candidatas para explicar a enfermidade, despois de realizar unha análise de amplificación de sonda dependente da ligación múltiple (MLPA) e analizar outros xenes quísticos coñecidos. O estudo de segregación, aínda que non puido ser extenso, non puido descartar as variantes como causais.

Como unha das variantes estudadas estaba situada no primeiro nucleótido do exón 26 decidimos comprobar o efecto sobre o *splicing* desta variante. Despois da experimentación confirmouse que a variante mutante impide a transcrición do transcrito canónico. Como resultado, podemos afirmar que esta variante inflúe no proceso de *splicing* e, posteriormente, na proteína sintetizada. Varsome e Franklin, dúas ferramentas de interpretación variantes, cambian os seus criterios a "Probablemente patoxénico" unha vez que engadimos a información funcional *in vitro*.

Conclusións

Os estudos funcionais son ferramentas valiosas para comprender o impacto potencial das VUS.

A variante estudada afecta ao proceso de *splicing*.

Grazas á información funcional, a variante agora ten un veredicto de "Probablemente patoxénico".

-EFECTOS ACUMULATIVOS DE LA ALDOSTERONA SINTASA Y LA INHIBICIÓN DEL SGLT2 SOBRE LA ALBUMINURIA EN PERSONAS CON ERC

García De La Montaña, Francisco (1); Rossing, Peter (2); Hauske, Sibylle J. (3); Cronin, Lisa (4); Heerspink, Hidde J.I (5); Meyerhoff, Juliane (3); Shah, Shimoli (4); Sun, Zhichao (4); De Zeeuw, Dick (6); Tuttle, Katherine R (7)

(1)Boehringer Ingelheim España S.A.; (2)Steno Diabetes Center Copenhagen; (3)Boehringer Ingelheim International GmbH, Ingelheim am Rhein, Germany; (4)Boehringer Ingelheim Pharmaceuticals, Inc., Ridgefield, United States of America; (5)University Medical Centre Groningen, Groningen, Netherlands; The George Institute for Global Health, Sydney, Australia; (6)University Medical Centre Groningen, Groningen, Netherlands; (7)Providence Inland Northwest Health, University of Washington, Spokane, United States of America

Introducción y Objetivos:

En el ensayo de fase II se analizó la eficacia y seguridad del inhibidor de la aldosterona sintasa (ASi) BI 690517 (vicadrostat) en la enfermedad renal crónica (ERC), mostrando una reducción significativa de la albuminuria con o sin empagliflozina (EMPA) como tratamiento de base. Este análisis post hoc estima los efectos acumulados de ASi y EMPA 10 mg sobre el cociente albúmina-creatinina en orina (ACR) frente a ASi solo.

Material y Métodos:

Los participantes que recibieron una dosis máxima tolerada de un inhibidor del sistema renina-angiotensina fueron primero aleatorizados (R1) a un periodo de pre-inclusión de 8 semanas para recibir EMPA 10 mg diarios o placebo (EMPAPBO), seguido de una segunda aleatorización (R2) a un periodo de tratamiento de 14 semanas para recibir ASi (3, 10 o 20 mg diarios) o placebo (ASiPBO). Para el periodo de pre-inclusión, los efectos de EMPA se evaluaron agrupando a los participantes en grupos EMPA frente a EMPAPBO, independientemente de los niveles de dosis de ASi en R2. Se evaluaron grupos de dosis aleatorizados de ASi además de EMPA/EMPAPBO desde R2 hasta la semana 14. R2 sirvió como punto de referencia basal y se utilizó el modelo de efectos mixtos para medidas repetidas (MMRM) para evaluar el cambio en ACR. Los efectos acumulados de ASi y EMPA se calcularon añadiendo los cambios del ACR de R1 a R2 y de R2 al final del periodo de tratamiento.

Resultados:

Se disponen de datos de ACR de 249 participantes que fueron aleatorizados en R1 para recibir EMPA 10 mg y 254 que recibieron EMPAPBO. Los efectos acumulados estimados sobre la reducción de ACR desde R1 hasta la semana 14 fueron mayores con EMPA+ASi 10 mg (-61%) en comparación con ASi 10 mg solo (-40%) y EMPAPBO+ASiPBO (-3 %) (Tabla).

Conclusiones:

Se lograron reducciones significativamente mayores de ACR en todas las dosis de ASi en los participantes con ERC que recibieron ambos componentes activos de EMPA+ASi en comparación con el tratamiento con ASi o EMPA solos. La combinación de ASi con iSGLT2 es una estrategia terapéutica prometedora y novedosa que puede ofrecer beneficios superiores a ASi o iSGLT2 solos y se seguirá analizando en el ensayo clínico de fase III.

-LOS INHIBIDORES DEL COTRANSPORTADOR SODIO-GLUCOSA TIPO 2 (ISGLT2) REDUCEN LA PROTEINURIA EN EL TRASPLANTE RENAL

Rañó Santamaría, Óscar; Otero Alonso, Pablo; Paredes Cardenas, Gonzalo; González Tabarés, Lourdes; García Marcote, Yanina; Quispe Gonzales, Jansen Olavid; Sierra Castro, Diego; Rivera Chávez, Lize ; Calviño Varela, Jesús.

H.U. Lucus Augusti, Lugo

INTRODUCCIÓN: Los iSGLT2 han demostrado importantes beneficios cardiovasculares en el manejo de los pacientes con diabetes, así como en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca y en la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC). El trasplante renal (TR) es un modelo de hiperfiltración donde estos fármacos podrían ser especialmente útiles, aunque sus estudios en el tratamiento de esta población siguen siendo escasos. Por ello, nos hemos propuesto analizar la evolución de un grupo de pacientes con TR, seguidos en nuestro centro, y que recibían iSGLT2.

PACIENTES Y MÉTODOS: Se analizaron retrospectivamente los registros clínicos de 42 pacientes, 29 varones y 13 mujeres, de 67 ± 8.6 años, trasplantados desde al menos 9 meses y con función renal estable, a los que se les había prescrito un iSGLT2 en el contexto de diabetes, insuficiencia cardíaca y/o albuminuria. Analizamos el efecto sobre la función renal, albuminuria, control glucémico, peso, anemia, electrolitos, metabolismo calcio-fósforo al inicio y a los 6 meses de tratamiento, así como sus efectos secundarios .

RESULTADOS: De los 42 pacientes incluidos, 26 (61%) eran diabéticos. La inmunosupresión en la mayoría de los casos consistía en prednisona, tacrolimus y micofenolato. 16 pacientes (38%) recibían imTOR. Tras 6 meses de tratamiento, la función renal varió de una creatinina de 1.6 ± 0.64 hasta 1.7 ± 0.68 mg/dl ($p=0,01$), y de un FG calculado (CKD-EPI) de 47 ± 18.3 a 44 ± 17.9 ml/min ($p=0.02$). La albuminuria se redujo desde 357 ± 473.9 a 224 ± 283.2 mg/g ($p= 0.01$). Se objetivó un descenso en la tensión arterial sistólica de $143 \pm 17,1$ a $138 \pm 14,1$, y diastólica desde $83 \pm 11,1$ a $79 \pm 10,5$ mmHg ($p<0,05$). Se apreció un descenso no significativo del peso (81.3 ± 14.8 vs 80.3 ± 14.1 Kg) y un aumento no significativo de la hemoglobina desde $13,1 \pm 2,06$ a $13,7 \pm 3.06$ g/dL. No se apreciaron diferencias reseñables en el resto de variables. El tratamiento fue bien tolerado siendo el efecto secundario más frecuente la infección urinaria (5 casos, 11,9%).

CONCLUSIÓN: En nuestra serie, el tratamiento con ISGLT2 reduce la albuminuria en un 37%, acompañándose de un leve deterioro esperable de la función renal, y con escasos efectos secundarios. Son necesarios más estudios para confirmar si los efectos beneficiosos demostrados con estos fármacos sobre la progresión de la ERC de otras etiologías son extrapolables a la población trasplantada.

-RAVULIZUMAB EN TRASPLANTE RENAL

Fernandez Rivera, Constantino; Sierra Castro, Diego; Calvo Rodriguez, María; Erraez Guerrero, Sara Domenica; Cillero Rego, Sonia; Sanchez Botana, Eva; Lopez Muñiz, Andres; Cao Vilariño, Mercedes; Salvador Garrido, Maria Del Pilar; Outeda Macias, Maria
C.H.U. de A Coruña

Introducción. El trasplante renal se considera el modelo donde más factores intervienen para la aparición de MAT: Recidiva, fármacos, virus, rechazo, incompatibilidad ABO. Eculizumab ha demostrado su eficacia tanto en profilaxis como en tratamiento para el SHUa postrasplante. Ravulizumab es una molécula modificada de eculizumab que permite prolongar el tiempo de administración del fármaco

Objetivo. Valorar eficacia y seguridad de Ravulizumab en trasplante renal, ya sea como profilaxis primaria, tratamiento o cambio desde eculizumab

Material y métodos. Se estudiaron los pacientes que recibieron Ravulizumab en trasplantados renales en nuestro hospital tanto en conversión desde eculizumab, como de novo ya sea como profilaxis o como tratamiento de Shua El régimen a administrar es una dosis de inducción (según peso), una primera dosis de mantenimiento al día +14 y luego las siguientes dosis de mantenimiento cada 8 semanas. Las variables estudiadas fueron Hb, Plaquetas, LDH, Haptoglobina, filtrado glomerular, proteinuria, CH50, TASy TAD. Los datos se compararon basalmente y tras 6 meses de tratamiento. Como eficacia se estimó recidiva de enfermedad de base, y como seguridad, complicaciones infecciosas y no infecciosas, la supervivencia, y la presencia de rechazo.

Estadística: T student, Chi cuadrado y Test de Fisher, Kaplan -Meier

Resultados.

Iniciaron el estudio 12 pacientes 10 tras cambio de eculizumab y 2 tras como tratamiento (profilaxis y tratamiento), edad media fue $48,8 \pm 12,7$ años, Solo se evaluaron 11, seis mujeres y 5 hombres que completaron los seis primeros meses de seguimiento. Todos habían sido diagnosticados de SHUa primario y una paciente a SHUa asociado a ACI + iMTOR con 3 haplotipos de riesgo.

Tras 6 meses de seguimiento no observamos cambios clínicos o analíticos salvo menor LDH (280 ± 81 vs 187 ± 38 ; $p=0,02$). Se registraron tres ITUS, una infección por parvovirus.

No se registraron recidiva, rechazo. La supervivencia del paciente y renal fueron 100%.

No se registraron efectos adversos relacionados con la administración de Ravulizumab. El número de administraciones fue de 5 vs 17 en ese mismo período de tiempo (6 meses) que recibían eculizumab.

La calidad de vida no era diferente pre y post-Ravulizumab, lo que cambió fueron los proyectos vitales, la productividad laboral, tanto en los pacientes como en sus acompañantes

Conclusiones. Ravulizumab ha demostrado la eficacia y seguridad en SHUa similar a Eculizumab, en trasplante renal, con un importante impacto en la vida de los pacientes al incrementar el intervalo entre las dosis.

-UTILIDAD CLÍNICA DE LA TC-PERITONEOGRAFÍA EN DIÁLISIS PERITONEAL

Canto Calviño, Adriana; Lopez-peláez Hamman, Lucía; Santacalra Pousada, Belén; Toledo Cepero, Claudia Verónica; Moreiras Plaza, Mercedes; Fijó Prieto, Ana; Fernández Fleming, Francisco; Fernández Cusicanqui, Jeanette Nora; Beato Coo, Laura Vanessa; Lamas Barreiro, José María
H.U. Álvaro Cunqueiro, Vigo

Las complicaciones relacionadas con la presión de dializado en la cavidad peritoneal son las hernias y las fugas de dializado. Las hernias son protusiones del contenido abdominal a través de puntos débiles de la cavidad peritoneal y las fugas son la salida de dializado fuera de la cavidad peritoneal. Ambas se presentan con cierta frecuencia en diálisis peritoneal. El diagnóstico diferencial entre fugas, hernias o incluso otras patologías como hematomas o abscesos puede no ser fácil.

Las técnicas de imagen tienen un papel decisivo en el diagnóstico de estas complicaciones.

La TC-Peritoneografía (TC-P) es una prueba de imagen con técnica fácil, rápida, y que ofrece una buena resolución anatómica, permitiendo un diagnóstico preciso que facilitará la decisión terapéutica.

MÉTODOS

Revisamos las TC-peritoneografías realizadas en nuestra unidad en los últimos siete años. Indicaciones para realización: edema escrotal (n=3), fallo de ultrafiltración (n=2), sospecha de hernia o fuga de dializado (n=8),

Se realizaron 12 estudios en 12 pacientes (8 varones, 4 mujeres) con una media de edad de 60 años (44-78). La mayoría realizaban DPCA, 4 realizaban DPA.

Técnica

100 ml de contraste radiológico no iónico hipoosmolar (iodixanol) en 2 L de dializado al 1,5%. Tras la infusión de esta mezcla, y un breve intervalo de tiempo con el paciente en deambulación y sedestación, se realizaron las TC-peritoneografías. La cavidad peritoneal se drenó inmediatamente tras el estudio radiológico.

RESULTADOS

En todos excepto uno de las TC-P se encontró el origen de la complicación. Se identificaron: 1 comunicación pleuroperitoneal, 5 hernias inguinales (3 de ellas con fuga escrotal), 2 hernias de pared abdominal, 2 fugas a la pared abdominal y una fuga al espacio retroperitoneal.

Ningún paciente presentó efectos adversos tras la instilación del contraste ip, y el volumen drenado tras la TC-P fue el esperado.

No se objetivaron modificaciones posteriores de la UF previa del paciente, ni tampoco deterioro de la función renal residual.

DISCUSIÓN

La TC-peritoneografía no precisa de tecnologías especiales, y se realiza en poco tiempo. La dilución del contraste en la solución de diálisis, y el breve período de permanencia en peritoneo reducen el riesgo de reacciones adversas. Los nuevos equipos de TC ofrecen además menor dosis de radiación.

Frente a otras técnicas de imagen como la gammagrafía o la ecografía, la TC-P aporta una información más precisa de la etiología, localización y tamaño de la hernia o punto de fuga y ayuda a planificar la actitud a seguir.

-RELACIÓN ENTRE CA125 Y LOS PARÁMETROS DE HIPERVOLEMIA EN EL PACIENTE DE DIÁLISIS PERITONEAL

Millán Díaz, Beatriz; Laajami Khchina, Randa; Pérez Melón, Cristina

C.H.U. de Ourense

INTRODUCCIÓN

La hipervolemia en diálisis peritoneal(DP) aumenta la morbimortalidad del paciente siendo causa frecuente de abandono de la técnica. El Ca125 es marcador de congestión, de uso habitual en Unidades de Insuficiencia Cardíaca, que podría utilizarse también en DP.

MATERIAL Y MÉTODOS

Analizamos la relación entre Ca125 y parámetros de hipervolemia: transporte peritoneal, BCM, NT-proBNP, adecuación y analíticos de 36 pacientes prevalentes de nuestra Unidad en 2024 con más de 3 meses en DP. Ninguno presentó procesos clínicos en el mes previo que pudiesen alterar los resultados.

RESULTADOS

Edad media (24 varones) de $66,7 \pm 13,86$ años con permanencia en DP de 16 meses(3-93). 33,3% diabéticos. Causas de ERC: 10 nefropatía diabética, 9 enfermedad vascular, 6 poliquísticos, 4 glomerular, 2 trasplantados y 5 no filiados.

18 pacientes DPCA, 11 pacientes DPCC y 7 DPIN.

Los pacientes presentaban Kt/Vs medio de $2,45 \pm 0,69$ con FRR de $6,7(0-15.1)$ mL/min y diuresis residual $1376(0-3300)$ cc. El 72.2% mostró un D/P de creatinina mayor a 0.65.

El NT-proBNP medio fue de $2015(82-35000)$, Ca125 $11.9(3,7-79,7)$, PCR $0,2(0-5,6)$, hemoglobina $11,7(7,7-14,9)$, albúmina $3,6(2,7-4,5)$. El OH $1,5$ litros(-2.2-8), ICW $18.0(11.9-28,9)$, ECW $17.2(11.4-22.2)$, E/I $0.93(0.74-1.45)$, TBW $36.3(23.9-51.1)$ y ECW/TBW $0.48(0.43-0.59)$.

Encontramos correlación directa entre la cifra de D/P creatinina a las 4 horas del test de equilibrio peritoneal y las cifras de NT-proBNP ($p=0.015$), Ca125 ($p=0.026$) así como con el estado de hidratación (OH) ($p=0,002$) y los cocientes I/E ($p=0.003$) y ECW/TBW ($p=0.003$) medidos por bioimpedancia. Estos pacientes presentan menor albúmina ($p=0,031$), mayor PCR ($p=0.23$) y menor hemoglobina ($p=0,012$). Observamos correlación inversa entre valores de Ca125 y la ultrafiltración a los 60 minutos ($p=0,004$) y a los 240 minutos del PET ($p=0.001$). No encontramos relación con el cribado de sodio. Hay correlación inversa con los valores de ICW($p=0.013$), TBW($p=0.028$) y directa con el cociente ECW/TBW($p=0.012$) de las bioimpedancias.

No encontramos diferencias de niveles de Ca125 con la técnica de diálisis ni con el estado de día húmedo o seco en el momento de la medición. Tampoco con parámetros medidos en ecocardiografía (FEVI, disfunción diastólica, dilatación aurícula izquierda o hipertensión pulmonar).

CONCLUSIONES

El Ca125 es un marcador de congestión que puede ser utilizado en los pacientes de DP para valoración del estado hídrico: se correlaciona de manera significativa con otros parámetros de valoración del estado de hidratación en la práctica clínica habitual. Además de su medición de manera puntual vemos necesario correlacionarlo con el diámetro de vena cava inferior.