

Diálisis y Trasplante

Fundada en 1979

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

Vol 46 nº 1. Año 2025

www.sedyt.org

PÓSTERS

SEDYT '25



XLV Congreso Anual de la Sociedad
Española de Diálisis y Trasplante
Mayo 2025 Almería



Aféresis de lipoproteínas y granulocitoaféresis. experiencia en nuestro centro.

Albines Fiestas, Zoila Stany¹; Rubio Rubio, María Victoria¹; Babara, Axenia¹; Arroyo Espallargas, Virginia¹; Pujol Saumell, Mireia¹; Alvarado Zelaya, Jerson Andrés¹; Berni Wennekers, Ana¹; Martín Azara, Pilar¹; Criado Mainar, María Carmen¹; Iñigo Gil, Pablo¹;

(1) HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ - ZARAGOZA

Palabras clave / Términos relevantes:

Aféresis de lipoproteínas, hipercolesterolemia, granulocitoaféresis

RESUMEN

Introducción: La aféresis de lipoproteínas consiste en la eliminación selectiva de los componentes aterogénicos del plasma, siendo una técnica factible en la hipercolesterolemia familiar no controlada y en la pancreatitis aguda con hipertrigliceridemia grave. La granulocitoaféresis se basa en la eliminación de los neutrófilos activos causantes de lesión tisular, siendo un enfoque terapéutico en la colitis ulcerosa donde se ha observado una desregulación de la apoptosis de neutrófilos.

Resultados/caso clínico: Presentamos una revisión retrospectiva de una serie de dos casos de aféresis de lipoproteínas en nuestro centro a petición del Servicio de Endocrinología y Medicina Interna como soporte en una paciente con hipercolesterolemia familiar heterocigota no controlada durante la gestación y un paciente con pancreatitis aguda hipertrigliceridémica grave con repercusión clínica; asimismo presentamos un caso de granulocitoaféresis a petición del Servicio de Digestivo en una paciente con colitis ulcerosa. Los casos de aféresis de lipoproteínas recibieron tratamiento empleando Doble Filtración (monitor Plasauto) a través de catéter venoso central, con buenos resultados clínico- analíticos. La primera paciente precisó seis sesiones durante la gestación con volúmenes procesados bajos; y el segundo paciente precisó una sesión con volumen procesado estándar. Respecto a la paciente con colitis ulcerosa, recibió tratamiento con sistema Adacolum a través de vías periféricas, con buena respuesta clínica y descenso de calprotectina.

Conclusiones: La aféresis de lipoproteínas y granulocitoaféresis constituyen una terapia no farmacológica alternativa o complementaria en la hipercolesterolemia familiar no controlada en una gestante / pancreatitis aguda hipertrigliceridémica grave; y en pacientes con colitis ulcerosa que no responden a tratamientos convencionales, respectivamente. Ambos procedimientos son seguros, lo que les convierte en técnicas atractivas en este perfil de pacientes; y aunque son indicadas por otros especialistas; nuestro papel como nefrólogos es relevante en el manejo de estas técnicas extracorpóreas.

Líquido peritoneal turbio acelular por calcioantagonista en diálisis peritoneal.

Albines Fiestas, Zoila Stany¹; Hernández Ruiz, Ana Belén¹; López Ibort, Nieves¹; Pérez Royo, Daniel¹; Serrano Gracia, Ana Cristina¹; Babara, Axenia¹; Alvarado Zelaya, Jerson Andrés¹; Mora López, Paula¹; Ruiz Laiglesia, José Esteban¹; Iñigo Gil, Pablo¹;

(1) HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ - ZARAGOZA

Palabras clave / Términos relevantes:

Diálisis peritoneal, líquido peritoneal turbio, calcioantagonista

RESUMEN

Introducción: El líquido peritoneal turbio acelular (LPTA) de etiología no infecciosa es poco frecuente en diálisis peritoneal (DP). Es un líquido de aspecto quiloso con un elevado contenido en linfa y triglicéridos (TG), sin presencia de leucocitos. Las causas más frecuentes son las neoplasias como linfomas, obstrucciones linfáticas, pancreatitis, cirrosis, traumatismos, síndromes nefróticos y farmacológicas. Dentro de estos últimos destacan los calcioantagonistas dihidropiridínicos, como lecanidipino, manidipino y nifedipino. Presentamos un caso de LPTA en nuestro centro, las pruebas complementarias realizadas para su diagnóstico, su manejo y evolución.

Resultados/caso clínico: Varón de 85 años, con enfermedad renal crónica (ERC) no filiada, probable nefroangioesclerosis, que precisó inicio de DP en 2019. Hipertensión arterial (HTA) de regular control con ARAII y alfabloqueante a dosis máxima; por lo que se inicia calcioantagonista (manidipino) en diciembre 2023. A los 2 meses presenta líquido peritoneal (LP) de aspecto turbio lechoso. En la anamnesis, asintomático, aunque destaca que por decisión propia desde hace 5 días había duplicado la dosis de manidipino habitual pasando de 20 a 40 miligramos por tendencia a HTA sistólica. En la analítica, el perfil hepático, lipídico y pancreático fueron normales, no hubo alteraciones en el hemograma. En el análisis del LP: leucocitos 9/mm³, PMN 3% con determinación de TG 72 mg/dl (en sangre 120). Los cultivos del LP para bacterias, hongos, y micobacterias fueron negativos. La citología para células malignas fue negativa. No se encontraron hallazgos relevantes en la ecografía abdominal. Se retiró manidipino con resolución inmediata del cuadro.

Conclusiones: Los CA se deben considerar como causa de LPTA no infeccioso en pacientes en DP. En nuestro caso, LPTA se relacionó con el manidipino; pero también se han descrito casos con otros CA. Ante un episodio de LPTA, se debería considerar la retirada del fármaco implicado o cambiar el CA por otro menos lipofílico.

Síndrome hemolítico urémico atípico

Albines Fiestas, Zoila Stany¹; Berni Wennekers, Ana¹; Babara, Axenia¹; Alvarado Zelaya, Jerson Andrés¹; Pujol Saumell, Mireia¹; Mora López, Paula¹; Álamo Caballero, Concepción¹; Blasco Forcen, Ángel¹; Martín Azara, Pilar¹; Iñigo Gil, Pablo¹;

(1) HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ – ZARAGOZA

Palabras clave / Términos relevantes:

Síndrome hemolítico urémico, hemodiálisis, anemia hemolítica microangiopática.

RESUMEN

Introducción: El Síndrome Hemolítico Urémico (SHU) es una anemia hemolítica microangiopática que afecta fundamentalmente al riñón y su inicio radica en la lesión del endotelio capilar glomerular. Las formas "atípicas" de SHU (SHUa) se asocian frecuentemente con mutaciones y polimorfismos en genes que codifican proteínas del sistema del complemento. Es una enfermedad ultra-rara que puede afectar a múltiples órganos ocasionando secuelas graves e incluso la muerte. Presentamos un caso de SHUa, su diagnóstico, manejo y evolución.

Resultados/caso clínico: Mujer de 25 años, con antecedente de microangiopatía trombótica (MAT) con fracaso renal agudo (FRA) no oligúrico (creatinina 1.72 mg/dl con filtrado glomerular estimado (eFG) 43,10 ml/min/m² siendo su creatinina basal 0.6-0.7 mg/dl) a los 17 años manejada con corticoterapia y recambios plasmáticos con respuesta completa. Acude a urgencias en noviembre 2023 por vómitos, disminución del ritmo de diuresis con hematuria y gran astenia. Se objetiva hipertensión, datos de MAT con trombopenia marcada (12000) y FRA oligúrico con creatinina 2,35mg/dl, eFG 27,94ml/min, proteinuria 3gr/24hr y datos de sobrecarga de volumen. Se inicia estudio, se descarta causas secundarias. Se realiza recambios plasmáticos de forma inmediata, y a las 12 horas de su ingreso se administra la primera infusión de Ravulizumab. A las 72 horas, presenta mejoría clínica y hematológica progresiva. Buena respuesta a diuréticos, con recuperación progresiva de la función renal hasta su situación basal a los 11 días y disminución de proteinuria hasta 0,5gr/24hr. Recibió en total 8 dosis de Ravulizumab. Actualmente, se encuentra hematológicamente estable, con eFG >90ml/min y cociente albúmina/creatinina entre 50-80 mg/g. El estudio genético revela alteración en variante en CD46/MCP.

Conclusiones: Ante cualquier cuadro de MAT con ADAMTS13 >10% descartándose SHU secundario, debe sospecharse de SHUa. La actuación precoz con la administración de inhibidores del complemento se relaciona con mayor probabilidad de revertir la MAT y proteger los órganos afectados.

Sacubitrilo-valsartán en pacientes en programa de hemodiálisis con insuficiencia cardíaca: ¿un cambio de paradigma?

Jiménez-Herrerías, Antonio¹; Rebollo Mateos, María Isabel¹; Polo Moyano, Aurora¹; Fuentes Sánchez, Laura¹; Clavero García, Elena¹; Espigares Huete, María José¹;

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES

Palabras clave / Términos relevantes:

Hemodiálisis, sacubitrilo, insuficiencia cardíaca.

RESUMEN

Introducción: El sacubitrilo/valsartán (S/V) es un medicamento indicado en la insuficiencia cardíaca (IC) con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) reducida (<50%). Ha demostrado su eficacia para modificar el pronóstico de la enfermedad, así como reducir la mortalidad y evitar hospitalizaciones. Sin embargo, por la falta de experiencia clínica no se recomienda su uso en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) avanzada ni en programa de hemodiálisis (HD).

Material y método: Se ha estimado si existe mejoría en la FEVI al emplear S/V en pacientes con ERC terminal en HD crónica y diagnóstico de IC con FEVI deprimida a los 12 meses de iniciar al tratamiento, ambas mediciones mediante ecocardiografía (en todos los casos, menor del 50%). Se ha tenido en cuenta si el tiempo en HD y la duración del tratamiento modifican los resultados.

Resultados: Total de 15 pacientes, 14 hombres y una edad media de 65.47 años. Etiología de IC más prevalente: 73% cardiopatía isquémica. Etiología de ERC más prevalente: 26.67% nefropatía diabética y 20% síndrome cardiorrenal. Prevalencia de diabetes mellitus (DM) del 66.67%. El 20% inició S/V previamente a entrar en HD y se suspendió en 4 de ellos por hipotensión al subir la dosis. Hubo un incremento promedio del 31.92% ($p = 0.0001$), pese al reducido tamaño muestral se observa una mejoría estadísticamente significativa de la función cardíaca. Por otro lado, se analiza si este incremento de la FEVI se ve influenciado por la duración del tratamiento con S/V y no hay diferencias significativas, así como tampoco las hay en relación al período total de HD ni la presencia de DM.

Conclusiones: Se concluye que el S/V puede ser eficaz en pacientes en HD y es necesario seguir realizando estudios al respecto y valorar otras posibles variables.

Uso de nuevos quelantes de potasio en hemodiálisis: nuestra experiencia.

Varillas Caso, Dora Angélica¹; Delgado Ureña, Ana¹; Barrales Iglesias, Miriam¹; Prados Garrido, María Dolores¹;

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO

Palabras clave / Términos relevantes:

Hemodiálisis, Hiperkaliemia, Ciclosilicato de zirconio sódico

RESUMEN

Introducción: La hiperkalemia es común en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) sometidos a hemodiálisis (HD) y se asocia con mayor frecuencia de hospitalización y mortalidad. El manejo de la hiperkaliemia en esta población incluye reducción de la ingesta dietética de potasio, dosificación de la medicación que contribuye a la hiperkalemia (IECA, ARAII, espironolactona), y uso de resinas de intercambio catiónico como poliestireno sulfonato de calcio o sodio. Recientemente se ha incorporado un nuevo fármaco ciclosilicato de zirconio sódico que se ha utilizado de forma segura para el tratamiento de hiperkaliemia en pacientes con ERC en HD.

Material y método/resultados: Se ha realizado un estudio observacional descriptivo en nuestra Unidad de Hemodiálisis con el objetivo de analizar las características de los pacientes que reciben tratamiento con ciclosilicato de zirconio sódico y valorar la eficacia del tratamiento junto con los efectos secundarios encontrados.

La hiperkaliemia se define en la población en HD como un valor de potasio > 5.5 mmol/L prediálisis. Esta situación es muy frecuente debido a la reducción de la diuresis residual en pacientes sometidos a HD crónica. El ciclosilato de circonio es un intercambiador de cationes no absorbido que se une selectivamente al potasio en el intestino. La dosis que se usó de inicio en todos los pacientes fue de 5 g cada 24 horas pero se ajustó en función de los resultados analíticos del potasio.

Conclusiones: En los pacientes que reciben HD crónica el uso de ciclosilato de circonio redujo los niveles de potasio de manera efectiva y sin efectos secundarios mencionables. Son necesarios más estudios para evaluar la eficacia a largo plazo.

Recuperación del síndrome de desgaste proteico energético en hemodiálisis

Ossorio Anaya, Álvaro¹; Plaza Lara, Eva¹; Rangel Hidalgo, Gema¹; Romero Ramírez, Esther¹.

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO PUNTA EUROPA

Palabras clave / Términos relevantes:

Hemodiálisis, síndrome de desgaste proteico energético, nutrición

RESUMEN

Introducción: El síndrome de desgaste proteico energético (DPE) se define como un estado patológico donde hay un descenso continuado de los depósitos proteicos y de las reservas energéticas, incluyendo pérdida de grasa y músculo, deteriorando la calidad de vida y acortando la supervivencia a corto plazo. En él confluyen alteraciones nutricionales con condiciones catabólicas, ambas fisiopatológicamente relacionadas y potenciadas entre sí, creando un círculo vicioso que dificulta en la práctica clínica su abordaje integral.

Resultados/caso clínico: Se trata de un varón de 76 años pluripatológico y con trasplante renal previo de 2014 a 2022. En programa de hemodiálisis estándar en centro externo 3 veces en semana durante 4 horas a través de fístula radiocefálica (FAV) izquierda disfuncionante. Es derivado a nuestra unidad de hemodiálisis por síndrome constitucional con pérdida de > 15 kgs en el último año, disminución de capacidad funcional asociada, deterioro cognitivo, anemia resistente a tratamiento y elevación sostenida de reactantes de fase aguda. Se solicitó despistaje completo para enfermedad oncológica, sistémica e infecciosa, resultando todas negativas. Se realizó estudio nutricional completo diagnosticándose de síndrome DPE. Se colocó un catéter yugular tunelizado por disfunción de la FAV y se aumentó el tiempo de diálisis a 4.30 horas para alcanzar $Kt > 50$. Por otra parte, se inició suplementación por vía oral 3 veces al día y se realizó un seguimiento dietético estrecho a través de su enfermera referente y nutricionista especializada. Tras 6 meses la PCR se redujo un 70 %, se normalizaron cifras de hemoglobina y se produjo una notable recuperación funcional y cognitiva del paciente, recuperando el 41% del peso perdido.

Conclusión: El enfoque diagnóstico y terapéutico de los pacientes con DPE debe ser multifactorial, intentando tratar todos y cada uno de los factores que podamos identificar, incluidos la dosis de diálisis y la intervención nutricional.

Hemodiálisis domiciliaria como alternativa paliativa

Ossorio Anaya, Álvaro¹; Plaza Lara, Eva¹; Rangel Hidalgo, Gema¹; Romero Ramirez, Esther¹.

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO PUNTA EUROPA

Palabras clave / Términos relevantes:

Hemodiálisis domiciliaria, cuidados paliativos, ERC

RESUMEN

Introducción: La hemodiálisis domiciliaria ha demostrado aportar beneficios clínicos, sociales y psicológicos. Al adaptar los pacientes la diálisis a su vida, y no a la inversa, les resulta más factible la conciliación familiar y laboral, pudiendo participar además con mayor facilidad en sus actividades sociales. Por otro lado, se disminuye el grado de dependencia hospitalaria, y se hace partícipe al paciente de su propio tratamiento, favoreciendo el autocuidado y proporcionando beneficios a nivel físico y psicológico, aumentando su sensación de bienestar y disminuyendo su sensación de enfermedad. Por último, en pacientes seleccionados con enfermedad terminal irreversible puede ser una opción para continuar con el tratamiento en domicilio respetando así la voluntad del paciente de fallecer en su casa.

Resultados/caso clínico: Varón 82 años con enfermedad renal crónica en programa de hemodiálisis domiciliaria desde julio 2023. Pluripatológico. Excelente calidad de vida hasta noviembre 2023 donde se diagnostica de cáncer de colon. Ingreso tórpido con pérdida de capacidad funcional y autonomía. Desnutrición proteico-calórica secundaria. Franco empeoramiento de su insuficiencia cardíaca y pérdida de diuresis residual. Se propone a la familia transferir definitivamente a hemodiálisis hospitalaria, pero prefieren continuar en domicilio hasta febrero 2024 cuando finalmente fallece.

Conclusión: Los pacientes en hemodiálisis domiciliaria en situación terminal suelen transferirse a hemodiálisis hospitalaria, ya que no pueden realizarse la técnica dialítica o representan una alta carga de cuidados para los familiares entrenados. Pero ¿y si el paciente y/o la familia deciden continuar con la técnica en casa realizando una "diálisis paliativa"? Esta opción creemos que puede ser bien aceptada por los familiares y no suponer una gran sobrecarga en el corto periodo de supervivencia de dichos pacientes. En nuestra experiencia, el apoyo de los profesionales de atención primaria y cuidados paliativos ha sido esencial, para dar un tratamiento digno e individualizado a estos pacientes.

Recuperación de función renal tras 6 meses en hemodiálisis por fracaso renal agudo secundario a mieloma múltiple

Ossorio Anaya, Álvaro¹; Plaza Lara, Eva¹; Rangel Hidalgo, Gema¹; Romero Ramirez, Esther¹.

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO PUNTA EUROPA

Palabras clave / Términos relevantes:

Mieloma múltiple, hemodiálisis, filtro high cut-off

1. RESUMEN

Introducción: El fracaso renal agudo es una de las complicaciones más frecuentes del mieloma múltiple. Este resulta por la hiperproducción de una inmunoglobulina monoclonal o de fragmentos de ella mediante la proliferación clonal de células plasmáticas. Es una complicación grave que puede requerir de terapia renal sustitutiva. La depuración sanguínea mediante técnicas extracorpóreas con filtros de alto poro o high cut-off (HCO) son muy eficaces eliminando el 60-90% de las cadenas ligeras y recuperando la función renal en 50-80% de los casos. Los nuevos fármacos quimioterápicos han revolucionado el tratamiento del mieloma, pudiendo revertir el daño renal en muchos casos al frenar la producción de dichas cadenas.

Resultados/caso clínico: Varón de 55 años sin antecedentes de interés salvo nefrectomía parcial izquierda por traumatismo. Ingresa en septiembre 2022 con fracaso renal agudo secundario a mieloma múltiple IgG Kappa con múltiples lesiones líticas, hipercalcemia y anemia secundaria. Inicia quimioterapia con Daratumumab, Bortezomib, Ciclofosfamida y Dexametasona. Concomitantemente comienza con sesiones de diálisis con filtros HCO de 2.1 m² de superficie durante 5 horas 6 días consecutivos durante 3 semanas. Tras no recuperación de función renal a pesar del descenso de cadenas ligeras en un 90%, pasó a hemodiálisis expandida 4 veces en semana con dializador de medio cut-off y 2 m² de superficie. A los 5 meses recuperación progresiva de diuresis y posteriormente de función renal, pasando a consultas externas tras 6 meses.

Conclusiones: La recuperación y supervivencia del mieloma está ligada al grado de afectación renal. Una vez diagnosticado es importante instaurar el tratamiento quimioterápico para evitar un deterioro mayor de la función renal. Los filtros de medio cut off pueden aportar beneficios a medio plazo dado que la recuperación de la función renal puede tardar meses como así ha sido nuestro caso.

Características clínicas de los pacientes en hemodiálisis: análisis de una unidad hospitalaria.

Faúndez Fernández, Antonio¹; González Zhindon, Gabriela del Pilar¹; Fidalgo González, Verónica¹; Fonseca de Jesús Silva, Carolina¹; Rodríguez Portela, Guadalupe¹; Diego Martín, Julia Victoria¹; Nava Rebollo, Álvaro¹;

(1) HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA (ZAMORA)

Palabras clave / Términos relevantes:

Hemodiálisis, acceso vascular e inflamación.

RESUMEN

Introducción: La hemodiálisis (HD) es la principal técnica de terapia renal sustitutiva. Se analizan las características de los pacientes en HD en una unidad hospitalaria.

Material y métodos/resultados: Se estudiaron 62 pacientes en HD (58.1% varones), con una edad media de 69.6±15.3 años y un tiempo medio en HD de 4.9 años.

- Acceso vascular: 56.5% utilizaban CVC yugular, el resto FAV nativa, excepto un paciente FAV protésica.
- Etiología: 29% presentaban ERC no filiada, nefropatía diabética (21%), PQKAD (11.3%) y enfermedad glomerular (9.6%).
- Modalidad de HD: 38.7% se encontraban en HD de alto flujo, 37.1% HDF online y 24.2% HD expandida.
- Comorbilidades: 35.5% presentaba diabetes mellitus, 19.4% obesidad, 77.4% HTA y 37.1% vasculopatía.
- Tiempo medio en HD: 1802 días (4.9 años), observándose menor Kt/V a mayor tiempo de HD (1.61 ± 0.54 vs. 2.09 ± 1.00).
- Inflamación: PCR media de 12.23 mg/l, más baja en pacientes en HD expandida y mayor en diabéticos, ancianos, vasculópatas y obesos.
- Albúmina: albúmina media (4.07 g/dl), superior en HDF online y a mayor Kt/V; menor en pacientes con CVC yugular, vasculopatía, obesidad y PCR elevada.
- Diuresis residual: presente en 24.2%, se asocia a menor PCR, mayor Kt/V y albúmina. No está influenciada por la modalidad de HD.
- Dosis de EPO: EPO media (29.68 mg/semana), menor necesidad de EPO en HD expandida, precisándose más dosis a mayor PCR y menor albúmina.

Conclusión: La edad avanzada de los pacientes podría explicar la alta frecuencia de CVC y HD de alto flujo, frente a HDF online. Se observó una elevada carga de comorbilidades y un tiempo prolongado en HD, asociado este último a menor dosis de diálisis. La HD expandida se asoció a menor inflamación y menor necesidad de EPO, mientras que la hipoalbuminemia fue más frecuente en pacientes con CVC, inflamación y comorbilidades.

Fibrosis quística y enfermedad renal: a razón de un caso.

Faúndez Fernández, Antonio¹; Fonseca de Jesús Silva, Carolina¹; González Zhindon, Gabriela del Pilar¹; Fidalgo González, Verónica¹; Rodríguez Portela, Guadalupe¹; Diego Martín, Julia Victoria¹; Nava Rebollo, Álvaro¹;

(1) HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA (ZAMORA)

Palabras clave / Términos relevantes:

Amiloidosis secundaria, fibrosis quística e insuficiencia renal.

RESUMEN

Introducción: La fibrosis quística (FQ) es una enfermedad genética autosómica recesiva que afecta principalmente a los pulmones, el páncreas y otros órganos exocrinos y está causada por mutaciones en el gen CFTR.

Resultado/ caso clínico: Varón de 33 años con antecedentes personales de:

- Fibrosis quística (FQ) heterocigota G542X/N1303X.
- Insuficiencia pancreática.
- Colonización bronquial por *Pseudomonas aeruginosa*.
- Aspergilosis pulmonar invasiva.
- Neumonía en lóbulo inferior derecho y medio.
- Múltiples ingresos por insuficiencia respiratoria.
- Lista de espera para trasplante pulmonar.

Motivo de consulta: Acude a urgencias por edematización en miembros inferiores y astenia de larga evolución.

Pruebas complementarias:

- Analítica: creatinina 0.63 mg/dl, hipoalbuminemia (1.6 g/dl) y proteinuria de 29.4 g/24h,
- Ecografía abdominal y ecocardiograma: Sin alteraciones.
- Biopsia de mucosa rectal: depósitos de sustancia amiloide teñida con Rojo Congo y positiva para amiloide AA, compatible con amiloidosis secundaria.

Evolución: Se decide ingreso de paciente para estudio, observándose a nivel analítico función renal conservada y proteinuria de 29,4 g/24h. Debido al antecedente de FQ y el síndrome nefrótico se sospecha amiloidosis secundaria, que se confirma mediante biopsia de mucosa rectal. Se pauta tratamiento de soporte con IECA, eplerenona, bemiparina y rosuvastatina, además de asociar furosemida por edematización. El paciente no presenta mejoría del síndrome nefrótico tras tratamiento pautado, manteniendo hipoalbuminemia y proteinuria (23-33 g/24h) comenzando con empeoramiento progresivo de la función renal. Finalmente fallece a los meses durante un ingreso por sobreinfección respiratoria bacteriana en contexto de FQ.

Conclusiones: Este caso muestra una asociación infrecuente y grave de fibrosis quística con amiloidosis secundaria. En estos casos, el tratamiento se centra en la enfermedad desencadenante de la amiloidosis, que en la fibrosis quística no tiene tratamiento curativo, pudiendo realizarse únicamente tratamiento de soporte. El paciente falleció a los pocos meses, reflejando el mal pronóstico de ambas enfermedades.

La importancia de la biopsia renal en la hipertensión arterial.

Faúndez Fernández, Antonio¹; Fidalgo González, Verónica¹; Fonseca de Jesús Silva, Carolina¹; González Zhindon, Gabriela del Pilar¹; Rodríguez Portela, Guadalupe¹; Diego Martín, Julia Victoria¹; Nava Rebollo, Álvaro¹.

(1) HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA (ZAMORA)

Palabras clave / Términos relevantes:

Hipertensión arterial secundaria, enfermedad glomerular e insuficiencia renal.

RESUMEN

Introducción: La hipertensión arterial (HTA) es una condición crónica caracterizada por una elevación persistente de la presión arterial, representa un importante factor de riesgo de enfermedad cardiovascular y enfermedad renal.

Resultados / caso clínico: Varón de 31 años sin antecedentes de interés, consulta por malestar general, cefalea y palpitaciones de tres semanas de evolución. En urgencias se detecta HTA severa (206/101 mmHg) e insuficiencia renal (creatinina 5.2 mg/dl), decidiéndose ingreso para estudio de crisis hipertensiva con deterioro renal.

Dado que se trata de un paciente joven con crisis hipertensiva, se realiza un estudio de HTA secundaria. La ecografía Doppler reveló riñones con daños crónicos sin estenosis de la arteria renal, descartando HTA renovascular. Se excluyen causas endocrinas (renina, aldosterona, catecolaminas y hormonas tiroideas normales). Se detecta proteinuria en rango nefrótico (7.5 g/24h), lo que motiva la biopsia renal, con resultado de nefropatía IgA con lesiones crónicas severas.

Se inicia tratamiento inmunosupresor con metilprednisolona, además de antihipertensivo con manidipino, doxazosina, atenolol y furosemida, logrando mejoría de la presión arterial, pero con progresión del daño renal. Ante la falta de respuesta a corticoterapia y el empeoramiento progresivo de la función renal (creatinina 6.5 mg/dl), se suspende el tratamiento inmunosupresor y se deriva a consulta de Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA). Inicia diálisis peritoneal, pero debido a complicaciones mecánicas, el paciente transiciona a hemodiálisis a los 7 meses, con buena tolerancia.

Conclusiones: Este caso subraya la importancia que puede cobrar la biopsia renal en el estudio de HTA secundaria en pacientes jóvenes, debiendo considerar la enfermedad renal parenquimatosa en el diagnóstico diferencial. Aunque la nefropatía IgA rara vez debuta como una crisis hipertensiva con deterioro rápido de la función renal, la presencia de proteinuria nefrótica, HTA y disfunción renal indicaba mal pronóstico, lo que se reflejó en su evolución a insuficiencia renal terminal.

Calcifilaxis en paciente trasplantado renal

Guevara Madrid, Francisco Antonio¹; Villa Ayala, Veronica Alexandra¹; Beltran Mallen, David²; Lopez Royo, Luzia Sescún¹; Guillen Grusells, Javier¹; Gracia Martín, Carmen¹; Sureda de Lucio, Begoña¹

1) HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Palabras clave / Términos relevantes:

Calcifilaxis, trasplante renal, enfermedad renal crónica

RESUMEN

Caso clínico: Paciente de 59 años con FRCV (HTA, DLP), cardiopatía isquémica crónica y valores de PTH elevados previo al trasplante. El Trasplante renal de donante cadáver se realizó el 15/12/2024 presentando múltiples complicaciones quirúrgicas, infecciosas y cardiovasculares. Inicia con clínica de prurito de una semana de evolución y posteriormente dolor en pierna izquierda acompañado de lesiones purpúricas con escara necróticas muy dolorosas a la palpación. Se descarta por servicio de vascular trombosis venosa profunda y se inicia estudio de calcifilaxia. Se solicita Rayos x de pierna observándose regiones radiopacas a nivel de la arteria poplítea izquierda. En ecografía realizada alteración a nivel de tejido subcutáneo con importante edema en los sextos grasos ligeramente hiperecogénicos. Se realiza biopsia por parte de servicio de dermatología observando depósitos de calcio en la capa media de la pared vascular y trombosis de vasos pequeños dérmicos. Se descarta proceso infeccioso concomitante y se inicia tratamiento retirando suplemento de calcio, Hemodiálisis diaria, curas con tiosulfato sódico al 25% y bifosfonatos mejorando clínica del dolor y lesiones purpúricas progresivamente.

Conclusiones: Por su naturaleza rápidamente evolutiva y la alta mortalidad se presenta el siguiente caso clínico por la importancia del diagnóstico lo más precoz posible.

Nuestra experiencia en cierre de la orejuela izquierda en pacientes con alto riesgo hemorrágico en hemodiálisis

Campos Martínez, Ana¹; Varillas Caso, Dora Angélica¹; Delgado Ureña, Ana¹; Prados Garrido, María Dolores¹.

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO

Palabras clave / Términos relevantes:

Hemodialysis, Atrial Fibrillation, Left Atrial Appendage Closure.

RESUMEN

Introducción: La hemodiálisis se asocia con un mayor riesgo de accidente cerebrovascular y hemorragia en pacientes con fibrilación auricular que reciben anticoagulación oral. El cierre de la orejuela izquierda es una opción válida, aunque su impacto a largo plazo aún requiere mayor investigación.

Resultados/caso clínico: Primer caso: Varón de 73 años en programa crónico de hemodiálisis con antecedentes personales de DM2, HTA, ictus derecho, SCASEST 2022 no revascularizada y estenosis aórtica severa, con imposibilidad de intervención quirúrgica. Aparición fibrilación auricular paroxística en 2023 con inicio de Sintrom, a causa de ello numerosos hematomas con necesidad de transfusiones periódicas. Se realiza cierre de orejuela izquierda, sin tratamiento anticoagulante ni antiagregante por el alto riesgo de sangrado. Desde entonces, anemia crónica estable sin episodios de sangrados ni nuevos eventos cardiovasculares.

Segundo caso. Varón de 62 años con ERC no filiada, que recibió trasplante renal en 2010. Ingresa en UCI por fracaso renal agudo en contexto de trombo de la arteria del injerto renal (por FA de novo). Trombectomía arterial no efectiva con sangrado periprocedimiento y parada cardiorrespiratoria. Finalmente, presenta complicaciones por la anticoagulación como hematoma femoral con disección de arteria ilíaca derecha. En programa de hemodiálisis crónica. Se realiza cierre de orejuela izquierda, siendo el procedimiento exitoso, con solo necesidad de antiagregación.

Conclusión: El cierre de la orejuela izquierda es una estrategia útil en pacientes en hemodiálisis con FA de alto riesgo hemorrágico, permitiendo suspender el uso de anticoagulantes y reduciendo la incidencia de sangrados. Se requiere un mayor número de estudios para determinar su impacto a largo plazo en la prevención de eventos tromboembólicos y hemorrágicos.

Factores que influyen en la supervivencia de fístulas arteriovenosas nativas realizadas en nuestro centro durante 2020-2023.

Álvarez Parra, Sheyla Christal¹; Macías Murillo, Joselin Angelica¹; Suarez Condo, Diana Nohely¹; Camarero Temiño, Vanesa¹; Rosario Vargas, Anney Yelena¹; Hijazi Prieto, Badawi¹; Izquierdo Ortiz, Maria Jesus¹;

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS

Palabras clave / Términos relevantes:

Supervivencia; acceso vascular

RESUMEN

Introducción: Mantener la supervivencia del acceso vascular para los pacientes en tratamiento renal sustitutivo supone un reto y un manejo multidisciplinar. El objetivo de este estudio fue conocer las características generales de nuestros pacientes y relacionarlo con la supervivencia de la fístula arteriovenosa nativa (FAVn).

Material y método: Estudio retrospectivo y descriptivo de las FAVn realizadas en nuestro centro en el periodo de 2020-2023. Se recogieron características clínicas y epidemiológicas de cada paciente, así como el tipo de FAVn realizada. Se analizaron los factores de riesgo que podrían influir en la supervivencia del acceso vascular.

Resultados: 233 FAVn realizadas con un predominio para el sexo masculino (165 hombres y 68 mujeres). Al momento de la intervención, 16% eran menor de 56 años y 84% mayor de 56 años. Del total de FAVn 52.4% radiocefálicas, humero cefálicas 29.2%, humerobasílica 2.6%, humeromediana 8.6%, cubitocefálica 1.7% y humeroaxilar 5.6%. Encontramos que los pacientes hipertensos, diabéticos, obesos y las FAVn radiocefálicas son factores que incrementan el riesgo para reintervención quirúrgica.

Conclusiones: Hipertensión arterial, obesidad y diabetes mellitus supone una peor supervivencia del acceso vascular. Creemos que un buen control de estos factores, un estudio minucioso para la elección del sitio de creación del acceso, así como un seguimiento temprano durante el primer mes desde la realización de la FAVn pudiera suponer una mejora para nuestros resultados.

¿Qué hacemos ante infección relacionada con catéter venoso central por bacteria rara en un paciente de hemodiálisis sin alternativa de acceso vascular?

Fonseca, Carolina¹; Faúndez Fernández, Antonio¹; González Zhindón, Gabriela¹; Fidalgo González, Verónica¹; Rodríguez Portela, Guadalupe¹; Diego Martín, Julia¹; Nava Rebollo, Álvaro²;

(1) HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA (ZAMORA)

Palabras clave / Términos relevantes:

Pseudomonas putida, Hemodiálisis, catéter venoso central

RESUMEN

Introducción: El catéter venoso central tunelizado(CVCT) es un acceso vascular(AV) frecuente en hemodiálisis dado el perfil añoso, frágil y sin posibilidad de realización de fístula arteriovenosa(FAV) de los pacientes renales. Asocia elevada morbilidad por riesgo aumentado de trombosis y/o infecciones, siendo importante preservar el CVCT. La Pseudomonas putida, bacilo gram negativo ubicuo en suelo y agua, causa infecciones oportunistas nosocomiales en pacientes inmunodeprimidos. Presentamos el caso de infección de orificio del CVCT por P. putida en paciente de hemodiálisis sin alternativas de AV.

Resultados: Mujer, 85 años, en hemodiálisis desde 2021 a través de FAV. En 2024 presenta trombosis de FAV confirmada ecográficamente. Valorado de forma urgente por cirugía vascular, declaran imposibilidad de rescate de FAV por riesgo quirúrgico. Se coloca CVCT presentando enrojecimiento y exudado del orificio, aislándose S.epidermidis. Se realiza antibioterapia tópica y oral, efectiva. Tras 2 meses, la paciente presenta el mismo cuadro clínico, iniciándose antibiótico tópico empírico. Se aísla Pseudomonas putida multisensible. Ante la imposibilidad de realización de nuevo AV, se trata con ceftazidima intravenosa (según antibiograma) durante 1 semana. Presenta mejoría clínica y cultivo negativo al finalizar tratamiento.

Conclusiones: Aunque infrecuente, la Pseudomonas putida causa infecciones de piel y tejidos blandos. Rara vez letal, presenta baja virulencia y buena respuesta antibiótica, siendo las cefalosporinas efectivas, cuando sensible.

Los pacientes de hemodiálisis están inmunodeprimidos, presentando elevado riesgo de infecciones oportunistas. Debemos tener especial atención con aquellos más añosos y sin posibilidad de nuevos AV, previniendo así la pérdida del AV. Este caso es ejemplo de que ante infecciones del CVC por bacterias raras, aunque leves, en pacientes sin posibilidad de nuevos AV, debemos tratarlo evitando la pérdida del AV y el cese de diálisis. No se han descrito casos de infección por P. putida relacionada con CVCT en la literatura, por lo que este podría ser el primer caso.

Eficacia del sacubitril/valsartan para mejorar la función cardíaca en pacientes con insuficiencia cardíaca y enfermedad renal crónica en hemodiálisis.

Delgadillo Limon, Valentín¹; Prados Soler, María Carmen¹; Palacios Gómez, María Eugenia¹; Sbardella Sánchez, Gabriel¹; González Martínez, Francisco Javier¹;

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO TORRECÁRDENAS

Palabras clave / Términos relevantes:

Inhibidores de la neprilisina y del receptor de la angiotensina, Sacubitril/valsartan, hemodiálisis

RESUMEN

Introducción: La insuficiencia cardíaca (IC) es frecuente en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC). Los inhibidores de la neprilisina – receptor de la angiotensina han demostrado reducir los eventos cardiovasculares y mejorar la función cardíaca comparado con los inhibidores clásicos del SRAA en pacientes con IC sin ERC. El objetivo de este trabajo es describir la eficacia del sacubitril – valsartan en la mejoría de la FEVI, proBNP y el control tensional en pacientes con IC y ERC en programa crónico de hemodiálisis del hospital Torrecárdenas.

Casos clínicos/resultados: El 100% (6) de los pacientes incluidos son varones con una media de edad de 62 años. El paciente 1 tenía una FEVI 37%, TA 170/80 mmHg y proBNP 7728 pg/mL antes del tratamiento. Luego del inicio la FEVI subió a 45%, TA 150/75 mmHg (-20/5 mmHg) y proBNP 2869 pg/mL. El paciente 2 presentaba FEVI inicial del 34%, TA 160/100 mmHg y proBNP 12972 pg/mL. Luego del tratamiento la FEVI mejoró a 44%, TA 130/90 mmHg (-30/10 mmHg) y proBNP 2292 pg/mL. El paciente 3 tenía una FEVI 23%, TA 140/80 mmHg y proBNP 5650 pg/mL. Luego del tratamiento la FEVI subió a 35%, sin cambios en la TA y proBNP 4500. El paciente 4 presentaba una FEVI inicial del 38%, TA 180/90 mmHg y proBNP 25500 pg/mL. Luego del tratamiento la FEVI subió a 49%, TA 130/80 mmHg (-50/10 mmHg) y proBNP 9735 ng/mL. El paciente 5 tenía una FEVI 29%, TA 160/70 mmHg y proBNP 48500 pg/mL. Con el tratamiento la FEVI mejoró a 40%, TA 140/60 mmHg (-20/10 mmHg) y proBNP 35000 pg/mL. El paciente 6 tenía una FEVI 34%, TA 190/80 mmHg y proBNP 35000 pg/mL, mejorando luego del tratamiento a FEVI 42%, TA 130/80 mmHg (-60/0 mmHg) y proBNP 8200 pg/mL.

La importancia de la b2 microglobulina en las enfermedades sistémicas con afectación renal

Plaza Lara, Eva¹; Ossorio Anaya, Álvaro¹;

(1) HOSPITAL PUNTA EUROPA DE ALGECIRAS

Palabras clave / Términos relevantes:

Tubulointerstitial nephritis with uveitis (TINU), oculorenal síndrome, uveitis

RESUMEN

Introducción: El síndrome de nefritis tubulointersticial y uveítis (TINU) es un trastorno autoinmune multisistémico que puede ocurrir en respuesta a diversos desencadenantes. La inflamación resultante afecta principalmente a la úvea ocular y a los túbulos renales. Es una entidad poco frecuente, descrita sobre todo en niños. Gran parte de la literatura, se limita a casos y series de casos, residiendo la mayoría de esta información en la bibliografía oftalmológica. Dado que es una entidad que se asocia con un mayor riesgo de desarrollo de enfermedad renal crónica, así como la alta tasa de infra diagnóstico debido a su forma de presentación solapada, consideramos que puede ser interesante la presentación del siguiente caso clínico.

Caso clínico y resultados: Varón de 18 años que presenta como único antecedente médico uveítis de repetición recientes. Lo derivan a consulta por presentar cifras de creatinina en sangre oscilantes, en torno a 0.75-1,3mg/dl, filtrado glomerular según la fórmula de CKDEPI en rango normal. Sistemático de orina, albuminuria y proteinuria normales. El estudio para descartar patología sistémica asociada a panuveitis (serología infecciosa, HLA B27, Behçet, autoinmunidad, sarcoidosis...) fue negativo, a excepción de un aumento en la β 2-microglobulina (B2M) en orina, lo que nos revela daño tubular. La evolución ocular con corticoides y metotrexato fue buena. También normalizó B2M en orina y la cifra de creatinina sérica. Como vemos en un caso de presentación atípica, que necesita de una alta sospecha clínica para poder diagnosticarlo. El diagnóstico certero es con biopsia renal, pero dado la buena evolución no se ha realizado. En nuestro caso, monitorizamos creatinina sérica y B2M orina considerada biomarcador de lesión tubular renal poco específico, pero accesible en la práctica diaria y que se relaciona con la actividad de la enfermedad. El pronóstico es favorable, generalmente se controla mediante agentes inmunosupresores. La atención óptima incluye valoración conjunta oftalmológica y nefrológica.

Quiluria: un imitado del síndrome nefrótico.

Plaza Lara, Eva¹; Ossorio Anaya, Alvaro¹;

(1) HOSPITAL PUNTA EUROPA DE ALGECIRAS

Palabras clave / Términos relevantes:

Síndrome Nefrótico, Quiluria, Proteinuria

RESUMEN

Introducción: La quiluria es el paso de quilo (líquido linfático de origen intestinal rico en lipoproteínas) a la orina. Ocurre por una comunicación anormal entre sistema linfático y urinario. Cuando la analizamos, puede confundirse con el síndrome nefrótico porque hay proteinuria masiva en el examen de orina.

Caso clínico y resultados: resentamos el caso de una mujer de 46 años con antecedentes de hipertiroidismo, uveítis anterior y poliartralgias. Remitida para seguimiento de diagnóstico privado de "síndrome nefrótico" con resultados en la biopsia renal de glomerulopatía de cambios mínimos, no tratada. Reinterrogando a la paciente, refiere orina lechosa y densa intermitente, compatible con quiluria. Analíticamente, función renal normal, proteinuria en rango nefrótico coincidiendo con episodios de quiluria, sin datos de síndrome nefrótico en el análisis de sangre ni en la exploración. Fuera de los episodios, proteinuria máxima de 500mg/día. Autoinmunidad e inmunodiagnóstico infeccioso negativo. Dada la incongruencia clínica, previo a decidir actitud, solicitamos pruebas para estudio de comunicación fistulosa que pueda justificar el cuadro actual. La etiología de esta entidad se clasifica en parasitarias versus no parasitarias (traumática, tras cirugía urológica, neoplásicas, congénitas). Por lo general estos individuos son clínicamente asintomáticos. Una vez que se realiza el diagnóstico clínico de una causa no glomerular de proteinuria, la localización de la fístula linfourinaria se realiza mediante cistoscopia, pielografía retrógrada, o linfo-Resonancia. Las remisiones espontáneas son comunes y el tratamiento puede ser únicamente dietético (restricción de grasas). En caso de complicaciones, se recurre a la escleroterapia o cirugía.

Conclusiones: En individuos con proteinuria en rango nefrótico con un estado de perfil lipídico normal junto con niveles normales de albúmina sérica, el color, la naturaleza de la orina y el análisis de quilo en la orina, pueden ayudar a identificar un subgrupo que innecesariamente debe someterse a una biopsia de riñón y, en ocasiones, a tratamiento con inmunosupresión.

Feocromocitoma y trasplante renal, más allá de la triada clásica

Plaza Lara, Eva¹; Ossorio Anaya, Alvaro¹;

(1) HOSPITAL PUNTA EUROPA DE ALGECIRAS

Palabras clave / Términos relevantes:

Feocromocitoma, trasplante renal

RESUMEN

Introducción: Los feocromocitomas son tumores raros que surgen de la médula suprarrenal y se caracterizan por una secreción excesiva de catecolaminas. Clásicamente, se presentan con la triada de dolores de cabeza, palpitaciones y episodios de sudoración. Sin embargo, la presentación clínica puede ser bastante variable.

Caso clínico y resultados: Aquí presentamos a un paciente varón de 34 años con antecedentes de hipertensión y trasplante renal de donante cadáver hace dos años, por enfermedad renal crónica de etiología no filiada. Ingresó por cuadro de fiebre y dolor abdominal difuso. A la exploración 38º, taquicardia, tensión arterial 110/70mmHg, dolor difuso sin peritonismo abdominal, resto normal. Analíticamente, función renal en su basal, proteína C reactiva y procalcitonina normales, leucocitosis de hasta 18.800/microlitro y calcio alto, resto normal. Inicialmente, dado la inmunosupresión, se sospechó patología infecciosa, por lo que se pautó antibioterapia empírica, sin respuesta favorable. Estudio microbiológico completo negativo. Sorprendentemente, en la ecografía de abdomen se halló una masa hiperecogénica suprarrenal izquierda de 7 centímetros que no existía previamente. Se realizó resonancia magnética y gammagrafía simpaticoadrenal I123 (Iobenguano I-123), que demuestra proceso tumoral de estirpe cromafin, llegándose a la sospecha diagnóstica de feocromocitoma localizado en adrenal izquierda. Así, se suspende antibioterapia y se completa estudio orientado, siendo las metanefrinas en sangre y orina superiores al triple de su valor normal al igual que la normetanefrina en sangre. Dado que ya estaba en tratamiento con doxazosina a dosis plenas (alfabloqueo), se inició tratamiento betabloqueante con bisoprolol. Intervención quirúrgica sin incidencias con buena evolución posterior.

Conclusiones: Creemos que esta presentación atípica sirve como punto de aprendizaje de que no se deben ignorar los incidentalomas suprarrenales en el contexto de fiebre de origen desconocido. Además, aunque no es el caso, según la bibliografía. Los feocromocitomas que se presentan con fiebre tienen mayor riesgo de necrosis tumoral y crisis multisistémicas.

Importancia del screening regular de neoplasias en paciente trasplantados renales

Poveda García, María Inmaculada¹; Panadero Moya, Marta¹; Flores Paloma, María Paloma¹; Delgadillo Limón, Marco Valentín¹; Miranda Aguilera, Carmen María¹;

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO TORRECÁRDENAS

Palabras clave / Términos relevantes:

Trastorno proliferativo postrasplante, sangre oculta en heces, trasplante renal.

RESUMEN

Introducción: Los receptores de trasplante renal tienen aproximadamente tres veces más probabilidades de desarrollar una neoplasia que la población general, siendo esta una de las principales causas de morbilidad y mortalidad. El trastorno proliferativo postrasplante (PTLD) es la neoplasia maligna más común que complica el trasplante.

Los programas de detección precoz en trasplantados se extrapolan de programas de screening de población general no siendo la epidemiología superponible. Es por ello por lo que en ocasiones deberíamos dar más relevancia a pruebas como la sangre oculta en heces en pacientes con mayor riesgo de neoplasias.

En esta comunicación exponemos una serie de tres casos que reflejan la importancia de la vigilancia activa oncológica en el seguimiento de estos pacientes.

Casos clínicos y resultados: Se trata de un varón y dos mujeres trasplantados renales de más de 10 años de evolución diagnosticados de un linfoma de células B con afectación colónica inicial. En los tres casos, la sospecha inicial que motivó el estudio fue la presencia de sangre oculta en heces positiva en repetidas ocasiones durante sus revisiones en consulta. Dos de ellos diagnosticados tras la obtención de muestra en endoscopia digestiva baja solicitada por Nefrología, y una tercera diagnosticada tras una perforación intestinal a la espera de realización de colonoscopia. El paciente con mayor seguimiento es el varón, actualmente en remisión completa y con ajuste de inmunosupresión y una de las mujeres falleció por complicación infecciosa tras inicio de la quimioterapia. La tercera paciente es de diagnóstico reciente.

Conclusiones: El cáncer sigue siendo una causa importante de morbilidad y mortalidad en los receptores de trasplantes renales, para lo cual seguimos programas de detección comparables a la población general. A la espera de una opción, el seguimiento estrecho y la perseverancia del nefrólogo siguen siendo las principales herramientas diagnósticas de estos pacientes.

Variabilidad clínico-patológica de la enfermedad renal relacionada con IgG4: a propósito de dos casos

Beltran Mallen, David¹; Villa Ayala, Veronica Alexandra¹; Lopez Royo, Luzía Sescun¹; Guillen Crusells, Javier¹; Guevara Madrid, Francisco Antonio¹; Gracia Martín, Carmen¹; Sureda de Lucio, Begoña¹; Gracia García, Olga¹;

(1) HOSPITAL MIGUEL SERVET

Palabras clave / Términos relevantes:

Enfermedad relacionada con IgG4; Nefritis tubulointersticial; Glomerulonefritis membranosa.

RESUMEN

Introducción: La enfermedad relacionada con IgG4 (IgG4-RD) es un trastorno inflamatorio sistémico caracterizado por infiltración linfoplasmocítica rica en células IgG4, fibrosis estoriforme y flebitis obliterativa. Su manifestación renal más frecuente es la nefritis tubulointersticial (IgG4-TIN), aunque también puede presentarse como glomerulonefritis membranosa (MGN). Se presentan dos casos con diferente afectación renal para destacar la variabilidad clínica y la importancia de la biopsia renal en el diagnóstico y tratamiento.

Caso clínicos y resultados:

Caso 1: Varón de 55 años, monorreno tras nefrectomía, con poliadenopatías y deterioro renal progresivo (Crp 1,9 a 2,7 mg/dL), proteinuria mínima y elevación de IgG4 sérico. La biopsia evidenció fibrosis estoriforme, infiltrado linfoplasmocítico y flebitis obliterativa, compatible con IgG4-TIN. Se trató con prednisona (0,6 mg/kg/día) y Rituximab (2 dosis de 1 g), con mejoría de la función renal (Crp 2,7 a 1,7 mg/dL) y reducción de IgG4 sérico (4379 a 716 mg/dL).

Caso 2: Mujer de 36 años con antecedentes de obesidad y dermatitis atópica. Presentó síndrome nefrótico con deterioro renal (Crp 0,7 a 1,4 mg/dL), proteinuria nefrótica (30 g/L) y hematuria. La biopsia mostró infiltrado linfocitario difuso con células plasmáticas y eosinófilos, engrosamiento de membranas capilares con "spikes" y dobles contornos, compatible con IgG4-TIN y MGN. Se trató con corticoides, pero requirió 9 dosis de Rituximab por recaídas. Actualmente, está en remisión con función renal estable (Crp 0,6 mg/dL) e IgG4 sérico normalizado (21,7 mg/dL).

Conclusiones: Las manifestaciones renales de IgG4-RD son diversas. La biopsia es clave para un diagnóstico preciso y para diferenciarla de otras nefropatías. El tratamiento con corticoides es eficaz, pero algunos pacientes requieren Rituximab. Un manejo precoz es esencial para prevenir daño renal irreversible.

Calcifilaxis en diálisis: a propósito de un (exitoso) caso

Fidalgo González, Verónica¹; Faúndez Fernández, Antonio¹; González Zhindón, Gabriela¹; Fonseca de Jesús Silva, Carolina¹; Rodríguez Portela, Guadalupe¹; Diego Martín, Julia¹; Nava Rebollo, Álvaro¹;

(1) COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA

Palabras clave / Términos relevantes:

Calcifilaxis, tiosulfato sódico, terapia renal sustitutiva

RESUMEN

Introducción: La calcifilaxis es un síndrome raro con incidencia en aumento, caracterizado por la ulceración necrótica de la piel secundaria a calcificación y fibrosis vascular. Se manifiesta principalmente en pacientes en diálisis, cuya alteración del metabolismo óseo-mineral es su principal causa. Presentamos el caso de una paciente con recuperación completa de calcifilaxis tras un año de tratamiento.

Caso clínico: Mujer de 80 años, enfermedad renal secundaria a poliquistosis hepatorrenal en programa de diálisis peritoneal automática (DPA) desde hace siete años, con hiperparatiroidismo secundario irregularmente controlado. Como otro antecedente, fibrilación auricular anticoagulada con Sintrom.

Ingresa en Medicina Interna con sospecha de celulitis de extremidad inferior, pero ante la mala evolución antibiótica y la aparición de flictena que evoluciona a úlcera se sospecha calcifilaxis, confirmada por biopsia cutánea. Pasa a cargo de Nefrología para inicio de tratamiento y, dado que precisa optimización de control de hiperparatiroidismo, se decide añadir a su pauta de DPA tres sesiones semanales de hemodiálisis (HD), administrando el tiosulfato sódico durante éstas.

Por buen control de la lesión y del hiperparatiroidismo secundario, a los cinco meses se reducen las sesiones de HD a dos semanales y, a los tres meses, a una única sesión por curación completa de la úlcera. Se mantiene tres meses más el tratamiento y, tras no reaparición de nuevas lesiones, se decide suspender el tiosulfato y la HD ante el deseo de la paciente de mantenerse en DPA.

Conclusión: La calcifilaxis es una entidad de incidencia desconocida y elevada mortalidad, especialmente en casos con úlcera cutánea y necrosis. La duración del tratamiento no está establecida, recomendando la retirada meses después de la desaparición de las lesiones, tal y como se ha hecho en este caso.

La colaboración interdisciplinar es crucial para el diagnóstico e inicio precoz del tratamiento, vitales para la buena evolución clínica.

Influencia de la adherencia terapéutica en el pronóstico de la nefropatía lúpica

Sureda de Lucio, Begoña¹; Gracia Martín, Carmen¹; Beltrán Mallén, David^d; Guevara Madrid, Francisco Antonio¹; Villa Ayala, Verónica Alexandra¹; Guillen Crusells, Javier¹; López Royo, Luzía Sescun¹.

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

RESUMEN

Introducción: Presentamos el caso de una paciente de 24 años con antecedente de lupus eritematoso sistémico (LES) y nefropatía lúpica grado IV, que acudió al Servicio de Urgencias en agosto tras su reciente llegada de Perú, donde había estado hospitalizada hasta solicitar el alta voluntaria debido a un brote de nefropatía lúpica. La paciente, ante la aparente estabilidad clínica, había suspendido de manera voluntaria y espontánea el tratamiento de su patología en enero. A su ingreso, se evidenció un empeoramiento de la función renal, con creatinina de 4.07 mg/dL y proteinuria en rango nefrótico (5.93 g/L). Además, presentaba una importante sobrecarga de volumen, estrías en la región abdominal y muslos, rash malar y erupción cutánea de predominio facial.

Caso clínico y resultados: La paciente ingresó en planta de Nefrología para tratamiento. Durante su estancia presentó crisis convulsivas y fue diagnosticada de síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) mediante resonancia magnética, requiriendo ingreso en UCI. Tras su estabilización, una vez en planta, se inició tratamiento con Rituximab, metilprednisolona y myfortic, y se confirmó la nefropatía lúpica clase IV mediante biopsia renal. La progresión clínica y la inadecuada respuesta a tratamiento diurético intensivo llevó a iniciar hemodiálisis a través de un catéter femoral. Ante el pronóstico renal infausto se le informó sobre opciones de terapia renal sustitutiva optando la paciente por diálisis peritoneal para la que mostró una adecuada adaptación. Finalmente, fue dada de alta con seguimiento ambulatorio, manteniendo el tratamiento inmunosupresor y la diálisis peritoneal, evidenciando una mejora progresiva en su estado de salud.

Conclusiones: La adherencia al tratamiento inmunosupresor es fundamental en la nefropatía lúpica para preservar la función renal. Su interrupción puede resultar en complicaciones graves, incluyendo el avance a insuficiencia renal y la eventual necesidad de diálisis.

Cuando la afectación renal es la primera manifestación de sarcoidosis

Ramírez Gomez, María¹; Varillas Caso, Dora Angelica¹; Morales Rodriguez, Erick Donato¹; Zarcos Pedrinaci, Elena¹; Mañero Rodriguez, Carlos María¹; Callejas Rubio, Jose Luis¹; Prados Garrido, María Dolores¹;

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO GRANADA

Palabras clave / Términos relevantes:

Sarcoidosis, nefritis tubulointersticial, biopsia renal

RESUMEN

Introducción: La sarcoidosis es una patología granulomatosa crónica no caseificante, multisistémica e idiopática. La afectación renal es infrecuente y variable (desde hipercalcemia a nefritis tubulointersticial, etc) A continuación presentamos un caso de afectación renal de debut.

Caso clínico y resultados: Varón de 33 años originario de Venezuela con antecedentes de migraña y obesidad. Ingresó en Nefrología por fracaso renal agudo (Cr 3.1mg/dl) e hipercalcemia (11mg/dl). En las semanas previas, cuadro de fiebre acompañado de astenia. A la exploración: edema y lesiones de eritema nudoso en miembros inferiores. En estudio complementario autoinmunidad y proteinograma negativo, metabolismo Ca-P y vitamina D normal. Rx tórax: adenopatías hiliares por lo que se decide completar con PET-TAC con presencia de focos hipermetabólicos sobre adenopatías cervicales, mediastínicas, hilar bilateral, crural y retroperitoneal sugerentes de sarcoidosis, confirmándose tras biopsia ganglionar. Se amplía enzima convertidora de angiotensina elevada (85.2U/l) e hipercalcemia. Tratamiento inicial: fluidoterapia iv y corticoides con mejoría de función renal y calcemia, así como desaparición de lesiones cutáneas. En Consulta externa se objetiva al descenso de tratamiento corticoideo empeoramiento progresivo de función renal (Cr 2.1mg/dl, hipercalcemia y aumento de excrección urinaria de calcio) por lo que se decide biopsia renal que confirma la presencia de nefritis tubulointersticial con componente granulomatoso sin necrosis. Ajuste de tratamiento inmunosupresor añadiendo Micofenolato de mofetil a dosis bajas con mejoría actual de función renal actual Cr 1.2mg/dl y orina normalizada.

Conclusiones:

- La presencia de fiebre, afectación articular más eritema nudoso y adenopatías hiliares bilaterales es característico del Síndrome de Löfgren, presentación aguda de sarcoidosis con evolución habitualmente benigna y sin secuelas en la mayoría de los casos
- La afectación renal es infrecuente y muy raramente suele ser la primera manifestación como en nuestro caso. La evolución renal y confirmación por biopsia condicionó el tratamiento posterior

Ecografía en el abordaje precoz de fuga abdominoperitoneal, extrapolando el score fluid

Morales Rodríguez, Erick Donato¹; Varillas Caso, Dora Angélica¹; Delgado Ureña, Ana¹; Vázquez Estepan, Tomiris¹; Prados Garrido, María Dolores¹.

(1) HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO SAN CECILIO

Palabras clave / Términos relevantes:

Ultrasonography, Peritoneal dialysis, Peritoneal complications.

RESUMEN

Introducción: La ecografía es una técnica no invasiva y accesible que permite el abordaje precoz de múltiples complicaciones en pacientes en diálisis peritoneal.

Caso clínico y resultados: Paciente de 56 años en DPA desde hace un año, en la evaluación pretrasplante se observó una LOE hepática de riesgo que conllevó a una hepatectomía parcial con transición temporal a hemodiálisis. Al reanudar DPA, se evidenció una disminución progresiva de ultrafiltración, disnea de moderados esfuerzos, edematización de miembros inferiores y endurecimiento cutáneo en flanco derecho. Se realizó impedanciometría, con un exceso de líquido de +4 litros, se realizó POCUS, en la ecografía pulmonar se observó congestión pulmonar moderada y derrame pleural leve derecho. En el VExUS congestión intravascular moderada (SCORE2). Se insonó el flanco derecho con la sonda lineal observando edema subcutáneo concéntrico, categorizado con el score FLUID grado 4, disminuyendo hasta desaparecer al alejarse centrífugamente de la zona, se solicitó peritoneografía que confirmó la sospecha de fuga abdominoperitoneal.

Conclusiones: La ecografía pulmonar destaca por su sensibilidad para detectar congestión pulmonar y derrame pleural con una mayor especificidad que la radiografía convencional. El protocolo VExUS aporta datos objetivos de congestión intravascular con una fuerte correlación con las presiones intracardíacas. En este caso proponemos la adición de la medición de edema intersticial con la escala semicuantitativa propuesta en el estudio FLUID, en la cual mediante el uso de la sonda lineal puede detectarse con alta sensibilidad edema intersticial, y clasificarse con una escala semicuantitativa, con una mejor rentabilidad que la exploración física, aportando con una herramienta de bajo coste, una orientación diagnóstica precoz en la sospecha de fuga abdominoperitoneal. La adición de la valoración semicuantitativa de edema intersticial podría aportar sensibilidad en el diagnóstico precoz de fuga abdominoperitoneal, se requieren estudios para determinar su valor en el diagnóstico de esta complicación.

Estado nutricional de nuestros pacientes en hemodiálisis

Álvarez Parra, Sheyla Christal¹; Macías Murillo, Joselin Angelica¹; Suarez Condo, Diana Nohely¹; Rosario Vargas, Anney Yelena¹; Boya Fernández, Marta¹; Rodríguez Vidriales, Maria¹; Hijazi Prieto, Badawi¹; Izquierdo Ortiz, Maria Jesús¹.

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS

Palabras clave / Términos relevantes:

Nutrición, hemodiálisis

RESUMEN

Introducción: La desnutrición en pacientes en diálisis tiene una elevada prevalencia. Su diagnóstico precoz y manejo ofrece al paciente una disminución importante de la morbimortalidad. El objetivo de este estudio fue analizar el estado nutricional de nuestros pacientes en hemodiálisis.

Material y método: Resultados: Estudio descriptivo y observacional de nuestros pacientes en hemodiálisis crónica. Se registró la edad, el sexo, IMC y bioimpedancia de cada paciente. Se utilizó como instrumento de análisis el instrumento universal para el cribado de la malnutrición (MUST).

Resultados: se analizaron 107 pacientes, la edad media fue de 68,5 años, 66,4% fueron hombres y 33,6% mujeres. Según el instrumento MUST 87,5% tenía un riesgo bajo de desnutrición, 6,5% tenía un riesgo intermedio y 6% muy alto riesgo de desnutrición. De los 94 pacientes con riesgo bajo de desnutrición 14 estaban en tratamiento con suplementos dietéticos, de los 7 pacientes con riesgo intermedio 3 estaban suplementos y de los 6 con riesgo alto, 2 estaban con suplemento dietético.

Conclusiones: 14,9% de nuestros pacientes con riesgo bajo de desnutrición se encontraban en tratamiento con suplementos dietéticos, podemos concluir que un abordaje precoz puede reducir el riesgo de desnutrición. Se debe implementar un plan de cuidados con asesoramiento sobre la elección de los alimentos y en casos necesarios inicio de suplementos nutricionales o nutrición intradiálisis con el fin de disminuir la morbimortalidad asociada a la desnutrición.

Síndrome overlap en paciente con silicosis

Gracia Martín, Carmen¹; Beltrán Mallén, David¹; Villa Ayala, Verónica Alexandra¹; López Royo, Luzía Sescún¹; Guillén Crusells, Javier¹; Guevara Madrid, Francisco Antonio¹; Sureda de Lucio, Begoña¹.

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Palabras clave / Términos relevantes:

Síndrome overlap, silicosis, ANCA

RESUMEN

Introducción: Presentamos el caso de un paciente de 78 años con antecedentes de hipotiroidismo, hipoacusia y exposición laboral a sílice, que desarrolló un cuadro clínico de síndrome constitucional, fiebre y pérdida de peso, que culminó en un fracaso renal agudo anúrico con requerimiento de hemodiálisis al diagnóstico. Se detectaron anticuerpos anti-membrana basal glomerular (anti-MBG) y ANCA-PR3 en suero, todo el cuadro clínico compatible con una glomerulonefritis rápidamente progresiva secundaria a un síndrome overlap. El objetivo es resaltar el diagnóstico y tratamiento de este síndrome overlap y la posible relación de la silicosis con el desarrollo de anticuerpos ANCA.

Resultados: La paciente presentó signos de silicosis en el TAC torácico y la biopsia renal reveló un daño tubular agudo, esclerosis glomerular parcial y depósitos lineales de IgG en la membrana basal glomerular. Se inició tratamiento de inducción con bolus de metilprednisolona, seguidos de prednisona oral en dosis reducidas, Ciclofosfamida (2 dosis), Rituximab (4 dosis) y 9 sesiones de Plasmaféresis. Los ANCA-PR3 negativizaron rápidamente y la biopsia no mostró un patrón característico de vasculitis ANCA, reforzando la sospecha de un falso positivo por silicosis. Se decidió no administrar tratamiento de mantenimiento con Rituximab dado la buena evolución clínica y la rápida negativización de los anticuerpos ANCA-PR3. La paciente permaneció estable pero con requerimiento de hemodiálisis crónica.

Conclusiones: El síndrome overlap con anticuerpos anti-MBG y ANCA-PR3 es una entidad rara y desafiante en cuanto a diagnóstico y tratamiento. Este caso subraya la importancia de considerar la exposición a sílice como posible causa de falsos positivos ANCA-PR3. La combinación de tratamientos inmunosupresores y plasmaféresis es fundamental en el manejo de estos pacientes. El pronóstico depende de la rapidez en el inicio del tratamiento y la decisión sobre el tratamiento de mantenimiento debe individualizarse según la evolución clínica.

Pielonefritis fúngica en paciente trasplantada renal

López Royo, Luzía Sescún¹; Villa Ayala, Verónica Alexandra¹; Beltrán Mallén, David¹; Guillén Crusells, Javier¹; Guevara Madrid, Francisco Antonio¹; Gracia Martín, Carmen¹; Sureda De Lucio, Begoña¹.

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Palabras clave / Términos relevantes:

Trasplante renal, pielonefritis fúngica

RESUMEN

Caso clínico y resultados: Mujer de 53 años con antecedentes de poliquistosis hepato-renal que recibe trasplante renal de donante cadáver el 11/11/23 previa nefrectomía izquierda electiva, bajo protocolo inmunosupresor con timoglobulina (2 dosis), Envarsus, Myfortic y esteroides. Cr al alta 2.11 mg/dL.

Acude 2 meses después por Cr 12.9 mg/dl, disnea y anasarca. Ecográficamente se visualiza un injerto edematoso. Ante sospecha de un rechazo agudo, se inician bolus de metilprednisolona 500mg x3 y se realiza biopsia del injerto renal.

La biopsia muestra infiltrados inflamatorios intersticiales de predominio neutrofílico, tubulitis y esporas fúngicas intraluminales en túbulos y en espacio de Bowman. Hallazgos compatibles con un rechazo humoral agudo y una pielonefritis fúngica. Microbiológicamente se aísla *Candida glabrata* en el urocultivo, con hemocultivos negativos. Se inicia Isavuconazol.

Días después la paciente presenta malestar abdominal, oligoanuria y ectasia renal grado II-III de novo, sospechándose un micetoma en tracto urinario. Se coloca nefrostomía del injerto con mejoría de función renal. Ante la reaparición de levaduras en el urocultivo, precisa nuevamente tratamiento con micafungina. Posteriormente se sustituye la derivación urinaria por una cistonefrostomía que la paciente porta durante 2 meses.

Una segunda biopsia del injerto desestimó los hallazgos de rechazo humoral, estableciéndose el diagnóstico definitivo de pielonefritis fúngica. La paciente presentó una evolución favorable con Cr al alta 2.04 mg/dl.

Conclusiones: Las infecciones renales por hongos son inusuales y difíciles de tratar. Corresponden en su mayoría a infecciones por *Cándida* species que penetran en las paredes de los capilares para invadir el intersticio renal. Los principales factores de riesgo son la antibioterapia y los dispositivos de drenaje del tracto urinario. El hallazgo de hongos en el urocultivo, obliga a distinguir contaminación de colonización e infección. En nuestra paciente, el uso de timoglobulina y metilprednisolona pudieron contribuir al desarrollo de la infección. Al alta fue preciso modificar el esquema inmunosupresor.

Microangiopatía trombótica secundaria a gemcitabine

López Royo, Luzía Sescún¹; Villa Ayala, Verónica Alexandra¹; Beltrán Mallén, David¹; Guillén Crusells, Javier¹; Guevara Madrid, Francisco Antonio¹; Gracia Martín, Carmen¹; Sureda De Lucio, Begoña¹.

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Palabras clave / Términos relevantes:

Microangiopatía trombótica, gemcitabina, crisis hipertensiva

RESUMEN

Caso clínico y resultados: Mujer de 67 años con antecedentes de leiomioma retroperitoneal en tratamiento con gemcitabina y dacarbacina desde hacía un año e hipertensión mal controlada en el último mes. Es remitida a consulta de nefrología por deterioro progresivo de función renal hasta Cr 1.32 mg/dl, microhematuria y proteinuria 0.59 g/L. En consulta se objetivan además anemia, plaquetopenia, aumento de bilirrubina y LDH y moderados edemas en extremidades inferiores. Se intensifica el tratamiento antihipertensivo oral y se solicitan nuevos exámenes analíticos para confirmación de sospecha de hemólisis.

Sin embargo, el mismo día la paciente es remitida a urgencias por una crisis hipertensiva, precisando labetalol intravenoso, objetivándose empeoramiento de los parámetros analíticos mencionados y confirmándose el origen hemolítico de la anemia con Coombs negativo. Así, ingresó en nefrología con diagnóstico de crisis hipertensiva en contexto de síndrome hemolítico urémico secundario a gemcitabina.

Durante el ingreso tuvo una buena evolución a nivel renal con la retirada del fármaco y medidas de soporte, sin precisar eculizumab. Como complicaciones padeció una bacteriemia por SAMS en probable relación al reservorio de quimioterapia.

Conclusiones: Las microangiopatías trombóticas (MAT) son en su mayoría secundarias (80-90%) y las secundarias a fármacos suponen un 10-13% del total. La gemcitabina, el clopidogrel, los inhibidores de la calcineurina, el interferón, el sunitinib o el bevacizumab son algunos ejemplos de drogas asociadas a MAT. La etiopatogenia puede ser inmunomediada por una hipersensibilidad al fármaco que produce anticuerpos reactivos o dosis dependiente por un efecto acumulativo del fármaco que es tóxico para el endotelio. En las MAT secundarias a gemcitabina es típica la presentación clínica como una hipertensión nueva o exacerbada y una sobrecarga de líquidos grave. El tratamiento principal serían la suspensión del fármaco causante y las medidas de soporte, sin embargo, también pueden considerarse el eculizumab y los recambios plasmáticos o el rituximab.

Candida glabrata en paciente en hemodialysis

Alvarado Zelaya, Jerson Andres¹; Babara, Axenia¹; Pujol, Mireia¹; Vasquez, Byron Fabricio¹; Iñigo Gil, Pablo¹; Peña Porta, Jose Maria¹; Alamo, Concepcion¹; Blasco Forcen, Angel¹; Berni Wennekers, Ana¹; Albines Fiestas, Zoila Stany¹;

(1) HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

Palabras clave / Términos relevantes:

Candida glabrata, hemodialisis, anfotericina b

RESUMEN

Caso clínico y resultados: Paciente femenina de 81 años con insuficiencia renal crónica estadio 5, secundaria a nefropatía diabética, que ha estado recibiendo tratamiento de hemodiálisis crónica durante los últimos 6 años. Presenta antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 con complicaciones micro y macroangiopáticas, incluyendo retinopatía, dislipemia, hiperuricemia, y una fractura reciente de cadera tratada quirúrgicamente con clavo gamma hace un mes.

Durante el inicio de una sesión de hemodiálisis, la paciente experimentó tiritona y febrícula de hasta 37.5°C, que se controló con paracetamol. Sin embargo, al final de la sesión, presentó otro episodio febril con temperatura de 38.0°C, lo que motivó su ingreso hospitalario para evaluar el posible foco infeccioso. Se tomaron hemocultivos de ambas ramas del catéter central venoso (CVC), urocultivos y PCR para virus respiratorios. Inmediatamente se inició tratamiento antibiótico empírico con daptomicina y ceftazidima.

Los resultados analíticos mostraron una PCR elevada (31.3 mg/L), leucocitosis y predominio de polimorfonucleares. Durante su estancia, se observó piuria significativa a pesar de la ausencia de síntomas miccionales. Los hemocultivos y PCR para virus respiratorios resultaron negativos. En el urocultivo preliminar se identificó *Cándida glabrata*, lo que llevó al inicio de tratamiento empírico con fluconazol, mientras se esperaban los resultados del antifungigrama.

Se solicitó colaboración del servicio de Infecciosas, que recomendó instilaciones vesicales de anfotericina B. Posteriormente, con los resultados del antifungigrama, se ajustó el tratamiento a caspofungina intravenosa durante 5 días. La paciente mostró una evolución clínica favorable y una buena respuesta al tratamiento. Con estabilidad clínica y analítica, se procedió al alta hospitalaria y continuar con sesiones habituales de hemodiálisis.

Conclusiones: Este caso resalta los desafíos en el manejo de infecciones urinarias recurrentes en pacientes en hemodiálisis, particularmente aquellas causadas por hongos resistentes, y la importancia de ajustar el tratamiento según la evolución clínica y los resultados microbiológicos.

Intoxicación por metanol y hemodiálisis. descripción de un caso

Varillas Caso, Dora-Angelica¹; López- González Gil, Juan de Dios¹; Morales Rodríguez, Erick Donato¹; Prados Garrido, María Dolores¹.

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO

Palabras clave / Términos relevantes:

Intoxicaciones, metanol, acidosis grave

RESUMEN

Introducción: Los alcoholes tóxicos como el metanol e isopropanol, representan graves riesgos para la salud. La intoxicación aguda por metanol debe considerarse en pacientes con acidosis metabólica con anión gap elevado, deterioro neurológico o pérdida de visión.

Caso clínico y resultados: Presentamos el caso de una mujer de 56 años con antecedentes personales de síndrome ansioso-depresivo, hábitos tóxicos: alcoholismo de larga data. La paciente ingresa a cargo de psiquiatría por ideas suicidas estructuradas y abuso de consumo de alcohol. Evoluciona tópidamente, con bajo nivel de conciencia, hipotensión y disnea. Al encontrarse hemodinámicamente inestable, pasa a cargo de la unidad de cuidados intensivos (UCI). Los análisis de laboratorio iniciales muestran creatinina sérica normal y en gasometría arterial presenta llamativa acidemia metabólica pH 6.86, pCO₂ 23.3, HCO₃⁻ 8.2, anión GAP elevado (27) y ácido láctico en 10mmol/L, motivo por el cual se interconsulta a Nefrología. Tras revisar antecedentes personales y con sospecha inicial de intoxicación por metanol, se decide iniciar hemodiálisis urgente con un tiempo inicial de 5 horas, posterior mejoría del medio interno. Los análisis disponibles dos días después confirman la presencia de altos niveles de etanol en 1,44. Tras estabilización del medio interno, paciente continua en estado comatoso, se realiza TAC cráneo compatible con encefalopatía hipóxico-isquémica o tóxico-metabólica con extenso hematoma en ganglios de la base izquierdos que condiciona importante efecto masa y desviación de la línea media de unos 10 mm. Dado el muy mal pronóstico y a largo plazo de las lesiones intracraneales, se decide limitación de tratamientos de soporte vital.

Conclusiones: La hemodiálisis prolongada puede reducir los niveles de metanol. Sin embargo, muchos pacientes desarrollan muerte encefálica irreversible, pudiendo ser potenciales donantes multiórganos, ya que se ha demostrado que la viabilidad de los órganos es adecuada. Un diagnóstico temprano y tratamiento rápido son clave para mejorar el manejo y los resultados.

La asociación infrecuente entre enfermedades glomerulares frecuentes. A propósito de un caso.

Varillas Caso, Dora Angelica¹; Ramírez Gómez, María¹; Morales Rodríguez, Erick Donato¹; Prados Garrido, María Dolores¹.

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO

Palabras clave / Términos relevantes:

Enfermedades glomerulares primarias

RESUMEN

Introducción: Las enfermedades glomerulares pueden manifestarse con síndrome nefrótico o nefrítico, siendo la glomerulonefritis membranosa (GM) una causa frecuente de proteinuria en adultos. La nefropatía por IgA se caracteriza por depósitos mesangiales de IgA y suele asociarse a hematuria. Presentamos el caso de un paciente con GM y depósitos mesangiales de IgA, cuya evolución hacia síndrome nefrótico severo requirió tratamiento inmunosupresor.

Caso clínico y resultados: Presentamos el caso de un paciente de 63 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, diabetes tipo 2 y poliartritis seropositiva, en tratamiento con metotrexato. En 2017, fue derivado a Nefrología por proteinuria nefrótica (4 g/24h) y hematuria, asociadas a edema y artralgias. La biopsia renal mostró glomerulonefritis membranosa (GM) con depósitos mesangiales de IgA, sugiriendo una posible enfermedad glomerular mixta.

Durante el seguimiento, la proteinuria se mantuvo estable sin llegar a un síndrome nefrótico, aunque en 2018 se detectaron anticuerpos anti-PLA2R positivos, confirmando una GM primaria. Sin embargo, en 2023, el paciente presentó síndrome nefrótico severo (11 g/24h), por lo que se inició tratamiento con inhibidores de calcineurina (ICN), logrando una reducción significativa de la proteinuria sin negativización de los anticuerpos.

Conclusiones: La asociación de dos enfermedades glomerulares primarias es muy infrecuente, lo que refleja la complejidad diagnóstica y terapéutica en un paciente con GM primaria anti- PLA2R positiva y depósitos mesangiales de IgA. El control de la proteinuria y la evolución clínica han sido claves en la toma de decisiones terapéuticas, destacando la respuesta favorable a ICN y la posibilidad de uso de Rituximab en caso de recaída.

Análisis de las complicaciones del acceso vascular protésico de punción inmediata en una unidad de hemodiálisis hospitalaria. una serie de casos

Varillas Caso, Dora-Angelica¹; García Chumillas, Vanesa¹; Barrales Iglesias, Miriam¹; Prados Garrido, María Dolores¹;

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO

Palabras clave / Términos relevantes:

Hemodiálisis, fístula protésica

RESUMEN

Introducción: La fístula arteriovenosa autóloga (FAV) es el acceso vascular de elección para hemodiálisis, pero cuando se agotan las posibilidades de accesos venosos nativos, cuando se requiere hemodiálisis inmediata o especialmente en pacientes con esperanza de vida menor a dos años, los injertos protésicos son una opción viable. Las fístulas arteriovenosas protésicas (FAVp) tienen ventajas teóricas, como un menor tiempo de maduración y mayor facilidad de punción en ciertos casos, sin embargo, no están exentas de complicaciones.

Material y método: Estudio observacional retrospectivo con el principal objetivo de describir las complicaciones de un acceso vascular protésico. Se recogieron datos desde 2024-2025, se analizaron datos sociodemográficos y clínicos, también analizamos el tipo de complicaciones, tiempo de aparición, necesidad de reintervención, uso de anticoagulación, número de acceso venoso y necesidad de uso de catéter venoso central tunelizado como terapia puente.

Resultados: Se les analizaron un total de 9 fístulas arteriovenosas protésicas con complicaciones tempranas y tardías. Dentro de la muestra predominó el sexo masculino 5 pacientes (55.6%). La media de edad fueron los 60 años, siendo el paciente más joven de 38 años. La fístula arteriovenosa humero-cefálica ACUSEAL (55%) resultó ser el procedimiento más realizado. En 7 pacientes se trataba de su tercer o mayor número de acceso venoso (AV) realizado. El hematoma, el edema y la trombosis fueron las complicaciones inmediatas con mayor frecuencia. Un 44% tuvo como complicación principal la trombosis de FAV. Todos los pacientes (100%) precisaron uso de CVC como terapia puente.

Conclusiones: Los injertos protésicos tienen una alta incidencia de trombosis, entre otras complicaciones, no obstante, pueden ser apropiados en pacientes con acceso agotados. Las FAV protésicas presentan complicaciones tanto inmediatas como tardías, la trombosis y el hematoma las más comunes en el corto plazo. Estos hallazgos nos invitan a investigar métodos para identificar las posibles complicaciones tempranas en injertos protésicos.

Fístula funcional, acceso fallido: desafíos en la hemodiálisis

García Parejo, Cristina¹; Torres Jaramillo, María Verónica¹; Martín Álvarez, Blanca¹; Martín Caballero, Fernando¹; Martínez Tejeda, Nathalie¹; Álvarez Tundidor, Sara¹; Cortiñas Aranzabal, María Alejandra¹; Sánchez García, Luisa Gemma¹; Ticona Espinoza, Danay Arel²; Delgado Cerón, Margarita¹; Alaguero del Pozo, María Begoña¹; Rodríguez Martín, María de la Flor¹; Gómez Giralda, Belén¹;

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA

Palabras clave / Términos relevantes:

Vascular Access Devices, Hemodialysis, Thrombosis

RESUMEN

Introducción: El acceso vascular es esencial en la hemodiálisis (HD). La fístula arteriovenosa (FAVI) es la opción preferida debido a su durabilidad y menor tasa de complicaciones en comparación con los catéteres venosos centrales (CVC). Sin embargo, no está exenta de complicaciones. Este caso clínico destaca los retos en la gestión del acceso vascular en HD y la necesidad de enfoques individualizados para optimizar la seguridad y eficacia del tratamiento.

Caso clínico/resultados: Se presenta el caso de una paciente de 64 años con enfermedad renal crónica en HD desde junio/2023, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 insulín dependiente, hipertensión arterial y dislipemia.

Inicia HD a través de un CVC tunelizado yugular derecho. En noviembre/2023, se realiza FAVI humerocefálica derecha. A la semana, presenta edema importante en el brazo derecho. La ecografía Doppler y la cavografía revelan trombosis de la vena yugular interna y del tronco braquiocefálico derechos. Se realiza angioplastia con colocación de stent, retirando el CVC yugular y colocando un CVC femoral izquierdo.

Seis semanas después, la FAVI es funcional, pero al iniciarse su punción, presenta sangrado profuso no controlable, requiriendo ingreso en Cirugía Vascular en dos ocasiones. Ante el alto riesgo hemorrágico, se descarta su uso.

La paciente manifiesta su deseo de realizar HD domiciliaria y su temor a reutilizar la FAVI, por lo que se mantiene el CVC femoral izquierdo. Actualmente, continúa en HD domiciliaria sin complicaciones asociadas al CVC, aunque bajo vigilancia para evaluar alternativas.

Conclusiones: Este caso subraya la complejidad del manejo del acceso vascular en HD, especialmente en pacientes con alto riesgo trombótico y hemorrágico. Las trombosis y sangrados graves impidieron el uso de la FAVI, requiriendo la utilización de un CVC como alternativa. Se enfatiza la importancia del seguimiento estrecho para minimizar riesgos, garantizar la viabilidad del acceso vascular y optimizar la terapia sustitutiva.

Fluctuación de anti-pla2r en nefropatía membranosa: implicaciones en pronóstico y terapia

Quispe Ramos, Daniel Ruddy¹; Rodríguez Tudero, Celia¹; Falconi Sarmiento, Angelo Roberto¹; Villanueva Sanchez, Elena¹; Sampedro Chica, Néstor Leonardo¹; Pinoargote Cañar, Karla Antonela¹; Martín Arribas, Alberto¹; Antúñez Plaza, Patricia¹; Fraile Gomez, Pilar¹; Heras Benito, Manuel¹; Delgado Lapeira, Gonzalo¹;

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA

Palabras clave / Términos relevantes:

Nefropatía membranosa, anti-PLA2R, proteinuria, rituximab

RESUMEN

Introducción: La nefropatía membranosa (NM) es la principal causa de síndrome nefrótico en adultos. En su variante primaria, los anticuerpos anti-PLA2R tienen un valor diagnóstico y pronóstico crucial, correlacionándose con la actividad de la enfermedad y la respuesta al tratamiento.

Caso clínico/resultados: Presentamos un varón de 69 años con hipertensión arterial, infarto agudo de miocardio, insuficiencia mitral y enfermedad renal crónica (ERC) de origen glomerular incierto.

Desde 2017, presentó episodios de síndrome nefrótico con proteinuria persistente (6-8 g/24 h). Una primera biopsia no concluyente motivó tratamiento con corticoides sin remisión completa. En 2023, se reevalúa por persistencia de la proteinuria. Al ingreso, sin edema ni deterioro de la función renal (creatinina 0,91 mg/dL), se documentó hipoalbuminemia (2,8 g/dL) e hipertrigliceridemia (204 mg/dL). La biopsia renal confirmó NM en estadio III con depósitos positivos de anti-PLA2R en inmunohistoquímica y coexistencia de glomeruloesclerosis focal y segmentaria (GEFS) tipo NOS.

El paciente presentó fluctuaciones en la positividad de anti-PLA2R, con negativización transitoria seguida de reaparición (27,2 U/mL) y progresión de la proteinuria (8,31 g/24 h), lo que sugirió actividad inmunológica persistente. Se inició tratamiento con rituximab (1 g en dos dosis separadas 15 días), logrando una disminución discreta de la proteinuria (7,75 g/24 h) y una nueva negativización de anti-PLA2R.

Conclusión: La variabilidad de anti-PLA2R es un biomarcador dinámico de la actividad inmunológica en NM, con implicaciones en la estratificación del riesgo y en la selección del tratamiento. Rituximab mostró eficacia parcial en este caso, resaltando la necesidad de monitorización estrecha para guiar decisiones terapéuticas personalizadas. La biopsia renal sigue siendo fundamental para el diagnóstico y detección de patologías concomitantes.

Eficacia del belimumab en el tratamiento de la nefropatía lúpica. Serie de casos.

Sbardella Sánchez, Gabriel¹; Prados Soler, María Carmen¹; Delgadillo Limón, Marco Valentín¹; Panadero Moya, Marta¹.

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO TORRECÁRDENAS

Palabras clave / Términos relevantes:

Nefropatía Lúpica, Belimumab.

RESUMEN

Introducción: La nefritis lúpica (NL) es una de las manifestaciones más frecuentes. Representa un importante factor de riesgo de morbilidad y mortalidad. Objetivo: Describir la disminución de antiDNA y proteinuria en los pacientes diagnosticados de nefropatía lúpica clase III-IV al añadir Belimumab.

Caso clínico y resultados: Pacientes con terapia estándar con:

1.- Proteinuria de 5927 mg/g y anticuerpos antiDNA no constaban. Tras el inicio de Belimumab, presenta en seguimiento en consulta de mejoría de CAC de 620.3, antiDNA 21.

2.- Proteinuria de 1324mg/g, anticuerpos antiDNA de >300, presenta recaída en 07/22 con CAC de 2442 mg/g y proteinuria en rango nefrótico de 5 g en 24 horas. Tras el inicio del Belimumab, presenta en seguimiento en consulta mejoría de CAC de 293.6 mg/g, proteinuria a 0.6 g, antiDNA 11.6.

3.- Proteinuria de 4935 mg/g y anticuerpos antiDNA de 127, presenta recaída en 09/22 con CAC de 6848.9 mg/g y proteinuria en rango nefrótico de 16 g en 24 horas. Tras el inicio del Belimumab, presenta en seguimiento en consulta mejoría de CAC de 26 mg/g, proteinuria a 0.18 g, antiDNA 19.

4 y 5.- Proteinuria de 4227 mg/g y 1123 mg/g y 6.89 g en 24 horas y 4.3 g en 24 horas, anticuerpos antiDNA de 241 y >600. Tras el inicio del Belimumab, presenta en seguimiento en consulta mejoría de CAC de 58.7 mg/g y 5.54 mg/g, proteinuria a 0.23 g y 0.07 g, antiDNA a 29.2 y 5.8, respectivamente.

6.- CAC de 6143 mg/g, proteinuria de 16 g en 24 horas, anticuerpos antiDNA de >600. Tras el inicio del Belimumab, presenta en seguimiento en consulta CAC de 73.48 mg/g, proteinuria a 0.62 g, antiDNA 83.2.

Conclusiones: Podemos observar como tras el inicio del Belimumab añadido al resto de la terapia inmunosupresora y cardionefroprotectora, todos los pacientes estudiados se logra una remisión completa.

Síndrome de Alport con patrón de glomerulonefritis membranoproliferativa por inmunocomplejos. la importancia del test genético.

Del Pino Estrada, Carmen¹; Esteban de la Rosa, Rafael¹; Jiménez Herrerías, Antonio¹; Clavero García, Elena¹; Polo Moyano, Aurora¹; Espigares Huete, María José¹;

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES

Palabras clave / Términos relevantes:

Síndrome Alport, glomerulonefritis, membranoproliferativa.

RESUMEN

Introducción: Presentamos un caso clínico de un varón de 31 años sin antecedentes de interés que ingresa por deterioro subagudo de función renal (hasta 4.13 mg/dl) y proteinuria en rango nefrótico (16gr/día) asociado a síndrome constitucional y artralgias en pequeñas articulaciones.

Caso clínico y resultados: A la exploración no presenta edemas con PA <140/90 mmHg. Entre las pruebas complementarias destaca la hipoalbuminemia, hipercolesterolemia y el sistemático de orina con proteínas y hematíes positivos (++). CAC 3606 mg/g. Presenta una autoinmunidad con ANA positivos (1/160) y resto negativo (antiDNA, ENAs, ANCAs, antiPLA2R, antiMBG). Complemento C3 bajo, C4 normal. IgM elevada (429) con resto de pruebas (proteinograma, PAMO y BAMO) negativas. Crioglobulinas negativas.

Ante el empeoramiento de función renal y de proteinuria se realiza biopsia renal. Mediante microscopía óptica e inmunofluorescencia se describe una glomerulonefritis membranoproliferativa con depósitos principalmente de C3 e IgM. Al microscopio electrónico se evidencia laminación de la membrana basal glomerular además de depósitos electrodensos subepiteliales e intramembranosos sugerentes de depósitos de crioglobulinas. Además se solicita el test genético que confirma una variante en heterocigosis en el gen COL4A3.

Se inicia tratamiento con prednisona 1 mg/Kg. Con mejoría progresiva y lenta de proteinuria, se inicia Micofenolato mofetilo 1000mg / 12h.

Conclusiones: El síndrome de Alport se caracteriza por un engrosamiento y laminación de la membrana basal glomerular. La inmunofluorescencia suele ser negativa.

Aunque ya ha sido descrita asociada a patrón de glomerulonefritis mediada por inmunocomplejos y de glomerulopatía C3, esta forma clínica e histológica difiere de los hallazgos habituales en esta nefritis hereditaria. Fue el test genético el que aportó el diagnóstico definitivo. Destacar que a pesar de describirse como mutación con resultado no concluyente, se confirma misma mutación como posiblemente patogénica en otra dinastía de la provincia lo que demuestra la importancia de desarrollar una base de datos provincial para esclarecer diagnósticos.

Los quistes renales en poliquistosis renal autosómica dominante pueden ser tratados: a propósito de un caso.

Vasquez Estepan, Tomiris Lissette¹; Varillas Caso, Dora Angélica¹; Garrido, Fermin¹; Prados Garrido, Maria Dolores¹; Morales García, Ana Isabel¹

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO

Palabras clave / Términos relevantes:

Enfermedad renal poliquística, Embolización terapéutica, Etanol

RESUMEN

Introducción: El dolor abdominal crónico en la Poliquistosis Renal autosómica dominante (PQRAD) suele estar asociado al crecimiento quístico. Aunque la cirugía solo se indica en complicaciones graves, la escleroterapia con etanol puede ser una opción en casos seleccionados, aunque su uso es limitado.

Caso clínico y resultados: Paciente de 47 años, seguimiento en Enfermedades Hereditarias con el diagnóstico PQRAD- PKD1, estadio 1E según la clasificación de la Clínica Mayo, en tratamiento activo con tolvaptán. Presenta dolor crónico abdominal intermitente, difuso y comienza con dificultad para iniciar la micción que se acentúa en posición decúbito supino. En resonancia magnética (RM) se evidencia aumento de volumen renal total de 5324 a 6947 cc; con un quiste de mayor tamaño en polo inferior de riñón izquierdo de 15cm que se sitúa sobre la vejiga comprimiéndola. Se deriva al servicio de urología y deciden no realizar ninguna intervención salvo nefrectomía previa a trasplante renal. Los síntomas persisten, se comenta el caso con el servicio de radiología intervencionista, planteando al paciente escleroterapia del quiste con etanol. Se realiza punción y vaciamiento de quiste renal izquierdo, se drenan 3L de contenido quístico y tras comprobar estanqueidad del quiste, se realiza alcoholización con 60 cc de etanol absoluto. El procedimiento transcurre sin evidencia de complicaciones. Paciente refiere mejoría clínica de la incontinencia, ausencia de hematuria, mejoría parcial de nicturia y urgencia miccional, así como estabilidad de la función renal (FGe: 25.77ml/min). Se comprueba por ecografía, la ausencia de reproducción de dicho quiste.

Conclusiones: La embolización con etanol de los quistes renales en pacientes PQRAD se debe considerar como alternativa terapéutica cuando el crecimiento de estos es importante y producen síntomas que no se controlan con tratamiento médico. Se recomienda seguimiento a largo plazo para evaluar la evolución de la enfermedad y durabilidad del alivio sintomático.

¿Es bueno el café con leche para todos?

Babara, Axenia¹; Pujol Saumell, Mireia¹; Juárez Mayor, Paula²; Alvarado Zelaya, Jerson Andrés¹; Vázquez Macías, Byron Fabricio¹; Babara, Alexandr³; Berni Wennekers, Ana¹; Albines Fiestas, Zoila Stany¹; Peña Porta, José María¹; Guzman Vázquez, Melisa¹; Iñigo Gil, Pablo¹

(1) HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ, ZARAGOZA (2) HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA, PAMPLONA (3) HOSPITAL REINA SOFÍA, TUDELA

Palabras clave / Términos relevantes:
Fístula arteriovenosa, alto flujo, insuficiencia cardíaca

RESUMEN

Introducción: Se presenta caso clínico de una complicación grave de las fístulas arteriovenosas internas (FAVI) para hemodiálisis, que es insuficiencia cardíaca de alto gasto secundaria a síndrome de hiperflujo de la FAVI.

Caso clínico y resultados: Varón de 86 años, exfumador, con los siguientes antecedentes médicos de interés: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, infarto agudo de miocardio en 2011, revascularización con stent, enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) de etiología no filiada, probablemente multifactorial en paciente con múltiples factores de riesgo cardiovascular. Se interviene para realización de fístula húmero-cefálica izquierda dentro de la preparación para terapia renal sustitutiva (TRS).

En los siguientes 2 meses, acude 3 veces a urgencias por clínica de astenia, disnea progresivamente peor, aunque manteniendo saturación, dolor abdominal inespecífico, sensación de "hinchazón". Se intensifica tratamiento diurético y se remite a domicilio para manejo ambulatorio.

En la revisión en consulta ERCA, refiere empeoramiento de disnea, se objetiva trabajo respiratorio y edematización generalizada, que se atribuye a la progresión de su enfermedad renal decidiendo esperar la maduración completa de la fístula para poder iniciar TRS. En 2 semanas de la revisión tiene que ingresar urgentemente por insuficiencia cardíaca congestiva descompensada para tratamiento deplectivo con diuréticos a altas dosis. Ante no mejoría se indica inicio de sesiones de hemodiálisis a través de catéter venoso central. Se correlaciona la aparición de clínica de insuficiencia cardíaca con realización de la FAVI, por lo que se decide ligadura de la misma con mejoría clínica del paciente.

Conclusiones: La FAVI se considera el acceso vascular de elección en hemodiálisis. Insuficiencia cardíaca de alto gasto asociada a FAVI de flujos elevados es una complicación grave pero reversible. Existe evidencia suficiente que muestra regresión del daño cardíaco tras ligadura de la FAVI. La ausencia de tratamiento precoz puede condicionar la inclusión en lista de espera de trasplante renal y elevada morbilidad.

Manejo nutricional en paciente en hemodiálisis: estrategias para mejorar el estado nutricional y la calidad de vida

Falconi Sarmiento, Angelo¹; Delgado Lapeira, Gonzalo César¹; Villanueva Sánchez, Elena¹; Rodríguez Tudero, Celia¹; Quispe Ramos, Daniel¹; Sampedro Chica, Nestor Leonardo¹; Pinoargote Cañar, Karla¹; Martín Arribas, Alberto¹; Tabernero Fernández, Guadalupe¹; Fraile Gómez, Pilar¹

(1) HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SALAMANCA

Palabras clave / Términos relevantes:

Enfermedad Renal Crónica, desgaste protéico-energético, nutrición

RESUMEN

Caso clínico y resultados: Paciente de 75 años, frágil y con pluripatología compleja. Diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica secundaria a Glomerulonefritis Rápidamente Progresiva p-ANCA, en hemodiálisis desde octubre de 2022. Tras iniciar tratamiento inmunosupresor, presenta una pérdida de peso de aproximadamente 5 kg en los primeros seis meses. Inicialmente, la tolerancia a la diálisis es regular, con episodios de inapetencia y náuseas esporádicas, los cuales mejoran progresivamente con la adaptación a la técnica.

En la evaluación física y antropométrica, se registra un peso de 54 kg, IMC de 26 kg/m², pliegue tricipital de 16.5 mm, circunferencia media del brazo de 18.82 cm, circunferencia braquial de 24 cm y pantorrilla de 31 cm. Bioimpedancia inicial: LTI 11.2 kg/m², FTI 14.2 kg/m². La valoración nutricional indica ingesta regular, con un puntaje de 1 en la escala MUST. Parámetros bioquímicos: prealbúmina 17.4 mg/dL, albúmina 3.8 g/dL, transferrina 140 mg/dL, colesterol total 115.5 mg/dL y PCR 2.2 mg/dL. Según criterios GLIM, se clasifica con desnutrición moderada relacionada con la enfermedad.

Tras la evaluación integral, se inicia una dieta adecuada y suplementación oral hipercalórica y normoproteica diaria. A los seis meses, se observa mejoría en todos los parámetros. En la bioimpedancia de control al año, se evidencia un ligero aumento en la masa magra (LTI 13.2 kg/m²) y disminución del índice graso (FTI 13.0 kg/m²). Ante la mejoría, la suplementación se reduce a tres días por semana, manteniendo un adecuado perfil nutricional.

La paciente continúa en hemodiálisis con estabilidad clínica y mejor movilidad, lo que impacta positivamente en su calidad de vida. Es incluida en lista de espera y recibe un trasplante renal de donante cadáver en diciembre de 2024, con injerto funcionante en la actualidad.

Desafíos diagnósticos y terapéuticos en la crioglobulinemia. Serie de casos

Morales Rodríguez, Erick Donato¹; Ramírez Gómez, María¹; Varillas Caso, Dora Angélica¹; Prados Garrido, María Dolores¹;

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO

Palabras clave / Términos relevantes:

Crioglobulinemia, Glomerulonefritis crioglobulinémica.

RESUMEN

Introducción: La crioglobulinemia es un trastorno caracterizado por la presencia de crioglobulinas, proteínas que precipitan en sangre a bajas temperaturas.

Casos clínicos: Mujer de 47 años con antecedente de hipertensión arterial. Consulta por disnea progresiva, lesiones purpúricas y edematización de miembros inferiores. Se objetiva crisis hipertensiva y analíticamente destaca creatinina 1.7mg/dl, proteinuria 5.2g/24h y microhematuria. En el estudio microbiológico: Hepatitis C con carga de 125000 copias.

Biopsia renal: Glomerulonefritis membranoproliferativa. La autoinmunidad confirma crioglobulinas positivas. Tratamiento inicial con antivirales y tratamiento inmunológico con pulsos de Metilprednisolona y Rituximab con mejoría de función renal, creatinina actual 1.1mg/dl.

Mujer de 66 años con antecedentes de Sd. Sjögren, anemia hemolítica autoinmune y lesiones cutáneas purpúricas en miembros inferiores de años de evolución (biopsia cutánea de púrpura pigmentosa) en tratamiento corticoideo crónico. Remitida a Consulta de Nefrología ante Creatinina 1.5mg/dl, proteinuria de 1g/24, en biopsia renal: glomerulonefritis proliferativa difusa con proliferación predominante endocapilar y depósitos inmunes sugerentes de crioglobulinemia, confirmadas en serología. Recibió tratamiento con Inmunoglobulinas y (RTX) con función renal actual Cr 0.79mg/dl y sin anemia ni proteinuria.

Paciente de 40 años, ERC de posible origen hipertensivo. Recibe trasplante renal de donante en asistolia (Maastricht III) con función retardada del injerto (Creatinina nadir 3.38 mg/dL). En el segundo mes postrasplante, fracaso renal agudo y proteinuria nefrótica (7.5g/24h), aumento del índice de resistencia en Doppler. Con sospecha rechazo agudo, recibe bolos de metilprednisolona con mejoría. Biopsia renal: glomerulonefritis crioglobulinémica, analíticamente crioglobulinas positivas. Se inician 7 sesiones de plasmaféresis y 2 dosis de Rituximab (375 mg), logrando ligera mejoría clínica (Creatinina 3 mg/dL).

Conclusión: La glomerulonefritis crioglobulinémica es una manifestación renal asociada a infecciones, autoinmunidad, puede manifestarse con una amplia gama de síntomas precisando un abordaje diagnóstico y terapéutico especializado

Hemodiálisis “decremental”

Babara, Axenia¹; Pujol Saumell, Mireia¹; Juárez Mayor, Paula²; Alvarado Zelaya, Jerson Andrés¹; Vásquez Macías, Byron Fabricio¹; Álamo Caballero, Concepción²; Guzman Vásquez, Melisa²; Albines Fiestas, Zoila Stany²; Peña Porta, José María²; Iñigo Gil, Pablo²

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA; (2) HOSPITAL CLINCO UNIVERSITARIO, ZARAGOZA,

Palabras clave / Términos relevantes:

Hemodiálisis, pauta personalizada, función renal residual

RESUMEN

Casos clínicos: Serie de 4 casos clínicos de nuestro centro, en los que, mediante un manejo personalizado, se logra reducir el tiempo de diálisis semanal necesaria con la subsiguiente mejoría de la calidad de vida de los pacientes.

Mujer, 75 años, enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) por poliquistosis hepatorrenal. Inició hemodiálisis de manera aguda por reagudización de su ERCA en contexto de gastroenteritis. En pocas semanas recupera diuresis y función renal similar a la previa al cuadro intestinal. Control tensional adecuado. Fósforo controlado sin necesidad de quelantes. Potasio y bicarbonato en rango en analíticas prediálisis. No indicación clínica ni analítica de diálisis por lo que sale del programa y continúa seguimiento en consulta ERCA.

Varón, 59 años. ERC estadio 3B A1 por uropatía obstructiva (vejiga neurógena). Ingresa por retención aguda de orina con deterioro del filtrado glomerular. Derivación urinaria sin recuperación de la función renal, inicia hemodiálisis no programada. En el transcurso del tiempo, recuperación parcial de la función renal lo que permite pasar de 3 a 1 día de diálisis a la semana.

Varón, 82 años. Insuficiencia cardíaca y ERC estadio 4-5 A2 sin filiar. Ingresa por empeoramiento de la función renal en contexto de clínica congestiva. Se inicia hemodiálisis 3 días a la semana. Recupera diuresis amplia, acude a sesiones sin ganancias de peso. Actualmente, precisa 2 sesiones/semana. Varón, 86 años, ERCA en paciente con diabetes mellitus. Realización de fístula arteriovenosa. Desarrollo de insuficiencia cardíaca aguda por flujos elevados en fístula que precipita entrada en diálisis. Mejora tras ligadura. Pasa a 2 sesiones semanales.

Conclusiones: La preservación de la función renal residual en diálisis facilita un tratamiento óptimo y mejora supervivencia del paciente. A la vez, exige un control clínico estrecho, con el fin de evitar sobrecarga de volumen subclínica y aumento del riesgo cardiovascular subyacente. La clave es un manejo personalizado.

Onconeurología: rompiendo la rutina, dos expresiones en una misma biopsia

Parra Londoño, Fernando¹;

(1) HOSPITAL GERMANS TRIAS I PUJOL

Palabras clave / Términos relevantes:

Glomerulonefritis Fibrilar, Atezolizumab, DNAJB9

RESUMEN

Caso clínico: Varón de 61 años fumador activo, con antecedentes patológicos de HTA con buen control, DM-2 diagnosticada recientemente de evolución desconocida HbA1C: 6.7%, SAOS por polisomnografía. Es diagnosticado de carcinoma pulmonar de célula pequeña sept/2024 evidenciándose en el estudio de extensión por PET-TAC captación intensa en pared derecha del recto/sigma y captación redondeada en segmento III hepático sugestivo de M1.

Se indica tratamiento quimioterápico agosto/2024 de primera línea con cisplatino, etoposido más atezolizumab, observándose a las 2 semanas de iniciado el tratamiento un empeoramiento progresivo de la función renal creatinina basal (1.14 mg/dl), alcanzando un pico máximo de 3,3 mg/dl que obliga a ajustar las siguientes dosis del tratamiento quimioterápico. Durante la valoración nefrológica se evidencia una lesión renal aguda KDIGO 2, proteinuria en rango nefrótico y hematuria microscópica con 5-10 % de dismórficos. Por empeoramiento rápido y progresivo de la función renal, se inician bolus de metilprednisolona 250mg (3 días) con pauta descendente posterior (0,5 mg/kg/día). El estudio inmunológico se destaca: ANAS, ANCA, PLA2R, complemento y Ac antimembrana basal glomerular negativos.

Se realiza biopsia renal que reporta 19 glomérulos, 9 globalmente esclerosados. 10 glomérulos viables; 8 presentaban proliferación extracapilar en forma de semilunas (5 epiteliales y 3 fibroepiteliales), proliferación endocapilar segmentaria y áreas de proliferación mesangial. Infiltrado intersticial inflamatorio 40-50% y FIAT 30%. En la inmunofluorescencia, positividad pseudolineal y ligeramente granular en pared capilar, focalmente mesangial positiva para IgG, C3, Kappa y Lambda. Dada la sospecha de glomerulonefritis fibrilar, se solicita inmunotinción DNAJB9 que resulta positiva.

Se hace diagnóstico de glomerulonefritis fibrilar con proliferación extracapilar difusa, probablemente secundaria a tratamiento con atezolizumab. Se suspende la inmunoterapia y se inicia tratamiento con Rituximab.

Múltiples tumores pardos en una paciente en Hemodiálisis: A propósito de un caso

Morales Rodríguez, Erick Donato¹; Delgado Ureña, Ana¹; Hernández García, Elena¹; Prado Garrido, María Dolores¹.

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO

Palabras clave / Términos relevantes:

Hiperparatiroidismo secundario, Hemodiálisis, Osteítis fibrosa

RESUMEN

Introducción: El Hiperparatiroidismo secundario (HPTS) es una complicación frecuente en pacientes que reciben hemodiálisis. Se describen 2 tipos de afectación ósea asociadas: alto remodelado denominada osteítis fibrosa y bajo remodelado cuyo nombre es osteomalacia. La aparición de tumores pardos con afectación ósea múltiple es excepcional con una incidencia entre 1.5-1.7% y predomina en mujeres jóvenes.

Caso clínico: Se trata de una mujer de 30 años con ERC terminal tras preeclampsia en último embarazo, en programa de hemodiálisis crónica desde 2015. Se realizó paratiroidectomía en 2021 por hiperparatiroidismo grave mal controlado. La paciente consultó por cuadro de disnea que no mejoró con la diálisis, se realizó radiografía de tórax que demostró derrame pleural unilateral derecho que se drenó obteniendo un líquido de color parduzco. Se realizó TAC tórax donde se observaron múltiples lesiones mixtas, algunas osteolíticas, algunas con osteoesclerosis distribuidas por la caja torácica. A nivel abdominal presentaba lesiones en columna lumbosacra y pelvis, todas compatibles con tumores pardos. Se realizó gammagrafía ósea para descartar otras causas, se informó de afectación ósea extensa con patrón de superscan de origen metabólico en el contexto de HPTS. En la exploración física destacaba una tumoración palatina de 2 años de evolución. Se llevó a cabo TAC de cara que demostró múltiples lesiones osteolíticas/mixtas en calota, mandíbula y clivus, así como otras excrecentes y expansivas en maxilar superior.

Conclusión: En nuestra práctica clínica habitual es excepcional encontrar estos tipos de lesiones. La prevalencia es diferente entre los países desarrollados y en vías de desarrollo, lo cual está relacionado con el tratamiento subóptimo del fósforo junto con el difícil acceso a hemodiálisis en un contexto de recursos limitados. Para los jóvenes nefrólogos puede suponer una enfermedad olvidada en tiempos donde ha mejorado el tratamiento médico del HPTS y existe gran experiencia con la paratiroidectomía quirúrgica.

Desafío diagnóstico en paciente en diálisis con catéter yugular: espondilodiscitis a nivel L3-L4 como complicación inesperada.

Macías Murillo, Joselin¹; Alvarez Parra, Sheyla¹; Suarez Condo, Nohely¹; Rosario Vargas, Anney¹; Camarero Temiño, Vanesa¹; Izquierdo Ortiz, María¹;

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS

Palabras clave / Términos relevantes:

Espondilodiscitis, diálisis, catéter yugular

RESUMEN

Introducción: Los pacientes en diálisis son particularmente vulnerables a infecciones relacionadas con sus accesos vasculares, especialmente los catéteres yugulares, lo que puede complicar el diagnóstico y tratamiento adecuado. Sin embargo, las infecciones espinales, como la espondilodiscitis, presentan un reto diagnóstico adicional debido a la variedad de síntomas inespecíficos y la coexistencia de comorbilidades en estos pacientes. Este caso clínico ilustra la dificultad para identificar espondilodiscitis en un paciente de 73 años con antecedentes de poliquistosis renal, quien estaba en diálisis mediante catéter yugular.

Caso clínico: Varón con antecedentes de poliquistosis renal en diálisis mediante catéter yugular presentó fiebre intradialítica, tiritona con elevación de RFA. Inicialmente se sospechó una bacteriemia asociada al catéter, se realizó extracción de hemocultivos y pruebas de imagen; como radiografía y ecografía abdominal, sin objetivarse hallazgos significativos. Se decide iniciar tratamiento empírico con vancomicina y ceftazolina, los hemocultivos fueron negativos. Ante el empeoramiento de los síntomas, se realizó una tomografía computarizada (TAC), que reveló un pequeño quiste hemorrágico, ante mala respuesta clínica y analítica se escala el tratamiento a meropenem. No obstante, la fiebre persistió con posterior aparición de dolor lumbar, lo que motivó la solicitud de una resonancia magnética, la cual confirmó el diagnóstico de espondilodiscitis a nivel L3-L4.

Conclusiones: El manejo de este paciente resalta la importancia de un enfoque diagnóstico exhaustivo ante la persistencia de síntomas, como fiebre y dolor lumbar, en pacientes con acceso vascular. El diagnóstico y tratamiento efectivo de la espondilodiscitis requieren el uso de técnicas avanzadas de imagen y un enfoque multidisciplinario para garantizar un tratamiento adecuado y evitar complicaciones.

Eficacia de los iSGLT-2 para mejorar parámetros congestivos y control tensional en pacientes en hemodialisis. Serie de casos.

Sbardella Sánchez, Gabriel¹; Prados Soler, María Carmen¹; Delgadillo Limón, Marco Valentín¹; Panadero Moya, Marta¹; Duarte Martínez, Ana Dolores¹;

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO TORRECÁRDENAS

Palabras clave / Términos relevantes:

ISGLT-2, Congestión, tensión arterial

RESUMEN

Introducción: Describir la mejoría del proBNP y el control tensional luego del inicio de los ISGLT-2 en pacientes con IC y ERCT en programa crónico de HD.

Casos clínicos y resultados: Se incluyeron 5 pacientes que pertenecen al programa de hemodiálisis del Hospital Universitario Torrecárdenas, de los cuales el 100% de los mismos son hombres en torno a los 60 años ($\pm$ 10), diuresis residual >500 cc y FEVI tanto reducida como conservada.

El paciente 1 tenía un proBNP de >35000 y TA en torno a 170/90 mmHg previo al inicio del fármaco, posterior al inicio del fármaco, se evidencia en controles analíticos posteriores un descenso del proBNP hasta 18940 y mejora de cifras tensionales en torno a 140/80 mmHg.

El paciente 2 tenía un proBNP de >35000 y TA en torno a 180/100 mmHg previo al inicio del fármaco, posterior al inicio del fármaco, se evidencia en controles analíticos posteriores un descenso del proBNP hasta 826 y mejora de cifras tensionales en torno a 160/90 mmHg.

El paciente 3 tenía un proBNP de >70000 y TA en torno a 160/90 mmHg previo al inicio del fármaco, posterior al inicio del fármaco, se evidencia en controles analíticos posteriores un descenso del proBNP hasta 14637 y mejora de cifras tensionales en torno a 130/80 mmHg.

El paciente 4 tenía un proBNP de >70000 y TA en torno a 160/100 mmHg previo al inicio del fármaco, posterior al inicio del fármaco, se evidencia en controles analíticos posteriores un descenso del proBNP hasta 18940 y mejora de cifras tensionales en torno a 140/80 mmHg.

Conclusiones: Tras el inicio de los ISGLT-2, añadido al demás tratamiento cardionefroprotector, podemos observar mejora tanto en parámetros congestivos como de control de cifras tensionales en los pacientes estudiados.

Desafíos en el manejo postrasplante: recidiva de nefropatía iga y glomerulonefritis membranosa de novo en un paciente trasplantado.

Catalán García, Desirée¹; Casas Parra, Ángela¹; Montero Estopiñá, Miriam¹; Blanco Fernández, Valentina M¹; Rodríguez Martínez, Paula¹; Gelpi Romero, Rosana¹; Vila Santandreu, Anna¹; Bover Sanjuan, Jordi¹; Ara del Rey, Jordi¹.

(1) HOSPITAL UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL

Palabras clave / Términos relevantes:

Trasplante de Riñón, Glomerulonefritis por IGA, Glomerulonefritis Membranosa.

RESUMEN

Introducción: La Nefropatía IgA (GN IgA) es la glomerulopatía primaria más frecuente y una causa importante de enfermedad renal crónica terminal, con elevada tasa de recurrencia en trasplantes renales. La glomerulopatía membranosa de novo (GNMdn) es la forma más común de glomerulopatía de novo en el injerto renal. Su coexistencia con la GN IgA es extremadamente rara, con pocos casos reportados en la literatura. Uno de estos casos, es el presentado a continuación.

Casos clínicos y resultados: Se describe el caso de un varón de 67 años con insuficiencia renal secundaria a GN IgA, quien recibió un trasplante renal en 2011. Cinco años después, presentó proteinuria significativa, y una biopsia confirmó la recurrencia de la Nefropatía IgA. Posteriormente, ante el empeoramiento de la proteinuria y sin signos de rechazo agudo, una nueva biopsia reveló la coexistencia de GNMdn estadio I-II. Se realizó estudio de secundarismo diagnosticándose un adenocarcinoma acinar infiltrante de pulmón con necesidad de lobectomía del lóbulo superior derecho.

A propósito de este caso se revisan biomarcadores como receptor de la fosfolipasa A2 del tipo M (PLA2R) y thrombospondin type-1 domain-containing 7A (THSD7A). En la glomerulonefritis membranosa (GNM), antígenos como THSD7A, han sido asociados a tumores. A diferencia de PLA2R que podría tener un efecto supresor, la GNM con THSD7A presentan mayor riesgo de malignidad, hasta un 50% desarrollan cáncer. Su detección justificaría estudios oncológicos adicionales, aunque su sensibilidad aún no está bien establecida. En nuestro caso, pese a la GNMdn secundaria a cáncer de pulmón, THSD7A fue negativo.

Conclusiones: Este caso es de particular interés debido a la infrecuencia de la coexistencia de ambas glomerulopatías en un injerto renal. Además de la importancia de rebiopsiar, ya que nos permitió diagnosticar una GNMdn y realizar un estudio de secundarismo precoz, permitiendo un manejo temprano de la neoplasia mejorando así el pronóstico.

Nefrotoxicidad por Pembrolizumab. La importancia de conocer las nuevas terapias oncológicas.

Ossorio Anaya, Álvaro¹; Blázquez Roselló, Sara¹; Luna Aguilera, Alicia¹;

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO PUNTA EUROPA

Palabras clave / Términos relevantes:

Nefritis, Inmunoterapia, Pembrolizumab

RESUMEN

Caso clínico: Paciente de 59 años con antecedente de carcinoma renal derecho de células claras intervenido en Julio/23 mediante nefrectomía radical, con metástasis suprarrenal izquierda intervenida en Mayo/24 mediante adrenalectomía laparoscópica. Inicia Pembrolizumab (inmunoterapia) en Julio/24, y desde entonces se objetiva deterioro de función renal progresivo hasta estadio avanzado (CKD-EPI 13 ml/min). En orina se identifica piuria estéril, y proteinuria 1gr/24h de origen tubular (albuminuria 180 mg/24h). Se suspende Pembrolizumab por sospecha de Nefritis tubulointersticial aguda (NTIA) asociada a Inhibidores del check point (ICP). Juicio clínico: NTIA secundaria a ICP.

Al tratarse de un paciente monorreño, sin existir disponibilidad a corto plazo de servicio de Cirugía vascular, resulta fundamental un alto nivel de sospecha, que permitirá la instauración de terapia corticoidea lo más temprana posible. En la analítica de estudio no existían otros parámetros sugerentes de una entidad patológica alternativa.

Los anticuerpos ANA, ANCA, anti-MBG, anti-PLA2, antiDNA... fueron negativos; no se detectó componente monoclonal ni otros datos de gammapatía de significado renal; la determinación de crioglobulinas y serología viral fueron negativos. Tratamiento: Además de la suspensión inmediata de Pembrolizumab, se realiza pauta corticoidea basada en bolos de prednisona 250mg/día (3 días) + pauta prednisona oral descendente. También se suspende tratamiento que realizaba con omeprazol, dado que los inhibidores de la bomba de protones aumentan el riesgo de la nefritis tubulointersticial.

Conclusiones: Tras dos meses de tratamiento, se asiste a recuperación progresiva de la función renal (a los 60 días, CKD-EPI 73 ml/min) con descenso de proteinuria concomitante (400 mg/24h). Como particularidad, el inicio de la terapia con corticoides se realizó de manera tardía (1 mes después del debut del cuadro renal), pero el paciente se encontraba en tratamiento de base con hidraltesona por insuficiencia suprarrenal, lo que pudo influir positivamente en la evolución favorable del cuadro a pesar de la instauración tardía del tratamiento.

Cuando varias entidades se cruzan: diagnóstico complicado de enfermedad renal diabética

Ossorio Anaya, Álvaro¹; Blázquez Roselló, Sara¹; Luna Aguilera, Alicia¹;

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO PUNTA EUROPA

Palabras clave / Términos relevantes:

Proteinuria, Gammopatía, Diabetes, Glicosilada

RESUMEN

Casos clínico: Paciente de 66 años, fumadora, con HTA y DM-2 de larga data con mal control glucémico histórico, sin retinopatía diabética en fondo ojo y macroalbuminuria (máximo 500 mg/gCr) hasta Enero/2024. Se diagnostica en Mayo/2024 de Mieloma Múltiple IgG Lambda (componente 0.60g/dL. CLLs Lambda 627.38, CLLs kappa 41.96 - ratio invertido 14.96-), con rojo Congo negativo en biopsia de grasa subcutánea y cresta ilíaca, sin lesiones óseas en PET-TC.

Se identifica en orina posteriormente cociente proteína/creatinina 3233.8mg/gCr y albúmina/creatinina 2335mg/gCr, manteniendo función renal normal con CKD-EPI 94 mL/min. Tras estudio por Hematología, no cumple criterios para tratamiento hematológico. Por ello se realiza biopsia renal ante sospecha de gammopatía de significado renal que suponga indicación de inicio de tratamiento específico frente a mieloma.

Biopsia renal. Sin depósitos de IgA, IgG, IgM, C3, C1q, Kappa ni lambda. Microcopía óptica: 2/21 glomérulos muestran esclerosis global. Los restantes presentan aumento difuso de la matriz y de celularidad mesangial, ocasionales focos de esclerosis de patrón nodular sugestivos de nódulos de Kimmelstiel Wilson. Intersticio:fibrosis y atrofia tubular en el 20% del área cortical. Arteriopatía hialina, observándose algunos glomérulos con afectación de la arteriola eferente. No depósitos congófilos.

Diagnóstico: Enfermedad renal diabética.

Conclusiones: Se trata de una paciente con DM2 de larga data con buen control glucémico actual, con función renal conservada, sin retinopatía diabética y albuminuria inferior a 500 mg/gCr hasta la actualidad, que repentinamente presenta ascenso de proteinuria hasta rango nefrótico. Simultáneamente se diagnostica Mieloma Múltiple IgG- Lambda. A pesar de ser principal sospecha una gammopatía de significado renal, se realiza biopsia que revela una nefropatía diabética, lo que demuestra la importancia de la biopsia para un diagnóstico certero que garantice un adecuado manejo del cuadro: en este caso el tratamiento hematológico empírico no sería beneficioso, se asumirían efectos adversos del mismo innecesariamente.

Derrame pleural derecho en paciente en diálisis peritoneal.

Alvarado Zelaya, Jerson Andres¹; Babara, Axenia¹; Pujol, Mireia¹; Vasquez Macías, Byron Fabricio¹; Albines Fiestas, Zoila¹; Alamo, Concepcion¹; Blasco Forcen, Ángel¹; Berni Wennekers, Ana¹; Peña Porta, Jose María¹; Iñigo, Pablo¹;

(1) HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ

Palabras clave / Términos relevantes:

Dialisis peritoneal, síndrome cardiorrenal, derrame pleural

RESUMEN

Caso clínico: Paciente de 75 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, fibrilación auricular no valvular permanente en tratamiento con apixabán, cardiopatía congénita corregida quirúrgicamente en la edad adulta (ventrículo derecho de doble cámara en 1989), miocardiopatía dilatada con disfunción sistólica moderada del ventrículo izquierdo (FEVI 40 %), en clase funcional III (NYHA), cardiopatía isquémica con IAMCEST en 2016 y enfermedad renal crónica estadio 3a A1.

En octubre de 2023 ingresa por descompensación cardíaca con lesión renal aguda KDIGO 3 e infección urinaria por *Enterococcus faecalis*. Se administra antibioterapia y furosemina en perfusión con escasa respuesta. Se realiza paracentesis evacuadora (1500 cc de líquido serohemático). Ante evolución desfavorable, ingresa a UCI, requiriendo soporte vasoactivo y hemodiafiltración venovenosa continua. Evoluciona favorablemente recuperando la función renal, con optimización del tratamiento neurohormonal y depletivo. Se logra estabilidad clínica y hemodinámica, permitiendo el alta con seguimiento cardiológico.

En noviembre de 2023 reingresa por insuficiencia cardíaca descompensada con disnea progresiva, oliguria y edemas. La exploración revela ingurgitación yugular, hipoventilación bibasal, ruidos arrítmicos y edemas pretibiales. ECG: fibrilación auricular (70 lpm), bloqueo de rama derecha con hemibloqueo anterior izquierdo. Radiografía de tórax: derrame pleural derecho. Se instaura tratamiento depletivo con buena respuesta, logrando diuresis efectiva y mejoría clínica, permitiendo alta médica.

Ante congestión persistente y resistencia a diuréticos (12 sesiones IV en mes y medio), en enero de 2024 se inicia ultrafiltración peritoneal nocturna con extraneal. Presenta mejoría clínica y analítica (NT-ProBNP 5900 ng/L), evitando hospitalizaciones en 12 meses.

En 2025 presenta disnea progresiva y dolor pleurítico derecho de tres días de evolución. Se realiza radiografía de tórax, evidenciando derrame pleural unilateral hasta campo medio. Se sospecha fuga de líquido peritoneal, pero gammagrafía descarta esta posibilidad. Se considera un derrame de otra etiología, instaurándose tratamiento sintomático con mejoría clínica. Continúa con diálisis peritoneal sin complicaciones.

Glomerulonefritis de cambios mínimos en adulto: respuesta a tratamiento combinado

Villa Ayala, Verónica-Alexandra¹; Beltrán Mallen, David¹; López Royo, Luzia Sescún¹; Guevara Madrid, Francisco Antonio¹; Guillen Crusells, Javier¹; Gracia Martín, Carmen¹; Sureda de Lucio, Begoña¹; Medrano Villarroya, Cristina¹;

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Palabras clave / Términos relevantes:

Síndrome nefrótico, glomerulonefritis de cambios mínimos, recaída.

RESUMEN

Introducción: La enfermedad de cambios mínimos (ECM) representa el 10-15% de síndromes nefróticos primarios en adultos. Se caracteriza histológicamente por microscopía óptica normal con fusión podocitaria al microscopio electrónico. Se postula una disfunción inmunológica mediada por linfocitos T como mecanismo fisiopatológico. El objetivo es presentar un caso de ECM en adulto con respuesta completa a tratamiento esteroideo y recaída posterior manejada con terapia combinada.

Casos clínicos y resultados: Mujer de 29 años sin antecedentes relevantes, excepto madre monorrenal. Debut en abril/2024 con síndrome nefrótico severo: proteinuria 18g/día, albúmina 1,5mg/dl, dislipemia, función renal conservada (creatinina 0,62mg/dl, filtrado glomerular 90ml/min), anasarca e insuficiencia respiratoria leve. El estudio inmunológico: IgG disminuida, resto inmunoglobulinas normales. PLA2R negativo, ANA, anti-DNA, ANCA, complemento normal, crioglobulinas y quantiferón negativos. Serologías virales negativas.

Biopsia renal (26/04/2024): patrón proliferativo endocapilar en dos glomérulos, mesangio desflechado y dobles contornos segmentarios, con trazas de C3 en inmunofluorescencia. Sin esclerosis glomerular. Leve daño tubular agudo datos discordantes con cuadro clínica, por lo que ante sospecha de ECM, se inició prednisona 1mg/kg/día (01/05/2024) en pauta descendente hasta octubre/2024, alcanzando remisión completa. Tras dos meses en remisión, presentó recaída (20/01/2025) con síndrome nefrótico (proteinuria >3,5g/día, cociente proteínas/creatinina >3500mg/g).

Los resultados de microscopía electrónica confirmaron podocitopatía y con estudio genético sin alteraciones en el complemento. Se reinició tratamiento con prednisona 1mg/kg/día en pauta descendente añadiendo rituximab 1g (dos dosis separadas por 14 días), logrando remisión completa hasta la actualidad.

Conclusiones: La ECM en adultos presenta mayor tasa de recaídas y resistencia a corticoides que en niños. El tratamiento combinado con rituximab constituye una alternativa eficaz en recaídas, como demuestra nuestro caso. La confirmación diagnóstica requiere microscopía electrónica para identificar la fusión podocitaria característica. Es fundamental el seguimiento estrecho para detectar y tratar precozmente las recaídas.

Fracaso renal agudo secundario a toxicidad tubular por anticoagulación con acenocumarol

Villa Ayala, Verónica-Alexandra¹; Beltrán Mallen, David¹; López Royo, Luzia Sescún¹; Guevara Madrid, Francisco Antonio¹; Guillen Crusells, Javier¹; Gracia Martín, Carmen¹; Sureda de Lucio, Begoña¹; Medrano Villarroya, Cristina¹;

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Palabras clave / Términos relevantes:

Fracaso renal agudo, anticoagulantes, vasculitis

RESUMEN

Introducción: El fracaso renal agudo secundario a anticoagulación con acenocumarol representa una complicación poco frecuente pero relevante en la práctica clínica. Los antagonistas de la vitamina K pueden inducir nefropatía mediante microhemorragias que generan obstrucción tubular por cilindros hemáticos y lesión tubular directa.

Casos clínico y resultados: Varón de 79 años con antecedentes de vasculitis P-ANCA () diagnosticada en 2010 con afectación ORL y pulmonar, en tratamiento con Rituximab desde febrero 2019 (previamente Ciclofosfamida en 2011). Presenta además fibrilación auricular anticoagulada con acenocumarol.

El paciente ingresa de forma programada para recibir nueva dosis de Rituximab cuando se detectó deterioro de función renal con creatinina de 3.6 mg/dL además de microhematuria y proteinuria en los últimos 8 meses. Ante estos hallazgos, se realiza biopsia renal.

Permanece asintomático durante el ingreso, con diuresis conservada y sin hematuria macroscópica. Recibió tratamiento con tres pulsos de metilprednisolona seguidos de prednisona oral. La biopsia renal mostró 23 glomérulos (uno esclerosado), ausencia de semilunas y necrosis fibrinoide, sin proliferación endocapilar. Destacaba la presencia de cilindros hemáticos intratubulares con atrofia tubular leve. La inmunofluorescencia resultó negativa, descartándose afectación renal por vasculitis.

El diagnóstico final fue fracaso renal agudo secundario a toxicidad tubular por anticoagulación con acenocumarol. Se sustituyó el acenocumarol por HBPM ajustada filtrado y se continuó con pauta descendente rápida de prednisona. Se solicitó valoración cardiológica para cierre de orejuela, quedando incluido en lista de espera.

Conclusión: El fracaso renal agudo secundario a anticoagulación con acenocumarol debe considerarse en el diagnóstico diferencial de pacientes con deterioro de función renal que reciben este tratamiento, incluso en presencia de otras patologías que puedan afectar al riñón como las vasculitis ANCA positivas. La biopsia renal constituye una herramienta diagnóstica esencial para establecer la etiología del daño renal, permitiendo diferenciar entre una recidiva de la enfermedad autoinmune y una complicación farmacológica.