PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DIÁLISIS Y TRASPLANTE (SEDYT)

ISSN 1886-2845

Diálisis y Trasplante

Fundada en 1979

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

Vol 47 nº 1. Año 2026

www.sedyt.org

PÓSTERS



Amiloidosis AA secundaria a tuberculosis diseminada

Sureda De Lucio, Begoña (1); Gracia Martin, Carmen (1); López Royo, Luzía Sescún (1); Guillén Crusells, Javier (1); Guevara Madrid, Francisco Antonio (1); Baz Obon, Teresa (1); Borges Blanco, Pedro Ernesto (1);

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Palabras clave / Términos relevantes:
Tuberculosis, amiloidosis, biopsia

RESUMEN

Introducción: Paciente varón de 30 años, natural de Mali, con antecedente de contacto con tuberculosis (TBC) bacilífera hace 2 años, IGRA positivo y radiografía de tórax y esputo normales, pero quien rechazó quimioprofilaxis.

Caso clínico: Ingresó el 29/09/2025 por monoplejía progresiva de la extremidad superior derecha (ESD). El TC craneal urgente mostró múltiples lesiones quísticas subcentimétricas con realce anular en ambos hemisferios; la TC toraco-abdomino-pélvica evidenció TBC pulmonar primaria con adenopatías mediastínicas, consolidación y derrame pleural derecho, además de afectación peritoneal. La broncoscopia con BAL realizada el 08/10 confirmó PCR positiva para Mycobacterium tuberculosis complex, estableciendo TBC diseminada. Se inició tratamiento antituberculoso el 07/10 con Rimstar, Linezolid y Piridoxina, junto con corticoterapia, y rehabilitación para la monoplejía, con mejoría progresiva de movilidad. Durante el ingreso se detectó deterioro de la función renal (creatinina 1,12→2,72 mg/dL, FG 30 mL/min) con proteinuria en rango nefrótico (13,921 mg/g), hipoalbuminemia (1,1 g/dL) y dislipemia, compatible todo ello con síndrome nefrótico. Se completó estudio con biopsia renal realizada el 17/10 que confirmó depósitos glomerulares y arteriolares de amiloide AA, con inflamación intersticial leve y sin atrofia tubular significativa, evidenciando amiloidosis AA secundaria a TBC.

Conclusiones: Ante estabilidad clínica, se decidió alta a domicilio con seguimiento ambulatorio, y en la revisión posterior el paciente presentó buen estado general con mejoría de los parámetros analíticos y funcionales.

Control del potasio en pacientes en hemodiálisis: relación entre intensidad terapéutica y resultados clínicos en el área sanitaria Arnau –Llíria

Oltra Benavent, Ana María (1); Orero Calvé, Esther (2); Martínez Vaquera, Shaira (3); Martínez Canet, Ana María (4);

(1) HOSPITAL DE LLÍRIA (2) DIAVERUM BURJASSOT, PATERNA Y LLÍRIA (3) COUNTRY MEDICAL DIRECTOR SPAIN (4) HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA DE VALENCIA

Palabras clave / Términos relevantes:
Hiperpotasemia, diálisis, intensidad terapéutica

RESUMEN

Introducción: La hiperpotasemia continúa siendo uno de los desafíos más relevantes en hemodiálisis, por su estrecha relación con eventos arrítmicos, mortalidad y hospitalización. Además de la insuficiencia renal avanzada, la elevada prevalencia de diabetes mellitus y patología cardiovascular, junto a fármacos hiperkalemiantes, agravan el riesgo y dificultan su control. Optimizar la gestión del potasio sérico constituye un objetivo esencial en la práctica actual.

Objetivos: Describir de forma retrospectiva los niveles séricos de potasio y su abordaje terapéutico en 228 pacientes en programa de hemodiálisis durante el año 2025 en centros Diaverum, área sanitaria Arnau–Llíria (Burjassot, Paterna y Llíria).

Material y método: Se analizaron variables demográficas y clínicas (edad, sexo, comorbilidad, tiempo en diálisis, diabetes mellitus) y parámetros de adecuación dialítica. Se definió hiperpotasemia como K sérico 〈 o = 5,5 mEq/L. Se evaluaron valores medios mensuales y anuales, distribución de pacientes con hiperpotasemia y tipo de tratamiento farmacológico prescrito.

Resultados: El 16,2 % presentó K 〉 5,5 mEq/L. El potasio medio anual fue 〈 5 mEq/L en los tres centros, con media más baja en Llíria (4,76 mEq/L), que también mostró menor porcentaje de hiperpotasemia (13,4 %). Se identificó una tendencia estacional al alza en los meses de verano y tras las vacaciones navideñas. El tratamiento farmacológico se indicó en el 16 % de los pacientes (Burjassot), 43 % (Paterna) y 48 % (Llíria), predominando las resinas de intercambio iónico.

Conclusiones: El centro con mayor tasa de tratamiento fue el que alcanzó mejor control del potasio, lo que sugiere una correlación entre intervención activa y resultados clínicos. El manejo integral combina dieta, ajuste de medicación y uso de quelantes. La incorporación de nuevos agentes patiromero y ciclosilicato de sodio/zirconio directamente desde las Unidades de Nefrología podría optimizar el control de hiperpotasemia, mejorar la adherencia y reducir eventos adversos asociados.

Cuando el líquido pierde su camino

Alvarado Zelaya, Jerson (1); Babara, Axenia (1); Vasquez Macias, Byron Fabricio (1); Villigua Zambrano, Ana Maria (1); Pujol Saumell, Mireia (1); Aladren, Daniel (1); Mora Lopez, Paula (1); Guzman Vasquez, Melissa (1); Peña Porta, Jose Maria (1); Iñigo Gil, Pablo (1);

(1) HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

Palabras clave / Términos relevantes:
Hemodialisis urgente, Hiperpotasemia, Urinoma

RESUMEN

Introducción: Varón de 78 años con enfermedad renal crónica (ERC) estadio 3b secundaria a nefropatía hipertensiva, diabetes mellitus tipo 2, cardiopatía isquémica con infarto previo y antecedentes de litiasis urinaria recurrente, intervenido por última vez cuatro años antes.

Caso clínico: Acude a urgencias por una semana de vómitos, diarreas, malestar general, astenia, oliguria, orina oscura e hipo persistente. A la exploración, consciente, orientado y hemodinámicamente estable, hipertenso (170/90 mmHg). Auscultación cardiopulmonar fue normal, abdomen blando y depresible, sin dolor ni signos de irritación peritoneal.

La analítica inicial mostró creatinina sérica de 9,59 mg/dL (basal 2,5 mg/dL), urea 212 mg/dL, potasio 7,35 mEq/L y bicarbonato 16 mEq/L, compatibles con lesión renal aguda sobre ERC, asociada a hiperpotasemia y acidosis metabólica. El sedimento urinario evidenció hematuria microscópica. A pesar de tratamiento médico intensivo para la hiperpotasemia, no se logró su corrección, requiriendo una sesión urgente de hemodiálisis, con adecuada normalización posterior de los niveles de potasio.

La ecografía renal mostró leve hidronefrosis derecha sin dilatación significativa del sistema colector. Ante la sospecha de uropatía obstructiva se realizó renograma isotópico con 99mTc-DTPA, que evidenció disminución bilateral de la captación del radiotrazador sin signos claros de obstrucción. Posteriormente, la tomografía computarizada abdominopélvica sin contraste identificó una litiasis de 5 mm en el uréter distal derecho, a nivel yuxtavesical, asociada a una colección hipodensa anterior a los vasos ilíacos derechos (70 × 40 mm).

El PET-TC confirmó una colección bien delimitada en fosa ilíaca derecha, metabólicamente inactiva. Radiología intervencionista realizó punción guiada por ecografía, obteniéndose líquido con características bioquímicas compatibles con orina, confirmando el diagnóstico de urinoma.

Conclusiones: Se colocó un catéter doble J en el uréter derecho para resolver la obstrucción. Posteriormente se observó recuperación progresiva de la función renal (creatinina 2,18 mg/dL al alta). El paciente fue dado de alta con seguimiento por nefrología y urología.

Disnea en hemodiálisis: más allá de la sobrecarga hídrica.

Suárez Condo, Nohely (1); Macías Murillo, Joselin (1); Alvarez Parra, Sheyla (1); Montilla Murillo, Carol (1); Laajami Khchina, Randa (1); Valda de Miguel, María Teresa (1); González Diez, Basilia (1); Hijazi Prieto, Badawi (1); Izquierdo Ortíz, María Jesús (1);

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS

Palabras clave / Términos relevantes:
Tromboembolismo pulmonar, hemodiálisis, disnea.

RESUMEN

Introducción: Se trata de un paciente varón de 68 años con mieloma múltiple de cadenas ligeras lambda y proteinuria de Bence Jones, tratado con pomalidomida-dexametasona hasta junio de 2024. Presenta enfermedad renal crónica estadio IV secundaria a riñón de mieloma, en hemodiálisis desde 2020. Inició diálisis mediante FAVI protésica en MSI (PTFE H-A) con mal funcionamiento y trombectomías repetidas, realizándose posteriormente FAVI H-A en MSD más dispositivo HERO, requiriendo tres trombectomías adicionales, por lo que se inició anticoagulación profiláctica.

Caso clínico: Tras la última trombectomía comienza con disnea progresiva hasta mínimos esfuerzos, sin mejoría pese a disminución de peso seco y balance negativo, con reducción de signos congestivos y episodios de hipotensión por depleción. Ante disnea persistente y síntomas inespecíficos refractarios a ultrafiltración, se realiza AngioTAC que evidencia tromboembolismo pulmonar bilateral periférico asociado a trombo en aurícula derecha con posible extensión a vena cava inferior, sin compromiso cardíaco. Se ajusta anticoagulación a dosis terapéuticas. Posteriormente presenta empeoramiento clínico con hipotensión severa y síncopes, intolerancia a hemodiálisis e ingreso en UCI, iniciándose hemodiafiltración venovenosa continua. Se descarta síndrome de alto gasto por FAVI. Tras mejoría parcial y alta a planta, desarrolla hematemesis y melenas que obligan a retirar anticoagulación. Presenta mala evolución, no subsidiaria de tratamiento endoscópico por alto riesgo intraprocedimiento, evolucionando a fallo multiorgánico y adecuación del esfuerzo terapéutico.

Conclusiones: En pacientes en hemodiálisis, la disnea suele atribuirse inicialmente a sobrecarga de volumen o descompensación cardíaca. Sin embargo, este caso resalta la importancia de mantener un enfoque diagnóstico amplio, considerando entidades potencialmente fatales como la embolia pulmonar. La enfermedad renal crónica avanzada y la hemodiálisis constituyen estados protrombóticos que incrementan el riesgo de eventos tromboembólicos, siendo fundamental evitar el sesgo de anclaje y realizar una evaluación sistemática ante disnea de etiología no claramente explicada.

Doble recurrencia precoz de vasculitis en trasplante renal asociado a microangiopatía trombótica

Guevara Madrid, Francisco Antonio (1); López Suescun, Luzia (1); Guillén Crusells, Javier (1); Gracia García, Carmen (1); Sureda de Lucio, Begoña (1); Baz, Teresa (1); Borges, Pedro Ramón(1);

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Palabras clave / Términos relevantes:
Vasculitis asociada a ANCA, Trasplante Renal, Microangiopatía trombótica

RESUMEN

Introducción: La recurrencia de la vasculitis asociada a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA) tras el trasplante renal es infrecuente y generalmente tardía.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer con enfermedad renal crónica terminal secundaria a vasculitis pANCA que desarrolló una recurrencia extremadamente precoz tras un primer trasplante renal, condicionando fallo primario del injerto. Posteriormente recibió un segundo trasplante con profilaxis intensiva mediante plasmaféresis y rituximab, presentando nuevamente recurrencia de la enfermedad. A las 12 semanas postrasplante desarrolló deterioro progresivo de la función renal y la biopsia evidenció hallazgos compatibles con microangiopatía trombótica (MAT) superpuesta, tras descartarse rechazo y toxicidad por inhibidores de calcineurina.

Conclusiones: Se inició tratamiento con eculizumab asociado a rituximab, con mejoría de la función renal y descenso de títulos de ANCA. Tras cuatro años de seguimiento, la paciente mantiene función renal estable y estabilidad clínica.

Evaluación del dolor en diálisis: un enfoque multidimensional mediante PROMIS

Sureda De Lucio, Begoña (1); Gracia Martin, Carmen (1); López Royo, Luzía Sescún (1); Guevara Madrid, Francisco Antonio (1); Guillén Crusells, Javier (1); Baz Obon, Teresa (1); Borges Blanco, Pedro Ernesto (1);

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Palabras clave / Términos relevantes:
PROMIS, dialisis, dolor

RESUMEN

Introducción: El dolor es un síntoma frecuente en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada sometidos a diálisis y suele estar infradiagnosticado. Su presencia impacta negativamente en la calidad de vida, afectando la adherencia al tratamiento y coexistiendo con síntomas como depresión, ansiedad o alteraciones del sueño. Los cuestionarios PROMIS (Patient-Reported Outcomes Measurement Information System) permiten evaluar de manera fiable el dolor y otros dominios de salud. El objetivo del estudio fue analizar la prevalencia del dolor en pacientes en DP y HD, y su relación con variables sociodemográficas, tiempo en diálisis, comorbilidades y otros síntomas reportados mediante PROMIS.

Material y método: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en la Unidad de Diálisis del Hospital Universitario Miguel Servet, incluyendo 64 pacientes (50 en HD y 14 en DP). El dolor se evaluó mediante el ítem PROMIS de Salud General sobre intensidad promedio en los últimos siete días (0–10) y mediante el T-score del dominio Dolor. Se consideraron significativos los valores de $p < 0,05$. El 70% de los pacientes reportó dolor, más frecuente en DP (85,7%) que en HD (66%), sin significación estadística. Al contratio que la evidencia previa, no se hallaron asociaciones significativas con edad, sexo, tiempo en diálisis, IMC o comorbilidades. Sí se observaron correlaciones moderadas y significativas entre el T-score Dolor y depresión ($\rho = 0,518$), ansiedad ($\rho = 0,535$), alteraciones del sueño ($\rho = 0,514$) y agotamiento ($\rho = 0,503$), mientras que la funcionalidad física se correlacionó negativamente ($\rho = -0,401$).

Conclusiones: El dolor es altamente prevalente en pacientes en diálisis y se asocia con mayor afectación psicológica, alteraciones del sueño y menor funcionalidad, independientemente de variables demográficas o carga de comorbilidades. El trabajo recalca la necesidad de una evaluación sistemática y multidimensional del dolor para mejorar la calidad de vida de esta población.

Fracaso Renal como forma de presentación de Mieloma Múltiple

Borges Blanco, Pedro (1); Baz Peña, Teresa (1); Guevara, Francisco (1); Guillen, Javier (1); Sureda, Begoña (1); Gracia, Carmen (1); Lopez, Luzia (1);

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Palabras clave / Términos relevantes:
Fracaso renal, proteinuria, mieloma múltiple

RESUMEN

Introducción: Varón de 54 años, sin antecedentes de interés, en tratamiento reciente con AINEs por lumbalgia y Omeprazol por síntomas dispépticos.

Caso clínico: Consulta por astenia, náuseas de dos semanas de evolución y dolor lumbar izquierdo de características distintas a episodios previos. En Urgencias se objetiva creatinina de 5.18 mg/dL con función renal previa normal (Lesión Renal Aguda AKIN III), junto a proteinuria, hematuria y leucocituria. Ante la sospecha de Nefritis Tubulointersticial Aguda secundaria a AINEs/IBP, se inician bolos de corticoides (125mg x3), seguidos de prednisona oral, sin mejoría significativa. La ausencia de respuesta, junto a proteinuria de 3g sin albuminuria, y la detección de banda monoclonal en fracción beta en el Proteinograma, motivaron la ampliación del estudio. El análisis inmunológico evidenció cadenas ligeras libres lambda marcadamente elevadas en suero (6.150 mg/L), componente monoclonal lambda de 0,14 g/dL en inmunofijación electroforética y supresión de inmunoglobulinas policlonales (IgG 532 mg/dL, IgA 27 mg/dL, IgM 11 mg/dL). La Biopsia Renal mostró hallazgos histológicos y de inmunofluorescencia concordantes con Riñón de Mieloma (Nefropatía por cilindros), atrofia tubular leve y focal. El PET-TC evidenció lesión lítica única hipermetabólica paramedular en el cuarto arco costal izquierdo, sugestiva de Plasmocitoma, y el aspirado de médula ósea confirmó infiltración del 22% por células plasmáticas atípicas, estableciéndose el diagnóstico de Mieloma Múltiple. Durante el ingreso se objetivó mejoría parcial y progresiva de la función renal (Cr: 5.18 → 4.53 → 2.90 mg/dL), sin requerir terapia renal sustitutiva. La proteinuria también experimentó un descenso (3009 mg/g·298 mg/g) en 3 semanas. Tras el alta, inició tratamiento hematológico con esquema Dara-VRD, con ajuste de dosis de Lenalidomida según función renal, presentando evolución clínica favorable con recuperación renal mantenida en controles posteriores.

Conclusiones: Este caso ilustra que, ante una LRA sin respuesta al tratamiento inicial, la Biopsia renal precoz para descartar discrasias sanguíneas es clave.

Fracaso Renal en contexto de componente monoclonal: no todo es GMSR. A propósito de un caso

García Sánchez, Elena (1); López-González Gila, Juan de Dios (1); Morales Rodríguez, Erik Donato (1); Zarcos Pedrinaci, Elena (1); Mañero Rodríguez, Carlos Alberto (1);

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO. GRANADA

Palabras clave / Términos relevantes:
Fallo renal, gammapatía significado renal, linfoma, discrasia sanguínea

RESUMEN

Introducción: Las gammapatías monoclonales de significado renal (GMSR) constituyen un grupo de entidades caracterizadas por la producción de inmunoglobulinas monoclonales con potencial nefrotóxico en ausencia de criterios de enfermedad hematológica maligna. Su diagnóstico requiere confirmación histológica, siendo la biopsia renal una herramienta clave para diferenciar entre daño mediado por depósitos monoclonales y otras causas de afectación renal asociadas a discrasias de células B.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 70 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 y síndrome linfoproliferativo tipo linfoma B de bajo grado (zona marginal vs linfoplasmocítico) en seguimiento por Hematología, sin tratamiento activo. Es derivado a Nefrología por detección de componente monoclonal sérico y urinario (IgG kappa, proteinuria de Bence-Jones positiva), junto con deterioro progresivo de la función renal (creatinina 1.9 mg/dL; FGe 34.5 mL/min) y proteinuria subnefrótica no selectiva. Ante la sospecha de GMSR, se realizó biopsia renal percutánea. El estudio histológico evidenció infiltración del parénquima renal por proceso linfoproliferativo B de bajo grado. La inmunofluorescencia mostró positividad para cadenas ligeras kappa, lambda e IgA en cilindros tubulares, sin evidencia de depósitos monoclonales organizados ni lesión estructural mediada por inmunoglobulinas. Estos hallazgos permitieron descartar GMSR como causa del deterioro renal, estableciendo el diagnóstico de insuficiencia renal secundaria a infiltración renal linfomatosa asociada a proteinuria por sobrecarga tubular. En consecuencia, se inició tratamiento dirigido a la enfermedad hematológica con rituximab, sin respuesta significativa, precisando segunda línea con zanubrutinib.

Conclusiones: Este caso pone de manifiesto la relevancia de la biopsia renal en pacientes con componente monoclonal y deterioro de la función renal, ya que permite establecer un diagnóstico preciso y orientar el tratamiento, evitando clasificaciones erróneas como GMSR y sus implicaciones terapéuticas.

Impacto de las variantes de nucleótido simple de CYP3A5 *1 y *3 en la farmacocinética de tacrolimus y en el riesgo de rechazo del injerto en pacientes pediátricos con trasplante renal

Xajil Ramos, Lesly Yanira (1);

(1) UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Palabras clave / Términos relevantes:
CYP3A5, trasplante renal, tacrolimus, farmacogenómica, farmacocinética

RESUMEN

Introducción: El tacrolimus es un inmunosupresor fundamental en el trasplante renal pediátrico, caracterizado por alta variabilidad farmacocinética interindividual asociada a la actividad de la enzima CYP3A5. Las variantes genéticas CYP3A51* y CYP3A53* determinan la expresión funcional de esta enzima, influyendo en el metabolismo del fármaco y en los requerimientos de dosis. Los portadores del alelo *1 presentan mayor actividad enzimática y requieren dosis más altas, mientras que los portadores de *3 muestran menor depuración. Estas diferencias pueden impactar la exposición al fármaco y el riesgo de rechazo. El objetivo fue evaluar el impacto de los genotipos CYP3A5 sobre la farmacocinética del tacrolimus y la incidencia de rechazo agudo en pacientes pediátricos guatemaltecos.

Resultados: El genotipo más frecuente fue *3/*3(66.6%), seguido de *1/*3(26.6%) y *1/*1(6.6%), predominando los no expresores. No se observaron diferencias significativas en las concentraciones valle de tacrolimus (TAC-C_0) entre grupos a los seis meses ($p > 0.05$). Sin embargo, los pacientes expresores requirieron dosis ajustadas por peso mayores ($p < 0.05$) y presentaron valores de TAC-C_0/D menores, indicando mayor depuración. El análisis de regresión de Poisson mostró que la dosis y la concentración de tacrolimus se asociaron con la incidencia de rechazo agudo (IRR = 1.0094 y 1.0177). Clínicamente, los expresores presentaron menor tasa de rechazo agudo. Los modelos genéticos mostraron una tendencia protectora del alelo *1 en el modelo dominante (OR = 0.47), sin significancia estadística, mientras que el modelo recesivo sugirió mayor riesgo en homocigotos *1/*1.

Conclusiones: Las variantes de CYP3A5 influyen en la farmacocinética del tacrolimus y pueden impactar el riesgo de rechazo en pacientes pediátricos trasplantados. La genotipificación permite identificar pacientes que requieren ajustes individualizados de dosis para lograr exposición terapéutica adecuada. Estos hallazgos respaldan la implementación de estrategias de medicina personalizada para optimizar la inmunosupresión y mejorar desenlaces clínicos en contextos como el guatemalteco.

La fragilidad del equilibrio

Alvarado Zelaya, Jerson (1); Babara, Axenia (1); Vasquez Macias, Byron Fabricio (1); Villigua Zambrano, Ana Maria (1); Pujol Saumell, Mireia (1); Ruiz Laiglesia, Jose Esteban (1); Mora Lopez, Paula (1); Albines Fiestas, Zoila Stany (2); Peña Porta, Jose Maria (1); Iñigo Gil, Pablo

(1) HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA (2) HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Palabras clave / Términos relevantes:
Síndrome cardiorrenal tipo II, Resistencia a diuréticos, Diálisis peritoneal

RESUMEN

Introducción: Varón de 75 años con enfermedad renal crónica estadio 3a A1, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, fibrilación auricular permanente anticoagulada con apixabán, cardiopatía congénita corregida (ventrículo derecho de doble cámara), IAMCEST (2016) y miocardiopatía dilatada de etiología mixta con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) del 40 %, clase funcional NYHA III.

Caso clínico: En octubre de 2023 ingresó por descompensación de insuficiencia cardiaca con lesión renal aguda oligúrica KDIGO 3 en contexto de infección urinaria por Enterococcus faecalis. A pesar de antibioterapia y perfusión continua de furosemida a altas dosis, persistió sobrecarga hídrica con ascitis, requiriendo paracentesis evacuadora. Ante deterioro clínico precisó ingreso en UCI, soporte vasoactivo y terapia de reemplazo renal con hemodiafiltración venovenosa continua, logrando control de volumen y posterior recuperación de la función renal. Posteriormente presentó múltiples episodios de congestión recurrente con disnea progresiva, oliguria y edemas periféricos, destacando NT-proBNP de 10.436 ng/L con creatinina de 1,74 mg/dL. Durante el seguimiento ambulatorio precisó tratamiento depletivo intensivo con diuréticos intravenosos (12 sesiones en 6 semanas), asociando suero salino hipertónico y levosimendán, sin mejoría clínica sostenida.

Ante un síndrome cardiorrenal tipo II con resistencia a diuréticos, se decidió manejo multidisciplinar con nefrología e inicio de dialisis peritoneal crónica como estrategia de control de volumen. Se implantó catéter peritoneal con drenaje inicial de aproximadamente 3L y se inició diálisis peritoneal con un intercambio nocturno con icodextrina (Extraneal®) orientado a ultrafiltración mantenida. La técnica permitió ultrafiltrados diarios de 700–900 ml con adecuada descongestión progresiva.

Conclusiones: Tras el inicio de la diálisis peritoneal se observó mejoría clínica significativa, reducción de la congestión, mejoría de la clase funcional y descenso de biomarcadores (NT-proBNP 5900 ng/L; CA-125 43,9 U/ml), sin nuevos ingresos hospitalarios en los seis meses posteriores, evidenciando su utilidad como terapia de control crónico de volumen en el síndrome cardiorrenal refractario.

Más allá de la inmunosupresión: papel de finerenona en la reducción de proteinuria en nefropatía IgA con lesiones activas

López González Gila, Juan de Dios (1); García Sánchez, Elena (1); Vásquez Estepan, Tomiris (1); Prados Garrido, María Dolores (1); Mañero Rodríguez, Carlos Alberto (1);

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO. GRANADA

Palabras clave / Términos relevantes:
IgA, Finerenona, Proteinuria, inmunosupresión

RESUMEN

Introducción: La nefropatía IgA (IgAN) con lesiones proliferativas y presencia de semilunas constituye un subgrupo de mayor riesgo de progresión, en el que la inmunosupresión ha sido tradicionalmente el pilar terapéutico. Sin embargo, en los últimos años han emergido nuevas estrategias nefroprotectoras que podrían modificar el curso evolutivo de la enfermedad.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 21 años, sin comorbilidades relevantes, con antecedentes familiares de nefropatía IgA, que debuta con hematuria macroscópica y proteinuria persistente. La biopsia renal (julio 2024) mostró nefropatía IgA con clasificación de Oxford M1, E1, S1, T0, C1, evidenciando actividad inflamatoria significativa con bajo grado de cronicidad . A pesar de función renal conservada, el paciente presentaba proteinuria persistente >1 g/24h, lo que motivó el inicio de tratamiento inmunosupresor con corticoides y micofenolato. De forma concomitante, se instauró tratamiento nefroprotector optimizado incluyendo bloqueo del sistema renina-angiotensina, inhibidor de SGLT2 y finerenona. Tras el inicio de este último, se objetivó una reducción progresiva y sostenida de la proteinuria, pasando de valores iniciales >1 g/24h a 0,6 g/24h a los 12 meses, y posteriormente hasta 0,34 g/24h en el último control, manteniendo función renal normal (creatinina 0,92 mg/dL).

Esta evolución favorable permitió una desescalada progresiva del tratamiento inmunosupresor, con reducción de dosis de corticoides y micofenolato, sin reactivación clínica ni empeoramiento analítico.

Conclusiones: El caso ilustra el potencial papel de finerenona como terapia nefroprotectora en pacientes con IgAN activa, contribuyendo a la reducción de la proteinuria y facilitando la minimización de la carga inmunosupresora. Estos hallazgos apoyan la necesidad de estudios adicionales que definan su papel específico dentro del abordaje terapéutico integral de la nefropatía IgA.

Nefropatía membranosa anti-PLA2R positiva tras etanercept: sospecha de desencadenante farmacológico

Cepeda Rodriguez, Sandra Milena (1); Rodríguez Tudero, Celia (1); Avendaño Escorcia , Milagros Paola (1); Martín Arribas, Alberto (1); Villanueva Sánchez, Elena (1); Quispe Ramos , Danniel Ruddy (1); Sampedro Chica, Néstor Leonardo (1); Pinoargote Cañar, Karla Antonela (1); Fraile Gómez, María Pilar (1);

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA

Palabras clave / Términos relevantes:
Nefropatía membranosa, anti-PLA2R, terapia anti-TNFα.

RESUMEN

Introducción: La nefropatía membranosa es una causa frecuente de proteinuria en adultos. Los anticuerpos anti-receptor de la fosfolipasa A2 tipo M se asocian clásicamente a formas primarias, aunque algunos fármacos pueden actuar como desencadenantes inmunológicos. Los agentes anti-factor de necrosis tumoral alfa (anti-TNFα) se han relacionado con complicaciones renales inmunomediadas poco frecuentes.

Caso clínico: Mujer de 56 años con artritis reumatoide seropositiva desde 2012, en tratamiento con leflunomida y etanercept desde 2023 por persistencia de brotes articulares. Tras un año de estabilidad reumatológica, se detectó proteinuria progresiva en controles rutinarios, motivo por el que fue remitida a Nefrología. La paciente permanecía asintomática, normotensa y sin edemas. Presentaba función renal conservada, con creatinina de 0,71 mg/dL y filtrado glomerular estimado superior a 90 mL/min/1,73 m². En orina de 24 horas se objetivó proteinuria de 1,48 g/24 h y albuminuria de 815 mg/24 h, sin microhematuria. El estudio inmunológico mostró positividad para anti-PLA2R de 34,2 U/mL, con ascenso posterior hasta 67,2 U/mL. El resto del estudio autoinmune fue negativo, con niveles normales de complemento e inmunoglobulinas. Se descartaron causas secundarias como lupus eritematoso sistémico, infección o neoplasia. Ante la sospecha de nefropatía membranosa relacionada con etanercept, se suspendió el fármaco y se inició tratamiento nefroprotector con ramipril y dapagliflozina. Dada la progresión de la proteinuria, se decidió en coordinación con Reumatología cambiar a rituximab, administrado en dos dosis intravenosas de 1 g. Posteriormente, se observó descenso de los anti-PLA2R a 7,4 U/mL y reducción de la proteinuria a 0,41 g/24 h, manteniéndose función renal estable y artritis en remisión.

Conclusión: La aparición de proteinuria bajo tratamiento con etanercept debe motivar estudio nefrológico precoz. La retirada del fármaco sospechoso y el cambio a rituximab permitieron controlar la nefropatía membranosa y mantener la enfermedad reumatológica en remisión.

Recuperación renal tardía con retirada de hemodiálisis en vasculitis ANCA: papel de la función renal residual.

Faúndez Fernández, Antonio (1); ***Fonseca De Jesus Silva, Carolina (1); Gonzalez Zhindon, Gabriela Del Pilar (1); Fidalgo Gonzalez, Verónica (1); Rodriguez Portela, Guadalupe (1); Delgado Lapeira, Gonzalo César (1); Diego Martin, Julia Victoria (1); Solis Padrones, Ángel Martin (1); Nava Rebollo, Álvaro (1);***

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA CONCHA (ZAMORA)

Palabras clave / Términos relevantes:
Vasculitis ANCA, función renal residual, retirada de hemodiálisis.

RESUMEN

Introducción: Las vasculitis asociadas a ANCA pueden ocasionar fracaso renal agudo grave con necesidad de hemodiálisis (HD). Aunque la recuperación renal es posible tras el tratamiento inmunosupresor, la retirada de HD tras un periodo prolongado en programa es infrecuente. Presentamos un caso de recuperación renal tardía que permitió suspender la HD tras reducción progresiva de las sesiones guiada por función renal residual.

Resultados: Varón diagnosticado en octubre de 2023 de poliangeítis microscópica ANCA anti-MPO con afectación sistémica (neuropatía múltiple y afectación ocular) y fracaso renal agudo grave, alcanzando creatinina de 7 mg/dl e iniciando HD con tres sesiones semanales. Recibió tratamiento inmunosupresor con bolos de Metilprednisolona, Ciclofosfamida intravenosa y plasmaféresis, iniciándose posteriormente Rituximab como terapia de inducción y mantenimiento. Durante el seguimiento presentó remisión clínica de la vasculitis, exceptuando la afectación neuropática; con descenso progresivo de títulos ANCA. A nivel renal mantuvo diuresis residual significativa (~2 L/día) con mejoría de la función renal, que permitió iniciar una estrategia de reducción progresiva de hemodiálisis guiada por función renal residual, disminuyendo el número de sesiones según evolución clínica, control hidroelectrolítico y preservación de diuresis, pasando de tres a dos y posteriormente a una sesión semanal. Tras más de dos años desde el inicio de HD, el paciente presentaba filtrado glomerular estimado estable de 13–15 ml/min, adecuada diuresis y ausencia de sobrecarga hídrica o alteraciones metabólicas, por lo que se decidió suspender definitivamente la HD en Enero de 2026, completando su tratamiento con Rituximab ese mismo mes y manteniéndose seguimiento ambulatorio estrecho.

Conclusiones: La recuperación renal tardía puede permitir la retirada de HD en pacientes con vasculitis ANCA inicialmente dependientes de diálisis. La preservación de la función renal residual y la reducción progresiva de hemodiálisis guiada por su evolución pueden facilitar una retirada segura del tratamiento sustitutivo renal en pacientes seleccionados.

Síndrome nefrótico asociado temporalmente a isatuximab en paciente con mieloma múltiple: una posible toxicidad renal infrecuente

López González Gila, Juan De Dios (1); Campos Martínez, Ana (1); García Sánchez, Elena (1); Mañero Rodríguez, Carlos Alberto (1);

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO. GRANADA

Palabras clave / Términos relevantes:
Isatuximab, síndrome nefrótico, proteinuria, mieloma múltiple

RESUMEN

Introducción: Isatuximab es un anticuerpo monoclonal anti-CD38 aprobado para el tratamiento del mieloma múltiple en recaída o refractario. Su perfil de seguridad conocido incluye sobre todo reacciones infusionales, infecciones, citopenias y toxicidad hematológica, sin que el síndrome nefrótico figure entre los efectos adversos renales típicamente descritos en la ficha técnica ni en los principales ensayos pivotales. De hecho, los anti-CD38 se están explorando incluso como tratamiento en algunas enfermedades renales inmunomediadas y en gammapatías monoclonales de significado

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 64 años con mieloma múltiple IgG kappa, sometida previamente a trasplante autólogo y en recaída clínica en enero de 2024, iniciándose tratamiento de rescate con isatuximab, carfilzomib y dexametasona. Previamente mantenía función renal normal y proteinuria inferior a 0,5 g/24 h en controles sucesivos. Tras el inicio de isatuximab, desarrolló deterioro del filtrado glomerular y síndrome nefrótico con proteinuria selectiva de 4,7 g/24 h, creatinina sérica de 1,77-2 mg/dL y edematización en miembros inferiores, con Bence-Jones negativo y sin datos que apoyaran progresión renal típica por paraproteína. La relación temporal fue estrecha y la clínica mejoró tras la retirada del tratamiento, lo que reforzó la sospecha de asociación farmacológica.

Conclusiones: Aunque la evidencia disponible es limitada, se han descrito alteraciones renales en el contexto de terapias anti-CD38, sin que su papel en el desarrollo de síndrome nefrótico esté claramente establecido. En este escenario, la estrecha relación temporal, la ausencia de progresión atribuible a la gammapatía y la mejoría tras la retirada del fármaco refuerzan la sospecha de asociación farmacológica. Este caso subraya la importancia de una vigilancia nefrológica estrecha tras el inicio de estos tratamientos y la necesidad de generar mayor evidencia sobre su posible implicación en patología glomerular.

Trasplante renal de donante vivo ABO incompatible y sus posibles complicaciones: a propósito de un caso.

Babara, Axenia (1); Pujol Saumell, Mireia (1); Alvarado Zelaya, Jerson Andrés (1); Vásquez Macías, Byron Fabricio (1); Villigua Zambrano, Ana María (1); Guzman Vásquez, Melisa (1); Rubio Rubio, María Victoria (1); Revuelta, Ignacio (2); Peña Porta, José María (1); Iñigo Gil, Pablo (1);

(1) HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA, ZARAGOZA (2) HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA

Palabras clave / Términos relevantes:
Trasplante renal, incompatibilidad, grupo sanguineo, infección urinaria

RESUMEN

Introducción: El Trasplante renal de donante vivo ABO incompatible ha demostrado ser una opción viable y con buenos resultados. Requiere tratamiento de acondicionamiento que incluye eliminación de isoaglutininas circulantes y tratamientos dirigidos contra los linfocitos B.

Caso clínico: Varón, 64 años, enfermedad renal crónica secundaria a poliquistosis renal en estadio de prediálisis, hipertensión arterial y aneurisma de aorta ascendente tratada con prótesis mecánica por lo que precisa anticoagulación crónica con acenocumarol.

Previo estudio y preparación, recibió trasplante renal de donante vivo no emparentado de su cónyuge con la que existe incompatibilidad de grupo sanguíneo. Dada esta condición, se aplicó el protocolo de desensibilización que incluyó administración de Rituximab, inmunoglobulinas intravenosas y recambios plasmáticos, logrando títulos de isoaglutininas bajos.

El procedimiento quirúrgico se realizó con intervención laparoscópica con asistencia robótica. Se dejó catéter doble jota asegurando permeabilidad del uréter del injerto y sondaje vesical.

A pesar de la incompatibilidad ABO, el riesgo inmunológico se consideró bajo (cPRA 0%, pruebas cruzadas negativas) por lo que se induce con Basiliximab, Tacrolimus, Micofenolato y Prednisona.

La función inicial del injerto fue óptima, alcanzando creatinina de 1mg/dL en 5días. No obstante, la evolución clínica se vió afectada por dos complicaciones significativas: infección urinaria por E.faecalis por lo que recibió tratamiento antibiótico y se retiró sondaje vesical, la sigió hematuria anemizante relacionada con la reintroducción del acenocumarol que provocó retención aguda de orina y elevación de creatinina hasta 1,7mg/dL. Tras resondaje e interrupción temporal del anticoagulante, la orina aclaró y la función renal volvió a mejorar.

Conclusiones: El trasplante renal de donante vivo ABO incompatible puede ser una buena opción. Sin embargo, este tipo de trasplante conlleva un aumento del riesgo de infección debido a la carga inmunosupresora aumentada. La incidencia de infección postrasplante renal es cercana a 70%, siendo la del tracto urinario la más frecuente.