

Resumen

Resumen científicos presentados en XI Jornadas de Actualización Nefrológica. Asociación Nefrológica de Buenos Aires 15 al 17 de abril de 2010 – Mar del Plata

Nefromegalia dolorosa en un Paciente lupico

Autores: López M, Iscoff P, De María M

Hospital Presidente Perón – Avellaneda – Provincia de Buenos Aires – Argentina.

Paciente masculino de 28 años que ingresó al Servicio de Urología por cólico renal y macrohematuria; una vez descartadas litiasis e infección, se derivó a Nefrología por un sedimento urinario que caracterizó a la hematuria como glomerular. Al examen físico impresionaba en mal estado general, con lumbalgia y puñopercusión positiva derechas, subfebril, hipertenso, con edemas en miembros inferiores. Se realizaron estudios complementarios para descartar enfermedad sistémica de acuerdo a los diagnósticos de ingreso: Lupus, Trombosis de la Vena Renal, Linfoma renal. Datos positivos de laboratorio: FAN, Anti DNA y Anti Sm positivos, complemento bajo, anemia, plaquetopenia, proteinuria nefrótica y enfermedad renal estadio III, AAF positivos. Serologías virales y cultivos para gérmenes comunes y Koch negativos. Sedimento urinario: microhematuria dismórfica. TAC abdominal: nefromegalia derecha. Adenomegalias sin rango adenopático. PBR: microangiopatía trombótica y nefritis lúpica proliferativa mesangial. Centellograma renal: Ausencia de fase de perfusión en riñón derecho. Ecodoppler de venas renales compatible con trombosis de vena renal derecha. Inició anticoagulación, corticoides y ciclofosfamida. Evolucionó favorablemente lográndose mejoría de la función renal. DISCUSIÓN: se hizo diagnóstico de LES con Nefritis lúpica tipo II y SAF secundario con microangiopatía trombótica y trombosis de vena renal, explicando los síntomas de hospitalización. Si bien son entidades autoinmunes distintas su asociación es frecuente. No es habitual el compromiso de pequeños y grandes vasos en el mismo evento, excepto en el SAF catastrófico acompañando a una falla multiorgánica, que no era el caso de nuestro paciente. CONCLUSIÓN: Un síntoma tan habitual como el dolor lumbar fue la forma de debut de patologías tan complejas como el LES y el SAF.

Email: nefroperu@igmail.com

Parálisis hipokalemica familiar Estudio interdisciplinario

Autores: Dieguez S, López M, y Suarez M,

Servicio de Nefrología infantil y adultos, y Endocrinología infantil. Hospital Teodoro Alvarez – Ciudad Autónoma de Buenos Aires – Argentina

La actividad conjunta entre especialistas de niños y adultos permite la detección diagnóstica y seguimiento de patologías heredo-familiares. Presentamos una familia con parálisis periódica hipokalémica (PPH) cuyo caso inicial fue una joven de 17 años enviada con diagnóstico presuntivo de PPH por presentar numerosos episodios de parálisis. La joven tenía IMC 14,6, con disminución de la fuerza muscular. Requería altas dosis de potasio para controlar la enfermedad. El estudio familiar permitió detectar: 2 niños y 5 adultos con PPH. Como la PPH involucra ataques intermitentes de debilidad muscular o pérdida del movimiento muscular (parálisis), con hipopotasemia durante el episodio y estos pueden desencadenarse por alteraciones metabólicas y/o del medio ambiente, por ello se completo el estudio renal y endocrinológico en todo el grupo familiar para descartar otras patologías causales de hipokalemia. Dos pacientes tenían IMC disminuida, una niña y su madre presentaron hiperinsulinismo y la abuela diabetes tipo 2. Ninguna otra alteración metabólica o endocrinológica fue

detectada. Todos fueron medicados con inhibidores de la anhidrasa carbónica (IAC) y ClK oral. Los pacientes recibieron dieta adecuada y plan de actividades físicas. El asesoramiento nefro-endocrinológico, nutricional y psicológico a la familia permitió mejorar los síntomas, disminuyendo las necesidades de potasio. Conclusiones: Encajar la enfermedad como una alteración familiar nos permitió, con trabajo interdisciplinario, la detección y tratamiento adecuado reduciendo el número de episodios en todos los pacientes.

Email: stelladieguez@hotmail.com

Oportunidades de éxito ante el síndrome pulmón riñón.

Autores: Melini R., Alpino M., Fuentes E, Cisero N.

Hospital Interzonal de Agudos Eva Perón – San Martín – Provincia de Buenos Aires – Argentina

Introducción: El síndrome pulmón riñón es una manifestación de una vasculitis sistémica de pequeños vasos desencadenada por la presencia de anticuerpos antimembrana basal glomerular (16%) o por anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) (62%), siendo esta última un grupo de enfermedades con glomerulonefritis rápidamente evolutiva paucimmune. Dentro de este grupo se encuentran la granulomatosis de Wegener (GW), la poliangeitis microscópica (PAM) y la vasculitis limitada al riñón (VLR). Caso clínico: Paciente masculino, 53 años, con hemoptisis de 4 meses de evolución. Al ingreso, normotenso, sin hematuria. Lab: urea 2,4g/l, creatinina, 11mg/dl. Se realiza PBR que informa glomerulonefritis extracapilar epiretinal en el 50% de los glomerulos, inmunofluorescencia negativa. ANCA C positivo, anticuerpo antimembrana basal, FAN, antiDNA negativos, complemento normal. Se realiza lavado bronquiolo alveolar con presencia de macrófagos cargados de hemosiderina. A las 48hs intercorre con hemoptisis masiva, pasando a UTL. Se realiza VNI, Igr de ciclofosfamida y Igr de metilprednisolona ev por día por 3 días, continuando con metprednisolona 80mg/día. Requiere hemodiálisis extendida diaria. Con evolución favorable, pasa a sala general luego de 3 semanas, sin necesidad de hemodiálisis. A la 4ta semana se realiza un nuevo pulso de 1g de ciclofosfamida, y se otorga el alta hospitalaria a la semana 5 con un filtrado glomerular de 50ml/ml n. Discusión: Existen dos patrones de ANCA: citoplasmático (PR-3) y perinuclear (MPO). ANCA C se encuentra presente en la GW, PAM y VLR en diversos porcentajes. Nuestro paciente se encuentra dentro del patrón de severidad de la escala de la EUVAS, por lo que se inicia tratamiento de inducción con corticoides y ciclofosfamida en pulsos ev. Conclusión: La mortalidad de este grupo de patologías ha descendido a un 20% a los 5 años debido al diagnóstico y tratamiento precoz, siendo la biopsia renal pronóstica y condicionante del tratamiento a instituir.

Email: melini4@hotmail.com

Embarazo y diálisis experiencia de 9 años

Autores: Mastrapasqua S, Martínez F, Escobar O, Hendel I, Martínez M.C,

Servicio de Nefrología Hospital Provincial de Neuquén

Comunicamos el curso de 10 embarazos en 9 mujeres que estaban o requirieron inicio de diálisis por ERC severa en el lapso septiembre de 2000 a octubre de 2009; hubo un embarazo gemelar. La edad media de las pacientes fue de 27,7 años (rango 23-36) y los datos demográficos, clínicos y de laboratorio se observan en la tabla, agrupados según embarazo previo

o posterior al inicio de diálisis; cinco enfermas estaban bajo TRR al momento de la concepción y otras cinco debieron ingresar a hemodiálisis posteriormente al diagnóstico del embarazo. En todos, se aumentó la dosis de diálisis a 20-24 hs/sem, y se extremaron recaudos para evitar la hipervolemia así como las hipotensiones maternas. DATOS Emb. Previo (n° 5) T.R.R. Previa (n° 5) Creat. 7,6 mg/dl 4,8 mg/dl Alb. 3,3 mg/dl 3,9 mg/dl Edad 26,4 años 29 años HTA 5/5 1/5 La prevalencia de mujeres en edad fértil y bajo TRR fue en promedio de 10 por año, y en ellas se observó una media de 1,11 embarazos/paciente fértil/año. Complicaciones maternas: En 5 enfermas el deterioro de la función renal durante la gesta obligó al inicio de TRR. Además, estuvieron hipertensas 6 de 10 enfermas, hubo una pre-eclampsia, 1 HELLP, 2 cesáreas y 1 colestasis. Complicaciones fetales: Los 6 embarazos con RN vivo fueron pre-término (media= 34,1 sem.) con RCIU, con un peso fetal medio de 2,140 gr (rango 735g-2800g). Hubo 4 muertes fetales (media= 16 sem.), 2 polihidramnios, 1 ductus, 1 distress respiratorio, 1 plaquetopenia. CONCLUSIONES: * el embarazo es una eventualidad posible en mujeres con ERC estadios 4 y 5 de consecuencias fetales y maternas severas. * el pronóstico es mejor si la gesta precede al inicio de la TRR. * el manejo dialítico y volémico es un componente fundamental para las evoluciones materna y fetal.

Email: dialisispnt@gmail.com

Nefropatía por depósitos mesangiales de C3.

(Descripción de un caso)

Autores: ¹J. Robaina, ¹M. De Rosa, ¹R. Vavich, ¹P. Rosello, ¹M.A. Nadal, ²G. De Rosa.

¹División Nefrología.

²Dpto de Patología, Hospital de Clínicas José de San Martín Ciudad Autónoma Buenos Aires - Argentina

Varón de 21 años con Síndrome Nefrótico (SN), microhematuria glomerular, deterioro de la función renal (IR) e hipertensión arterial (HTA) 180/90 mmHg. Antecedentes: SN a los 3 años de edad, corticodependiente, con proteinurias negativas desde los 11 años, con suspensión de los esteroides. En 2008 la función renal y la presión arterial eran normales y la proteinuria negativa. En Noviembre de 2009 presenta recurrencia del SN. La biopsia renal mostró 12 glomérulos con leve hiperplasticidad y expansión matricial mesangial segmentaria, acompañadas de alteraciones podocíticas, colapso segmentario de paredes capilares y depósitos mesangiales difusos de C3 (3+). Los túbulos contenían material proteico y aislados cilindros hialinos. El intersticio evidenció fibrosis leve y moderado edema focal. Los vasos eran normales, aunque algunos aparatos yuxtaglomerulares eran prominentes y sus células mostraban hipertrofia y vacuolización. El diagnóstico fue Nefropatía por depósitos mesangiales de C3, la cual se define por la presencia de depósitos aislados de C3 en ausencia de enfermedad sistémica. Las manifestaciones clínicas son variables, desde micro o macrohematuria aisladas hasta SN con o sin HTA e IR. Las características histopatológicas incluyen alteraciones mínimas, proliferación mesangial de grado variable con o sin glomerulosclerosis. El mecanismo patogénico se desconoce, aunque se postula la síntesis local de C3 por las células mesangiales. En conclusión, se trata de una glomerulopatía de muy baja frecuencia, de pronóstico benigno a corto plazo, pero que puede evolucionar a la cronicidad según la escasa bibliografía disponible hasta el presente. Por sus múltiples formas de presentación y expresión histopatológica, debe ser considerada entre los diagnósticos diferenciales de las glomerulopatías del niño y del adulto.

Email: jrobaina@intramed.net

Emergencia hipertensiva: diagnóstico de crisis renal esclerodérmica

Autores: López M, Flecha J, De María M,

Servicio de Nefrología Hospital Interzonal General de Agudos - Avellaneda Provincia de Buenos Aires - Argentina

IIIGA PTE PERON (Avellaneda), Servicio De Nefrología

Paciente masculino de 63 años de edad que ingresa por cuadro de hipertensión arterial severa, estado confusional e insuficiencia renal de rápida progresión con requerimiento dialítico de urgencia. Antecedentes de fenó-

meno de Raynaud y mioartralgias de aproximadamente 1 año de evolución sin diagnóstico etiológico. Al examen físico presentaba compromiso de piel en extremidades, cara y tronco con retracción, induración y adherencias a planos profundos que se exacerbaban en los últimos meses. Laboratorio: urea 211 mg/dl, creatinina 6,2 mg/dl, proteinuria 0.7 g/24 hs. TAC de cerebro y ecografía renal normal. TAC de tórax: fibrosis intersticial y bronquiectasias. Seriado EGD: reflujo gastroesofágico. VEDA: normal. Se interpretó el cuadro como Crisis Renal Esclerodérmica (CRE); inició tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de la Angiotensina II (IECA), se realizó biopsia de piel y dosaje de Ac antipolisomerasa I (Scl 70) compatible con Esclerodermia en su forma cutánea difusa. Evoluciona con mejoría de valores tensionales, sin mejorar valores de función renal por lo que continúa con tratamiento sustitutivo crónico. CONCLUSIÓN: La presencia de hipertensión maligna en enfermos con afectación cutánea evidente debe ser considerada y tratada siempre como una CRE. La institución temprana del tratamiento con IECA puede cambiar el pronóstico de esta complicación al mejorar el vasoespasmo renal, ya que previo a su uso un 90% de los enfermos fallecían en el curso de una CRE.

Email: nefro.peron@gmail.com

Fibrosis retroperitoneal idiopática (FRI)

Autores: Ferreyra C, Weisse N, Carranza L, Sturla G, Ayala M, Arcamone A,

Servicio de nefrología Hospital Durand - Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina.

La fibrosis retroperitoneal idiopática (FRI) o Enfermedad de Ormond es una entidad clínica poco frecuente que cursa con uropatía obstructiva por atrapamiento ureteral debido a la presencia de tejido fibrótico e inflamatorio crónico perivascular. También se presenta en forma secundaria asociada a enfermedades malignas y benignas tales como cirrosis biliar primaria, mediastinitis, glomerulonefritis, artritis reumatoidea, lupus eritematoso sistémico, panarteritis nodosa, tiroiditis de Hashimoto y a drogas con diferente pronóstico y respuesta al tratamiento. Caso Clínico: Se presenta el caso de una paciente de 57 años con antecedentes de HTA que consulta por náuseas, vómitos, hiporexia, dolor abdominal y disminución del ritmo diurético. En el laboratorio se constatan valores nitrogenados elevados y dilatación pielocalicial moderada bilateral por ecografía, descartándose como causas cálculos ureterales, no se visualizan masas pélvicas. Se efectúa la colocación de catéteres doble J. Se plantean otros probables diagnósticos a descartar: linfoma o sarcoma retroperitoneal, FRI. Se realiza tomografía (TC) de abdomen que informa dilatación de ambas pelvis renales, aumento de la atenuación de la grasa retroperitoneal perivascular que produce medialización del trayecto de ambos uréteres compatibles con fibrosis retroperitoneal. Se indica tratamiento con dexametasona 1 mg/kg/día evolucionando al cabo de dos meses con disminución de valores de FSD, PCR, mejoría de la función renal y disminución de lesión retroperitoneal según nueva TC. Conclusión: La fibrosis retroperitoneal idiopática es una causa poco común de uropatía obstructiva motivo por el cual se carece de consenso sobre su óptimo tratamiento. Tanto la RMN como la TC ofrecen información sobre la extensión de la lesión pero no diferencian causas malignas de benignas a pesar de que hay ciertas características de las imágenes que orientan y que hacen que la biopsia del tejido sea solo necesaria ante la falta de respuesta al tratamiento inmunosupresor a las 6 semanas. Se recomienda hacer hincapié en la derivación urológica acompañado de inmunosupresión y considerar este diagnóstico en la etiología de una IRA obstructiva.

Email: loreccarranza00@hotmail.com

Crioglobulinemia y Hepatitis C

Autores: Pussetto M, Carranza L, Ochoa F, Ferreyra C, Weisse N, Sintado I,

Servicio de Nefrología Hospital Durand Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina.

La forma más frecuente de enfermedad renal asociada a la infección crónica por HCV es la glomerulonefritis membranoproliferativa tipo I en pacientes con crioglobulinemia mixta tipo II. Se han utilizado múltiples

esquemas inmunosupresores para su tratamiento así como terapia antiviral con distintos resultados y dependiendo del grado de proteinuria y función renal. El daño renal se ha reportado en un tercio de los pacientes con crioglobulinemia y casi exclusivamente en los pacientes con crioglobulinemia tipo II. En cuanto al pronóstico, la enfermedad renal en estos pacientes muestran un curso indolente y la insuficiencia renal con requerimiento de diálisis es infrecuente (10%), sin embargo los pacientes con nefritis crioglobulinémica tienen un pobre pronóstico debido a la alta incidencia de infecciones y eventos cardiovasculares (29 a 52%). Mujer de 39 años que consulta a Dermatología del Htal Durand por lesiones purpúricas en ambos MMII cuya biopsia informa vasculitis leucocitoclástica. Se solicita laboratorio que informa HCV + con proteinuria de 1.2 g/24 hrs, sin deterioro de la función renal, ANA -, ANCA C +, MPO-, PR3-, Criocrito +, C3 107, C4 10. En agosto del 2009 comienza tratamiento con Interferón Rivabirina por hepatitis crónica activa evolucionando con edemas en MMII 3-4/6, aumento de peso y empeoramiento de lesiones cutáneas. Es derivada a Nefrología donde se constata Sme Nefrótico con sedimento con hematuria dismórfica, 7 g/24 hrs de proteinuria, función renal normal por lo que se plantea realización de PBR Dos semanas después presenta deterioro de función renal y se realiza PBR que informa GN membranoproliferativa. Se suspende tratamiento antiviral y se indican tres pulsos de Solumedrol seguido de Meprednisona 1 mg/kg/día y primer pulso de Ciclofosfamida endovenoso respondiendo favorablemente con mejoría clínica y U:49, Cr:0.86 Proteinuria 3.3 g/24hrs en octubre del 2009. Conclusión Debido a que el tratamiento de la crioglobulinemia asociada a HCV depende del nivel de proteinuria y deterioro de la función renal se presenta éste caso para ilustrar el posible uso de inmunosupresores como tratamiento en esta patología así como el manejo de la terapia antiviral, a pesar de la falta de evidencia contundente que avale el uso de tratamiento inmunosupresor o antiviral como mejor opción en el tratamiento de estos pacientes.

Email: lorecarranza00@hotmail.com

Síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIHAD) como primera manifestación de cáncer de pulmón.

Autores: Dr. Eduardo Alberto Sanguinetti

Hospital Interzonal General de Agudos Liza Perón (ex Hospital Castex) San Martín Provincia de Buenos Aires - Argentina

Introducción. El SIHAD es una entidad que se caracteriza por hiponatremia hipoosmolar y con volumen extracelular normal habiéndose descartado IR, hipotiroidismo, insuf. suprarrenal, insuf. pituitaria o fármacos favorecedores de hiponatremia. Se describen como otras causas de SIHAD: Enf. Pulmonares (TBC, Neumonías, TEP, Empiema, EPOC y Absceso), Cáncer (Carcinoma de células pequeñas, Carcinoma de páncreas, Linfoma Hodgkin y no Hodgkin, Timoma y Carcinoma de duodeno), S.N.C. (Fractura de cráneo, Hematoma subdural, Hemorragia subaracnoidea, Encefalitis, Meningitis y Atrofia cerebral), L.E.S., Hipertensión renovascular e Idiopática. Caso Clínico: Varón de 72 años, sin comorbidas de relevancia. Refiere litiasis vesicular y síndrome prostático leve. Ex tbq. Se interna por letargo progresivo, náuseas, cólicos abdominales y pequeña masa tumoral en región supraclavicular derecha. Laboratorio de ingreso: Hto. 35% - Hb 10.6 g% - G.B. rto. y fórmula normales - plaquetas rto. y morfología normales - glucemia normal - urea 22 mg% - creatinina 0.84 mg% - sodio 118 mEq/l - potasio 3.7 mEq/l - leve aumento de la Br inducible y orina completa normal. Rx torax: desplazamiento del bronquio fuente derecho y derrame costodiafrágico ipsilateral. TACC: dudoso edema cerebral. No proceso expansivo o sangrado. RMNC: edema cerebral leve a moderado. EBC: masa en bronquio fuente derecho. Carina indurada. Se biopsia. TSH, Cortisol y ACTH normales, proteínas totales 5.6 mg% y TG 125 mg%. La A.P. de la masa supraclavicular: mtts. de carcinoma a células pequeñas con firmado dicho Dx por la Bx bronquial. Tto.: restricción hídrica, lenta reposición de sodio y bajas dosis de furosemida. Resultado: Normalización del sodio con mejoría del sensorio. Conclusiones: Hiponatremia: evaluar grado de compromiso neurológico y tiempo de evolución. Seguir protocolos establecidos para su corrección (minimizar la Mielinolisis Central Pontina). La hiponatremia puede obedecer a diversos procesos ocultos.

Email: sercstaff@intramed.net.ar

Síndrome uveítis y nefritis tubulointersticial (TINU)

Autores: Dra. Priori S, Cenecosta A,

Centro Nefrológico de Iacosta - San Clemente del Tuyu Provincia de Buenos Aires - Argentina

INTRODUCCIÓN: Síndrome raro de causa desconocida descrita en 1975, afecta principalmente a mujeres jóvenes y conlleva un buen pronóstico. CASO CLÍNICO: Femenina de 18 años, con dolor ocular unilateral que en 48 hs se hace bilateral, aumentando de intensidad por lo que consulta al oftalmólogo. Se diagnostica Uveítis Anterior comenzando con corticoides local, se deriva a médico clínico para completar estudios. Previo a la consulta la paciente refiere astenia, hiporexia y ligera disminución del peso, examen clínico normal sin antecedentes patológicos. Laboratorio inicial: Urea:71, Creat:1,7, Hto:36%, Hb:10,7, Gb:12,600, ERS:56, PCR:+++; Orina: 1010, Proteína: +, Ph:6, Leucoc: 3-5 x c. Ecografía renal: normal. Se deriva a nefrología: Proteinuria 1,78 gr/24 hs, con tenue banda en la zona B2, Cl. Creat: 47 ml/min, Peso: 49 kg. Comienza con metilprednisona 40 mg/d, por 4 semanas, con disminución gradual en las 4 siguientes hasta suspenderla. Sufre recidiva de uveítis casi inmediatamente, debiendo retomar corticoterapia a bajas dosis. A los 2 meses: Urea: 26, Creat: 0,9, Cl. Creat:91, ERS:20, Hto:39%, Hb:13, Gb:10,200, Orina:1010 Ph:6,5, Leucoc: 3-4 xc. La paciente evoluciona favorablemente y asintomática. Laboratorio a los 4 meses del inicio: Cl. Creat: 87ml/min., Creat:1,1, proteinuria: 680 mg/24 hs., Urea:32. COMENTARIO: Este síndrome puede ser infradiagnosticado, aquí fue oportuna la derivación del oftalmólogo. Como lo refiere la bibliografía, es más común en mujeres jóvenes y adolescentes, los síntomas oculares preceden a los sistémicos en un 21%. La Uveítis compromete segmento anterior en el 80% siendo bilateral en la mayoría. El pronóstico renal es bueno y autolimitado, no así el ocular caracterizado por remisión y recaída, éstas más severas requiriendo corticoterapia sistémica. En ésta paciente la recidiva de Uveítis fue probablemente por disminución rápida del corticoide, la que debió ser más lenta y mantenida.

Email: cenecosta@infonia.com.ar

Hidrotórax como complicación en DPCA.

Reporte de caso clínico

Autores: Dayan F, Boubee S, Lapman G, Ochoa I, Vallve C, Servicio de Nefrología, Hospital Durand - Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina

Introducción: El hidrotórax es una complicación poco frecuente en DPCA, la cual ocurre aproximadamente en el 2% de los pacientes en dicha modalidad. Aunque los mecanismos fisiopatológicos aun no están bien dilucidados, se interpreta que la ocleración de la ruta transdiafrágica que provoca la pérdida del dializado y la reducción de la presión intrabdominal, llevan a la resolución del cuadro. Desarrollo: Paciente de 21 años de edad, sin antecedentes patológicos de relevancia, debuta con síndrome urémico en el 2006, comenzando tratamiento médico conservador. Se realiza ecografía renal donde se demuestra múltiples quistes bilaterales con parénquima renal conservado. Por persistencia de valores nitrogenados aumentados, y signo sintomatología urémica ingresa a modalidad DPCA por selección positiva el 17 de septiembre del 2007. Evoluciona los primeros dos años sin intercurencias importantes, hasta que en noviembre del 2009, se constata fallo en la ultrafiltración, con edema genital y radiografía compatible con derrame pleural izquierdo, decidiéndose su paso a hemodiálisis trisemanal transitoriamente. Se realiza toracocentesis, donde se informo líquido pleural amarillo claro, glucosa 127 mg/dl, proteínas 1.03 g/dl, LDH 67 u/l. Se correlaciona la muestra con valores plasmáticos de glucemia 80 mg/dl, y proteínas 7.50 g/dl. Ante la sospecha clínica (disminución del volumen de drenaje, cuadro respiratorio), mas la glucosa en líquido pleural mayor a la plasmática (cerca de 50 mg/dl) asociado a proteínas de líquido menor a las plasmáticas, y contando con rx de torax compatible, se diagnostica Hidrotórax izquierdo asociado a DP. Comienza reposo peritoneal por dos meses, volviendo posteriormente a DPCA, con el cuadro resuelto. Conclusión: El Hidrotórax presenta mayor incidencia en mujeres, poliquistosis renal, y por lo general aparece

del lado derecho. Tras el diagnóstico clínico, radiográfico y bioquímica, se suspendió la técnica dialítica, realizando reposo peritoneal por 8 semanas, sin requerimiento de pleurodesis ni reparación quirúrgica, pudiendo posteriormente reiniciar diálisis peritoneal. Asumimos que esta complicación no implica, a priori, la falla definitiva de la modalidad peritoneal.

Email: f_dayan@hotmail.com

Mejora la utilización de drogas gastroprotectoras la relación entre dosis de Eritropoyetina y hematocrito en pacientes bajo tratamiento sustitutivo de la Función Renal?

Autores: Taylor M.F, Maltas S, Malinar M; Aguerre P, Sarco F, Soraire F, Rodrigo C. A, Braslavsky G. J, Servicio de Diálisis Berazategui - Berazategui Provincia de Buenos Aires - Argentina

Introducción: El paciente renal crónico en diálisis se halla expuesto a múltiples factores que condicionan un incremento en el riesgo de patología gastrointestinal con el consiguiente elevado consumo de drogas gastroprotectoras. Siendo el déficit de hierro, la causa más frecuente de resistencia a la EPO, muchas veces en relación con sangrado digestivo, el presente estudio evalúa la relación entre dosis de EPO, parámetros hematológicos y utilización de drogas gastroprotectoras en esta población. **Materiales y métodos:** Se evaluaron Durante el período evaluado, fueron ingresados al estudio 97 pacientes, de los cuales: un Se consideraron aquellos pacientes estables con más de tres meses en tratamiento sustitutivo. Se los dividió en dos grupos según recibieran (Grupo I) o no (grupo II) drogas gastroprotectoras. Se analizó entre ambos grupos hematocrito, parámetros de metabolismo del hierro, dosis de hierro y EPO promedio de los últimos tres meses. Se realizó análisis estadístico mediante test de Student o Chi cuadrado según correspondiera. **Resultados:** Participaron del estudio un total de 97 pacientes, de los cuales 42 (43.3%), pertenecía al Grupo I y 55 (56.7%) al grupo II (sin gastroprotección). No se apreciaron diferencias significativas respecto de hematocrito (31.6 vs 30.8%), hemoglobina (10.5 vs 10.2g/l), Dosis de EPO (83.6 vs 92.9 g/sem) y Hierro (168.48 vs 169.84 g/sem) **Conclusiones:** No se apreciaron diferencias significativas en los pacientes con y sin gastroprotección respecto de valores de serie roja y dosis de hierro y EPO. De acuerdo a los datos obtenidos, no se recomienda el uso indiscriminado de gastroprotectores en esta población de pacientes

Email: stmalta@hotmail.com

Uso de las terapias extracorpóreas en las Intoxicaciones

Autores: Crucelegui S, Rosa Diez G, Greloni G, Vidal F, Bedini Roca M, Rossi L, Serra D, Medina

Ayala A, Algranati S,

Servicios de Nefrología y Toxicología del Hospital Italiano de Buenos Aires - Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina

Introducción y objetivos: No existe una casuística del su uso e indicaciones de hemodiálisis (HD) y otras terapias extracorpóreas (MEEX) a nivel nacional, nuestro objetivo fue conocer la frecuencia y tipo de intoxicaciones que requirieron HD y MEEX y la evolución de las mismas. **Materiales y Métodos:** Se revisaron los casos atendidos por la sección de Toxicología del Hospital Italiano de Buenos Aires en los últimos 5 años que requirieron HD y/o MEEX. Se evaluó la mortalidad en relación a las otras variables. **Resultados:** Diecisiete (17) pacientes requirieron HD y/o MEEX, lo que constituye una relación de 1 terapia/ 150 consultas hospitalarias. Los pacientes tenían una edad promedio de 52.23 años., 75% del sexo femenino, 64% fueron tentativas suicidas, 86% involucraron medicamentos (predominando los psicofármacos y agentes cardiovasculares). El 64% ingresaron con severidad grave; el 28% tenía dosaje en rango tóxico y el 50% tenían alterada la vía de eliminación renal (IRC previa). Las terapias se implementaron con un promedio de 8 hs post ingreso. En todos los pacientes se realizó hemodiálisis, en 4 hemoperfusión y en 1 MARS.

El 42% requirió otras medidas antidóticas o energéticas de soporte. El tiempo promedio de permanencia en unidad de cuidados intensivos por la intoxicación fue de 5 días. El 87% evolucionó favorablemente. La mortalidad se asoció con el tipo de tóxico involucrado, siendo el metrotreaxte y la intoxicación por amanita phalloides los que mostraron una relación significativa ($p < 0.05$). **Conclusiones:** Las terapias extracorpóreas constituyen una herramienta útil en el arsenal terapéutico de las intoxicaciones. La Hemodiálisis sigue siendo la terapia más frecuentemente utilizada. La mortalidad se asocia fundamentalmente al tipo de tóxico involucrado por lo que la acción precoz es fundamental para reducir la morbimortalidad en estos casos.

Email: grasadiez@yahoo.com

Deficiencia de vitamina D e hiperparatiroidismo secundario en pacientes añosos con enfermedad renal crónica (ERC).

Autores: Armando Luis Negri, Instituto de Investigaciones metabólicas - Universidad del Salvador. Buenos Aires - Argentina.

Varios estudios han encontrado que los pacientes ERC tienen una tasa alta de deficiencia severa de vitamina D. Esto es un factor de riesgo establecido para osteoporosis, caídas y fracturas en los añosos. Evidencia emergente sugiere que la progresión ERC y muchas de las complicaciones cardiovasculares pueden estar asociadas a hipovitaminosis D. **OBJETIVO:** Evaluar la incidencia de deficiencia de vitamina D y de hiperparatiroidismo secundario (HPT2) en pacientes añosos ambulatorios con ERC. **MÉTODOS:** 30 pacientes >65 años caucásicos ambulatorios (edad promedio 76.4 ± 5.6 años) que fueron enviados a la sección de nefrología para seguimiento de su enfermedad renal crónica (creatinina sérica promedio 1.99 mg/dl) fueron evaluados para ver la presencia de deficiencia de vitamina D e HPT2. Se determinaron los niveles séricos de 25 OH D, hormona paratiroidea intacta (PTHi), calcio, fósforo, creatinina, y clearance de creatinina.

RESULTADOS: Diez pacientes se encontraban en estadio 3a (45 a 60 ml/min), 16 en estadio 3B (30 a 45 ml/min) y 4 pacientes en estadio 4 (15 a 30 ml/min) de enfermedad renal crónica. 8/30 pacientes eran diabéticos tipo II. Los niveles séricos promedio de 25 OH D eran de 21.2 ± 7.4 ng/ml. Solo 4 pacientes tenían niveles de deficiencia 25OH D (< 15 ng/ml) y solo 4 tenían niveles adecuados (> 30 ng/ml). La PTHi promedio era de 101.9 ± 59 pg/ml. 66% de los pacientes tenían niveles anormalmente elevados de PTHi. Los niveles séricos promedio de calcio y fósforo eran de 9.1 mg/ml y 3.7 mg/ml respectivamente. Los niveles séricos de PTHi se correlacionaron positivamente con la creatinina sérica ($r = -0.69$, $p < 0.001$) y negativamente con el clearance de creatinina ($r = -0.169$, $p = 0.04$) pero no con la edad de los pacientes o los niveles séricos de 25 OH D. **CONCLUSIÓN:** La mayor parte de los pacientes añosos IRC tienen niveles de insuficiencia de 25 OH D. El HPT2 esta presente en 2/3 parte de estos pacientes pero esto no se correlaciona con los niveles bajos de 25 OH D.

Email: negri@casasco.com.ar

Neumatúria en un paciente no diabético en hemodiálisis.

Autores: Melini R, Alpino M, Mecca S,

Servicios del Hospital general de Agudos Eva Perón - San Martín Provincia de Buenos Aires - Argentina

Introducción: La pielonefritis enfisematosa es una infección necrotizante productora de gas que compromete el parénquima renal y tejido perirrenal. La etiología más frecuente son BGN (E. Coli 75-90%). El factor desencadenante es una isquemia renal difusa que conlleva a la producción de gas. **Caso clínico:** Paciente masculino, 55 años, antecedentes de infección del tracto urinario a repetición, litiasis renal, en hemodiálisis crónica secundaria a nefropatía obstructiva. Comienza 2 meses previos a la consulta con fiebre y neumatúria fétila. Laboratorio: Hto 29.9%, Hb 6.8g/dl, GB 10900/mm³, plaquetas 196000/mm³, urea 0.46 g/dl, creatinina 4.5mg/dl, glucemia 0.90g/dl. TAC de abdomen: riñón izquierdo: litiasis coraliforme con dilatación de la vía excretora e imágenes aéreas asociadas

con compromiso inflamatorio de grasa perirrenal. Se realiza nefrectomía total izquierda. Se inicia tratamiento antibiótico con imipenem. Cultivo con rescate en la pieza de Providencia sensible a dicho antibiótico. **Discusión:** Con una sintomatología indiferenciable de una pielonefritis aguda severa, debe sospecharse ante una mala evolución de la misma con TAC de abdomen que evidencie la presencia de necrosis, colección y diferentes patrones de imágenes aéreas. Existen 5 factores que ensombrecen el pronóstico: trombocitopenia $<60000/\text{mm}^3$, creatinina $>1.4\text{mg}/\text{dl}$, alteración del estado de conciencia, shock, hematuria. Nuestro paciente, coincidiendo con lo que muestra la literatura, presentaba como factores de riesgo la presencia de infecciones urinarias recurrentes, litiasis renal y encontrarse bajo tratamiento sustitutivo dialítico. **Conclusión:** Existen 100 casos publicados en todo el mundo, lo cual da indicios de la escasa incidencia de este cuadro. Sin embargo, teniendo en cuenta la gravedad del mismo, la eventual dificultad diagnóstica si no se sospecha, y la rápida y mortal evolución, parece importante la mención de este caso.

Email: melini4@hotmail.com

Pseudoaneurisma de la arteria subclavia derecha: complicación post traumática con resolución endovascular exitosa.

Autores: Melini R., Alpino M., Stude I.

Servicio del Hospital general de Agudos Eva Perón – San Martín Provincia de Buenos Aires - Argentina

Objetivo: Mostrar una complicación poco frecuente resuelta en forma no quirúrgica. **Introducción:** El pseudoaneurisma de arteria subclavia por punción inadvertida de ésta es una complicación infrecuente. Se manifiesta con efecto de masa, isquemia aguda o ruptura. Las técnicas endovasculares presentan ventajas con reducción de la morbimortalidad. **Caso clínico:** Paciente de 55 años, anéfrico, con colocación de catéter doble lumen en vena subclavia derecha. Seis meses después consulta por dolor cervicolaral derecho, pulsátil con propagación a miembro superior y región inrerescapular asociado a tumoración en fosa supraclavicular derecha de consistencia blanda, superficie lisa y pulsátil, con soplo y sin frémito. Se realiza **Aortograma Torácico** con signos angiográficos compatibles con pseudoaneurisma de arteria subclavia derecha. Se realiza colocación de stent cubierto con malla de PTFE, ultrafina, expandible y biocompatible en arteria subclavia derecha. En la actualidad, el paciente continúa en seguimiento ambulatorio con evolución favorable. **Discusión:** Los pseudoaneurismas se producen por: infección, traumatismo o procedimientos quirúrgicos. Todos ellos tienen en común la distupción de la pared arterial y la extravasación de sangre a tejidos circundantes. Esto provoca la formación de una cápsula de tejido fibroso que crece debido a la presión arterial. La punción accidental de la arteria subclavia construye una situación que puede complicarse con ruptura y hemorragia, trombosis arterial y compresión de estructuras vecinas. La cirugía convencional presenta un abordaje difícil y con mayor frecuencia de complicaciones; en cambio, la técnica endovascular, al abordar distalmente la lesión, las evita. **Conclusión:** El tratamiento endovascular en casos puntuales, aparece como una solución viable para el tratamiento de los pseudoaneurismas en donde se observa menor número de complicaciones y reduce el tiempo de internación hospitalaria.

Email: melini4@hotmail.com

Índice de masa corporal en hemodialisis

Autores: Couderc J. V, Blanco C. L., Carone T., Comisso P., De Candia M, Lancesremere G.A.

Servicio de Nefrología, Hospital Naval Pedro Mallo – Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina

INTRODUCCION: Muchos estudios han demostrado una alta tasa de desnutrición en los pacientes en hemodiálisis crónica y se ha encontrado una fuerte correlación entre la presencia de desnutrición y la tasa de mortalidad. Asimismo, se observa que en esta misma población los pacientes con sobrepeso presentan una mayor supervivencia. **OBJETIVO:** Evaluar el índice de masa corporal (IMC) de pacientes en hemodiálisis crónica del

Servicio de Nefrología, Hospital Naval Pedro Mallo. **MATERIALES Y METODOS:** estudio realizado en 34 pacientes en plan de hemodiálisis crónica trisemanal. Criterios de inclusión: pacientes ingresados a hemodiálisis a partir del año 2004 con un mínimo de 3 meses en tratamiento sustitutivo renal. Criterios de exclusión: pacientes con imposibilidad de ser pesados. Se evaluó el IMC de los pacientes en un corte transversal y se los comparó con su propio control al inicio de diálisis. Para la clasificación en grupos según el IMC, se utilizaron los valores del Comité de Expertos de la OMS. Se dividió a los pacientes en virtud del tiempo en hemodiálisis en 3 grupos: de 3 meses a 2 años, entre 2 y 4 años y más de 4 años. **RESULTADOS:** se evaluaron 34 pacientes, 25 varones y 9 mujeres. La edad fue de 66.16 años. El tiempo en diálisis fue de 32.20 meses. IMC de inicio: 25 kg/m² (IC 95%=23.6-26.4), IMC actual: 25.4 kg/m² (IC 95%=24.26-8). Valores del IMC actual en virtud del tiempo en hemodiálisis: grupo 3 meses a 2 años: 26.6 kg/m² (IC 95%=24.1-29), grupo 2 a 4 años: 25.5 kg/m² (IC 95%=23-28), grupo +de 4 años: 23 kg/m² (IC 95%=20.9-25). Existe una correlación inversa significativa entre el tiempo de diálisis y el IMC $p=0.033$ (correlación de Pearson) **CONCLUSION:** el tiempo en diálisis tiene una marcada influencia en el índice de masa corporal en la población estudiada.

Email: jecouderc@yahoo.com.ar

Efectos de las estatinas sobre la insulinoresistencia y pcr en hemodialisis

Autores: ¹Chanta G, ¹Elbert A, Berg G, López G, Schreier J, González A.I.

Lab. Lípidos y Lipoproteínas, Dto Bioquímica Clínica, Facultad de Farmacia y Bioquímica-Universidad de Buenos Aires.

¹CEREHA

Introducción: La enfermedad renal crónica y la hemodiálisis (HD) promueven la secreción de factores inflamatorios así como alteraciones hormonales que favorecen la insulinoresistencia y los procesos aterogénicos. Las estatinas pueden ejercer efectos pleiotrópicos entre los cuales se destaca el antiinflamatorio y el mejoramiento de la sensibilidad a la insulina. Estos efectos no han sido extensamente estudiados en HD. **Objetivo:** evaluar el efecto de estatina sobre la PCR de alta sensibilidad (hs) y la insulinoresistencia (IR) en pacientes en HD **Materiales y métodos:** Se estudiaron muestras de $n=48$ pacientes. Al inicio se obtuvo sangre con 12 hs de ayuno y se determinó glucemia, PCR hs por inmunoturbidimetría e insulinemia por MEIA. La IR se estimó por HOMA. Los pacientes se dividieron al azar, 22 recibieron atorvastatina 10 mg/día y 26 sin tratamiento. Se realizó dosaje a los 12 meses de todas las variables. no tratados vs tratados: Sexo (M/F) 11/15 - 14/8 Edad mediana (rango) 46 (25, 64) - 53 (26, 67) Antigüedad de HD 5.21 0.66 - 4.14 0.69 BMI 23 0.70 25 0.92 Diabetes (DM) No/si 23/3 17/5 **Resultados:** No hubo diferencias en PCR después del período de tratamiento, en los pacientes no tratados fue 13.7 4.21 vs. 9.6 2.79 mg/l, $p=0.380$; en los tratados 4.7 1.23 vs. 6.4 1.89 mg/l, $p=0.329$, aún después de considerar valores de PCR menores de 10 (pacientes no tratados $n=15$; $p=0.242$; pacientes tratados $n=17$; $p=0.618$). En los pacientes sin DM, la glucemia disminuyó en los no tratados de 83 4.25 mg/dl vs 72 4.41, $p=0.001$ y en los tratados, de 81 1.77 mg/dl vs 69 2.12, $p<0.0001$. En los tratados, disminuyeron la insulina 9.7 1.51 U1/ml vs 6.0 0.93, $p=0.023$ y HOMA 1.94 0.31 mmol/l x U1/ml vs 0.99 0.14, $p=0.05$, no hubo diferencia significativa en los no tratados. **Comentarios:** Si bien no hubo disminución de PCR, los pacientes sin DM tratados con atorvastatina presentaron disminución significativa de IR.

Email: gabrielbanta@hotmail.com

Absceso epidural cervical en un paciente hemodializado como complicación de una infección asociada a cateter reporte de un caso

Autores: Boubée S, Albarracín L, Uriona A, Bottinelli Y, Guinsburg A, Guinsburg M, Garrote N, Centro de Nefrología y Diálisis Fresenius Medical Care Morón - Morón, Buenos Aires, Argentina

Introducción: Las infecciones por *Staphylococcus* son frecuentes en pacientes hemodializados y las bacteriemias provocadas por *Staphylococcus aureus* (SA) están asociadas con elevada morbi-mortalidad. El absceso epidural cervical es una complicación poco frecuente, de difícil diagnóstico y potencialmente fatal. La identificación microbiológica y el drenaje quirúrgico en caso de compromiso neurológico son los factores pronósticos más importantes. Presentación del caso: Hombre, 26 años, antecedentes de IRCT secundaria a nefropatía por IgA, inicia tratamiento hemodialítico de urgencia a través de catéter transitorio, confeccionándose EAV autóloga a la semana de ingreso. Pasados 30 días concurre con fiebre y quebrantamiento del estado general, sin evidencia clínica de foco infeccioso. Se realizan hemocultivos, se inicia antibioterapia empírica con vancomicina y ceftazidima, y se retira catéter. Evoluciona con persistencia del síndrome febril asociándose cefalea y cervicalgia lo que motiva internación. Durante la misma se realizan Rx tórax y columna cervical, punción lumbar, ecocardiograma transesofágico y serologías virales sin obtener datos relevantes. En 4 muestras de hemocultivo se rescata SA. En días desarrolla cuadriparesia con nivel sensitivo, globo vesical e incontinencia esfinteriana. Se realiza RMN que muestra imagen compatible con absceso epidural de localización posterior a nivel C4-C5-C6, con marcada compresión radicular. Es intervenido quirúrgicamente realizándose laminectomía dorsal, evacuando material purulento en el que se rescata SA. Se agrega rifampicina al esquema antibiótico inicial. El paciente evoluciona favorablemente con restitución al íntegram del compromiso neurológico. Comentarios: Es necesario considerar localizaciones infrecuentes de siembras hematógenas de SA en las infecciones asociadas a catéter. La evolución dependerá del acertado diagnóstico clínico, la utilización de antibióticos en forma adecuada y el abordaje quirúrgico precoz.

Email: martin.guinsburg@jmc-ag.com

Tratamiento de la acidosis metilmalónica con insuficiencia renal crónica severa. A propósito de un caso.

Autores: : Martín A, Gutiérrez L M, Fortunato R M, Martínez L, Piedrabuena I, Arcañone A M, Prado R, Bay L, Raffaele P, Servicio de Nefrología del Hospital Universitarioavaloro – Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina
 'Servicio de Nutrición del Hospital Garrahan – Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina

Introducción: la acidemia metilmalónica (AMM) es un infrecuente desorden del metabolismo del ácido metilmalónico (AcMM), ácido generado por metabolismo de aminoácidos como isoleucina, metionina, treonina, valina y beta oxidación de ácidos grasos de cadena simple. La insuficiencia renal crónica (IRC) es una de las complicaciones que pueden presentar quienes sobreviven a las crisis metabólicas agudas y agrava la acumulación del AcMM. Presentación del caso: Se presenta un paciente de sexo masculino, de 24 años de edad, 52 kg, con AMM diagnosticada a los 11 meses de edad, HTA e IRC progresiva que sufre como complicación reciente una neuritis óptica con compromiso significativo de la agudeza visual tratada con bolos de esteroides, coincidiendo con un clearance de creatinina de 25 ml/min y un dosaje de AcMM de 417.847ng/ml (VN 44.4 ng/ml). Algunos autores han propuesto en estos pacientes un trasplante hepático asociado al renal para corregir el error metabólico originario. Pero se ha observado persistencia de la producción de AcMM en el músculo en los casos de doble trasplante. Se decide realizar un trasplante renal (txr) aislado con donante vivo (la madre) de 58 años el 26-11-09, antes del ingreso a hemodiálisis y con clearance de creatinina de 25 ml/min, para mejorar eliminación del AMM y contribuir a la estabilización de la neuritis óptica. La inmunosupresión incluyó inducción con metilprednisolona, timoglobulina (2.8 mg/kg), y 720mg/d de micofenolato sódico. Al 4to día inicia rapamicina (objetivo de niveles entre 7 y 11ng/ml), con buena tolerancia. Evoluciona en postx con creatinina 1.1mg/dl. Los dosajes de AcMM en suero descendieron luego del txr de los 417.847ng/ml iniciales a 228.948 ng/ml a los 6 días, y 127.392 ng/ml a los 63 días del txr. Al 3 mes post trasplante se observa estabilización de la neuritis óptica. En la AMM el trasplante renal aislado sería eficaz para mejorar los niveles de AcMM en el período inicial del postx.

Email: praffaele@ffavaloro.org

Púrpura trombótica trombocitopénica en pediatría: A propósito de un caso

Autores: Oviedo G, Mora F, Ventura M, Bohorquez M, Codianni P, Barros M, Vallejo G.

Introducción En Microangiopatía trombótica (MAT) hay 2 enfermedades: SUH y PTT. Clásicamente, en SUH predominaba la insuficiencia renal y en PTT el compromiso neurológico, el primero más frecuente en niños, y la segunda en adultos. Puede existir superposición clínica entre ambos. Caso clínico Varón, 13 años, de San Luis, comienza con cefalea, decaimiento, vómitos y macrohematuria. Sin antecedentes de diarrea ni cuadro infeccioso. Al ingreso, HTA, anemia, plaquetopenia y anuria. Se asume SUII, iniciando tratamiento dialítico. Ante sospecha de SUH atípico e imposibilidad técnica de realizar plasmaféresis, se realizan infusiones de plasma con mejoría temporal. C3 77 y C4 18 (Bajos), FAN, antiDNA y ANCA negativos. Verotoxina negativa. Persiste cuadro clínico, se deriva. Ingresa pálido, edematizado, anúrico. Laboratorio: Hb 8 Hto 23,3%, Plq 16000 Retic 3,18% Esquistocitos+. Urea 164 Creat 7,43 BT 1,54 BD 0,36 LDH 3767 Asumido como SUH diarrea negativa. 7 días del ingreso, episodio transitorio de hemiparesia faciobraquicrural izquierda y luego convulsión tonicoclónica generalizada. TAC cerebro y EEG normal. RMN de cerebro, con imágenes inespecíficas. Difusión y AngioRMN normales. Se asumen como episodios de probable etiología vascular. Recibe 6 infusiones diarias de plasma, persiste anémico, anúrico e hipertenso. Factor H normal. Recibe infusiones de sobrenadante de crioprecipitados y gammaglobulina humana sin respuesta. Muestra para inhibidor de ADAMTS 13 con resultado positivo alto, reinterpretándose como PTT secundaria a inhibidor de ADAMTS 13. Realiza 6 sesiones de plasmaféresis con buena respuesta, pulsos de metilprednisolona. Mejora progresivamente valores hematológicos. Continúa en hemodiálisis crónica y con parámetros hematológicos estables. Nueva muestra de actividad de ADAMTS13 normal e inhibidor de ADAMTS13 negativo. Conclusiones: PTT, entidad poco frecuente en pediatría. El pronóstico individual depende de una adecuada presunción diagnóstica y tratamiento

Email: fedemora@gmail.com

Enfermedad por membrana basal delgada y el uso de la microscopía electrónica para arribar a un diagnóstico certero.

Autores: Lococo B, Fazzini B, Malvar A, Piarrucio P, Smucler Quevedo A, Ortemberg M, Albertón V, Toniolo M. F. Hospital Juan A. Fernández, Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina
 Laboratorio de Patología Clínico-Quirúrgica, Rosario, Provincia de Santa Fe

Introducción: La Enfermedad por Membrana Basal Delgada (EMBD) es una nefropatía hereditaria caracterizada ultraestructuralmente por adelgazamiento difuso de la membrana basal capilar y clínicamente por hematuria aislada, sin manifestaciones extrarrenales. Se conoce también como Hematuria Familiar Benigna, aunque a veces se presentan casos esporádicos y su curso evolutivo, no siempre suele ser benigno. Objetivos: Describir el caso de cinco pacientes, cuatro mujeres y un varón, entre 29 y 50 años, que se presentaron a la consulta con microhematuria asociada a proteinuria de rangos variables. Material y Métodos: Se estudiaron cinco pacientes, a los que, luego de un interrogatorio, historia clínica exhaustiva (incluyendo antecedentes familiares) y exámenes de laboratorio, se decidió, realizarles una biopsia renal que incluyó: Microscopía óptica (MO), Inmunofluorescencia (IF) y Microscopía Electrónica. Resultados: Se realizaron en primera instancia estudios de MO e IF. En tres de los pacientes, no se pudo arribar a un diagnóstico de certeza ya que se encontraron parénquima renal normal y ausencia de depósitos en el estudio de IF. A los otros dos pacientes se les diagnosticaron una Nefropatía por IgA y una Nefropatía Membranosa. La ME corroboró estos dos últimos diagnósticos histológicos, pero además, permitió realizar mediciones en al menos diez capilares glomerulares, en sitios elegidos al azar, sobre microfotografías tomadas de los glomérulos

evaluados. Se hicieron 50 mediciones en cada paciente y estos valores se volcaron a una planilla de tipo Excel, donde posteriormente, se obtuvo un valor promedio para cada caso particular. En las mujeres, este valor osciló entre 180 y 205 nanómetros, en el único hombre incluido en este grupo, la membrana promedio los 215 nanómetros. Conclusiones: El diagnóstico de EMBD puede realizarse solamente por medio de la microscopía electrónica. Si bien las publicaciones recientes hablan de una incidencia del 1 al 2 % de esta entidad, se cree que en realidad es aún mayor en la población general y que se trata de una patología subdiagnosticada, tal como sucedió con dos de los pacientes que hoy presentamos donde la EMBD apareció como una patología asociada.

Email: maria.toniolo@gmail.com

Cocaína y daño renal

Autores: ¹Gáiser P, ¹Labbate G, ²Sarano H, ²Mascheroni C,

³Méndez G, ²Toniolo M. E.

¹Fundación Ayuda al Enfermo Renal (FAERAC), Santa Rosa.

²Hospital Provincial del Centenario, Rosario. Prov. de Santa Fe

³Laboratorio de Patología Clínico-Quirúrgica, Rosario. Provincia de Santa Fe

Introducción: La cocaína es una droga ilícita distribuida y consumida alrededor de todo el mundo. Entre los años 1980 y 1990 su consumo se extendió en forma masiva, incluyendo a nuestro país. Se han conocido en la última década publicaciones que hablan de daño cardíaco, psiquiátrico, neurológico, pulmonar, gastrointestinal, obstétrico y renal, consecuencia del abuso crónico o de intoxicaciones agudas. Modelos experimentales demostraron que esta droga causa cambios hemodinámicos en la vasculatura renal, alteraciones en la síntesis y degradación de la matriz glomerular, estrés oxidativo e inducción de aterogénesis. **Objetivos:** Analizar la presentación clínica y las lesiones morfológicas renales de pacientes consumidores de cocaína de más de cinco años. **Material y Métodos:** Se estudiaron seis pacientes, todos de sexo masculino, con edad media de 33,6 años (rango 26 a 42 años). Las indicaciones de biopsia renal fueron: hipertensión arterial (100%), proteinuria (66%), insuficiencia renal aguda (33%) y hematuria (33%). **Resultados:** En todos los pacientes se realizó biopsia renal que incluyó microscopía óptica (MO) e inmunofluorescencia (IF) y solamente se accedió a microscopía electrónica (ME) en dos de los casos evaluados. Todos los pacientes mostraron signos de cronicidad: glomerulosclerosis global (50%), glomerulosclerosis focal y segmentaria (33%), compromiso túbulo intersticial en más del 30% (100%) y lesiones vasculares (100%) que incluyeron: hiperplasia de la capa muscular, reducción severa del calibre luminal especialmente en arteriolas, asociados a reduplicación de las membranas basales de los capilares glomerulares. Un paciente, presentó necrosis fibrinoide transmural junto a un trombo incipiente en una arteria interlobar. La ME no mostró depósitos de jerarquía en ningún caso. La ME permitió reconocer la formación extensa de dobles contornos en capilares glomerulares consecuencia del franco daño endotelial capilar. **Conclusiones:** La cocaína ha sido implicada como causa de insuficiencia renal aguda y crónica y distintos autores han demostrado que es capaz de afectar cualquier parte del nefrón ya que, fisiopatológicamente, induce activación plaquetaria y daño endotelial. Creemos que debe ser considerada e investigada como etiología, en pacientes que llegan a la consulta, sin una causa clara de Insuficiencia Renal.

Email: maria.toniolo@gmail.com

Calcificaciones vasculares en pacientes en hemodiálisis crónica del hospital Juan A. Fernandez

Autores: Albarracín I., Orremberg M., Perli C., Heguillen R., Aleman C., Moralez F., Miguélez I., Recalde C.

Servicio de Hemodiálisis Hospital Juan A. Fernandez. Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina

Introducción: Las calcificaciones vasculares en la enfermedad renal crónica terminal se asocia con aumento de la mortalidad cardiovascular. Las calcificaciones que comprometen la capa media con un patrón lineal se asocian con alteraciones en el metabolismo mineral. **Objetivos:** Establecer

mediante radiografías la frecuencia de calcificaciones vasculares y relacionarlas con perfiles bioquímicos. **Material y Método:** Se incluyeron 21 pacientes (11 varones) todos con mas de 6 meses en HD. Se realizaron radiografías (Rx) de manos y pelvis. Se evaluaron las arterias musculares, que son más propensas a calcificaciones lineales. Se clasificó a las calcificaciones vasculares (CV) en proximales (ilíacas y femorales) y distales (digitales y radiales) y se tomaron en cuenta las CV lineales. Se analizó el calcio (Ca), fosfatemia (P), producto fosfo cálcico (CaxP) y fosfatasa alcalina (FAJ) durante 6 meses previos y un valor de hormona paratiroidea intacta (PTH i) obtenida durante ese período. Se estudió la relación entre diabéticos (DBT) y no DBT. Los datos se expresan media Error standart o porcentajes según corresponda. Se utilizó el test de Wilcoxon Mann-Wiltney y se asumieron como significativos valores de $p < 0,05$. **Resultados:** La edad promedio fue de 49 3,3 años, con un tiempo en HD de 42 9,8 meses. Hubo 5 diabéticos. El 24 % de pacientes presentaron CV. Existe una tendencia a la asociación entre calcificaciones vasculares y diabetes ($p = 0,06$). La edad de los que presentaban CV fue de 42 10 años. No hubo diferencias significativas entre el grupo con calcificaciones (GCV) y el grupo control (GC) con respecto a calcemia 8,05 0,37 mg/dl (GCV) vs 8,87 0,28 mg/dl (G.C), fosfatemia 6,21 1 mg/dl (GCV) vs. 6,18 0,4 mg/dl (G.C), CaxP 50,0 9 (CV) vs 54,5 3,9 (GC), FAJ. 716,4 497 UI/L (GCV) vs 178,5 19,2 UI/L (G.C) y PTH i 662,2 511pg/dl (GCV) vs 354,6 89,4 pg/dl (G.C). **Conclusiones:** No se encontró relaciones significativas entre CV y los parámetros bioquímicos analizados. Esto se debería al escaso tamaño muestral estudiado. Se necesitarían análisis prospectivos en un número mas elevado de pacientes para definir el rol predictivo de CV en relación a la MM de estos pacientes. La Rx nos brinda un elemento accesible y económico para cuantificar las CV. El diagnóstico precoz de las CV y la identificación de su causa permitirá una intervención terapéutica directa que podría reducir las enfermedades cardiovasculares.

Email: lautaroalbarracin@yahoo.com.ar

Reagudización enfermedad renal en granulomatosis de Wegener

Autores: Farinella M., De Marco V., Alvarez M., Speziale C., Jaques N., Dos Santos N., Castro R., Abegao E., Carvallo H., Scapuzzi J.

Hospital Zonal Ezeiza "Madre Teresa de Calcuta", Provincia de Buenos Aires Argentina

Pte. masculino, 47 años, ingresa por reagudización de Enfermedad Renal. Internación, 30 días antes: Glomerulonefritis Rápidamente Progresiva + Vasculitis. ANCA C (+). Dx: Granulomatosis de Wegener. Recibió 3 bolos meprednisona 1 gr EV+ prednisona 1 mg/kg/d VO. Reingreso: decaimiento, leucopenia, úlceras orales. Medicación ingreso: Azatioprina (Aza) 100 mg/d; Meprednisona 80 mg/d; Omeprazol 20 mg/d; Allopurinol (Allo) 100 mg/d. Suspende Aza y pauta descenso corticoides. Añade púrpura en tronco y raíz de miembros; náuseas; disnea y fiebre. O2 con CPAP por desaturación. Rx: Neumonitis intersticial. Descarta herpes, micosis, pneum. jirovesi. Biopsia piel: inflamación inespecífica Diagnóstico probable: Intoxicación por Aza. Inicia ATB y hemodiálisis por dialización de Aza y metabolitos. Suspensión de Allo. Evolución lenta favorable.

Email: jscapuzzi@gmail.com

Vasculitis Cutánea y Nefropatía Lúpica Membranosas: a propósito de un caso

Autores: ¹Sanchez C., ¹Collado A, ²Alberrón V, ³Vazquez V,

³Calvo Abucchi M

¹Servicio de Clínica Médica, HZGA Simplemente Evita, G. Catán, provincia de Buenos Aires- Argentina. .

²Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Fernández, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

³Área de Nefrología, HZGA Simplemente Evita, G. Catán, provincia de Buenos Aires- Argentina.

Caso clínico: Paciente femenino de 26 años, que ingresó por caída de la función renal. Anemia 5 meses antes tratada con hierro oral y anticon-

ceptivos orales por hipermenorrea. Comenzó un mes antes con edemas, hipertermia, náuseas e hiporexia, orina espumosa y coloreada y pápulas eritematosas diseminadas. Tratada con AINEs, ciprofloxacina y furosemida. Al ingreso febril, púrpura eritematosa, confluyente, que no desaparecía a la vitropresión, poliadenopatías generalizadas, anasarca, hipovenilación bilateral, hepatomegalia. Anemia, plaquetopenia, U 93mg%, Cr 2 mg%, alb 1.23 mg%, Sed H 10-12, Pr U 3.8 g/24 hs, ClCr 33.5 ml/min, pancultivos negativos, C3 y C4 bajos, ANCA c y p negativos. Estudios por Imágenes: Derrame pleuropericárdico, hepatoesplenomegalia, riñones normales. Ante la presencia de Síndrome nefrótico-nefritico, caída del filtrado glomerular, C3 y C4 bajos y vasculitis cutánea en enfermedad multisistémica se realizó Biopsia de Piel sin IF: Vasculitis leucocitoclástica y PBR: GN Extracapilar con IgG e IgA codominantes, mesangial y parietal, C1q neg. Dos meses después se recibió Criogl y Anti DNA (negativos), FAN (1/1280 puntuado) Recibió al ingreso 3 pulsos de metilprednisolona ev, seguidos de 6 pulsos mensuales de ciclofosfamida ev y meprednisolona vo. Luego inició micofenolato sódico en dosis progresivas presentando recaída cutáneo-renal a la 3 semana de tratamiento sin alcanzar dosis óptimas. Se solicitó Anti Sm (positivo), anti DNA (neg), FAN (1/80 puntuado). Se indicó rebiopsia y nuevo ciclo de 6 pulsos mensuales de ciclofosfamida ev. PBR: Glomerulonefritis membranosa lúpica con C1q intenso. Conclusión: Destacamos el debut de LES como vasculitis cutánea y GNRE en ausencia de rasgos proliferativos lúpicos claros con C1q negativo en la BR inicial, como así también la evolución intratratamiento, en fase de inducción, hacia una nefropatía lúpica membranosa, remarcando la importancia del anti Sm en el diagnóstico definitivo de LES.

Email: cabrillacab@gmail.com

Glomerulopatía membranosa (gm) asociada a glomerulonefritis extracapilar (GNEX)

Autores: Gonzalez G, Nadal M.A, Rosello P, Petrucci E, De Rosa G,

División Nefrología - Departamento de Medicina Interna.
Departamento de Patología. Hospital de Clínicas, UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires Argentina

Objetivo: Presenta una GM con GNEX ANCA negativo con buena respuesta a la inmunosupresión. Enfermedad actual: Hombre de 56 años, con trombosis venosa profunda en agosto/08, anticoagulado, obeso, que consulta por presentar hipertensión arterial, edema de miembros inferiores (MMII) y hematuria macroscópica, por lo que se interna. Refiere ingesta ocasional de AINEs, aumento de la frecuencia miccional y orinas espumosas de 4 meses de evolución. Examen físico: IMC 37; TA 190/10 mmHg, edema de MMII. Laboratorio: Hto 22%, leucocitos: 7.200/mm³ (L:15%), VSG > 140mm/h, urea(U) 222 mg/dl, creatinemia (Cr) 9,1mg/dl; T Protrombina 11%, T trombina 17%. Proteinograma plasmático(g/dl): Totales: 6.1; albúmina:2.9; alfa1:0.3, alfa2:1.04, beta:0.81, gamma:1.06. Orina: densidad 1.010, pH:5.5, proteínas (P):++++. Sedimento: leucocitos 30-40/epo, hemácias 80 100/epo, dismórficos, acantocitos >5%, cilindros granulosos, céreos, anchos, grasos. Proteinuria/24 hs:7 g, glomerular con componente tubular. FENa:16%, U/P U:1.89. Serología viral, colagenograma, ANCA c y p negativos. Complemento normal. Ecografía renal: tamaño normal, aumento de la ecogenicidad. Ecodoppler vasos renales normal. Inició hemodiálisis. Se realizó punción biopsia renal. Diagnóstico: GM estadio II con proliferación extracapilar focal. Nefritis tubulointersticial crónica severa. Tratamiento: metilprednisolona 1g IV x 3. Ciclofosfamida 1g IV mensual x 3. Evolución con descenso de la U y Cr. Último control: Cr:1,6 mg/dl. P+. Comentario: Esta asociación infrecuente de GM con GNEX debe sospecharse cuando un síndrome nefrótico presenta signos de glomerulonefritis de rápida progresión. Una revisión bibliográfica señala ambas entidades en pacientes con ANCA positivo, sugiriendo una patogenia mediada por estos anticuerpos. Este paciente presentaba ANCA negativos, como algunos con vasculitis de pequeños vasos. El tratamiento inmunosupresor como en las GNEX resultó en una recuperación de la función renal y remisión de la P.

Email: ggonzalez@intramed.net

Síndrome antifosfolipídico y embarazo. Distintas caras de una misma moneda.

Autores: ¹Bernasconi A, ²Lapidus A, ³Waisman R, ¹Canteli M, ³Grosso P, ⁴Alberton V, ¹Lococo B, ¹Heguilén R.

¹Unidad de Nefrología, Hospital Juan A Fernández, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

²Servicio de Obstetricia, Hospital Juan A Fernández; Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

³Fressenius, Sanatorio Modelo de Quilmes, Provincia de Buenos Aires, Argentina

⁴Servicio de Patología, Hospital Juan A Fernández. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Introducción: A pesar de que las portadoras de Síndrome antifosfolipídico (SAF) tienen un alto número de pérdidas fetales y de que se han reportado resultados adversos durante el embarazo, este en algunas oportunidades es exitoso. El propósito de este análisis retrospectivo es el de describir la dispar evolución materno-fetal en pacientes (pt) con SAF que han concurrido a nuestro hospital. Método: Describimos la evolución de 3 embarazadas portadoras de SAF, y señalamos el desigual comportamiento de esta condición, en muchas ocasiones devastadora. Resultados: 2 de las pt tuvieron embarazos satisfactorios 10 años antes, ninguna tenía historia previa de trombosis, 1/3 asociada con LES, y 3/3 presentaba pérdidas fetales reiteradas. Todas presentaban ATC anticardiolipinas positivos, 1/3 anticoagulante lúpico +, y 1/3 ambos +. La complicación más común fue la hipertensión arterial. 2 pts recibieron labetalol y amlodipina mientras que la restante fue medicada con alfa metil dopa. Proteinuria + fue encontrada 2/3 pt. 2 pacientes sufrieron deterioro de la función renal, solo una necesito terapia de reemplazo renal (HD). 1/3 pt finalizó su embarazo cesárea programada. Una pt desarrolló catástrofe antifosfolipídica una semana después del parto, con trombosis venosa profunda, deterioro progresivo de la función renal y se trató con prednisona en altas dosis, plasmateresis (PP) y HD. Cómo no recuperó la función renal al mes se efectuó punción percutánea y biopsia renal, que arrojó severa microangiopatía trombotica con disfunción tubular severa. Desafortunadamente el mismo día desarrollo trombosis cerebral. No se reportaron muertes maternas. Todas comenzaron tratamiento desde el primer trimestre con heparina y aspirina 100mg/d, 1pt heparina, aspirina y prednisona, hidroxcloroquina y azatioprina cuando se encendió su LES, el caso restante fue tratado con Pl¹ y HD. En todos los casos los recién nacidos vivieron. La restricción de crecimiento intrauterino estuvo presente en 3/3. Conclusiones: El tratamiento temprano combinado con seguimiento materno estricto se asocia con la oportunidad de recién nacidos vivos. Como la trombosis es un proceso que se autoperpetúa, el tratamiento medico agresivo y el seguimiento multidisciplinario es importante pero aun así la morbilidad materna, la prematuridad, la preeclampsia sobreimpuesta y la restricción de crecimiento intrauterino son inevitables.

Email: ambeguilen@hotmail.com

Glomerulonefritis membranosa secundaria a HCV en pacientes HIV+ Hospital Durand

Autores: Perez Millan R, Carranza L, Weisse N, Armas H, Sturla G, Sintado L.

Servicio de Nefrología - Hospital Durand - Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina

Introducción La enfermedad glomerular asociada al HCV es usualmente la glomerulonefritis membranoproliferativa, la glomerulopatía membranosa tiene baja incidencia y en contraste cursa con normocomplementemia, criocritrio y factor reumatoide normal. El tratamiento indicado es interferón alfa y ribavirina que disminuye la proteinuria en un 65% de los casos. Cuando la infección por HIV no está controlada (CD4 < 200 y/o carga viral > 10.000 copias/ml) el compromiso renal es de peor pronóstico con tendencia a la IRC terminal. Caso clínico Varón de 45 años con diagnóstico de HIV y HCV hace 9 años en tratamiento con Lamivudina, Zidovudina, y Efavirenz. Dos meses previos a la consulta se le rota la me-

dicación antirretroviral Efavirenz por Tenofóvir Consulta a Nefrología por edemas bipalpebral y en miembros inferiores de 15 días de evolución con función renal conservada. Se constata síndrome nefrótico con proteinuria de 24 hs:6,84 g acompañado de HTA, sin deterioro renal y sedimento urinario que evidenció 3-4 hematíes dismórficos y acantocitos aislados, AAS +++, proteinuria +++, Ecografía renal normal. Complemento dentro de parámetros normales y Criocrito negativo. La carga viral de HCV: 624000 UI/ml e hibridación: genotipo 1^o, sin tratamiento específico para HCV, CD4 altos y carga viral para HIV indetectable, sin enfermedades marcadoras en los últimos años de seguimiento. Se realiza PBR que informa glomerulopatía membranosa E1 sin compromiso túbulo intersticial. Conclusión: La ausencia de hipocomplementemia, crioglobulina, y factor reumatoide no excluye la nefropatía asociada al HCV en pacientes HIV +. Aunque existe una relación temporal entre la administración del fármaco y la aparición de afectación renal, por el contexto del paciente y la literatura revisada, los hallazgos sugieren el rol de HCV en el desarrollo de la GN membranosa.

Email: lorecarranz000@hotmail.com

Insuficiencia renal aguda, análisis epidemiológico retrospectivo anual

Autores: Abalos A, García M, Raño M, Sabbatiello R, Schiavelli R.

Unidad de Nefrología y Trasplante Renal Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich. Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina

Introducción: Los servicios de nefrología (sn) no solo responden al seguimiento crónico de sus pacientes, sino también al seguimiento de pacientes agudos internados en otros servicios. La falla renal es un marcador independiente de evolución en pacientes críticos siendo la principal causa de consulta con los sn. **Objetivos:** Determinar las frecuencias de interconsultas realizadas en el año 2009, el origen de la misma. Los requerimientos de hemodiálisis, la evolución de los mismos. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo en el cual se analizaron las interconsultas desde 01-01-2009 al 31-12-2009 al sn (n:218). Se analizaron variables demográficas, causa de inicio de la terapia sustitutiva, tipo de terapia renal sustitutiva instaurada, evolución del paciente. **Resultados:** La edad promedio de los pacientes fue 58,34 (rango 18-99). El 42,6% requirió terapia sustitutiva. El 30,7% provenían de UFI, el 19,3% de Clínica Médica, el 13,8% de UCCO, el 11,5% de Cirugía General, el 7,8% de Shock Room. Aquellos que requirieron tratamiento sustitutivo, la edad promedio fue 55,4. El 66,7% realizó Hemodiálisis Intermiteente, un 16,1% Hemofiltración venovenosa continua y un 17,2% requirió ambas terapias. De esta población el 39,8% tenían función renal normal previo a la internación, el 32,2% eran ERC y el 28% IRCT. De los pacientes que realizaron un tratamiento sustitutivo, las indicaciones fueron secundarias a síndrome urémico 36,6%, sobrecarga hídrica 25,6%, hiperkalemia 3,2%, IRCT previo a la internación 28%. La mortalidad de los pacientes que requirieron algún tipo de terapia sustitutiva fue de 48,4%. El tiempo promedio de tratamiento en días es 9,18 (rango 1-68). El 31,3% presentaron recuperación de la función renal que dando en hemodiálisis un 7,5%. **Conclusión:** Debido a que más del 50% de los pacientes son derivados de áreas críticas es necesaria la asignación de mayores recursos propios para el tratamiento adecuado y eficaz de las necesidades de un hospital.

Email: alejandraabalos130@hotmail.com

Everolimus (EVE) en el trasplante renal tras la suspensión de inhibidores de la calcineurina (ICN)

Autores: Rengel M, Verdalles U, Mossé A, Abad S, Vega A, Niembro E, Verde F.

Servicio de Nefrología. Unidad de Trasplante Renal. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España

INTRODUCCIÓN: Los inhibidores de la Calcineurina (ICN) se asocian

con nefrotoxicidad y alta prevalencia de tumores. Everolimus (EVE) es un inhibidor de la señal de proliferación, utilizado en combinación con ICN como tratamiento inmunosupresor eficaz; pero con repercusión en la función del injerto a largo plazo por el riesgo de nefrotoxicidad. Sin embargo, cuando EVE sustituye a ICN se mantiene la eficacia sin alteración de la función renal. Presentamos los resultados del uso de EVE en pacientes portadores de trasplante renal a los que se le suspendió ICN bruscamente, sin repercusión en la función del injerto. **PACIENTES Y MÉTODOS:** Desde febrero de 2005, 120 pacientes con trasplante renal de donante cadáver (82 hombres y 38 mujeres), iniciaron tratamiento con EVE en sustitución de ICN. La edad de los pacientes era de 55,15 años, con 8,56 (1-23) años de seguimiento. La inmunosupresión de base se hizo con Prednisona, Micofenolato Mofetil (MMF)/Micofenolato sódico (MPA) y Ciclosporina/Tacrolimus. La concentración sanguínea de Everolimus se mantuvo entre 3-5 ng/ml. ICN se suspendió bruscamente y EVE se inició con 1,0 mg/día. Se mantuvo el tratamiento con MMF/MPA y prednisona. La indicación de EVE fue por neoplasia en 39%, electivo/preventivo en 40% y toxicidad por ICN en 11%. **RESULTADOS:** Tras EVE 55% mejoró la función renal con creatinina plasmática de 1,9 mg/dl, 32% se mantuvieron sin cambios y 13% empeoraron. El 10% desarrolló proteinuria. La concentración de EVE se mantuvo en 3,81 ng/ml. No presentaron cambios significativos en el metabolismo lipídico ni en la necesidad de estatinas, así como tampoco de eritropoyetina, HCCAS y ARAS. **CONCLUSIÓN:** La conversión de ICN a EVE como inmunosupresor de mantenimiento, en el trasplante renal, es segura y afecta levemente al metabolismo lipídico, sin repercusión en la función del injerto.

Email: manuelrengel@telefonica.net

Experiencia con recambio plasmático terapéutico en una unidad de trasplante renal

Autores: Petrone H, Azzaro S, Gamoneda C, Rehora C., Jesser C., Palumbo S., Baran M.

Unidad de Trasplante Renal de CRAI SUR-CUCAIBA J.a Plata. Provincia de Buenos Aires - Argentina

Objetivos: Evaluar experiencia inicial con Recambio Plasmático Terapéutico en la Unidad de Trasplante Renal de CRAI SUR-CUCAIBA. **Introducción:** La terapia de recambio plasmático ha demostrado utilidad en patologías en donde se requiere de una rápida eliminación de anticuerpos y proteínas circulantes que juegan un rol clave en la fisiopatología de algunas enfermedades. El paciente trasplantado renal supone un grupo particular de pacientes con mayor frecuencia de patologías con estas características. **Materiales y Métodos:** Se consideraron todos los pacientes trasplantados renales en nuestra unidad que requirieron de tratamiento de plasmaféresis. Se analizaron las indicaciones de la misma y la respuesta al tratamiento. Si bien nuestra unidad funciona desde 1996, desde diciembre de 2005 se dispone de plasmaféresis como opción terapéutica. **Resultados:** Entre el 4 de octubre de 1996 y el 10 de marzo de 2010, un total de 113 pacientes han sido trasplantados en la Unidad de Trasplante Renal de CRAI SUR. 35 pacientes más han sido trasplantados en otros centros y se hallan en seguimiento en nuestra unidad. Entre diciembre de 2005 y marzo de 2010 un total de 19 pacientes requirieron plasmaféresis. Cinco por glomeruloesclerosis focal y segmentaria (dos recidivas y tres GLEFS primarias), en 1 caso se realizó plasmaféresis para prevención de recaída de GLEFS, en 1 caso por Púrpura Trombocitopénica Trombótica (PTT) vinculada a carcinoma broncogénico, 1 caso para tratamiento de Enfermedad de Sero asociada a Tirmoglobulina, 4 casos por sospecha de Rechazo Agudo mediado por Anticuerpos, 1 caso para tratamiento de desensibilización en paciente hipersensibilizada en Lista de Espera para Trasplante, en 5 casos Rechazo Agudo mediado por Anticuerpos confirmado por biopsia y en 1 caso de Rechazo Hiperagudo. **Conclusiones:** La plasmaféresis es un recurso terapéutico de utilidad en una unidad de trasplante renal con indicaciones crecientes en esta especialidad.

Email: petronebuga@gmail.com

Síndrome de activación macrofágica en trasplante renal. A propósito de un caso.

Autores: ¹Gutiérrez J. M., ¹Martín A., ¹Fortunato R. M., ¹Arcamone A. M., ¹Lizarraga A., ¹Prado R., ²Rossi A., ²Pombo G., ²Raffaelli P.

¹Servicios de Nefrología. ²Hematología. Hospital Universitario Lavaloro. Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina

Introducción: El síndrome de activación macrofágica (SAM) se define por la presencia de hemofagocitosis, fiebre, pancitopenia, hepatoesplenomegalia y disfunción hepática. Puede mimetizar infecciones y presentarse como un síndrome de falla orgánica múltiple. El diagnóstico se confirma con el examen de la médula ósea por punción (PAMO). Presentación de un caso: paciente de sexo femenino de 51 años, portadora de insuficiencia renal crónica terminal secundaria a GN extracapilar paucimune ANCA C-1, transplantada con riñón de donante cadavérico el 23-07-08. Antecedentes de hepatitis C. Inmunosuprimida con inducción con anticuerpos policlonales, metilprednisolona (MPS) y esquema de sostén con tacrolimus, micofenolato sódico y esteroides. Evolución post-trasplante marcada por rechazos celulares a los 7, 10 y 13 meses (borderline el primero y último, IA el segundo de la clasificación de Banff), tratados con bolos de esteroides. Internación al 14 mes post-trasplante por pancreatitis aguda litiasica e insuficiencia renal. Se suspende inmunosupresión, salvo esteroides (hidrocortisona). Presenta bicitopenia con pp65/CMV negativa. Evolución con sepsis y plaquetopenia autoinmune (ac antiplaquetas: 1/6900). Es tratada con MPS e Ig polivalentes (IGIV). El 21º día de la internación se realiza laparoscopia, colecistectomía y biopsia hepática (Hepatitis Crónica). Intercede con hemorragia alveolar. Se practica PAMO. El laboratorio muestra Carga Viral HVC 69MIU (VN <7,8 mil), ferritina 4104 ng/ml; triglicéridos 176 mg/dl, LDLH 937; fibrinógeno 270 mg/dl; PCR /CMV 1. Se agrega Ganciclovir. Hallazgo de hemofagocitosis en PAMO. Se profundiza la bicitopenia, shock séptico y óbito. El SAM y la sepsis pueden tener fisiopatología y clínica similares, siendo sus tratamientos diferentes. Debería realizarse PAMO tempranamente en pacientes críticos infectados y bi o tri citopénicos. El aumento de la ferritina puede ser un elemento de refuerzo en la indicación del estudio medular

Email: praffaella@lavaloro.org

Protocolo de desensibilización en paciente hipersensibilizada en lista de espera para trasplante renal

Autores: Frapicini M G, Di Pietrantonio S, Piccinelli G, Baran M., Perrone H.

Unidad de Trasplante Renal CRAI SUR-CUCAIBA

Los pacientes hipersensibilizados (PRA > 70%) en Lista de Espera Renal (LER) tienen dificultad para conseguir donante debido a la positividad de el Cross Match durante los operativos. Aproximadamente 10% de los pacientes en nuestra LER están hipersensibilizados dificultando su acceso al trasplante. Actualmente existen protocolos desensibilizantes. Presentamos el caso de una paciente hipersensibilizada en LER que además estaba en situación de urgencia por agotamiento de accesos vasculares lo que posibilitó desensibilizarla y trasplantarla con éxito. Paciente de 43 años, portadora de insuficiencia renal de causa desconocida, en hemodiálisis desde noviembre del año 2000. Antecedente de transfusiones múltiples y cuatro embarazos por lo cual su PRA histórico era de 100%. Durante su tratamiento dialítico padeció oclusión de varios accesos vasculares. No fue considerada candidata para realizar diálisis peritoneal debido a que se colocó catéter y padeció reperidas peritonitis. La paciente dializaba al momento del trasplante por catéter transitorio ubicado en vena yugular interna derecha colocado 5 meses antes del trasplante. Debido a la crítica situación se decide solicitar vía de excepción por último acceso vascular ante el INCUCAI el 18/02/2009 que se otorga el 26/02/2009. Simultáneamente se comienza con tratamiento desensibilizante que consistió de: Recambios plasmáticos acondicionamiento con anti CD20 (Rituximab) más Inmunoglobulina policlonal humana endovenosa (IVIg) en altas dosis (2 gr/Kg de peso) mensual por 5 dosis. El tiempo desde el comienzo

del Protocolo de desensibilización hasta el Tx fue de 109 días. Inmunosupresión: Inducción con Tymoglobulina, mantenimiento con FK, MMF y Esteroides. 6 meses post trasplante la creatinina a sérica es de 0,8 mg% ml y el FG 128 ml/min. La paciente no ha experimentado rechazo agudo. Conclusión: presentamos el caso de una paciente hipersensibilizada con agotamiento de accesos vasculares que se pudo trasplantar con excelente evolución a 6 meses.

Email: petronehugo@gmail.com

Sobrevida de pacientes (P) e injertos (I) renales por encima de 20 años de evolución. Características distintivas.

Autores: Carrizo G, Nuñez N, González C, Gadea M., Agost Carreño, C.

Servicio de Nefrología, Diálisis y Trasplante Renal Hospital Aero-náutico Central. Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina

Se realizó un examen retrospectivo para verificar características de los P e I con sobrevida superior a 20 años postTx realizados en el período Nov:1981/1990. Hubo 9 casos sobre 52 Tx cronológicos (17,3%), edad 22,5 años (8/30), sexo: 5 mujeres y 4 hombres con un tiempo promedio de 23 años de Tx (20/29), todos recibieron más de 5 transfusiones de glóbulos rojos (5/18). Diagnóstico: 4 tuvieron glomerulopatías (1 LJS), 3 uropatía (reflujo), 2 causa no filiada. Todos realizaron hemodiálisis con un tiempo promedio de 17 meses (6/24). Los donantes fueron vivos (DV) en 8 y cadavérico en 1; 4 de los (DV) fueron hermanos: histoiénticos; 3 progenitores: 3 incompatibilidades (MM); 1 DV no relacionado 4 MM y 1 cadavérico 4 MM. En ningún caso hubo retardo de la función inicial. Como inducción se utilizó metilprednisona (MP) en 8; solo GAI en el DV no relacionado (esposa). Los 3 primeros (antes de 1986) recibieron mantenimiento con MP y azatioprina (AZA); los 6 restantes MP, AZA y ciclosporina. Hubo 2 rechazos agudos (RA); a los 8 meses en un DV por falta de adherencia y otro en cadavérico a la semana. Revirtieron con pulsos de MP. La creatinemia al año fue 1,07 mg/dl (0,8/1,6) y la actual 1,33 (1,2/2,3). Las complicaciones encontradas fueron: 1 DBT postTx, 2 con HTA tratados con 2 drogas, 2 con dislipemia medicados, 1 con CMV tratado, 1 hombre y 1 mujer operados por litiasis vesicular múltiple, 1 tumor pardo por hiperparatiroidismo severo, 3 tuvieron neoplasias: 2 epidermoides y uno PTLID (hiperplasia plasmocítica); 2 son portadores de HCV sin patología. Hubo cambios en la inmunosupresión: 6 no reciben Esteroides; 4 rotaron a Sirolimus, 1 a Micofenolato y otro a Tacrolimus, 2 continúan con AZA y 1 con Ciclosporina. Conclusión. Se destacaron: 1 Tiempo en Diálisis <24 meses; 2-Edad <30 años; 3- Transfusiones >5 (100%); 4-Tipo de donante (DV 90%); 5-Histocompatibilidad (87% histoiénticos y 1 haplotipo); 6-Ausencia de comórbidas previas. 7- Minimización de inmunosupresión

Email: servicionefrologiauc@cyahon.com.ar

Utilización y complicaciones del acceso vascular en hemodiálisis para pacientes transplantados.

Autores: Acuña M, Jara F, Taylor ME, Perrone H, Barán M. Unidad de Trasplante Renal, CUCAIBA CRAI SUR - La Plata Provincia de Buenos Aires - Argentina

Utilización y complicaciones del acceso vascular para hemodiálisis en pacientes transplantados renales **Introducción:** El acceso vascular es el medio por el cual el tratamiento dialítico puede ser llevado a cabo. A lo largo de su enfermedad estos pacientes frecuentemente presentan complicaciones que obligan a la reparación o bien realización de nuevos accesos con el consiguiente desmedro del patrimonio venoso. Esto adquiere particular relevancia en el momento del implante, en el cual se requiere de la administración parenteral de medicaciones e hidratación. El personal de enfermería se enfrenta entonces con la necesidad de utilizarlos para tales fines. **Objetivos:** Evaluar la frecuencia e indicaciones del uso del acceso vascular de diálisis por personal de enfermería en el pre y post trasplante renal. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo en una unidad de trasplante renal, en el período comprendido entre enero y diciembre

de 2008. Se evaluó frecuencia y motivo de utilización del acceso vascular (para hemodiálisis, plasmaféresis o para la administración de medicación) y la frecuencia y tipo de complicaciones del mismo. Resultados: Durante el período de estudio se realizaron 60 trasplantes renales (59 donante cadavérico y uno de donante vivo), de los cuales 59,32% fueron mujeres. El promedio de edad al momento del implante fue de 45,33 con 9,71 años en tratamiento dialítico. Un total de 38 pacientes (69%) requirió de diálisis en el periimplante, con un promedio de 3,29 sesiones cada uno (Rango 1-15 sesiones). El 70,31% recibió Timoglobulina, medicación que se administra por acceso vascular o vía venosa central exclusivamente y un 7,27% agregado requirió del acceso para otro tipo de tratamiento (Plasmaféresis, Hidratación, ATB, etc.). Se registraron cinco episodios de trombosis y una infección del acceso en el período de estudio. En un 5,45% de los casos se trataba del último acceso vascular. Conclusiones: En nuestra población de pacientes, el uso del acceso vascular para diálisis con fines diferentes al tratamiento dialítico en sí, es un hecho cotidiano (77,58% de los pacientes). El uso adecuado del mismo por el personal de enfermería es de fundamental importancia a fin de evitar mayores complicaciones, en especial las infecciosas sobre un paciente inmunodeprimido.

Email: milist@hotmail.com

Evolución del trasplante renal en relación con PTH al momento del implante

Autores: Taylor M.F, Obregón L.M, Brizzio A, Petrone H, Baran M, Ortiz E.

Unidad de Trasplante Renal CRAT SUR CUCAIBA La Plata, Provincia de Buenos Aires Argentina

Introducción: El hiperparatiroidismo (HPT) es una patología altamente prevalente en la población con insuficiencia renal crónica terminal y está asociado con una elevada tasa de morbimortalidad. Objetivos: determinar la prevalencia de HPT secundario en los pacientes que ingresan a nuestra unidad para someterse a un trasplante renal. Evaluar la importancia del HPT al momento del trasplante en la evolución del paciente e injerto al año. Materiales y métodos: se consideró todos los pacientes trasplantados renales de nuestra unidad que tuvieron una determinación de parathormona al momento del implante (PTH 0) y más de un año de seguimiento. Se dividió a los pacientes en dos grupos según tuvieron PTH 0 elevada (Grupo I) o no (Grupo II) al momento del implante. Se tomó como referencia los valores establecidos por las normas K-DOQI. Durante el año estudiado se analizó sobrevivencia del injerto y paciente, valores de creatinina y hematócrito. Se realizó análisis estadístico mediante test de Student o χ^2 según correspondiera. Resultados: Un total de 216 pacientes fueron incluidos en el estudio. Un 54,62% (n=118) tuvo PTH 0 elevada (Grupo I), mientras que 45,38% (n=98) presentó valores normales o bajos de PTH 0. No se hallaron diferencias significativas entre los grupos respecto de creatinina (G I 1,87 2,17 vs G II 1,59 0,69 mg/dl) y hematócrito (G I 39,37 14,34 vs G II 40,34 5,22 %). Se observó mayor frecuencia de reingreso a diálisis (8,47 vs 1,02%; $p < 0,001$) y de fallecidos (8,47 vs 1,02%; $p < 0,001$) en el Grupo I. Conclusiones: El hiperparatiroidismo al momento del trasplante renal tiene una prevalencia del 54,62%. Esta patología conlleva un mayor riesgo de pérdida del injerto y fallecimiento del paciente al año. En los que superaron el año con injerto funcionando no se apreciaron diferencias significativas respecto de los valores de creatinina y hematócrito. Un mejor control del hiperparatiroidismo en el período dialítico condicionará mejores resultados en el post trasplante.

Email: marcelofabianataylor@yahoo.com.ar

Programa de diálisis peritoneal en un hospital público de la pcia de Bs As, características sociales de los pacientes en tratamiento

Autores: López M, Cangado Pousa C, Fornés A

El programa de Diálisis Peritoneal del Hospital Presidente Perón, comenzó en el año 2000, desde ese año al período actual, han pasado por esta alternativa de tratamiento 88 pacientes. Las dificultades de los pacientes indocumentados, que padecen Insuficiencia Renal Etadio V e ingresan

al sistema sanitario argentino por la imposibilidad de realizar tratamiento en su país, ha complicado la posibilidad terapéutica, ya que de por sí se encuentra el sistema de atención hospitalaria colapsado y completo. Ante esta perspectiva se desarrolló un programa de Diálisis Peritoneal (DP) para asistir a dichos enfermos a modo de red de contención del Servicio de Hemodiálisis que posee un cupo acotado de puestos. Por medio del personal de enfermería capacitado en DP se realizaron encuestas a los pacientes para evaluar el nivel habitacional, ocupacional así como, si contaban con agua potable y servicios sanitarios, se instruyó a los pacientes para que tuvieran métodos sencillos para desarrollar la terapéutica evaluando y reentrenando a los mismos. Se muestran los indicadores socioeconómicos correspondientes al año 2009, apareandolos con algunas tasas de calidad en DP -Peritonitis 25,6 pac/mes -Infección del orificio de salida 25,6 pac/mes -Mortalidad anual 11,53% - Pacientes con KT/V $> 1,7$ 89,5%. Obtuvimos como resultado que del total de 26 pac. tratados 13 Hombres 13 Mujeres, 20 extranjeros, 14 indocumentados, 18 desocupados, Ingreso promedio \$516 por adulto, solo 6/26 poseen vivienda propia, compartida 15/26, precarias 3/26, de los servicios sanitarios 5/26 no cuentan con agua corriente y no poseen grifo en el domicilio 4/26. Concluimos que los datos sociales y habitacionales no son contraindicación relativa y/o absoluta para la inclusión de los pacientes en el programa de DP de acuerdo a estos indicadores de calidad evaluados.

Email: ccangado@intramed.net

Efectos de estatinas sobre proteínas y enzimas asociadas a lipoproteínas: proteína transportadora de colesterol esterificado (CETP), Paroxonasa (PON) y fosfolipasa A2 asociada a lipoproteína (Lp-PLA2)

Autores: De'marziani G, Elbert A, Gómez Rosso L, Brites F, González A.I, Schreiber L. Laboratorio. Lípidos y Lipoproteínas, Dto Bioquímica Clínica-f. Farmacia y Bioquímica-Infibioc-Univ. de Buenos Aires. 1.CEREHA. Centro Enfermedades Renales E Hipertensión Arterial. Argentina.

Estudios randomizados en hemodiálisis (HD) no mostraron, en la respuesta a las estatinas, el beneficio observado en otras patologías en relación a la mortalidad cardiovascular. No se ha estudiado el efecto de estatinas sobre CETP, proteína remodeladora de la composición lipoproteica, PON unida a HDL, como enzima antioxidante y Lp-PLA2 unida principalmente a LDL, marcador de inflamación y riesgo aterogénico. Objetivo: Evaluar el efecto de estatinas sobre el perfil lipídico-lipoproteico, la actividad de CETP, PON y Lp-PLA2 en pacientes en HD. Material y Métodos: Se estudiaron 22 pacientes; edad: mediana (rango) 53 0,69 0,92, antigüedad en diálisis 4,14 DS 25 (26 67), sexo: M/F 14/8, IMC: media años, de varias etiologías (n=5 con diabetes). Se obtuvo suero después de 12 hs ayuno al inicio y se determinó triglicéridos, colesterol (Col), Col-HDL, Col-LDL, Col-VLDL, Col-noHDL, apoproteínas A1 y B, PON a través de su actividad arilesterasa (ARE) y paraoxonasa (PON1), CETP y Lp-PLA2 por métodos radiométricos. Se administró 10 mg/día de atorvastatina, a los 6 meses se controló perfil lipídico y a los 12 meses se determinaron todas las variables. A los 6 meses disminuyó el Col (193 7,9 mg/dl vs. 168 7,4, $p = 0,002$), Col-VLDL (44 6,3 mg/dl vs. 34 2,7, $p = 0,027$) y Col-noHDL (153 8,0 mg/dl vs. 128 8,0, $p = 0,012$) y aumentó Apo A1 (118 4,1 mg/dl vs. 128 4,1, $p = 0,009$). Al año, respecto de los niveles basales, disminuyó el Col (193 7,9 mg/dl vs. 159 6,8, $p < 0,0001$), Col-LDL (109 7,7 mg/dl vs. 83 6,1, $p = 0,001$), Col-noHDL (153 8,0 mg/dl vs. 121 6,6, $p = 0,0001$) y la Lp-PLA2 (9,41 0,733 mol/ml.h vs. 7,91 0,57, $p = 0,023$). No hubo diferencias en la actividad de CETP (280,1 4,13%/ml.h vs 284,6 5,72, $p = ns$), de PON1 (232,63 40,22 nmol/ml.min vs 240,43 40,14, $p = ns$) ni de ARE (96,38 3,78 mol/ml.min vs 95,52 4,71, $p = ns$). Conclusión: Pacientes en HD tratados un año con atorvastatina, mejoraron el perfil lipoproteico y disminuyeron la actividad Lp-PLA2, compatible con un menor riesgo cardiovascular.

Email: guille_dm@hotmail.com

Tablero de comando en acceso vascular

Autores: Mercanti, J. Rivero W. Ducasse, E. Centro de Enfermedades Renales. Resistencia. Provincia de Chaco - Argentina

Evaluar la utilidad del tablero de comando para la toma de decisiones y seguimiento en un programa de gestión. El acceso para diálisis permite al paciente realizar su tratamiento se mantiene en el tiempo como una de las mayores dificultades para mantener en forma estable y dentro de los parámetros clínicos adecuados al paciente con enfermedad renal crónica y es fuente inagotable de consumo de recursos. En la realización del tablero de comando se tomaron en cuenta los pacientes incidentes y prevalentes, asimismo se realiza una evaluación de los costos relacionados. Variables analizadas: 1- Porcentaje de pacientes con acceso vascular definitivo que ingresa a TRR.2- Realización del acceso definitivo en pacientes con catéter transitorio antes del día 14 de TRR.3- Porcentaje de pacientes con acceso autólogo. 4- Porcentaje de pacientes con acceso heterólogo. 5- Porcentaje de pacientes con catéter tunelizado. 6- Porcentaje de pacientes con catéter no tunelizado. 7- Tasa de trombosis de FAV. 8- Tasa de trombosis de prótesis. 9- Stop precoz de acceso vascular.10-Tasa de infiltraciones mensual.11- Indicadores de costos en pacientes prevalentes. INDICADOR OBJETIVO O N D E F M Ingreso con acceso definitivo 50% 0% 0% 25% 0% 50% Confección de acceso antes de 14 días 100% 100% 100% 0% 50% % FAV prevalentes 70% 66.6% 66.6% 59.3% 55% 54% % Semipermanente prevalentes < 10% 6.8% 6.8% 15.3% 17% 17% % Prótesis prevalentes < 20% 27.2% 27% 22.4% 20% 22% % Catéteres transitorios prevalentes < 3% 2,0% 4% 3% 7% 5% Tasa de stop FAV por año 0,25 0.015 0.015 0-015 0.2 0.2 Tasa de stop Prótesis por año 0,50 0.40 0.40 0.50 0.36 0-36 Tasa de infecciones Semipermanentes 1 c/9 meses 1 c/9 1 c/9 1 c/ 15 1 c/ 3 1 c 2.7 Stop precoz de Accesos Vasculares 0 % 0 0 0 0 0 Tasa de infiltración mensual <0,08 0,06 0.06 0.03 0.04 0.04 Indicadores de costos en ptes. prevalentes \$ 9.000 6000 14.263 20.504 5674 14000 Tasa de acceso 0.8 0.52 0.74 1.3 0.67 1 Creemos en la utilidad del tablero de comando como una herramienta útil para el seguimiento de los accesos vasculares para toma de decisiones acciones preventivas y análisis de costos pero es conveniente transcurrir mayor tiempo en su utilización para sacar conclusiones reales

Email: sory_fer@yahoo.com

Clasificación de Oxford de la nefropatía por iga. análisis, reproducibilidad y correlación clínico-patológica.

Autores: ¹Alberton V, ²De Rosa G, ²von Stecher F, ²Nadal M, ¹Lococo B.

²Hospital de Clínicas José de San Martín ¹Hospital Juan Fernandez. Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina

La clasificación de Oxford de la nefropatía por IgA (NIgA), es el producto de un trabajo iniciado en 2005, cuyo objetivo fue determinar las lesiones histológicas más relevantes para el pronóstico, con reproducibilidad interobservador aceptable y fáciles de tasar rutinariamente. Dicho estudio propone que el score de celularidad mesangial (M), la esclerosis segmentaria (S), la hiper celularidad endocapilar (E) y el porcentaje de atrofia tubular o fibrosis intersticial (T), tienen valor pronóstico significativo, independientemente de las manifestaciones clínicas. Objetivos: evaluar el grado de reproducibilidad de dichas variables y su relación con la proteinuria (P) y creatinemia (Cr) al momento de la biopsia renal (BR). Métodos: Se aplicó el score de Oxford a 56 NIgA de grados II:19, III:20, IV:7 y V:10 (Lee IIS, 2005). El estudio se realizó independientemente por 3 patólogos cuyos resultados se confrontaron. Según el score obtenido (0/1), cada lesión se subdividió en 2 grupos y se compararon la P y la Cr entre ellos mediante la prueba de Mann-Whitney (significativo= p<0.05) Resultados: Cr (mg/dl): M0/M1= 1.2 0.5/1.5 1.2; S0/S1= 1.1 0.6/1.5 1 (p= 0.0364); E0/E1= 1.2 0.6/1.5 1.3. P (g/24hs): M0/M1= 2 2.7/ 3.2 3.5; S0/S1= 1.5 1.6/3.1 3.6 (p= 0.0263); E0/E1= 2.9 4.1/2.6 2.3 El % de coincidencias para las diferentes variables fue: M (77%), S (93,75%), E (66,6%) y T (100%). Conclusiones: La aplicación de la clasificación de Oxford solo mostró diferencias significativas entre la Cr y la P de los pacientes con y sin esclerosis segmentaria. Las variables histológicas con menor reproducibilidad fueron la proliferación endocapilar y la hiperce-

lularidad mesangial. No se halló ningún T1(>25%), por lo que quizás este punto de corte sea muy elevado para considerarlo útil al momento de la BR. Es probable que para el nefrólogo no resulte sencillo predecir pronóstico en pacientes individuales con este score, en especial en casos con M1 y/o E1, cuyos S y T son 0.

Email: vgalberton@yahoo.com.ar

Rol de la microscopía electrónica en el diagnóstico de biopsias renales

Autores: Iotti A, Iotti R, Trimarchi H. Servicios Hospital Británico y C.E.M.I.C., Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Introducción El estudio de microscopía electrónica (ME) es considerado esencial e irremplazable en el diagnóstico de determinadas nefropatías. En otras complementa y confirma hallazgos realizados por microscopía óptica e inmunofluorescencia. Limitaciones económicas y de disponibilidad dificultan en nuestro país el acceso a esta valorada técnica. El objetivo del presente trabajo es describir y analizar los hallazgos ultraestructurales en una serie de biopsias renales en el período de un año. Material y Métodos Entre Enero y Diciembre de 2009 se estudiaron 134 biopsias por ME (23 % de las procesadas). Todas fueron fijadas en glutaraldehído, cortadas en criostato, incluidas en plástico obteniéndose cortes de 1 micrón y luego cortes ultrafinos que se observaron en microscopio electrónico. Resultados Los diagnósticos fueron: glomerulonefritis proliferativa mesangial en 27 casos, 19 casos de esclerosis focal y segmentaria, 19 cambios mínimos, 15 nefropatía membranosa, 11 glomerulonefritis extracapilar, 10 nefritis lúpica, 8 normales, 6 nefropatía diabética, 5 nefropatía crónica de trasplante, 4 glomerulonefritis membranoproliferativa, 3 enfermedad por cadenas livianas, 2 glomerulonefritis postinfecciosa, 2 amiloidosis, 2 membrana basal delgada, 1 enfermedad de Alport, 1 enfermedad de Fabry y 1 síndrome nefrótico congénito tipo Finlandés. En el 34 % del total de casos, la ME fue clave para arribar a un diagnóstico de certeza. Conclusiones Comparando con series internacionales se destaca el bajo porcentaje de biopsias estudiadas con ME. Sin embargo, los aportes proporcionados por la técnica permiten realizar o precisar el diagnóstico en un número significativo de casos (confirmación y caracterización de depósitos, alteraciones podocitarias y de la membrana basal).

Email: alejandroiotti@yahoo.com.ar

Score vascular en la nefropatía por iga (N.IgA)? CORRELACION con creatinemia, presión arterial y grado histológico

Autores: ¹Lapman G, ¹von Stecher F, ²Alberton V.G, ¹De Rosa G. ¹Departamento de Patología- Hospital de Clínicas José de San Martín, ²Hospital J.A. Fernandez ³Hospital Durand. Ciudad Autónoma de Buenos Aires -Argentina

La NIgA primaria es la glomerulopatía primaria más frecuente en el mundo. Entre los factores asociados a la progresión clínica y patológica se halla el compromiso vascular, que tiende a ser subestimado. Objetivos: Determinar la relación entre el score vascular (SV), creatinina sérica (Cr), presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD) y grado histológico (GH). Métodos: Se estudiaron retrospectivamente 53 BR de pacientes con NIgA primaria, clasificadas en grados I a V (Lee y col., 2005); el SV fue calculado por el método de Radford y col. que evalúa esclerosis/hialinosis, engrosamiento intimal e hipertrofia de la media en arterias y arteriolas, estableciendo una gradación de 0 a 3 para cada una de ellas, cuyos valores se suman (máximo:18). Los resultados se correlacionaron con la Cr, PAS y PAD al momento del diagnóstico y con el GH. Para el análisis estadístico se utilizó el test no paramétrico de Spearman (significativo p<0.05). Resultados: La edad promedio de los pacientes fue 33 años, la distribución por sexos (masculino/femenino) 37/16 y los resultados de los parámetros analizados (X DS): SV= 3.13 2.5; PAS= 128.9 18.8; PAD= 81.5 10.5; Cr=1.25 0.8; GH= 2.8 1. Al momento de la biopsia, 41.5% eran hipertensos y el 18.9% tenían algún grado de insuficiencia renal. La distribución de los GH fue: I (1.9%), II (37.7%), III (41.5%), IV (9.4%) y V (9.4%). Se halló correlación significativa entre el SV con la PAS (p=0.0073), PAD

($p=0.0171$) y el GH ($p=0.0069$). La lesión vascular de mayor prevalencia fue la hialinosis arteriolar (74%), seguida por la hipertrofia medial (45%) y la fibrosis intimal arterial (44%). Conclusiones: Las lesiones vasculares renales en la N. IgA se relacionan con HTA y con el GH. Su identificación y cuantificación son importantes aún en ausencia de insuficiencia renal significativa, porque junto con otros factores clinicopatológicos condicionan el pronóstico renal a largo plazo y pueden mejorar con un tratamiento adecuado.

Email: vgalberton@yahoo.com.ar

Expresión del factor de crecimiento del endotelio vascular (vegf) en diferentes nefropatías

Autores: ¹Alberton V, ²De Rosa G, ³Cabral C, ⁴Catalano V, ¹Malvar A, ¹Lococo B. ¹Hospital J. A. Fernández, ²Departamento de Patología, Hospital de Clínicas José de San Martín - Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina

El VEGF es un factor de crecimiento específico del endotelio que en el riñón normal se expresa en los podocitos y en células epiteliales tubulares. Trabajos recientes sugieren que es un mediador esencial de la restauración glomerular en algunas glomerulopatías proliferativas, mientras que en la diabetes ejerce un efecto deletéreo. Objetivos: Investigar la expresión de VEGF en 4 nefropatías con grados variables de proliferación y esclerosis glomerular. Métodos: se realizaron técnicas inmunohistoquímicas con anticuerpo anti-VEGF (DakoCytomation) monoclonal en 40 biopsias renales: 10 nefropatías por IgA (N.IgA), 10 nefritis lúpicas Clase IV-G, 10 glomerulosclerosis diabéticas y 10 microangiopatías trombóticas (MAT). Se utilizó como control parénquima normal de 10 nefrectomías por carcinomas renales. La expresión glomerular de VEGF se graduó semicuantitativamente según el grado de tinción del marcador (G): G0=ausente; G1=débil focal; G2=intenso focal; G3=débil difuso; G4=difuso intenso. La expresión tubular también se graduó semicuantitativamente: G0=ausente; G1=focal; G2=difusa leve o moderada; G3=difusa intensa. Resultados: En la N.IgA no hubo tinción glomerular a pesar de incluirse diferentes grados histológicos. El 30% de las nefritis lúpicas expresaron VEGF glomerular, no hubo marcación en aquellas con índices de actividad más elevados y la mayor intensidad glomerular y tubular se evidenció en un caso con MAT asociada. La esclerosis nodular diabética y las MAT fueron las patologías con mayor expresión en los podocitos, endotelio y epitelio tubular. Conclusiones: El VEGF es necesario para el crecimiento y proliferación del endotelio de los capilares glomerulares y peritubulares. Mientras que en la nefropatía diabética su expresión se relaciona con esclerosis y pérdida funcional, en las microangiopatías trombóticas sería un indicador de reparación. En la N.IgA y en la nefritis lúpica, su utilidad como marcador pronóstico requiere mayor investigación

Email: vgalberton@yahoo.com.ar

Churg Strauss: Múltiples recaídas

Autores: Canteli M, Roncallo A, Albarracín I, Aleman C, Ortemberg M, Pazzini B, Smuclir Quevedo A.

Servicio de Nefrología Hospital Juan A. Fernández - Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina..

El síndrome de Churg Strauss es una enfermedad multisistémica de poca frecuencia, caracterizada por ser una vasculitis primaria de tipo necrotizante que afecta pequeños y medianos vasos asociada a asma y eosinofilia periférica y tisular. La vasculitis frecuentemente afecta piel, nervios periféricos y tracto gastrointestinal; pero también puede afectar otros órganos. Es común la presencia de infiltrados pulmonares en parche que responden bien a corticoides. Aparece con mayor frecuencia en la edad media de la vida y es más común en hombres que en mujeres. Los ANCA son (1) en muchos pacientes, frecuentemente del tipo p-ANCA/Anti MPO. La respuesta al tratamiento suele ser favorable siendo el pronóstico de la enfermedad bueno. La presencia de recaídas es poco frecuente. Mujer de 78 años. Antecedentes: asma de reciente comienzo que consulta por presentar Insuficiencia Renal y broncoespasmo severo. Se constata proteinuria, microhematuria y eosinofilia con eosinofilia. Laboratorio: ANCA p + + + +, MPO 68. Se realiza PBR: Glomerulopatía proliferativa extraca-

pilar focal y esclerosante focal residual paucimune. Recibió tratamiento con ciclofosfamida (CFM) y corticoides durante un año con excelente respuesta clínica y serológica. Se rota el tratamiento a azatioprina y recae a los 6 meses positivizando el ANCA con mayor deterioro de la función renal. Recibe nuevamente CFM durante 6 meses y por evolucionar favorablemente, se rota el tratamiento a micofenolato mofetil. Recae por 2° vez a los 3 meses con compromiso renal, pulmonar y expresión del ANCA. Reinicia CFM durante 6 meses asociada a Rituximab. Actualmente asintomática. Se describe un paciente que presenta múltiples recaídas clínicoserológicas, requiriendo variados esquemas terapéuticos y respondiendo favorablemente al tratamiento con Rituximab. Actualmente en remisión con insuficiencia renal crónica moderada.

Email: martinortemberg@yahoo.com.ar

Nefropatía por IgA y asociaciones

Autores: ¹Ortemberg M, ¹Perli C, ¹Migueliz L, ¹Morales E, ¹Recalde C, ²Alberton V, ¹Roncallo A, ¹Malvar A, ¹Hospital Juan A. Fernández, Servicio de Nefrología. ²Hospital Juan A. Fernández, Servicio de Patología.- Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina

La nefropatía por IgA (NIgA) es una glomerulonefritis proliferativa mesangial caracterizada por depósitos mesangiales difusos de IgA. Aún así, existe un amplio espectro de lesiones histopatológicas asociadas a esta enfermedad que pueden variar desde cambios mesangiales mínimos hasta la presencia de proliferación extracapilar difusa. Así mismo, las manifestaciones clínicas pueden comprender una simple microhematuria como un deterioro rápidamente progresivo del filtrado glomerular. El diagnóstico se basa en la identificación de depósitos mesangiales de IgA. Hemos visto diferentes patologías en contexto de NIgA. Se analizaron retrospectivamente 332 biopsias renales realizadas en el Hospital Fernández entre junio 2008 y febrero 2010, de las cuales 43 (13%) fueron NIgA. De estas, en 5 (11,6%) se observó la presencia de otra alteración asociada (dos microangiopatía trombótica, glomerulopatía membranosa estadio I, amiloidosis y membrana basal glomerular delgada). Dado que la NIgA es la glomerulonefritis más frecuente del mundo, su presencia concomitante con otra enfermedad renal no es un hallazgo inusual y suele tener formas de presentación y de evolución relacionada a la nefropatía asociada.

Email: martinortemberg@yahoo.com.ar

Glomerulonefritis extracapilar asociada a anca-p con granulomas periglomerulares. presentación de un caso.

Autores: ¹Finkelstein, A, ²Lapman G, ³Benavidez J, ³Alberton V, ³Lococo B, ¹Celano C, ¹Servicio de Nefrología y Diálisis Cctec SRL. Provincia de Buenos Aires, ²Hospital Durand, ³Hospital Fernández - Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina

Introducción: La inflamación granulomatosa periglomerular es un hallazgo histológico poco frecuente y se relaciona principalmente con glomerulonefritis (GN) asociadas a ANCA y/o anticuerpos anti-membrana basal glomerular (GN anti-MBG). Se presenta un caso para discutir la fisiopatología y significado de los granulomas periglomerulares en las GN extracapilares. Presentación del caso: Se presenta una paciente de 61 años de edad que ingresa con un cuadro de insuficiencia renal de rápida evolución, síndrome anémico, proteinuria 1g, hematuria y creatinina 10 mg/dl. La inmunoserología resultó positiva para ANCA-p MPO. Se realizó biopsia renal percutánea que mostró una glomerulopatía proliferativa extracapilar (difusa) Informe: Se reconocen hasta 4 glomerulos entre los diferentes cortes, 3 de ellos en oblea y comprometidos por la reacción granulomatosa. En uno de los glomerulos esclerosados se reconoce una semiluna fibrocelular que ocupa el espacio urinario. Los vasos presentes en la muestra presentan hipertrofia de su capa muscular. La paciente evoluciona con diálisis favorablemente pero sin respuesta a la terapia inmunosupresora. Discusión: La formación de granulomas periglomerulares es resultado de injuria renal severa, en especial de proliferación extracapilar con abundantes macrófagos; éstos liberan citoquinas y factores proinflamatorios que

favorecen la rápida y extensa disrupción de la cápsula de Bowman. Tanto la GN anti-MBG como las GN asociadas a ANCA suelen tener estas características morfológicas, pero es tema de controversia si la reacción granulomatosa periglomerular ocurre sólo en las últimas y en las GN anti MBG con ANCA o puede verse también en ausencia de dichos Ac. Los Anca p son los que más se asocian con este tipo de biopsias. Conclusiones: La reacción granulomatosa periglomerular es un hallazgo histológico infrecuente en algunas formas de GN extracapilar asociadas a ANCA o a anticuerpos anti-MBG, caracterizadas por extensa necrosis fibrinoide

Email: drlapman@gmail.com

Microangiopatía trombótica asociada a nefropatía por IgA

Autores: ¹De Rosa G, ¹Medin M, ²Alberton V, ¹von Stecher F, ¹De Rosa M, ²Fazzini B. ¹Hospital de Clínicas José de San Martín - ²Hospital J.A. Fernández - Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina

Introducción: La ocurrencia de microangiopatía trombótica (MAT) simultáneamente o durante la evolución de una nefropatía por IgA (N.IgA), es un hecho poco frecuente, de mal pronóstico, cuya relación no ha sido establecida. Objetivos: Analizar los factores clínicos y patológicos de 6 pacientes con diagnóstico de N. IgA y MAT en la biopsia renal (BR). Material y métodos: Se evaluaron 3162 BR, 342 de ellas con diagnóstico de N.IgA, entre las que se identificaron 6 (1.7%) que tenían concomitantemente características histológicas de MAT. Todas las BR fueron estudiadas con microscopía óptica e inmunofluorescencia. Las variables clínicas y de laboratorio analizadas fueron: tensión arterial, proteinuria/24 hs y creatinina sérica (mg/dl). Para la gradación histológica se utilizó la clasificación de Lec HS y col (2005). Resultados: De estos 6 pacientes con MAT asociada a N.IgA, 66% eran de sexo masculino. La edad promedio fue 32 años y la indicación para la BR consistió en la asociación de insuficiencia renal, HTA severa (5/6) o maligna (1/6), proteinuria masiva o síndrome nefrótico y hematuria. La BR mostró en todos ellos glomeruloesclerosis avanzada (grado histológico V) y lesiones vasculares de MAT; se evidenciaron trombos en el 66% de los casos. Caso Edad Sexo Cr (mg/dl) PROT (g/24h) EFS (%) ES (%) 1 20 F 3.6 ++ 0 81.2 2 39 M 3.1 4 30 60 3 37 M 7 3.6 7.7 92.3 4 22 M 2.3 3.8 0 80 5 42 M 5.5 5.7 8.6 82.8 6 32 F 6 4.7 0 72.7 Cr: creatinina; Prot: proteinuria; EFS: Esclerosis focal y segmentaria; EG: Esclerosis global. Conclusiones: Los resultados de esta serie de casos de N.IgA y MAT coinciden con la literatura respecto a su asociación con proteinuria elevada, HTA severa o maligna e insuficiencia renal. El alto porcentaje de obleas y el score promedio relativamente bajo de lesiones tubulointersticiales sugieren que probablemente la MAT aceleró la progresión de la N.IgA a la insuficiencia renal crónica.

Email: vgalberton@yahoo.com.ar

Nefropatía membranosa primaria asociada a MAT

Autores: Perli C, Aleman C, Migucliz L, Morales E, Recalde C, Ortemberg M, Smuclir Quevedo A. Servicio de Nefrología Hospital Juan A. Fernández. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina.

Paciente de 41 años de sexo masculino con antecedentes de hipertensión arterial de larga data, hernia de disco L4-L5, derivado a servicio de Nefrología por presentar deterioro de la función renal en rutina de laboratorio prequirúrgica: Cr 2,7 mg/dl, proteinuria 3 G/L, diuresis 2150 ml, colagenograma, serologías virales y proteinograma electroforético normales. ECG: hipertrofia concéntrica del VI. Fondo de ojo: retinopatía hipertensiva severa en ambos ojos. Ecografía renal: riñones de tamaño normal. Se realiza biopsia renal percutánea. Diagnóstico: glomerulopatía esclerosante difusa a partir de glomerulopatía membranosa. Severo daño tubulointersticial representado por numerosos infiltrados mononucleares, fibrosis intersticial y atrofia tubular. Arteriolas hiliares e intersticiales con severa reducción de la luz por hipertrofia e hiperplasia de la capa muscular, en sectores ocluidos por trombos. Microscopía electrónica: glomerulopatía

membranosa estadio II y microangiopatía trombótica crónica. Nuestro paciente presentaba hipertensión arterial de larga data, los hallazgos del ECG y fondo de ojo patológico apoyan el diagnóstico. La presencia de HTA en un paciente joven sugiere hipertensión secundaria, pudiendo ser causa de la misma una patología renal parenquimatosa crónica. En la glomerulopatía membranosa es poco común observar hipertensión arterial en su presentación (10-20%), llegando a la IRCT en un 20-40% de los casos en un plazo de 5-15 años de observación. Antes de la introducción de medicación antihipertensiva efectiva una gran parte de las HTA malignas eran debidas a hipertensión arterial esencial, sin embargo en la actualidad un porcentaje mayor se debe a patología parenquimatosa renal. Se presenta este caso como un paciente con glomerulopatía membranosa en fase esclerosante, con lesiones de microangiopatía trombótica en la biopsia e hipertensión arterial de larga data atribuibles a su patología parenquimatosa renal crónica.

Email: ceciliaperli@hotmail.com

Alternativa terapéutica en les

D'errico D.H., Montenegro H.f. Unidad de Nefrología y Hemodiálisis Hospital Intersonal .General. de Agudos. \”Abraham Piñeyro\” Junin Provincia de Buenos Aires, Argentina

Paciente masculino de 20 años que en 2006 se diagnosticó LES con nefropatía, cuya presentación clínica es Sme.Nefrótico-Nefrítico. Se biopsia y se encuentra GN grado IV, se inicia tratamiento con pulsos de corticoide y ciclofosfamida, con buen resultado. Al año se tiene que discontinuar la ciclofosfamida por reiterados procesos infecciosos, reapareciendo proteinuria de rango nefrótico ante lo cual se hacen pulsos de corticoides y se cambia ciclofosfamida por mofetil micofenolato (1 gr. cada 12 horas). Después de 6 meses reaparece proteinuria de rango nefrótico, laboratorio inmunológico (-), se descarta proceso trombótico vascular y se rebiopsia (resultado: GN II). Se incrementa dosis de corticoide con lo que se logra resultado parcial, se decide agregar ciclosporina (3 mg/kg/día) logrando control de proteinuria y manteniéndose sin actividad el LES. Laboratorio: Hto 31%, Coagulograma S/P (Tp 80%, KPTT 32 seg, plaquetas 220.000 ERS 58 mm, FAN (+ 1/1280 mixto), C3 28, C4 14, Proteína C reactiva (+), Factor reumatoideo (+), HVC (-), HBsAg (-), HYV (-), Antiestreptolisina normal, Orina completa: proteinuria +++++, Hcmatíes: campo cubierto, Cilindros Hemáticos, IFG: 77 ml/m, proteinuria 24 Hs: 11gr, Vol: 2660ml/24Hs., Urea 67 mg/dl, Creatinemia 1.6 mg/dl, albúmina 3.1 gr/dl, hepatograma S/P, Reticulositos 0.78, ferremia 32mg/dl, % de saturación 9.6, LDH 469u/l, colesterol 300, triglicéridos 211mg/dl, anticoagulante lúpico (-). Imágenes: Ecografía renal y abdominal S/P, Ecocardiograma; derrame pericardico, Rx de torax S/P, Ecodoppler de vasos renales S/P, Fondo de ojo: lesión cicatricial por traumatismo en adolescencia. 2010: IFG: 132 ml/m, proteinuria 200 mg/24 hs, volumen; 1400 ml/24 hs, creatinemia; 0,94 mg/dl, uremia 39 mg/dl, Hto; 36%, plaquetas 234.000, C3 100, C4 22. Conclusión: Ante una evolución no esperada, dada la divergencia histológica vs cuadro clínico se impone hacer uso de las alternativas terapéuticas que nos brinda el actual arsenal medicamentoso

Email: dbderrico@hotmail.com

Afección renal por síndrome de Churg Strauss ANCA (-): a propósito de un caso.

Autores: García M, Di Tullio D, Petrolito J, Kleinert J, Schiavelli R. Unidad de Nefrología y Trasplante Renal. Hospital General de Agudos Dr Cosme Argerich. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.- Argentina

INTRODUCCION: La afección renal en Sme de Churg Strauss (CS) oscila entre 20-88% siendo la prevalencia de ANCA de 75%. Dos fenotipos: * ANCA (+): clínica e histología de vasculitis de pequeños vasos. * ANCA (-): histología con predominio de infiltración tisular por eosinófilos (eo). Controlados los síntomas es factible la dificultad en el manejo del asma constituyendo el uso de azatioprina (aza) una posibilidad de descenso de etc. CASO: Mujer de 29 años que en 08/07 ingresa por edemas mi e HTA, progresión de disnea y libedo reticularis (lr) que compromete hemiabdomen y ambos mi. Desde 2006 disnea, síncope, hipoxemia y pérdida de

peso. Lab: leucocitosis con co (40%), sedimento urinario (su) con 10-15 leucocitos y 8-10 hemáties por cpo, proteinuria (pu) subnefrótica (2,3 gr./día) sin alteración de función renal ni ers. Miocardiopatía con ecocardiograma (Fey15%) con gran trombo apical de 2,3*3 cm. en V1 y trombo en apex de VD de 3,7 cm. Perfusión pulmonar con alta probabilidad de TEP. HTA, edemas, su y pu denotaron el síndrome nefrítico testigo del compromiso renal objetivado en la biopsia (bx) renal (26 glo) con diag. de una GNF endo y extracapilar con 2 semilunas epiteliales, nefritis intersticial subaguda de grado leve en presencia de co. Bx de piel con vasculitis leucocito clástica. Colágenograma (-). Se realizo tto con ctc, anticoagulación, enalapril y furosemida. Evolución favorable. Ambulatoriamente mejoría del su con descenso gradual de la pu. Desaparición de los trombos hacia 06/08 y mejoría de función cardíaca. Múltiples recaídas respiratorias y cutáneas al descenso de ctc. En 12/09 por recaídas respiratorias y cutáneas reiteradas se decide ensayar tto con aza. CONCLUSION: Presentamos un caso de CS ANCA (-) con afección renal y buena rta al tto ctc así como requerimiento de aza por asma residual. Mayores estudios tanto de la fisiopatología como de factores pronósticos asociados contribuirán a brindarles un óptimo tto a individuos aquejados por esta patología.

Email: marianorgarcia@gmail.com

Glomerulonefritis Membranoproliferativa tipo 1 asociada a Carcinoma renal

Autores: Pierangelo A., Maule G., Serra D., Navarro M., Varela F., Christiansen S., Greloni G., Algranati L.

Servicio de Nefrología – Hospital Italiano – Ciudad Autónoma de Buenos Aires – Argentina

El carcinoma de células renales (CCR) ha sido ampliamente reportado en la bibliografía en asociación a síndrome nefrótico cuya causa etiológica habitual ha sido la glomerulonefritis membranosa. Menos frecuentemente se han referido la glomerulonefritis rápidamente progresiva o Nefropatía por IC A. Presentamos dos pacientes que debutaron con síndrome nefrótico con diagnóstico sobre pieza quirúrgica de CCR y glomerulonefritis membranoproliferativa tipo 1. Casos clínicos Caso 1: Paciente de 83 años ingresa por síndrome nefrótico, pérdida de peso y caída de filtrado glomerular. Al examen se constatan edemas de miembros inferiores 3/6. Lab: Creatinina: 5,8 mg/dl, hematocrito 42%, albúmina: 1.6 mg/dl. Sedimento urinario: hemáties: 8-10, proteinuria spot 10,2 grs, complemento normal. TC de abdomen riñón con formación heterogénea. Se realizó nefrectomía radical, evolucionó con shock séptico refractario y requerimiento de hemodiálisis. Caso 2: Paciente de 64 años, consultó por pérdida de peso y edemas de miembros inferiores. Lab: creatinina. 1.36 mg/dl, Sedimento urinario: hemáties: 0-1, proteinuria de 24 hs 5.8 grs. Ecografía renal: masa sólida de 35 mm. Se realiza nefrectomía radical. Recibió tratamiento con corticoides con buena respuesta, presentando a los 6 meses creatinina de 0.8 mg/dl y proteinuria de 1.2 mg/dl. Discusión Patogénicamente el desarrollo de un síndrome nefrótico en pacientes portadores de CCR se ha vinculado a la formación de complejos inmunes depositados en la pared de capilares glomerulares. La glomerulonefritis membranosa ha sido la causa más frecuentemente relacionada y su carácter de lenta instalación y progresión se ajusta a este tipo de cuadro clínico. Sólo excepcionalmente formas de patrón membranoproliferativo han sido reportadas en la literatura. En esta oportunidad describimos 2 casos de portadores de CCR que se presentaron como síndrome nefrótico del adulto cuyo examen histológico reveló la presencia de patrón membranoproliferativo.

Email: mauricio.pierangelo@hospitalitaliano.org.ar

Resultados del día mundial del riñón (DMR) 2009 en un hospital del conurbano bonaerense

Autores: ¹Vazquez V, ²Kado M, ³Bercstein O, ³Di Maio L, ¹Calvo Abeucci M. ¹Área Nefrología Clínica, ²Área Laboratorio Clínico, ³Área Consultorios Externos, Hospital Zonal General de Agudos "Simplemente Evita", González Catán, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

La prevalencia e incidencia en aumento de la ERC es un grave problema

actual. Su desconocimiento limita el uso práctico de medidas de prevención. El DMR fomenta campañas para detección precoz de la ERC. En marzo 2009 se realizó en el Htal "Simplemente Evita", una campaña de control de tensión arterial (TA), testeó de glucosa en sangre y proteínas en orina. El htal se encuentra en G. Catán (partido de La Matanza, Pcia Bs As, pobl 165.452) con afluencia de localidades vecinas (Laferrere, Virrey del Pino, R. Castillo, San Justo, Ciudad Evita, Ptevedra, I. Casanova). Materiales y Métodos: Se realizaron controles de TA, peso, altura y consulta sobre antec. de HTA, DBT y ERC. Muestras de sangre y orina fueron evaluadas con tiras reactivas p/ análisis químicos. Variables continuas fueron presentadas como media (1 DS) y proporción. Resultados: La muestra presentó predominancia femenina (73.3%), edad media 46.1 (6(14.2) años y 52.2% de la concurrencia local. De 318 pacientes (pts), el 52% resultó hipertenso (TA > 130/80), de los cuales 28% lo desconocían. En HTA controlada, sólo 37% presentaron TA controlada (TA < 130/80). Cuarenta y cinco pts (14.2%) presentaron antec de DBT y 30.2% sobrepeso (IMC 25-30). Obesidad (IMC > 30) se observó en 51.2%, siendo el 17.8% asociado a DBT e HTA. En el grupo con estas asociaciones, sólo el 27.6% presentó HTA controlada, a diferencia del grupo HTA sin asociaciones (50% control HTA). En obesos, 39.8% presentó IMC > 35, con 70% de HTA. Sobre la proteinuria (prot), 22.3% presentó 1+ (0.3 g/l), 3.77% 2+ (1 g/l) y 4.3%, ≥ 3 g/l. En este último grupo, 92.3% presentó IMC elevado, 85% HTA y 30% antecedentes familiares ERC. En grupo total de HTA (164 pts), 32.9% presentó algún ° de prot > 0.5 g/l. Conclusiones: Los resultados obtenidos coinciden con la descripción universal. Un tercio de los pts con HTA presentaron prot > 0.5 g/l. Considerando HTA como factor de riesgo de ERC, pts con este hallazgo ingresaron en programa de detección precoz. Es interesante la asociación de prot con IMC elevado y la relación en algunos casos con antec. familiares de ERC. Similar al estudio HANES, casi 70% de los pts obesos grave tuvieron HTA. Considerando el aumento de la expectativa de vida, incremento de prevalencia HTA, DBT y ERC y evidente relación entre estas enfermedades, remarcamos la importancia de medidas preventivas y campañas de detección de ERC.

Email: vazquezvanina@hotmail.com

Seguimiento de la hipertensión en Diálisis: Nuestra Experiencia

Autores: Sánchez S, Ducasse E, Barreto Ocampo S, Centro de Enfermedades Renales. Resistencia. Provincia de Chaco, Argentina

La enfermedad hipertensiva es una causa de la excesiva morbi-mortalidad de los pacientes en hemodiálisis con una incidencia según las diferentes estadísticas del 60%. Aun en la actualidad la hipertensión arterial en estos pacientes constituye un problema de difícil manejo para el equipo de salud. En nuestra institución contamos con un programa de seguimiento de la hipertensión de los pacientes en diálisis bajo un sistema de gestión de calidad. Mostrar nuestra experiencia en el seguimiento de la hipertensión de los pacientes en hemodiálisis en el año 2009. Se realizó estudio descriptivo, retrospectivo, transversal. La clasificación utilizada es de Nacional Heart, Lung, and Blood Institute: normal: < 120 sistólica, Leve 140, Moderada 150, Severa > 160. tomando un valor promedio de las 13 sesiones mensuales de T/A pre. Variables utilizadas para el análisis de la hipertensión: máquina de diálisis, valor del sodio, cantidad de horas, cantidad de sesiones al mes, peso seco, KT/V, uso de drogas: monodrogas, dosis óptima, accesibilidad del paciente y cumplimiento. Como objetivo institucional el programa estableció: 70% de Normotensos y 30% de Hipertensos. Edad: media 48 años. 52% femenino, 48% masculino. Etiología: Diabetes 26%, Desconocida: 19%, Glomerulonefritis: 17%, Uropatía Obstructiva: 10%, Poliquistosis renal: 9%. Otras 19%. Variables Enero - Abril Mayo Agosto Sept. - Diciembre Promedio pacientes 100 101 98 Normotensos 76.1% 67.8% 66.6% Hipertensos 23.9% 32.2% 33.34% Leve 13.7% 17.25% 17.85% Moderado 6.2% 7.90% 10.17% Severo 3.95% 7.10% 5.32% El seguimiento mensual de la tensión arterial a través de un programa de trabajo, nos permite un mejor manejo de los pacientes hipertensos, analizando las distintas variables, concientizando al equipo del uso de monodroga para el tratamiento de la hipertensión y haciendo participe al paciente de su educación en conjunto con el equipo de salud.

Email: sory_fer@yahoo.com

Programa de seguimiento nutricional en una institución de diálisis bajo normas de calidad

Autores: Cohen C, Ducasse E, Buttaró P, Barreto Ocampo S, Centro de Enfermedades Renales. Resistencia.- Provincia de Chaco - Argentina

A pesar de los avances tecnológicos, la desnutrición en diálisis sigue siendo frecuente, por lo que el seguimiento clínico del estado nutricional y el monitoreo de la ingesta de nutrientes es fundamental en estos enfermos. El programa de nutrición de nuestra Institución trabaja con un Sistema de la Calidad certificado bajo Normas ISO 9000, elaborando: a) La política del área nutricional, b) El proceso principal, c) Las variables no nutricionales que intervienen en la prevención de la desnutrición, d) La clasificación de los pacientes en plan de HD e) Los disparadores de intervención (paciente en fase 7), f) Los recursos disponibles: alimentación enteral, parenteral, artesanales: Huevo, Hamburguesa, FAVO g) Indicadores de calidad del área, y h) Auditorías de seguimiento. Detección de pctes en plan de HD con algún tipo de desnutrición, elaborar estadísticas y evaluar los resultados de las intervenciones nutricionales, mediante el uso de herramientas de la calidad. Se realizó un estudio descriptivo Transversal. Población: 113 ptes, 63 M y 50 H, entre 20 y 82 años. Periodo analizado 12 meses, de enero a diciembre del 2009. Se realizó la clasificación nutricional de la población en 6 grupos: F1 Eunufrido, F2 E. con factor de riesgo, F3: E. con noxa, F4: Desnutrido leve, F5: desnutrido moderado, F6: desnutrido grave, mediante el uso de SGA semestral y protocolos de nutrición c. Evaluación medidas antropométricas, marcadores bioquímicos, marcadores de adecuación dialítica KtV 1.30 y anamnesis nutricionales. Según la clasificación obtenida, se observó que el 91% de la población estaba eunufrida, el 4% tendría una desnutrición leve, el 3% poseía una desnutrición moderada, y solo un 2% estaría en un estado crítico de desnutrición severa. Esta visión nos ha permitido conocer las diferentes variables que componen el problema nutricional en diálisis, muchas de ellas. Al definir los 6 grupos de pacientes, pudimos señalar que gran parte del recurso utilizado es:

Email: sory_fer@yahoo.com

Seguimiento del KtV en diálisis: Nuestra experiencia

Autores: Sánchez S, Ducasse F, Barreto Ocampo S, Centro de Enfermedades Renales. Resistencia. Provincia de Chaco - Argentina

Los sistemas de control y gestión de la calidad se han incorporado al campo de la salud. Nuestra Institución cuenta con un sistema de gestión de calidad bajo normas ISO 9000, donde llevamos adelante un programa de adecuación a fin de optimizar el porcentaje de paciente con KtV objetivo. La adecuación es un pilar fundamental en pacientes en plan de diálisis, siendo su expresión a través del KtV, índice recomendado en la Guía DOQI de la y en las Guías Europeas como la mejor medida de la eliminación de urea. Utilizando la fórmula: $\text{Lowrie-836 Kt/V} = -\ln \left(\frac{\text{UreaPost}}{\text{UreaPre}} \right) - 0,0081 + (4-3,5 \times \text{UreaPost}/\text{UreaPre}) \times \text{Uf}/\text{Peso}$. Mostrar los resultados de KtV de 1.3 y 1.4 en una misma población de nuestro centro. Estudio prospectivo, descriptivo, realizado desde ene 2008 - jun 2009. Variables de KtV inadecuado en diálisis: Capilar inadecuado, horas de diálisis, urea pre > de 150 mg%, urea pre < a 100 mg%, mal funcionamiento arterial del acceso, inadecuada resistencia venosa del acceso (recirculación), inadecuada toma de muestras. Para el análisis del KtV inadecuado se usa la espina de Ishikawa, para las acciones correctivas adecuadas. A fin de monitorear las acciones operativas, se estableció un programa mensual de auditorías que incluía: indicación médica de flujo de bomba, horas de diálisis, membrana utilizada. El 100% de los pacientes está en plan trisemanal. 25% realiza 5 hs de diálisis, 75% 4 hs. Etiología: DBT 26%, Desconocida: 19%, Glomerulonefritis: 17%, Uropatía Obst: 10%, Poliquistosis renal: 9%. Otras: 19%. Capilares utilizados: C.H.P 210 Acetato, Xenium 210 Polisulfona, APS 1.50 Polisulfona. VARIABLES Enero-Junio 2008 Julio- Diciembre 2008

Enero-Junio 2009 Población media 100 98 99 Media de Edad 50 48 48 Sexo femenino 53 51 52 Sexo masculino 47 49 48 Media de Tiempo en diálisis 5 a 6.5 a 7.3 a KtV 1.3 96% 95% 96% No llegan 4% 5% 6% KtV 1.4 90.6 89.8 89% No llegan 9.4 10.2 11.6 La instalación de un programa de adecuación, utilizando los insumos disponible

Email: sory_fer@yahoo.com

Patología en adolescentes en sala de Nefrología del Hospital de Niños Ricardo Gutierrez

Autores: Barros I, Ventura M.E, Mora F, Bohorquez M, Oviedo G, Codiani P, .Elias Costa C, Fayad A, Vallejo G. Servicio de Nefrología - Hospital de Niños Ricardo Gutierrez - Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina

Introducción: Los pacientes adolescentes representan un desafío para el nefrólogo pediatra. Aunque la patología renal se asemeja más a la del adulto, tiene una epidemiología única que debe ser considerada en el diagnóstico y tratamiento. Objetivos: Conocer las características de la población adolescente internada en la Sala de Nefrología de nuestro hospital. Determinar los tiempos entre el inicio de los síntomas y la consulta al especialista y entre el ingreso y el diagnóstico definitivo. Determinar incidencia de patología aguda y crónica. Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo. Se revisaron 14 historias clínicas de pacientes entre 10 y 18 años ingresados por primera vez entre enero de 2009 y enero de 2010, analizando datos demográficos, motivo de consulta, tiempo entre el inicio de los síntomas y la consulta, lugar de derivación, días de internación, patología asociada, diagnóstico, tratamiento inmunosupresor y eventual ingreso a HD Resultados: Se internaron 350 pacientes, 113 (32%) fueron adolescentes. 12% (n=14) correspondieron a internaciones de primera vez. 71% fueron mujeres. Edad X 12,5 1.6 años. 64% provenían de Pcia. de Bs As, 28,5% de CABA, y 7% del resto del País. El 57% fue de derivación interna. Los síntomas y signos más frecuentes edemas, palidez, HTA, vómitos, astenia y hematuria. Mediana entre el inicio de los síntomas y la consulta fue de 15 días R 1-30. Patologías: LES 21%, IRC 35%, glomerulonefritis post-infecciosa 14% y vasculitis 14%. Comorbilidad más frecuente: cardiopatía hipertensiva 21%. Días de internación M 13 R 2-91 Mediana entre el ingreso y diagnóstico definitivo 7 días R 4-60. Recibió corticoides en el 50% (85% recibió también inmunosupresores). 5 pacientes (33%) ingresaron a HD Conclusiones: Mayor incidencia sexo femenino (71%) LES fue el diagnóstico más frecuente, por ser el nuestro un centro de derivación Un alto porcentaje de pacientes (35%) tenían al momento del ingreso IRCT sin diagnóstico previo.

Email: barrosmariaisabel@hotmail.com

Respuesta renal a la sobrecarga de proteínas en embarazadas con enfermedad renal crónica.

Autores: ¹Bernasconi A.R, ¹Cantelli M, ²Muguerza G, ¹Liste A.A, ³Lapidus A.M, ¹Recalde C, ³Waisman M.R, ²Hermes R, ¹Heguilén R.M. ¹Unidad de Nefrología, ²Laboratorio, ³Obstetricia. Hospital Juan A. Fernández. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Introducción: La reserva funcional renal (RfR) estimada tras la carga oral aguda de proteínas (CP) se halla intacta en embarazadas sanas sin evidencias de nefropatía (EN). La reducción de la respuesta renal a CP en embarazadas con enfermedad renal crónica (ER) puede constituirse en un indicador precoz de agotamiento de la reserva renal y de progresión inminente hacia estadios avanzados de disfunción renal. El objetivo de este estudio fue evaluar la respuesta renal a CP en ER en estadios 1-3. Métodos: Se evaluaron 6 ER de etiología variada y 9 embarazadas sin evidencias de enfermedad renal. Luego de ayuno nocturno todas las participantes recibieron una carga acuosa oral de 20 mL/kg y de allí, el volumen urinario fue reemplazado ml a ml en intervalo semihorario. Luego de 2 periodos de 30 min se les suministró 80 g de proteínas en forma de carne roja asada. Se determinó la depuración de creatinina (CCr) cada 30 min, desde 1 hora previa y por las 4 hs posteriores a CP. Las participantes permanecieron

en reposo durante todo el periodo de estudio. Se consideró CCr basal al surgido de promediar los resultados obtenidos en los 2 periodos previos a CP y CCr máximo al CCr más alto que se obtuviera luego de CP. Los datos se expresan como media EE. Se utilizó el análisis de varianza de medidas repetidas y se asumieron como significativos los valores de $p < 0.05$. Resultados: Ambos grupos resultaron similares en edad, peso y edad gestacional pero ER tenían tendencia a presentar CCr estimados, anteriores a la gestación, más bajos. En ambos grupos Cr se había reducido comparablemente como resultado de la gestación. El CCr basal [ml/min] (132.1 4.6 [EN] y 136.5 17.9 [ER] p : NS) aumentó significativamente ($p < 0.05$) tras CP a 203.9 12.6 (EN) y a 203.3 26.85 (ER) correspondiendo a un índice de RFR de 1.56 (EN) y 1.49 (ER) [p : NS]. Conclusión: 1- Las pacientes ER en estadios 1-3, al igual que sus pares embarazadas sin evidencias de enfermedad renal, retienen la capacidad de aumentar el filtrado glomerular en respuesta a la gestación. 2- Asimismo, la respuesta renal a CP se mantiene conservada en este grupo de pacientes. 3- Estos resultados vendrían a confirmar porque la gestación no resultaría nociva a futuro para la función renal en la medida que la misma no estuviera considerablemente comprometida de antemano.

Email: rbeguilen@hotmail.com

Programa de salud renal enfoque epidemiológico

Autores: Martínez C, Di Tullio D, Sabbatiello R, Ruño M, Sastre S, Garbarini M, Castro C, Gambina V, Kidd S, Schiavelli R. Servicio Hospital Cosme Argerich. Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina

Introducción: El aumento de la incidencia y prevalencia de la Enfermedad Renal Crónica lo ha transformado en un problema de salud pública. No actuar sobre su prevención implicará un incremento de los recursos destinados a su tratamiento hasta límites incalculables y un aumento significativo de la mortalidad cardiovascular. Objetivo: Estimar la prevalencia de enfermedad renal en población sin conocimiento de presentar lesión renal. Métodos: Se realizaron entrevistas domiciliarias, según diseño de muestra aleatorio por zonas, estratificadas por cuotas según sexo y edad en base al censo del 2001 en el área de cobertura del Hospital Argerich. Se realizaron 2 visitas, en la primera con explicación del procedimiento y en la segunda se retiró la muestra de orina. Se realizó detección de proteinuria con tiras reactivas. Los pacientes con proteinuria positiva por tiras reactivas se citaron y se realizó proteinuria de 24 horas. El punto de corte para determinar positividad fue de 0,5 gramos en 24 horas. Resultados Se entrevistaron 611 personas, de las cuales se evaluaron 563 muestras. El 67,49% de la población tenía menos de 50 años. El 47,7% eran de sexo masculino. El 10,30 % de las muestras (58) dieron positivas por tira reactiva. Se reestudieron 25 personas de los cuales 20 fueron falsos positivos y 5 verdaderos positivos. Todos se desconocían enfermos renales. La presencia de proteinuria positiva en orina de 24 horas se asoció significativamente a la edad mayor de 50 años ($p < 0,000001$) y no se asoció a sexo ($p > 0,05$) ni a la presencia de cobertura social ($p > 0,05$). 33 personas no pudieron ser recontactadas debido a que no concurren aun, luego de ser recitadas. El costo total fueron \$ 19733 que correspondería a \$ 3946,60 por caso positivo. Conclusiones Un programa de salud renal es realizable en nuestro medio. Los estudios internacionales demuestran que la prevalencia de patología renal en población sin conocimiento de padecerla es de entre el 5% y 10%. Todos coinciden en que dicha detección precoz disminuye costos y morbimortalidad. Conocer las dificultades que surgieron en la implementación (como la falta de compliance de la población) nos permitirá modificarlas en futuros trabajos epidemiológicos. Los costos de este trabajo son francamente inferiores a un módulo anual de 1 paciente en diálisis.

Email: martinez_carito@hotmail.com

El fósforo oculto: presencia de aditivos alimenticios que contienen fósforo en alimentos procesados.

Autores: ¹Aparicio B, ¹Casos M.E, ²Negri A.L, ^{1,2}del Valle F.E, ¹Damilano C.

¹Fresenius Medical Care Argentina ²Instituto de Investigaciones Metabólicas - Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina

En forma creciente se están agregando aditivos que contienen fósforo a los productos alimenticios. Estos se usan como preservativos, agentes leudantes, mejoradores de sabor ect.. Dado que estos aditivos son agregados a alimentos que naturalmente contienen fósforo así como a otros que no lo contienen, la estimación de contenido total de fósforo por tablas se hace dificultosa, considerándose como una fuente oculta de fósforo. Es por ello que decidimos evaluar una serie de alimentos procesados agrupados por tipo de alimento, y constatar en sus rótulos cuantos de ellos mencionaban la presencia de aditivos que contienen fósforo (descriptos en el código alimentario argentino en su resolución MERCOSUR sobre aditivos). Se analizaron los rótulos de 81 alimentos procesados que fueron divididos en 6 grupos: 1) lácteos y derivados, 2) embutidos y derivados, 3) carnes y derivados, 4) cereales y derivados, 5) bebidas, y 6) otros. Encontramos aditivos con fósforo en 81 productos, de estos 72 especificaban que aditivo era y 9 publicaban solo el número de aditivos que contienen fósforo. De los 81 productos con aditivos de fósforo, 31 resultaron del grupo de galletitas tipo snaks y dulces, grupos de alimentos pobres en proteínas ligadas al fósforo que habitualmente no se indica acompañar con quelantes del fósforo. Conclusiones: La gran mayoría de los alimentos y productos identificados forman parte del hábito de consumo de niños, adolescentes y jóvenes. Estos son justamente los pacientes con IR! C en los que encontramos enormes dificultades para el control del fósforo, que a pesar del asesoramiento nutricional no logran mejorar. Hasta disponer de información cuantitativa sobre el contenido real de fósforo de estos productos resulta útil asesorar a estos pacientes con hiperfosfatemia de mal manejo a consumir alimentos frescos no procesados.

Email: negri@casasco.com.ar

¿Es el donante de criterios expandidos un factor de riesgo para el desarrollo de estenosis de la arteria del injerto renal en el primer año postrasplante?

Autores: Martínez C, Korman Turk I, Schiavelli R, Pattín M, Kidd S. Unidad de Nefrología y Trasplante Renal.- Hospital General de Agudos - Dr. Cosme Argerich. Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina.

La escasez de órganos ha incrementado la utilización de donante de criterios expandidos (DCE) en trasplante renal (TxR), una complicación del mismo, es la estenosis de la arteria del injerto renal (EAIR), que se presenta en un 3 a un 12%. Objetivo Determinar la incidencia (i) de EAIR en una población de pacientes (P) trasplantados renales y evaluar si el DCE es un factor de riesgo independiente de EAIR en el primer año postrasplante. Material y métodos Estudio retrospectivo y observacional. Se revisaron historias clínicas de P TxR del 01/01/05 al 01/09/08 que alcanzaron 1 año de trasplante, Se los dividió en: DCE y DS. Se definió DCE según UNOS: donante (D) >60años (a) o >50a con 2/3 criterios: hipertensión arterial (HTA), Creatinina (Cr) >1.5mg% u óbito por accidente cerebro vascular (ACV). Se incluyó 1D que no cumplía, pero poseía 46a, Cr>2.2mg%, óbito por ACV, HTA y aterosclerosis de la arteria injerto renal diagnosticada en la cirugía de banco. Grupo (Gr) DS aquellos que no cumplían la definición de DCE. Se definió estenosis significativa (ES) >70% detectada por arteriografía. Se evaluó la variable DCE en el total de la muestra con EAIR. Se utilizó el test estadístico Chi cuadrado corregido con la fórmula Yates. La significancia $p < 0.05$. Resultados Se evaluaron 115 P TxR, 62 hombres (53,1%). La edad promedio (ep) del total:41,08a (IC 95%:38,6 43,6a). Gr DCE n=22: ep del receptor: 49,92a (IC 95%:44,3 55,5a), 4 presentaron ES (i:18,18%). Gr DS n=93: ep fue:

38,98a (IC 95%:36.4-41.6a), solo 2 P presentaron ES (i:2,15%). Gr DCE, se asocio significativamente a ES (p=0,012), OR:4,03 y RR:10,11. Conclusiones Mayor incidencia de ES en DCE que en la literatura y riesgo de desarrollarla. DS menor incidencia que en la literatura (podría deberse a la escasa muestra). La asociación receptores de mayor edad con un injerto de DCE, nos daría un endotelio vascular más envejecido de ambas partes, pudiendo desarrollar EAIR.

Email: sebakidd@yahoo.com.ar

Incidencia y factores relacionados con estenosis de la arteria del injerto renal en el primer año postrasplante.

Autores: Martínez C, Pattín M, Schiavelli R, Sabbatiello R, Alvarenga E, Kidd S. Unidad de Nefrología y Trasplante Renal. Hospital General de Agudos - Dr. Cosme Argerich. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires Argentina.

En el marco de las complicaciones vasculares del trasplante renal se destaca la estenosis de la arteria del injerto renal (EAIR), la cual tiene una incidencia de un 3-12%. El objetivo del presente trabajo fue describir la incidencia de dicha patología y los factores relacionados con el desarrollo de la misma durante el primer año postrasplante. Métodos Se revisaron las historias clínicas de pacientes (p) trasplantados en nuestra Unidad, en el periodo comprendido entre 01-01-05 al 01-09-08 con un seguimiento de al menos un año. Como método estadístico se utilizó el test estadístico Chi cuadrado corregido con la fórmula de Yates. La significancia se estableció para $p < 0.05$. Se definió estenosis significativa a aquella mayor al 70% del área de sección del vaso, detectada por arteriografía. Resultados En el periodo evaluado 115 p cumplieron el año postrasplante de los cuales, 62 fueron hombres (53,91%). La edad promedio al trasplante fue de 42,45 años (IC 95%:39,94-44,96). Se constató estenosis significativa en 6 p (5,21%). El tiempo promedio transcurrido desde el trasplante al momento del diagnóstico fue de 55,5 días o una mediana de 38,5 días. En el receptor (R) la variable asociada fue la edad mayor o igual a 46 años ($p=0,024$), mientras que en el donante (D), fueron el motivo del óbito del donante, mayor en caso de accidente cerebrovascular hemorrágico ($p=0,027$) y una edad mayor o igual a 57 años ($p=0,046$). Las otras variables consideradas como: sexo (DyR), BMI (R), HTA (DyR), diabetes (R), dislipemia (R), hiperparatiroidismo (R), tiempo en diálisis (R), tiempo de isquemia fría, sitio de anastomosis, calcificaciones arteriales (R), ateromatosis (D), cirugía de banco, número de arterias con o sin parche (D) y lesión vascular (D) no fueron estadísticamente significativas. Conclusión El porcentaje de incidencia de EAIR tuvo concordancia con la literatura. Se debe investigar con un mayor número de casos si la mayor edad del donante podría ser un factor de riesgo.

Email: sebakidd@yahoo.com.ar

Nefropatía aguda por fosfatos. Evolución a 30 meses.

Autores: M. Paz R, Maggiora I., Marivelli C, Agost Carreño. Servicio de Nefrología. Sanatorio Mitre. Ciudad Autónoma de Buenos Aires Argentina

Paciente de 74 años, mujer, HA, 20 años de evolución, tratada con Valsartan y Furosemida IU a repetición. Abril 2007. Crs 1.15 mg/dl. FC (CG) 54 ml/min. Por trastornos evacuatorios, recibe indicación de colonoscopia. Se efectuó en julio de 2007: preparación 45 ml de fosfato de sodio y 2 litros de agua que se repitieron a las 12 horas. Estudio ambulatorio: diagnóstico: diverticulosis múltiple. En agosto de 2007 consulta por: astenia, anorexia, náuseas y palidez. Al examen TA 130/80, s/ edemas. Lab: HTo 28%, Urea 130 mg/dl, Crs 3,57 mg/dl (18,4 ml/min). Ecodopler con Ar normales, riñones algo reducidos de tamaño con ecogenicidad cortical aumentada, proteinuria 0,19 g/24 hs. resto de laboratorio: no significativo. Se indicó hidratación parenteral con reposición Na y K apropiados. Eritropoyetina y dieta con 0,8 g de proteínas/kg/ día. Se suspendió Valsartan y diurético. La TA se controló con alfa-merildopa. Alta a la semana y control por

consultorio externo. En diciembre de 2009 se constata ausencia de edema, TA 125/75, HTO 38%, Urea 74 mg/dl, Crs 2 ml/dl (32 ml/min).

Conclusión:

Queremos llamar la atención sobre la patología: una nefropatía aguda por fosfatos, entidad clínica caracterizada por injuria renal aguda seguida de falla renal cónica posterior a la ingesta oral de los mismos como purgantes para preparación de estudios intestinales. Se deben identificar los factores de riesgo para evitar su uso cuando estos estén presentes (enfermedad renal crónica, FG 60 ml/min 60 años; sexo femenino; HA tartados con IECA y/o BRA y/o diuréticos, inadecuada hidratación y sobredosis de fosfatos en corto tiempo (12 hs). Cuando estos existen, tener en cuenta otras alternativas (propilenglicol y/o bisacodil). Los primeros casos se reportaron a partir de 2004. La FDA llamó la atención sobre el tema en diciembre de 2008.

Email: cesara@fibertel.com.ar

Nefritis intersticial TBC en Tx renal. Evolución alejada.

Autores: Maggiora R, M. Paz I., Marivelli C, Agost Carreño. Servicio de Nefrología. Sanatorio Mitre. Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina

La presencia de fiebre, luego de un tx renal sin foco clínico, genera inquietud en el paciente, la familia y el equipo tratante por las dificultades diagnósticas. Paciente de 55 años con ERC no filiada en hemodiálisis desde agosto 2006. Epididimitis junio de 2007 tratada con AINE y TMT/Sulfa, 2 semanas. Alta urológica. El 5/9/07 recibe un tx renal cad y criterio expandido. Presenta 3 mis-matches. Isq fría: 18 hs, inducción basiliximab, mantenimiento tacrolimus, MMF sódico y corticoides. Sin diuresis. Cultivo del líquido de perfusión: *Acinetobacter baumannii*, por lo que recibió 10 días de tigeciclina. Al 7º día por DGF, se realiza 1ª PBR. resultado: NTA y RA: IA de Banff. Tratamiento: 3 pulsos de 500 mg MP. Diuresis progresiva y sostenida pero sin mejoría de la función renal. Sin diálisis de sostén. A los 20 días del tx, 2ª PBR. resultado: NTA en vías de regeneración y angioesclerosis moderada. Suspensión de tacrolimus, cambio por everolimus. Luego de 40 días del tx, aumento brusco de Cr, y caída del volumen de diuresis. Se encuentra una dilatación de pelvis renal, reexploración que no reconoce uréter por intensa fibrosis. Realizándose pioureterostomía con uréter propio, se deja "pig-tail". A las 48 hs, Cr. 1.8 ml/dl. A los 60 días del tx: fiebre, sudoración profusa, sin foco clínico evidente. Los exámenes paraclínicos fueron consistentemente negativos. Al 10º día deteriora la función renal, 3ª PBR: "glomérulos indemnes, NTA 30% AT 10%, intersticio: intensa infiltración linfocitaria que alterna c/ granulomas necrotizantes constituidos por histiocitos hepatoeloides y C. gigantes (Langhans). Descartar TBC. El estudio para esta fue negativo. Tratamiento. Isoniacida, pirazinamida, estambutol y levofloxacina. Concluyó tratamiento al 7º mes. A los 30 meses, Cr. 1.8 ml/dl.

Conclusión: 1) Se destaca la complejidad de estos pacientes. 2) El difícil diagnóstico de TBC 3) El buen resultado.

Email: cesara@fibertel.com.ar

Microangiopatía trombotica (MAT) por gemcitabine

Autores: Miano L, Sintado L, Alberton V, Weisse N, Dayan F, Carranza L. Servicio de Nefrología Hospital Carlos G Durand. Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina

Introducción

La MAT asociada a Gemcitabine es una complicación, cuya incidencia es 0,015 a 1,4 %

Clínicamente se manifiesta con anemia hemolítica, trombocitopenia, insuficiencia renal, hipertensión, síntomas neurológicos y pulmonares entre otros. El riesgo de MAT se incrementa con la dosis acumulada de Gemcitabine mayor 20000 mg/m2.

La fisiopatología es desconocida, varias teorías proponen mecanismos inmunológicos y no inmunológicos.

El tratamiento es discontinuar Gencitabine, medicación antihipertensiva y considerar plasmaferesis o inmunosupresores en casos severos.

Caso clínico: Paciente de 22 años con antecedentes de Linfoma de Hodgkin diagnosticado hace 7 años, en tratamiento con múltiples esquemas (último en abril del 2009 con Doxorubicina, Gemcitabine y Vinorelvine) en seguimiento por deterioro de la función renal secundaria a nefrotoxicidad.

En mayo del 2009 consulta por disnea clase funcional II-III, edemas en MI e HTA, con torpida evolución, insuficiencia respiratoria secundaria a edema agudo de pulmón no cardiogénico, crisis hipertensiva y reagudización de la insuficiencia renal que requirió hemodiálisis.

Se constata anemia, sin esquistocitos en frotis de sangre periférica, aumento de LDH y plaquetopenia.

Sedimento urinario: Proteinuria ++/4 y microhematuria dismórfica.

Ecografía renal: riñones de tamaño normal levemente hiperecoicos. Ante la persistencia de alteración de la función renal con sedimento activo, se realiza punción biopsia renal que informa MAT que se interpreta secundaria a Gemcitabine, por el cual se discontinúa el fármaco y se indica metilprednisona 1mg/kg/día.

Actualmente continúa en hemodiálisis.

Conclusión

El creciente uso del fármaco debería alertar en la sospecha e inmediata suspensión del mismo, a pesar de la baja incidencia, el trastorno provocado es potencialmente fatal y ante la presencia de alguno de los síntomas y signos descriptos la evaluación cuidadosa de esta entidad debería ser considerada.

e-mail: lorcarranza00@hotmail.com

Requerimiento de intervención educativa para pacientes incidentes en diálisis previa incorporación a estudio de promoción de la salud cardíaca. Informe etapa piloto

Autores:

Machado, ¹Machado M, ²Baravalle A, ³Marcos S, ⁴Ponce L. ¹CER Provincia de Chaco; ²ATERYM Provincia de Córdoba; ³Baxter Argentina; ⁴CIMAC Provincia de San Juan.- Argentina

OBJETIVO Estimar necesidad de intervención educativa (IE) preliminar para pacientes incidentes en diálisis como parte del Estudio Cecodiar (Cuidar el corazón y función renal residual en nuevos pacientes en diálisis en Argentina), enfocado en promoción de la salud cardíaca. Evaluar conocimientos del paciente, sobre ERC y su tratamiento. **MÉTODOS** Estudio prospectivo y multicéntrico. Incluye 10 instituciones. Protocolo aprobado por Universidad Católica Argentina. Participan investigadores médicos y enfermeros. Se utiliza base de datos on-line. Incluye pacientes > a 18 años, incidentes en HD y DP. Etapa de observación octubre 2008 enero 2010. Variables: edad, sexo, situación socio-económica, causas FRC, índice Charlson y laboratorio. Intervención Educativa: duración 30 días; estructurada en 4 encuentros educativos (EE), 2 módulos: Conociendo la enfermedad renal y Conociendo opciones de tratamiento; incluye 2 evaluaciones de conocimientos (EC) clasificando el aprendizaje en bajo, medio y alto. Se utiliza material impreso y se aplican principios de andragogía y constructivismo. **RESULTADOS:** Pacientes incluidos 169. Edad: 63 años + 19. Varones 55%. Diabéticos 45%, Hipertensos 37%; Sobrepeso y obesidad en algún grado 73%; Sedentarios 61%; Dislipemias 45%. Co-morbilidad según Charlson, entre alta y muy alta 42%. Ingresan sin criterio de urgencia dialítica 55%. Ingresados por urgencia lo hacen por HD. : Eligió al ingreso DP 30%; post IE elige DP 41%. Escolaridad inicial completa 87%; analfabetismo 1%. Al finalizar la intervención educativa, se evalúa, conocimiento de causas de ERC, demostrando alto conocimiento el 93% y al tratamiento de la ERC lo demostró el 88%. **CONCLUSIONES** Se estima necesidad de IE preliminar al Cecodiar, por tratarse de pacientes incidentes en diálisis de riesgo (adultos mayores, con alto riesgo cardiovascular y alta co-morbilidad) y por comprobarse resultados positivos de adquisición de conocimientos al finalizar la intervención educativa.

Email: susana_marcos@baxter.com

Recibido en forma original: 04 de Mayo de 2010

En su forma corregida: 15 de Mayo de 2010

Aceptación Final: 20 de mayo de 2010

Asociación Nefrológica de Buenos Aires

Av. Pueyrredon 1085

C.P. (1118) Ciudad Autónoma de Buenos Aires – Argentina

E-mail: ancba@ancba.org.ar