



## Resúmenes de las comunicaciones presentadas al 5º Congreso de la Sociedad Gallega de Nefrología. Comunicaciones orales

**Development of strategies for genetic diagnosis of hereditary glomerulopathies, tubulopathies and cystic kidney diseases by the sequencing sets of genes**

María Lara Besada Cerecedo<sup>1</sup>, Noa Carrera Cachaza<sup>1</sup>, María García Murias<sup>1</sup>, Ana María Barcia de la Iglesia<sup>1</sup>, Jorge Amigo Lechuga<sup>2</sup>, Beatriz Sobrino Rey<sup>2</sup>, Cándido Díaz Rodríguez<sup>3</sup>, Miguel Ángel García-González<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Laboratorio de Genética y Biología del Desarrollo de las Enfermedades Renales, Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, La Coruña, Spain

<sup>2</sup> Fundación Pública Galega de Medicina Xenómica, Santiago de Compostela, La Coruña, Spain

<sup>3</sup> Servicio de Nefrología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, La Coruña, Spain

<sup>4</sup> Grupo de Nefrología, Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela-Fundación Pública Galega de Medicina Xenómica, Santiago de Compostela, La Coruña, Spain

**Introduction:** Accurate clinical diagnosis in certain renal pathologies, especially glomerular and tubular disease, has proven to be difficult, as different pathologies may appear as clinical phenocopies. Genetic studies have the advantage of ensuring an accurate diagnosis and anticipate the disease. The implementation of NGS technology into routine genetic diagnostic practices allows the screening of large sets of genes in a single test.

**Methods:** Our group, based on the clinical classification, generated different panels for the sequence of renal disease genes in single tests: (1) panel for cystic kidney disease (up to 72 genes); (2) panel for glomerular disease (26 genes), and (3) panel for tubular disease (36 genes). Also, our group solved one of the limitations of conventional pre-designed NGS kits for target enrichment in regions with high homology pseudogenes (such as the PKD1 gene) by developing particular primers to amplify specifically the replicated region of PKD1 gene (exons 1-34).

**Results:** Our technology proved to be more efficient compared to other technologies used in the diagnostic routine. By analyzing a cohort of 291 families with PKD clinical diagnosis, we identified the causal mutation in 88% ( $n=255$ ) of the families. In 94% ( $n=240$ ) of these cases the clinical and genetic diagnosis were concordant. Of the 71 patients with a clinical diagnosis of glomerular disease and 31 with tubular disease subjected to genetic analysis, we identified the causal mutation in 62% ( $n=44$ ) and 52% ( $n=16$ ) of the cases, respectively. The concordance between genetic and clinical diagnosis was 66% ( $n=29$ ) for the glomerular cohort and 69% ( $n=11$ ) for tubular cohort. Most cases of misdiagnosis were associated with syndromic diseases with very similar phenotypes, such as Gitelman and Bartter syndromes.

**Conclusions:** The strategy of grouping genes by phenotype for genetic testing proved to be efficient in finding the causal mutation. Our results make clear the need of a genetic test to avoid misdiagnosis of certain renal pathologies.

<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2018.12.002>

**Enfermedad renal crónica (ERC) y estatus socioeconómico (SES). Estudio Epidemiológico de la enfermedad renal crónica en España (EPIRCE)**

Alfonso Otero González<sup>1</sup>, A.L.M. de Francisco<sup>2</sup>, Pilar Gayoso Díaz<sup>3</sup>, Fernando García López<sup>4</sup>

<sup>1</sup> CH Universitario Ourense, Ourense, España

<sup>2</sup> CH Universitario Valdecilla, Santander, España

<sup>3</sup> CS Oroso, IDIS Santiago, Santiago de Compostela, La Coruña, España

<sup>4</sup> ISC Carlos III, Madrid, España

**Introducción:** Las desigualdades socioeconómicas son un problema clave en salud pública, pero los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) convencionales solo explican parcialmente la relación entre SES y nivel de salud. En ERC es posible

Tabla 1 – Distribución, según el nivel de estudios, de la función renal y los FRCV

	A/SE n=78	1.º Gr n=1.392	2.º Gr A n=253	2.º Gr B n=518	3.º Gr A n=242	3.º Gr B n=194
Sexo mujer	79,5%	60,1%	52,4%	52,5%	61,2%	55,4%
Edad, años	65,6 (62,8-68,3)	55,6 (54,8-56,4)	46,6 (44,8-48,3)	40,5 (39,4-41,5)	38,8 (37,1-40,5)	37,4 (35,7-39,2)
IMC, kg/m <sup>2</sup>	30,5 (29-32)	28,5 (28,2-28,7)	26,8 (26,3-27,5)	26,3 (25,8-26,8)	25,5 (24,9-26,1)	25,2 (24,6-25,9)
Circ. c., cm	98,8 (95,3-102,3)	94,4 (83,7-95,1)	91,1 (89,4-92,9)	88,4 (87,2-89,5)	85,4 (83,6-87,4)	85,6 (83,7-87,5)
PAS, mmHg	149,5 (143,1-156)	136,5 (135,4-137,7)	128,3 (125,8-130,7)	124,5 (122,9-126)	122,3 (120,2-124,5)	121,7 (119,3-124,1)
Gluc., mg/dl	112,4 (101,9-122,8)	98,7 (97,4-100)	94,7 (92,2-97,2)	90,7 (89,2-92,1)	89 (86,3-91,7)	89,1 (86,5-91,8)
Col. total, mg/dl	208,8 (199,1-218,5)	207,6 (205,6-209,7)	207,8 (202,7-212,5)	197,9 (194,7-201,1)	196,2 (191,4-201,1)	195,2 (189,5-200,9)
HDL col., mg/dl	72 (67,2-76,9)	72,5 (71,5-73,4)	71,4 (68,6-74,1)	71,4 (69,6-73)	75,1 (72,8-77,2)	72,8 (69,9-75,6)
Urato	4,8 (4,5-5,2)	4,8 (4,8-4,9)	4,8 (4,6-5)	4,7 (4,6-4,8)	4,5 (4,4-4,7)	4,7 (4,5-4,9)
Obes.	53,8%	32,1%	22,4%	18,8%	16,1%	12,8%
DM	21,8%	14%	9,1%	4,4%	3,3%	2,6%
HTA	73,1%	52,8%	34,3%	25%	20,7%	21,5%
eGFR	74,5 (70,4-78,6)	83,1 (82,2-84,1)	88,6 (86,6-90,6)	93,6 (92,3-94,9)	91,6 (89,5-93,7)	93,6 (91,4-95,8)
ACR, mg/g	18,2 (10,1-26,4)	10,6 (9,4-11,7)	10 (6,8-13,2)	7,5 (6,2-8,9)	7,8 (6-9,7)	6,5 (4,6-8,4)

que un bajo grado de «inflamación crónica» que comienza en edad infantil y se acrecienta por los efectos acumulativos del SES se traduzca en la vida adulta en mayor disfunción endotelial, acortamiento del telómero, mayor envejecimiento y mayor consumo de fósforo y, en consecuencia, mayor incidencia de ERC.

**Objetivo:** Analizar la relación entre SES y su relación con la incidencia de ERC en la población del estudio EPIRCE.

**Material y métodos:** Datos de estudio EPIRCE. Para el nivel de estudios y la situación laboral se utilizó el criterio de la *British Register General*. La metodología estadística utilizada fue comparación de medias (t de Student) y análisis multivariante.

**Resultados:** La población analfabeta tiene más edad. Es más hipertensa, mas displicémica y con menor GFR y mayor Al/cr significativamente frente a niveles más elevados de SES (tabla 1).

**Conclusiones:** La población con peor SES tiene mayor tasa de FRCV convencionales y más incidencia de ERC.

<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2018.12.003>

### Tasas elevadas de ingesta proteica asocian un declive acelerado de la función renal residual (FRR) en pacientes tratados con diálisis peritoneal (DP)

Pablo Otero Alonso<sup>1</sup>, Antía López Iglesias<sup>2</sup>, Luis Bravo González-Blas<sup>2</sup>, Leticia García Gago<sup>2</sup>, Daniela Astudillo<sup>2</sup>, Ana Rodríguez-Carmona<sup>2</sup>, Teresa García Falcón<sup>2</sup>, Miguel Pérez Fontán<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital Lucus Augusti, Lugo, España

<sup>2</sup> Hospital Universitario de A Coruña, A Coruña, España

La preservación de la FRR es un objetivo prioritario en la DP. La influencia de la ingesta proteica sobre este parámetro no ha sido estudiada suficientemente. Siguiendo un diseño observacional, estudiamos 336 pacientes incidentes en DP, con un seguimiento mínimo de 6 meses y estimaciones seriadas disponibles de ingesta proteica y FRR. La variable principal de estudio fue la ingesta proteica media en los primeros 4 meses de tratamiento (tasa normalizada a peso seco ideal de la aparición de nitrógeno ureico [nPNA]). Las variables resultado fueron la tasa absoluta de declive de la FRR (aclaramiento medio) y la proporción de pacientes con una caída >50% de

la FRR al final del primer año en DP. Aplicamos estrategias univariantes y multivariantes de análisis, teniendo en cuenta las principales variables de control que pudieran interferir en la asociación entre nPNA y FRR.

La media de nPNA en los primeros 4 meses fue de  $1,23 \pm 0,33$  g/kg/día, mientras que la tasa general de declive de la FRR fue de  $-0,13 \pm 0,29$  ml/min/mes. Sesenta y nueve pacientes (25,1%) perdieron >50% de la FRR basal a lo largo del primer año. El análisis univariante mostró asociaciones consistentes entre la variable de estudio, por un lado, y la FRR basal ( $r=0,32$ ,  $p<0,0005$ ) y su ritmo de declive ( $r=-0,23$ ,  $p<0,0005$ ), por otro. Las últimas dos variables también mostraron correlación entre ellas ( $r=-0,36$ ,  $p<0,0005$ ). El análisis multivariante identificó a nPNA como predictor límite de la tasa de declive de FRR (odds ratio [OR] 1,09 por 0,10 g/kg/día, IC 95%: 0,99-1,19,  $p=0,058$ ), y como marcador consistente de riesgo de perder >50% de la FRR basal en el primer año (OR 1,15 por 0,10 g/kg/día, IC 95%: 1,04-1,27,  $p=0,006$ ). Un análisis secundario mostró que los niveles de nPNA por encima de 1,40 g/kg/día eran los que parecían asociar un riesgo específico de declive rápido de la FRR.

En conclusión, tasas elevadas de ingesta proteica durante los primeros meses en DP asocian mayor riesgo de declive acelerado de la FRR en pacientes incidentes en DP. Nuestros resultados resaltan la conveniencia de mantener un equilibrio entre una ingesta proteica suficiente para prevenir la malnutrición y el desgaste proteico-energético, y una restricción prudente en pacientes normonutridos con tasas de ingesta proteica en el límite alto o por encima de las recomendaciones actuales.

<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2018.12.004>

### Menor incidencia de infección por citomegalovirus (CMV) en pacientes tratados con Certican *de novo* y tacrolimus frente MMF y tacrolimus

Luis Bravo González-Blas, Constantino Fernández Rivera, María-a Calvo Rodríguez, Leticia García-a Gago, Tamara Ferreira Hermida, Andrés Lázpez Muñoz, Ángel Alonso Hernández

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, España

**Introducción:** CMV es la infección más importante en trasplante renal, no solo por su elevada incidencia, sino por los efectos que ocasiona al paciente. Recientemente se ha comunicado una disminución en la incidencia de infecciones virales con la utilización de i-mTOR *de novo* con dosis bajas de anticalcineuricos.

El objetivo del estudio es conocer la incidencia de CMV en pacientes tratados con everolimus *de novo* + tacrolimus y comparar los resultados con pacientes inmunosuprimidos con derivados del ácido micofenólico y tacrolimus.

**Material y métodos:** Se estudian 120 pacientes: 40 tratados con everolimus *de novo* (24 hombres, edad media 52,8 ± 11 años) frente a 80 (grupo control) tratados con MMF o micofenolato sódico (51 hombres, edad media 55,2 ± 11 años). Todos recibieron tacrolimus y esteroides. Se realizó inducción con basiliximab excepto en 4 pacientes, en los que se empleó timoglobulina. Había un 34% de pacientes con everolimus que eran donante CMV+/Receptor y un 19% en grupo control que recibieron valganciclovir durante 3 meses. Variables: edad, sexo, tipo de donante, enfermedad de base, tiempo de isquemia fría, complicaciones urológicas, rechazo agudo, función renal, incidencia de la infección replicación viral.

**Resultados:** Existían más pacientes con enfermedad poliquística y cáncer en el grupo de everolimus frente al grupo control ( $p > 0,001$ ) y más pacientes en asistolia en el grupo control ( $p = 0,04$ ). Tras un seguimiento de 12,8 ± 5,8 meses no existía diferencia en complicaciones, función retrasada del injerto, rechazo agudo, suspensión del tratamiento, función renal y supervivencia. Replicación CMV en 2 pacientes (5%) en grupo everolimus y en 30 (37,5%) en grupo control ( $p < 0,001$ ). Estas diferencias eran mayores cuando se analizaba el grupo de pacientes D+/R: 7,7% vs 66,7% ( $p < 0,001$ ). En el análisis de regresión de Cox el uso de everolimus *de novo* fue un factor de protección de infección CMV: 0,039 (IC 95%: 0,005-0,288);  $p = 0,002$ .

**Conclusiones:** El uso de everolimus *de novo* en nuestra serie se asocia a una baja incidencia de infección por CMV, incluso en pacientes D+/R.

<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2018.12.005>

### Profilaxis con eculizumab en síndrome hemolítico urémico atípico (SHUa) en trasplante renal

Leticia García-a Gago, Constantino Fernández Rivera, María-a Calvo Rodríguez, Luis Bravo González-Blas, Tamara Ferreira Hermida, Andrés Lázpez Muñoz, Ángel Alonso Hernández

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, España

El pronóstico del síndrome hemolítico urémico atípico (SHUa) tras el trasplante es inferior al de la población trasplantada, debido a un alto grado de recidiva, asociada o no con alteraciones genéticas en proteínas reguladoras del complemento.

Estudiamos 5 pacientes (2 hombres), edad media 40,5 ± 0,5 años. Mutaciones: 3 factor H. Polimorfismos: 1 en factor H y 1 en MCP y factor H. Dosis eculizumab: 1.200 mg pretrasplante o el día previo al trasplante (donante vivo) seguido de 4 dosis de 900 mg semanales y posteriormente 1.200 mg cada 2 semanas. Se realizó previamente vacunación antimeningocócica, antineumococo y *Haemophilus* y profilaxis con penicilina oral. Inmunosupresión: tacrolimus, derivados del ácido micofenólico y prednisona. Inducción con timoglobulina ( $n = 2$ ) y basiliximab ( $n = 3$ ). Monitorización: función renal, C3, CH50, haptoglobina y biopsia a la semana y al sexto mes.

**Seguimiento:** 19,8 ± 4,9 meses. Función retrasada del injerto: 2 (40%). Rechazo borderline: 1 (20%). Creatinina al último seguimiento: 1 ± 0,2 mg/dl; Hb: 13,2 ± 2 g/dl; plaquetas: 166.000 ± 29.000; LDH: 346 ± 57 mg/dl; C3: 92 ± 36 mg/dl; CH50: 10,2 ± 0,5%; haptoglobina 114 ± 64 mg/dl. Biopsia a la primera semana y al sexto mes sin recidiva de SHUa. No se suspendió el tratamiento a ningún paciente. La supervivencia de paciente e injerto fue del 100%.

**Conclusiones:** El pronóstico de los pacientes trasplantados renales con SHUa bajo profilaxis con eculizumab es excelente a corto-medio plazo. Mantenemos tratamiento de forma indefinida y profilaxis antibiótica.

<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2018.12.006>

### Pronóstico del trasplante renal de donante vivo ABO incompatible

Leticia García-a Gago, Constantino Fernández Rivera, María-a Calvo Rodríguez, Luis Bravo González-Blas, Tamara Ferreira Hermida, Andrés Lázpez Muñoz, Ángel Alonso Hernández

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, España

El trasplante renal de donante vivo ABO incompatible se considera desde hace pocos años una opción válida de trasplante renal: ayuda a paliar el déficit de donantes y, realizado bajo un adecuado protocolo de acondicionamiento, permite alcanzar excelentes resultados.

El objetivo del estudio es mostrar los resultados de nuestro hospital desde 2008 bajo acondicionamiento con rituximab, plasmaféresis/inmoadsorción, inmunosupresión e inmunoglobulinas.

Estudiamos 48 pacientes, edad media  $50,9 \pm 10,9$  años, 24 en diálisis  $27,1 \pm 35,1$  meses. Seguimiento  $44,6 \pm 30,9$  meses. Acondicionamiento: rituximab (RTX)  $375 \text{ mg/m}^2$ , tacrolimus, MMF o micofenolato sódico, prednisona, plasmaféresis/inmunoabsorción e inmunoglobulinas. Títulos aceptados para trasplante: IgG e IgM inferiores a 1/8.

Los títulos pre-proceso fueron: IgG  $1/124 \pm 1/140$  (0-512), IgM  $1/77 \pm 155$  (0-1.024). Tras  $6 \pm 3$  sesiones la IgG descendió a  $< 1/8$  en 32 pacientes, a  $< 1/16$  en uno y la IgM fue  $< 1/8$  en todos. La supervivencia de los pacientes fue del 97,1% y la del injerto del 95,7 al año y del 93% al 5 años. Causas de pérdida de injerto: trombosis, rechazo mixto y muerte. Rechazo agudo 5 (8,7% al 5 años), CMV 9 (19,7% al 5 años), viremia BK 5 (12,4% al 5 años). La creatinina al año es  $1,4 \pm 0,4 \text{ mg/dl}$  y a los 3 años, y  $1,3 \pm 0,5$  al 5 años. La proteinuria al año, 3 años y 5 años fue  $0,2 \pm 0,2 \text{ g/24 h}$ .

**Conclusiones:** En nuestra experiencia el trasplante de donante vivo ABO incompatible tras acondicionamiento con RTX, PFS/IA e inmunoglobulina es una opción válida y ofrece excelentes resultados de supervivencia y rechazo agudo, sin aumento de complicaciones infecciosas.

<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2018.12.007>

### Denosumab en pacientes con trasplante renal: un estudio retrospectivo sobre práctica clínica

Sonia Cillero Rego<sup>1</sup>, Jansen Olavid Quispe González<sup>1</sup>, Lourdes González Tabares<sup>1</sup>, Carmen Raquel Cobelo Casas<sup>1</sup>, Alba María García Enríquez<sup>1</sup>, Pablo Otero Alonso<sup>1</sup>, Luisa García Merino<sup>1</sup>, Secundino Cigarrán Guldri<sup>2</sup>, Jesús Calviño Varela<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España

<sup>2</sup> Hospital da Costa, Burela, Lugo, España

**Introducción:** El trasplante renal es la mejor opción terapéutica para la enfermedad renal crónica terminal, ya que ofrece el potencial necesario para revertir las alteraciones asociadas a la uremia. No obstante, ciertas alteraciones, como las asociadas a los trastornos del metabolismo mineral, pueden persistir aún con buena función del injerto; además, el propio régimen inmunosupresor puede contribuir a la osteoporosis postrasplante. El bloqueo biológico RANK-L mediante el anticuerpo monoclonal denosumab con un sencillo régimen de administración semestral ha demostrado la reducción de fracturas en mujeres posmenopáusicas, con escasos efectos secundarios, si bien su utilidad en la osteoporosis postrasplante no es bien conocida.

**Material y métodos:** Estudiamos retrospectivamente la evolución de 16 trasplantados renales (14 mujeres y 2 varones) de  $61 \pm 11,8$  años y buena función renal (Crp  $1,18 \pm 0,30 \text{ mg/dl}$ ) a los que se les había prescrito denosumab tras un mínimo de 2 años postrasplante (24-324 meses) para el tratamiento de su osteoporosis. Se analizó el efecto de dicho fármaco sobre las variables relacionadas con el metabolismo mineral, la función renal, la evolución densitométrica y los efectos secundarios.

**Resultados:** En el primer control analítico realizado una vez administrado el fármaco se apreció un aumento no significativo de la PTH ( $148 \pm 70,4$  hasta  $180 \pm 108,1 \text{ pg/ml}$ ) acompañado de un descenso significativo del calcio (de  $9,46 \pm 0,45$  hasta

$9,18 \pm 0,54 \text{ mg/dl}$ ,  $p=0,01$ ) y del fósforo (de  $3,56 \pm 0,45$  hasta  $3,14 \pm 0,64 \text{ mg/dl}$ ,  $p=0,017$ ). Ni la función renal (Crp  $1,18 \pm 0,30$  hasta  $1,16 \pm 0,28 \text{ mg/dl}$ ), ni la proteinuria (de  $196 \pm 323,3$  hasta  $165 \pm 234,1 \text{ mg/g}$ ), ni los niveles de inmunosupresión variaron significativamente. Tras un periodo de  $33 \pm 9,9$  (18-44) meses, en 6 pacientes con un segundo control densitométrico se apreció un incremento significativo de la masa ósea en columna lumbar (desde  $0,81 \pm 0,11$  hasta  $0,88 \pm 0,12 \text{ g/cm}^2$ ; t-score  $-3,00 \pm 0,96$  hasta  $-2,60 \pm 1,07$ ;  $p < 0,05$ ).

La densidad ósea en cuello femoral, aunque mejoró, no alcanzó significación estadística (desde  $0,74 \pm 0,09$  hasta  $0,80 \pm 0,10 \text{ g/cm}^2$ ; t-score  $-2,01 \pm 0,84$  hasta  $-1,83 \pm 0,92$ ). Respecto a los efectos secundarios, un paciente presentó hipocalcemia sintomática y se apreció un aumento de ingresos por ITU (del 7 al 20%). Se suspendió el tratamiento en 6 pacientes, siendo las ITU de repetición el principal motivo de interrupción (3 casos). Una paciente presentó un rechazo agudo con pérdida del injerto a los 3 años de iniciado el tratamiento.

**Conclusiones:** El denosumab podría ser una alternativa cómoda y eficaz para el tratamiento de la osteoporosis en la población trasplantada, con un incremento aproximado del 8% en la masa ósea, especialmente a nivel lumbar. Las infecciones urinarias con necesidad de ingreso hospitalario fueron el efecto secundario más frecuente y el principal motivo de interrupción del tratamiento. Aunque su uso se acompaña de un descenso de la calcemia y de la fosfatemia, solo un caso presentó hipocalcemia sintomática.

<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2018.12.008>

### Embolización de riñones poliquisticos pretrasplante, alternativa segura a nefrectomía

J. Joaquín Bande Fernández, Elena Astudillo Cortés, Alba Rivas Oural, Eduardo Josué Banegas Derís, M. Luisa Suárez Fernández, María I. Gago Fraile, Florentino Vega García-a, Carmen Rodríguez Suárez, Carmen Díaz Corte

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España

**Introducción:** La poliquistosis hepatorenal autosómica dominante (PQHR) es la enfermedad renal hereditaria más frecuente (1/800 personas) y constituye la nefropatía de base del 15% de pacientes en lista de espera de trasplante renal.

En torno al 40% de estos pacientes deben someterse a una nefrectomía antes de entrar en lista de espera. El alto porcentaje de complicaciones (70% en nefrectomía abierta y 20% en laparoscópica) ha llevado a desarrollar alternativas terapéuticas como la embolización percutánea.

**Material y métodos:** Presentamos una serie de 12 pacientes consecutivos a los que se les realizó la embolización percutánea de un riñón poliquistico (de cara a inclusión en lista de espera de trasplante renal). Todos fueron valorados previamente por Urología, objetivándose falta de espacio para implantación de un injerto renal en base a la exploración física y la TAC.

El procedimiento se llevó a cabo por Radiología Vascul ar con un protocolo de premedicación consistente en todos los casos en: profilaxis con cefazolina, analgesia con 1.º y 2.º escalón de la OMS (rescates puntuales con morfina) y

dosis pre-embolización de 1 mg/kg de Urbason con prednisona 0,5 mg/kg mantenida al alta en pauta descendente.

Todos los pacientes tenían una TAC previa con un volumen renal medio (calculado con la fórmula del elipsoide) de  $2355,04 \pm 807,19$  cc.

**Resultados:** Doce pacientes (11 varones, 91,6%) con una edad media de  $55,5 \pm 10$  años, una prevalencia de hipertensión arterial del 100% y de diabetes mellitus del 25%. Todos estaban en diálisis (58,3% en DP) con un tiempo en la técnica de 12,91 meses.

No hubo complicaciones tras el procedimiento (no sangrado, sobreinfección o complicaciones mecánicas), únicamente necesidad de rescates puntuales con opiáceos mayores que se retiraron al alta, siendo la duración media del ingreso solo de  $5,58 \pm 2$  días.

En la TAC de control postembolización a los  $4,37 \pm 1,3$  meses se vio una reducción del volumen renal de  $1.026,55 \pm 531$  cc, y tras ser reevaluados nuevamente por Urología, fueron incluidos en lista de espera.

**Conclusiones:** En base a nuestra experiencia, la embolización de riñones poliquísticos se muestra como una alternativa segura y menos costosa que la nefrectomía abierta (con menos días de ingreso hospitalario y ausencia de complicaciones graves), siendo además efectiva, de tal forma que no supone un retraso en la inclusión en lista de espera de trasplante renal.

<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2018.12.009>