

Se realizó resonancia para volumetría renal y proponerle tratamiento con tamaño renal de riñón derecho de 255 mm craneocaudalmente y volumen de 1.703, y en riñón izquierdo 249,1 mm y volumen de 1.997 ml. Volumen total de 3.967 ml.

En marzo de 2017, con FG estimado por CKD-EPI de 42 ml/min, declive de función renal y clase 1E en volumen renal con RMN en la predicción de rápida progresión; se propuso para tratamiento con tolvaptán, que inició a dosis de 45-0-15 mg, y se fue titulando la dosis mensualmente hasta dosis máxima de 90-0-30 mg.

La evolución desde el inicio de tratamiento fue con el deterioro fisiológico establecido en ficha técnica, pasando tras tres meses de tratamiento y titulación a dosis máxima a 31,21 ml/min

Tras 18 meses el FGe por CKD-EPI continúa en 30,67 ml/min.

No hubo complicaciones quísticas ni alteración en transaminasas; elevación discreta del ácido úrico sin clínica; los efectos acuareáticos fueron los habituales, con poliuria de 7 l/día y nicturia, que tras meses de tratamiento controla con una sola vez. No dificultad en la conciliación laboral, con frecuencia miccional diurna cada dos horas.

Al año se realiza resonancia de control aún sin indicación, evidenciándose disminución de volumen en riñón derecho de 1.703 a 1.682 y en el riñón izquierdo de 2.095 a 2.044 ml; se aprecia discreta disminución de tamaño de los quistes dominantes de ambos riñones medidos en el estudio previo, de aproximadamente 4,3 cm en riñón derecho (5,3 en el estudio previo) y 4,2 cm en el riñón izquierdo (5 cm en estudio previo).

Conclusión: Tras la aprobación de ficha técnica de tolvaptán por la EMA en mayo de 2015 se aprobó en España su uso en marzo de 2017 para enlentecer la progresión del volumen quístico y de la insuficiencia renal en la PQRAD en adultos con ERC estadio 1-3.

En nuestra experiencia, tras 18 meses de tratamiento la evolución es positiva, con enlentecimiento del volumen y del deterioro de la función renal.

<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2018.12.020>

Niveles plasmáticos de sodio (NpNa) como marcadores de riesgo en pacientes que inician tratamiento con diálisis peritoneal (DP)

Leticia García Gago, Luis Bravo González-Blas, Daniela Astudillo, Ana Rodríguez-Carmona, Teresa García-Falcón, Miguel Pérez Fontán

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña, España

La hiponatremia es un factor de morbimortalidad en la población general y en pacientes con enfermedad renal crónica. El significado pronóstico de alteraciones menores en la natremia ha sido menos estudiado. En 748 pacientes incidentes en DP (edad 59, 40,6% mujeres, 35,2% diabéticos, Charlson 3,7) analizamos el significado pronóstico de los NpNa un mes antes del inicio del tratamiento, así como de la media de valores en los tres primeros meses en DP (mediana 3 estimaciones, amplitud 1-4) y la variación de NpNa entre fase pre-DP y primeros meses de tratamiento (variables de estudio). Estudiamos

también el perfil demográfico y clínico de NpNa en ambas situaciones. Estadística mediante regresión lineal (perfil de NpNa), Kaplan Meier y Cox (supervivencia, variable pronóstica).

NpNa prediálisis mostraron correlación independiente directa con filtrado glomerular GFR ($p=0,001$), edad ($p=0,023$), índice de masa corporal ($p=0,023$), albúmina plasmática ($p=0,065$) y tratamiento con furosemida ($p=0,023$), e inversa con Charlson ($p=0,006$). En particular, un antecedente de insuficiencia cardíaca fue un marcador muy consistente de NpNa más bajos ($p<0,0005$). En cuanto a los NpNa medios en los primeros meses en DP, el perfil predictivo fue similar, añadiéndose el uso de icodextrina ($p=0,001$) y niveles menores de hemoglobina ($p=0,011$) como marcadores de NpNa más bajos. Por último, fueron marcadores independientes de descenso de NpNa tras el inicio de DP mayor edad ($p=0,008$), DP con icodextrina ($p=0,003$) y tratamiento con diuréticos de asa ($p=0,015$).

El análisis univariante (Kaplan-Meier) mostró una relación nítidamente escalonada entre NpNa preDP o medios en los primeros meses (categorizados por cuartiles), por un lado, y riesgo de mortalidad, por otro ($p<0,0005$). Sin embargo, el análisis multivariante mostró que, tras ajustar para comorbilidad y GFR, el valor predictivo de los NpNa se reducía considerablemente. Solo niveles en el cuartil bajo de NpNa preDP se mantenían como factor independiente de riesgo de mortalidad ($p<0,001$ respecto a cuartil mayor).

Los NpNa antes del inicio o durante los primeros meses de tratamiento muestran una potente asociación, en todo su rango, con el riesgo de mortalidad en DP. Esta relación está mediada, en su mayor parte, por la asociación entre natremia, GFR y comorbilidad. El uso de icodextrina apareja NpNa ligera pero sistemáticamente más bajos en pacientes en DP.

<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2018.12.021>

Hipertensión arterial en hemodiálisis, ¿alcanzamos los objetivos?

Delfina Yetman Almirón, José Sobrado Eijan, Jeanette Fernández Cusicanqui

FRIAT Os Carballos, Vigo, Pontevedra, España

Introducción: La hipertensión arterial (HTA) constituye un factor de riesgo cardiovascular de vital trascendencia en pacientes con ERCT. La prevalencia de hipertensión en hemodiálisis es muy elevada (86%), e incluso los pacientes bajo tratamiento están mal controlados (58%). Su valoración es compleja, debiendo considerar los componentes dependiente e independiente de la sobrehidratación.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo no intervencionista en pacientes de hemodiálisis. Criterios inclusión: 18 y 90 años de edad, 2 o más meses en hemodiálisis crónica con: diagnóstico de HTA previo, tratamiento farmacológico actual y/o registros intradiálisis medios mayores 135/85 mmHg en las últimas 6 sesiones. Criterios de exclusión: ingreso hospitalario, episodios de insuficiencia cardíaca congestiva 15 días previos, no colaboración.

Objetivos: Evaluación del control tensional de población hipertensa del centro, concordancia entre registros

tensionales en diálisis/MAPA y de componente volumétrico mediante bioimpedancia.

Metodología: MAPA: período interdiálisis entre 2.^a y 3.^a sesión, bioimpedancia prediálisis 2.^a y 3.^a sesión. Medición TA intradiálisis: excluyendo pre/posdiálisis, 6 sesiones previas. Datos historial clínico (n = 57).

Resultados: Datos demográficos: sexo 61,4% masculino. Raza 98,2% blanca. Etiología-ERC 35,1% nefropatía diabética. Diabetes 45,6%, tabaquismo 45,6%, dislipemia 66,6%; diuresis-residual 59,6% mayor 300 cc.

TA intradiálisis: media 137/71. TA sistólica-media mayor 135: 63,16%; TA diastólica-media mayor 85: 10,53%. HTA intradiálisis: 29,82%.

MAPA: media 142/80. Diurna media: 143/82. Nocturna media: 141/76.

Gammapatía monoclonal y significado renal

Carmen Cobelo¹, Alba García-Enriquez¹, Ana Armesto¹, María Sánchez¹, María Luisa García-Merino¹, Lourdes González-Tabares¹, Margarita López², Carmen Fachal³, Jesús Calviño¹

¹ Hospital Lucus Augusti, Lugo, España

² Hospital A Coruña, A Coruña, España

³ Hospital Alvaro Cunqueiro, Vigo, Pontevedra, España

Las gammapatías monoclonales de significado renal (GMSR) constituyen un grupo de entidades heterogéneo por intensidad, lugar y modo de actuación, suponiendo un reto tanto diagnóstico como terapéutico.

Presentamos el caso de una mujer de 35 años, sin antecedentes de interés, que consulta por síndrome nefrótico

Evaluación de HTA por MAPA

n = 57	TA sis. total	TA dias. tot.	TA sis. diur.	Carga sis. diur.	TA dias. Diur.	Carga dia. diur.	TA sis. noct.	Carga sis.noct.	TA dias. noct.	Carga dias. noct.
	≥ 130	≥ 80	≥ 135	> 30	≥ 85	> 30	≥ 120	> 30	≥ 70	> 30
%pac.	68,4	52,6	64,9	77,2	43,9	50,9	82,5	84,2	71,9	77,2

Relación HTA diálisis-MAPA-SOBREOH

Sesiones	MAPA TA sist. media	MAPA TA diast. media	MAPA TA diur. sist. media	MAPA TA diur. dias. media	MAPA TA noct. sis. media	MAPA TA noct. dias. media
TAS < 135	126,62	74,10	128,90	76,67	123,00	70,43
TAS > 135	151,11	83,03	151,50	85,58	150,83	79,69

Sesiones	Sesiones GID media	BIA IMC	BIA SOBREOH	BIA %ECW	N.º farm 0-5	Patrón 1-2-3
TAS < 135	2,20	27,60	1,66	9,13	1,86	1,62
TAS > 135	1,95	27,97	1,76	9,47	1,81	1,92

Conclusiones: El control tensional de los pacientes hipertensos es insuficiente, principalmente a expensas de la HTA sistólica (63% en diálisis y 68% MAPA). Empeora para HTA nocturna sistólica (82%) y diastólica (72%), fundamentalmente en pacientes también hipertensos en diálisis. Mayor prevalencia de HTA por MAPA que por mediciones intradiálisis, presentando correlación significativa para HTA sistólica entre ambos y con los valores de TA sistólica-nocturna. Solo el 18,2% del subgrupo sin fármacos cumplía criterios de normotensión por ambos métodos. HTA intradiálisis (ascenso mayor de 10 mmHg TA fin de diálisis) en hipertensos mal controlados. Sin correlación significativa entre HTA y sobrehidratación por BIA (ni para 2.^a o 3.^a sesión), ganancias interdialíticas, grado de obesidad ni número de fármacos utilizados.

con función renal normal (creatinina 0,56 mg/dl). El panel analítico complementario, incluyendo complemento, crioglobulinas, ANA, ANCA y serologías VHB, VHC y VIH, fue normal o negativo. El proteinograma en sangre y orina no demostró monoclonalidad. Se indicó tratamiento diurético y bloqueo del sistema renina-angiotensina con mala tolerancia por hipotensión, realizándose biopsia renal e indicándose tratamiento empírico con esteroides (1 mg/kg). El estudio histopatológico mostró la presencia de 10 glomérulos en los que destacaban depósitos mal definidos sobre la matriz mesangial y que ocasionalmente revestían el asa capilar, rojo congo negativos, débilmente positivos en el PAS y negativos para plata metenamina. La inmunofluorescencia mostró positividad en mesangio para IgM (3/3), kappa (1/3), lambda (3/3), C1q (3/3) y C3 (1/3). El diagnóstico inicial fue de glomerulonefritis de depósito fibrilar. Ante la persistencia de síndrome nefrótico con proteinuria masiva (24 g/g) e hipoalbuminemia severa (1,8 g/dl) se suspendió el tratamiento esteroideo, completán-