Journal Pre-proof

Hemodiálisis para seguir bailando

Alba Santos García Sandra Lizeth Castro Molano Jose Andrés Meana

PII: S0211-6995(25)00076-1

DOI: https://doi.org/doi:10.1016/j.nefro.2025.501366

Reference: NEFRO 501366

To appear in: *NEFROLOGÍA*

Received Date: 26 May 2025

Please cite this article as: García AS, Molano SLC, Meana JA, Hemodiálisis para seguir bailando (2025), doi: https://doi.org/10.1016/j.nefro.2025.501366

This is a PDF file of an article that has undergone enhancements after acceptance, such as the addition of a cover page and metadata, and formatting for readability, but it is not yet the definitive version of record. This version will undergo additional copyediting, typesetting and review before it is published in its final form, but we are providing this version to give early visibility of the article. Please note that, during the production process, errors may be discovered which could affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

© 2025 Sociedad Española de Nefrología. Publicado por Elsevier España, S.L.U.

Journal Pre-proof

Tipo de manuscrito: CARTA AL DIRECTOR.

Autores:

Alba Santos García[1] , Sandra Lizeth Castro Molano[1], Jose Andrés Meana[2]

1- Servicio de Nefrología. Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante

2- Servicio de Oncología. Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante.

Autor para correspondencia:

Alba Santos García.

- E-Mail: albasantosgarcia@gmail.com
- Dirección postal: Av Pintor Baeza, 12. CP 03010, Alicante.

PALABRAS CLAVE: Hemodiálisis paliativa, neoplasia, metástasis

HEMODIÁLISIS PARA SEGUIR BAILANDO:

Señor Director,

Los criterios de inicio de un programa regular de hemodiálisis no siempre son fáciles de aplicar.

Presentamos el caso de un varón de 70 años con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) secundaria a pérdida de masa renal. En 2015, a los 60 años, presentó un carcinoma renal de células claras en riñón izquierdo, tratado con nefrectomía radical.

En 2018 inició tratamiento con sunitinib por metástasis pulmonares, que fue suspendido en mayo de 2022 debido a deterioro de función renal, a pesar de encontrarse en respuesta radiológica completa.

Posteriormente, recibió tratamiento con nivolumab y axitinib.

Journal Pre-proof

En mayo de 2023 se inició cabozantinib por progresión hepática y ósea. Sin embargo, en 2024 desarrolló síndrome nefrótico secundario al inhibidor de la tirosin kinasa (TKI). Además, se evidenció progresión metastásica: masa hiliar derecha que ocupa completamente el bronquio superior derecho y metástasis óseas. En consenso con Oncología, se mantuvo cabozantinib debido a la limitada disponibilidad de alternativas terapéuticas.

Desde el punto de vista renal el paciente presentó progresión de la insuficiencia renal hasta Cr 7.56mg/dL, FG (CKD-EPI) 6.6mL/min/1.73m2, urea 336mg/dL, Sodio 137mmol/L, y potasio 4.2mmol/L. A pesar de optimización de tratamiento médico, la insuficiencia renal no mejoró.

En el seguimiento que se realizó en la consulta ERCA, se planteó inicialmente tratamiento conservador de la enfermedad renal por astenia, pérdida de peso progresiva y progresión tumoral. Sin embargo, el paciente mantenía vida activa dentro de sus posibilidades, incluyendo su costumbre de salir los sábados a bailar. Tras información adecuada de las opciones disponibles y de los posibles riesgos, en decisión conjunta liderada por el paciente, se inició tratamiento sustitutivo mediante hemodiálisis a través de catéter tunelizado. La única complicación registrada fue una tunelitis con trombosis asociada al catéter a los seis meses del inicio de la diálisis, resuelta mediante antibioterapia, recambio del catéter y anticoagulación.

Desde diciembre de 2024, el paciente se encuentra en tratamiento con everolimus.

El cáncer renal es el 9ª tumor más frecuentemente diagnosticado en España y se estima que en el año 2025 se diagnosticarán 9794 casos nuevos en nuestro país (1). Aproximadamente el 75% de los cánceres renales son carcinomas de células claras. El pronóstico de este tumor cuando está diseminado ha cambiado drásticamente desde la introducción de los TKI y de los inhibidores de los puntos de control del linfocito T (ICI): Los TKI (Sunitinib, pazopanib, axitinib, cabozantinib, tivozanib), inhiben múltiples receptores de tirosin kinasa que están involucrados en el crecimiento tumoral y la angiogénesis. Los ICI, como nivolumab y pembrolizumab (anti-PD-1) e ipilumumab (anti-CTLA-4), actúan bloqueando los puntos de control inmunitarios que limitan la respuesta inmune contra las células tumorales **(2)**

Actualmente utilizando diferentes estrategias de tratamiento se consiguen largos supervivientes y posiblemente la curación en algunos subgrupos de pacientes (3).

Journal Pre-proof

Bajo esta premisa, el inicio de la diálisis en pacientes con neoplasia metastásica en progresión se convierte en un debate bioético con dificultad para establecer qué pacientes se beneficiarían y en qué pacientes implica un mayor riesgo de complicaciones, efectos adversos o disminución de la calidad de vida (4).

Dada la mayor mortalidad en los primeros 120 días tras el inicio de la diálisis (5), muchas unidades ERCA abogan por un tratamiento conservador de la ERC si el paciente tiene una expectativa de vida menor de 6 meses (como ocurría, por ejemplo, en gran parte de los pacientes con enfermedad tumoral no controlada y en progresión), intentando mantener la calidad de vida y evitar la obstinación terapéutica. En este sentido los nefrólogos debemos aceptar que la enfermedad tumoral metastásica ya no siempre implica baja supervivencia a corto plazo y no debemos cerrar la posibilidad de inclusión en tratamiento renal sustitutivo.

Y llegados a este punto surge una nueva cuestión: ¿Cuál es la diálisis adecuada en pacientes con enfermedad tumoral en progresión en los que sí se inicia tratamiento sustitutivo renal? Se denomina diálisis paliativa aquella en que se reduce la frecuencia y/o duración con el fin de aliviar algunos de los síntomas secundarios a la patología renal, con una pauta de diálisis lo más confortable posible (5,6). Las guías de adecuación en hemodiálisis centran su atención en la dosis de diálisis o Kt/V (7). En cambio, las guías de diálisis peritoneal priorizan los síntomas del paciente al Kt/V obtenido en situación de buen control de nutrición, volumen y complicaciones asociadas a la uremia (8).

Por ello, quizá haya llegado el momento en que paremos a reflexionar qué objetivos precisa cada subgrupo de pacientes y de adaptar la adecuación a lo largo de la evolución del paciente en el tiempo.

A día de hoy, quince meses tras el inicio de hemodiálisis, el paciente continúa saliendo los sábados a bailar.

CONFLICTOS DE INTERESES:

Los autores no tienen conflictos de intereses relevantes que puedan haber influido en la redacción del presente manuscrito.

Alba Santos declara pago de honorarios por conferencias de AstraZeneca,Bayer, Boehringer-Ingelheim y Eli Lilly.

Jose Andrés Meana declara haber recibido honorarios por ponencias y becas de viaje de BMS, Ipsen y Pfizer.

Sandra Lizeth Castro declara no tener conflictos de interés.

Journal Pre-proof

Los autores declaran haber participado en la realización del trabajo y aprueba la forma final del mismo, que se adjunta a esta declaración.

El presente trabajo no ha sido publicado en ninguna otra Revista ni enviado para publicación simultáneamente.

Los autores ceden a Nefrología la propiedad intelectual del trabajo, así como el derecho a permitir la reproducción de datos en otras publicaciones.

Agradecimientos: Al paciente de este caso clínico: por lo mucho que nos ha enseñado.

1- Las cifras del cáncer en España. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) 2025.

2-Roskoky R. Combination immune checkpoint and targeted protein kinase inhibitors for the treatment of renal cell carcinomas. Pharmacological Research. 2024;203:107181. doi:10.1016/j.phrs.2024.107181.

3- Thouvenin J, Masson C , Boudier P, Maillet D, Kuchler-Bopp S, Barthélémy P, Massfelder T. Complete Response in Metastatic Clear Cell Renal Cell Carcinoma Patients Treated with Immune-Checkpoint Inhibitors: Remission or Healing? How to Improve Patients' Outcomes? Cancers2023,15,793. https:// doi.org/10.3390/cancers15030793

4- Sánchez Hernández Rosa, Mora-Gutiérrez Jose María, Adecuación del esfuerzo terapéutico en la enfermedad renal crónica avanzada. En: Lorenzo V., López-Gómez JM (Eds). Nefrologia al dia. ISSN:2659-2606. Disponible en: https://www.nefrologiaaldia.org/618

Journal Pre-proof

5- Robinson BM, Zhang J, Morgenstern H, Bradbury BD, Ng LJ, McCullough KP, et al. Worldwide, mortality risk is high soon after initiation of hemodialysis. Kidney Int 2014;85:158¿65. https://doi.org/10.1038/KI.2013.252.

6- Russ A, Shim J, Kaufman S. The value of “life at any cost”: talk about stopping kidney dialysis. Soc Sci Med 2007;64:2236¿47. https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2007.02.016.

7- Maduell Francesc, Broseta José Jesús. Dosis de hemodiálisis. En: En: Lorenzo V., López-Gómez JM (Eds). Nefrologia al dia. ISSN:2659-2606. Disponible en: https://www.nefrologiaaldia.org/597

8- Borràs Sans M, Ponz Clemente E, Rodríguez Carmona A, Vera Rivera M, Pérez Fontán M, Quereda Rodríguez-Navarro C, Bajo Rubio MA, de la Espada Piña V, Moreiras Plaza M, Pérez Contreras J, Del Peso Gilsanz G, Prieto Velasco M, Quirós Ganga P, Remón Rodríguez C, Sánchez Álvarez E, Vega Rodríguez N, Aresté Fosalba N, Benito Y, Fernández Reyes MJ, García Martínez I, Minguela Pesquera JI, Rivera Gorrín M, Usón Nuño A. Clinical guideline on adequacy and prescription of peritoneal dialysis. Nefrologia (Engl Ed). 2024 Sep;44 Suppl 1:1-27. doi: 10.1016/j.nefroe.2024.09.001. Epub 2024 Sep 27. PMID: 39341764.

Journal Pre-proof