

**XLI REUNIÓN DE LA SOCIEDAD
CASTELLANO-ASTUR-LEONESA DE NEFROLOGÍA**

Palacio de los Velada (Ávila), 22, 23 y 24 de octubre de 2004

1

IMPORTANCIA DE LAS INTERCONSULTAS HOSPITALARIAS EN NEFROLOGÍA:

Martin Gago J.; Oviedo V., Sanchez L.; Hernandez E.; Sousa F.; Acebal A.; Monfa J.M. *Nefrología. Hospital Río Carrión.*
 Las interconsultas hospitalarias (IH) han sido con frecuencia poco valoradas por los criterios de gestión, y también por los propios profesionales, siendo habitual su falta de registro o incluso su desaparición de los cuadros de mando.
 Los clínicos sabemos que el tiempo y esfuerzo invertido en su realización es importante, prolongándose en días sucesivos, por ser afecciones que se dan en enfermos hospitalizados y por ello con una patología principal habitualmente más grave. En el caso de Nefrología se pueden derivar acciones de diálisis, seguimiento intensivo de la función renal o de las cifras tensionales.
 Para dimensionar adecuadamente la importancia y el tipo de IH, en la Sección de Nefrología de un hospital general de 390 camas se ha realizado un estudio retrospectivo de los últimos 10 años (1994-2003) analizando 1428 IH (129 a 162 anuales) midiendo distintos parámetros. Creemos importante conocer estos resultados para una adecuada planificación y valoración del trabajo.
Resultados: Sexo: 54,4% varones y 45,5% mujeres. Edad media: 61,8±#61617;18 años. En la distribución por servicios solicitantes: Cirugía 20,4%, UCI 12,3%, Ginecología/ Obstetricia 11,9%, Medicina Interna 10,9%, Urología 8%, Urgencias 8%, resto 28,3%. El 34% de las IH son solicitadas por servicios médicos y 66% por quirúrgicos, excluyendo en este cálculo UCI, no existiendo diferencias en edad ni días seguimiento. Motivo interconsulta: Fracaso Renal Agudo (FRA) 29,1%, Insuf. Renal Crónica (IRC) 26,8%, Hipertensión Arterial (HTA) 19,8%, HTA en embarazo/puerperio 7,5%, nefropatías varias sin IR 5,7%, trasplante renal (TX) 4,7%, alt. iónicas 2,9% y miscelánea 2,9%. Se realizó diálisis en 6,7% de las IH.
 Días seguimiento por IH: Mediana: 5 días (AIC 7). Análisis bivariable: Edad y servicio: Excluyendo pediatría (7,23±#61617;3,7) no existen diferencias entre servicios médicos (66,47±#61617;14,2), pero si entre quirúrgicos (65,33±#61617;15,26) destacando entre ellos Ginec/Obst. 39±#61617;13,5. Motivo y sexo: Son más frecuentes HTA, alt. iónicas en mujeres y FRA, IRC, TX y Nefropatías varias en varones. Servicio y motivo: Destaca Medicina Interna: IRC 17,8% (33,5 de sus IH) y FRA 12,6% (43,9% id.) Sexo y realización diálisis: 78,1% V y 21,9% M. Motivo y realización diálisis: FRA 69%, IRC 25,8%. Servicio y realización diálisis: El 90% de todas las IH con diálisis son UCI y el 49% de las IH de UCI, precisan diálisis. Servicio y días de seguimiento: Varían desde Anestesia (10 d), Hematología y Neurología (8 d) y Oncología (7 d) hasta Urgencias (1 d) y Pediatría (3 d).

3

Pollangeitis Microscópica. Valor de los ANCA en el Diagnóstico y pronóstico a largo plazo.

J L Lerma*, R Manzanedo*, P Fraile* L Corral**, P G Cosmes*, JM Tabernero*. *Servicios de Nefrología y Medicina Interna ** Hospital Universitario Salamanca*

Introducción:
 La Pollangeitis Microscópica (PAM) es una entidad de incidencia creciente al afectar especialmente a poblaciones envejecidas. El 80% tiene ANCA +, más a menudo perinuclear (MPO-ANCA), y se han empleado como marcadores de actividad e incluso como criterio diagnóstico de PAM en la última década. Sin embargo, son escasos los estudios que correlacionan el seguimiento y la actividad clínica a largo plazo.

Objetivos
 1º Valorar la utilidad de los pANCA en el diagnóstico y seguimiento de la PAM
 2º Describir el perfil clínico, diagnóstico, correlación anatomoclínica, pronóstico y manejo clínico de la PAM

Material y métodos:
 Se estudiaron 15 pacientes con una Edad Media 62.3 (59-71). Mujeres 8, Varones 7. Se realizó un seguimiento clínico-analítico durante un intervalo de 12 años. Se determinaron ANCA por inmunohistoquímica cada 3 meses inicialmente y después del primer año cada 6 meses. Se consideraron valores positivos los títulos >1/40.

Diagnóstico y Evolución:
 Se realizó Biopsia renal en todos los casos (100%) siendo la necrosis fibrinoide, semilunares con afectación de >50% de los glomérulos y la Inmunofluorescencia negativa los hallazgos fundamentales. En el momento inicial del diagnóstico los títulos pANCA fueron positivos en 13 casos.

Respuesta al tratamiento: (Ciclofosfamida bolus + Metilprednisolona): Buena respuesta 10 Respuesta parcial 2 Sin respuesta 3
 Correlación elevación pANCA a los 6 meses: Insuficiencia renal severa: 95%
 No se objetivó correlación entre los títulos de pANCA y el pronóstico. Sin embargo, al considerar cada caso como control de sí mismo, los títulos de pANCA fueron marcadores de actividad, interpretados en un contexto global clínico-analítico.
 La manifestación extrarenal más importante y frecuente fue la hemorragia pulmonar (5/15 casos, 33%), precedida de anemización. Exitus en los primeros 6 meses del diagnóstico: 1 Exitus a lo largo de la evolución (12 años): 5.
 Supervivencia a 5 años 85%
 Supervivencia a 10 años 60%

Tasa de recidiva de PAM tras trasplante renal (1 caso): 0% tras 5 años de evolución
 La mayor supervivencia de nuestra serie corresponde a un varón en Hemodiálisis desde hace más de 14 años.

Resultados: (GRAFICOS)
 Manifestaciones clínicas al inicio de la PAM
 % de pacientes con pANCA + (>1/40) y evolución

Conclusiones:
 1) La PAM es una enfermedad multisistémica, siendo la afectación renal, el síndrome constitucional y la hemorragia pulmonar las manifestaciones más frecuentes.
 2) Un diagnóstico y tratamiento precoz permiten supervivencias a 10 años superiores al 60%
 3) Los pANCA tuvieron valor en el diagnóstico y seguimiento de la PAM. No apreciamos correlación entre los títulos de pANCA y el pronóstico de la entidad.
 4) Los hallazgos histológicos y el grado de insuficiencia renal al inicio fueron los principales marcadores pronósticos.

2

LA CISTATINA C COMO MARCADOR DE FUNCION RENAL EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES.

A.Mendiluce, R.Bustamante*, D.Martín, M.Santos, M^{PP}.Pascual, S.Sanz, A.M^P Pigazos, N.S.Jabary, J. Bustamante, A. Castañeda*, F. García*, R. Guillermo*. Servicio de Nefrología, Laboratorio Central*. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción: La Creatinina plasmática es el parámetro bioquímico más utilizado para estimar la función renal. La Cistatina C, proteína de cadena polipeptídica no glicada sintetizada en la mayoría de la células nucleadas, parece ser un marcador endógeno de filtrado glomerular.

Objetivo: Evaluar la utilidad de la Cistatina C como marcador de la función renal en pacientes trasplantados renales.

Material y métodos: Se estudiaron un total de 93 pacientes, divididos en dos grupos.

Grupo I: Formado por 12 pacientes, trasplantados renales, a los que se realizan determinaciones séricas de Creatinina y Cistatina C a los 2, 5, 15, 19, 22, 26 y 30 días, posttrasplante renal. **Grupo II:** Formado por 81 pacientes, estudiados durante un periodo de tiempo de 2 años, en los que se determina valores de Cistatina C sérica para el cálculo de la correlación de Cistatina C referente a la inulina, y su relación con el aclaramiento de creatinina.

En todos ellos la función renal fue evaluada mediante la determinación de Creatinina por el método colorimétrico de Jaffé (Modular DPP Roche Diagnostics) y la Cistatina C por inmunonefelometría (Dade Behring). Se determinó el aclaramiento de creatinina, con recogida de orina de 24 horas.

Resultados: **Grupo I:** De los 12 pacientes estudiados, 7 Hombres y 5 Mujeres, con edades comprendidas entre los 29 y 64 años, los valores máximos de Creatinina y Cistatina C, fueron respectivamente: 11.9 mg/dl y 6.71 mg/dl; y los valores mínimos de los mismos parámetros fueron: 0.7 mg/dl y 0.75 mg/dl. **Grupo II:** 81 pacientes estudiados, 50 Hombres y 31 mujeres con edades comprendidas entre los 22 y 69 años, los valores medios de aclaramiento de creatinina fueron 60.57ml/min y de 40.23 ml/min para la correlación de Cistatina C.

Conclusiones: 1.- Se observa que siendo la Creatinina sérica un buen patrón para medir la evolución de la función renal, en estos pacientes, los niveles de Cistatina C son superponibles a los de Creatinina sérica, siendo menos sensibles en las fases tempranas del trasplante renal cuando la insuficiencia renal es más intensa. 2.- Existe una relación estadísticamente significativa entre los valores de aclaramiento de creatinina con recogida de orina de 24 horas, con la correlación de Cistatina C referente a la inulina. (p<0.001)

4

VARÓN DE 40 AÑOS CON INFARTO RENAL Y TROMBOFILIA

FRILE, P., LABRADOR, P.J., LERMA, J.L., CORBACHO, L., GARCÍA P., TABERNERO, J.M. Servicio de Nefrología. Hospital Universitario de Salamanca.

INTRODUCCIÓN

El infarto renal agudo es consecuencia de la oclusión de la arteria renal principal o de sus ramas. Su aparición está condicionada fundamentalmente por embolismos o trombosis, siendo la hipercoagulabilidad una de las causas de trombosis arterial.

Presentamos el caso de un varón de 48 años con mutación en el gen de la protrombina (FII 20210) y de la metilentetrahidrofolato reductasa (MTHFR), con clínica de infarto renal, situación de hipercoagulabilidad no descrita previamente como causa del mismo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 48 años, con antecedentes personales de HTA, exfumador de 40 cigarros/día, bebedor moderado, IAM no Q inferolateral (1994), ictus isquémico en territorio de la arteria cerebral anterior derecha con hemiparesia leve residual diagnosticándose de mutación en el gen FII 20210 y de MTHFR con niveles de homocisteína normales (2001), IAM no Q (2002). Su tratamiento era de Ramiprilo, AAS, Omeprazol, Pravastatina y Metoprolol. Acude al Servicio de Urgencias refiriendo episodio de tres días de evolución, de dolor brusco y continuo en región periumbilical irradiado a fosa renal derecha con náuseas y vómitos alimenticios acompañantes. Asoció orinas oscuras. En la exploración física destacaba abdomen blando, doloroso en región periumbilical y con ruidos hidroaéreos presentes. La analítica del ingreso reveló leucocitosis, y elevación de GOT, GPT, LDH y PCR. El TAC abdominal mostró zonas hipodensas parcheadas en el riñón derecho correspondientes a infarto renal. Se ingresa al paciente en el Servicio de Nefrología iniciándose anticoagulación con heparina de bajo peso molecular a dosis terapéuticas. Las determinaciones de vitamina B12, folato, anticuerpos antinucleares y anti-fosfolípidos, marcadores tumorales y lipoproteína fueron normales, confirmando el diagnóstico de mutación en el gen FII 20210 (heterocigoto) y de MTHFR (homocigoto), con niveles de homocisteína elevados. La gammagrafía renal confirmaba el diagnóstico y el estudio de perfusión mostraba defectos de perfusión en el polo superior del riñón derecho. El paciente evolucionó favorablemente con desaparición del dolor y descenso de la LDH y PCR. Se sustituyó la anticoagulación con heparina por acenocumarol manteniéndose de forma indefinida, y se prescribió ácido fólico.

CONCLUSIONES

El riesgo de trombosis venosas en los pacientes con mutación en el gen de FII 20210 y de MTHFR es bajo, y poco claro su papel en la formación de trombosis arteriales. Se señala un riesgo de IAM o ACV discretos, aumentando en menores de 55 años y mujeres y sobre todo si se combinan alteraciones de la coagulación u otros factores de riesgo cardiovascular.

Nuestro paciente era menor de 55 años, con mutación en el gen FII 20210 y de MTHFR, y factores de riesgo cardiovascular como HTA, exfumador, o bebedor moderado. El manejo de este paciente, ya que había presentado más de dos eventos trombóticos, requirió anticoagulación oral indefinida.

El interés clínico, reside en la aparición de infarto renal en pacientes con mutación en el gen FII 20210 y de MTHFR, situación de hipercoagulabilidad no descrita previamente como causa del infarto renal.

5

CASO CLÍNICO: METÁSTASIS INTRADURAL DE CARCINOMA RENAL

Heras Vicario M, Hidalgo González C, Chacón Unzué JC, Paraíso Cuevas V, Felipe Fernández C, Martín García J

Sección de nefrología. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila

Las metástasis intradurales son excepcionales. Se presenta el caso de un varón de 74 años con una historia de HTA e IRCT secundaria a nefroangioesclerosis, en tratamiento con hemodiálisis periódica durante 8 años que desarrolla un cuadro neurológico consistente en inestabilidad en la marcha y posteriormente hemiparésia. Los estudios efectuados permiten identificar una lesión tumoral intradural extramedular como causa de la patología neurológica y el estudio anatomopatológico de la tumoración revela un carcinoma de células claras. El paciente, por lo demás asintomático, mostró en el TAC abdominal hallazgos compatibles con un carcinoma renal en ausencia de enfermedad renal quística adquirida. Se revisan aspectos relacionados con ambas patologías. A nuestro conocimiento, éste es el primer caso de tumor intradural metastático que diagnostica la tumoración primaria.

6

SÍNDROME NEFRÓTICO POR CAMBIOS MÍNIMOS Y ENFERMEDAD DE CROHN.

Guerediaga Madariaga, FJ.
S. de Nefrología. Hospital San Agustín. AVILES. ASTURIAS.

Se han descrito diversas afectaciones renales asociadas a la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (Crohn, Colitis Ulcerosa): Amiloidosis, Nefritis intersticiales, Nefrolitiasis, así como diversas Glomerulonefritis básicamente mediadas por Inmunocomplejos: Membranoproliferativas, IgA, IgM, membranosa o mediadas por Ac anti-MBG.

Hasta la fecha, no se ha descrito en la literatura Glomerulonefritis por cambios mínimos asociada a enfermedad inflamatoria intestinal.

Se describe el caso de un paciente de 32 años con enfermedad de Crohn de 11 años de evolución en tratamiento con inmunosupresores, que desarrolla, síndrome Nefrótico, objetivándose en la Biopsia Renal, enfermedad de Cambios Mínimos.

Se discuten los hallazgos anatómo-patológicos, la relación inmunopatogénica de ambos procesos clínicos, y las posibilidades terapéuticas.

El paciente fue tratado con Mofetil Micofenolato durante 6 meses, con excelente respuesta de ambos procesos, así como con buena tolerancia.



RELACIÓN DE TRASPLANTES RENALES EN ESPAÑA

CC.AA	Hospital	2002	2003	2004	2005
Andalucía	H. Puerta del Mar. Cádiz	69	48	49	46
	H. Reina Sofía. Córdoba	56	50	51	81
	H. Regional. Málaga	88	99	105	92
	H. Virgen del Rocío Infantil. Sevilla	10	19	12	14
	H. Virgen del Rocío Adultos. Sevilla	70	84	73	70
	H. Virgen de las Nieves. Granada	42	63	56	47
Aragón	H. Miguel Servet. Zaragoza	33	53	58	62
Asturias	H. Central de Asturias. Oviedo	56	64	66	48
Baleares	H. Son Dureta. Palma de Mallorca	44	37	47	41
Canarias	H. Univ. Canarias. Tenerife	110	106	99	126
Cantabria	H. Marqués de Valdecilla. Santander	41	39	39	37
Castilla-La Mancha	H. General. Albacete	-	8	14	13
Castilla y León	Complejo Hospitalario. Salamanca	33	35	31	34
	H. Clínico. Valladolid	46	44	38	61
Cataluña	H. de Bellvitge. L'Hospitalet	80	75	97	90
	H. Vall d'Hebrón Infantil. Barcelona	4	15	16	15
	H. Vall d'Hebrón. Barcelona	43	48	57	67
	H. Clínic i Provincial. Barcelona	112	144	126	158
	H. del Mar. Barcelona	19	24	28	29
	H. Germans Trias i Pujol. Badalona	38	30	35	44
	Fundació Puigvert. Barcelona	71	84	77	81
	H. San Joan de Deu. Infantil	5	5	2	5
Com. Valenciana	H. La Fe Infantil. Valencia	12	3	9	10
	H. La Fe Adultos. Valencia	82	101	83	73
	H. d'Alacant. Alicante	66	70	69	70
	H. Dr. Peset. Valencia	36	42	39	52
Extremadura	H. Infanta Cristina. Badajoz	36	36	29	31
Galicia	H. Juan Canalejo. A Coruña	84	95	85	78
	H. Clínico Univ. Santiago	37	34	23	31
Madrid	H. Doce de Octubre	118	116	131	156
	H. Ramón y Cajal	41	45	58	43
	H. Gregorio Marañón Infantil	6	3	5	2
	H. Gregorio marañón Adultos	61	55	35	35
	H. La Paz Infantil	18	14	17	18
	H. La Paz Adultos	42	47	35	39
	H. Clínico San Carlos	100	89	89	87
	Clínica Puerta de Hierro	10	5	11	14
	Fundación Jiménez Díaz	16	18	15	16
Murcia	H. Virgen de la Arrixaca	45	60	62	58
Navarra	Clínica Univ. de Navarra. Pamplona	29	23	25	18
País Vasco	H. de Cruces Infantil. Baracaldo	8	5	5	7
	H. de Cruces Adultos. Baracaldo	115	116	124	123
TOTAL DEL ESTADO		2.032	2.131	2.125	2.200
Trasplantes de donante vivo		34	60	61	88
Trasplantes infantiles		66	68	68	72

Datos de la Organización Nacional de Trasplantes