

RESÚMENES

**RESÚMENES DE LA XXIII REUNIÓN
DE LA SOCIEDAD CANARIA
DE NEFROLOGÍA**

1

¿ES EFICAZ LA INDUCCIÓN CON SIROLIMUS EN PACIENTES CON RIESGO DE FUNCIÓN RETRASADA DEL INJERTO (RECEPTOR > 55 Y DONANTE > 50 AÑOS) TRAS EL TRASPLANTE RENAL?

S. Armas, M. Rufino, S. Estupiñán, R. Gallego, D. Marrero, E. Sánchez, L. Hortal, M. A. Pérez, J. González Posada, R. Miquel, G. Pérez, D. Luis, J. García, A. Morales, B. Martín, M. Checa, A. Rodríguez, L. Pérez, A. Torres, D. Hernández.
Servicios de Nefrología de los Hospitales Universitario de Canarias, Dr Negrín, Insular de Las Palmas, Ntra. Sra. Candelaria e Insular de Lanzarote.

La inmunosupresión de inducción (IS) en receptores de trasplante renal (TX) con riesgo de función del injerto retrasada (FIR) (receptor > 55 y donante > 50 años) no está aún establecida. Mediante un análisis secuencial, comparamos nuestra experiencia de sustituir dosis bajas de anticineurínicos (AC) por sirolimus (SRL) en 132 TX con riesgo de FIR que recibieron 2 regímenes de IS con la siguiente cronología: Grupo I enero/00enero/02: pred + CsA (4 mg/kg/d)/Tac (0.1mg/kg/d)+MMF (N = 89; 58±9 a.); Grupo II) enero/03 enero/05: Pred + SRL (8 12 ng/ml)+MMF (n = 43; 59 ± 12 a.). Los pacientes con SRL recibieron más thymoglobulina (48 vs 65%, P = 0,07) que aquellos con AC, mientras que los del grupo I recibieron más antiCD25 (50 vs 28%, P = 0,014). El uso de injertos con criterios de donante expandido fue similar en ambos grupos (91 vs 86%), así como el score de riesgo del donante (Nyberg, *Am J Transplant 2001*) (14 ± 4 vs 13.7 ± 4) y la presencia de lesiones vasculares y/o glomerulares del injerto (32 vs 38%). Con todo, los pacientes con SRL presentaron significativamente mayor proporción de FIR (40 vs 62%, P = 0,018), rechazos agudos (4 vs 19%, P = 0,005) y peor función renal (1.4 ± 0.4 vs 1.8 ± 0.6, P = 0,005) y proteinuria (0.2 ± 0.5 vs 0.5 ± 0.6, P = 0,035) que los del Grupo 1 a los 12 meses posTx. Los enfermos con SRL presentaron un mayor número de linfocitos (0 vs 10%, P = 0,003). El porcentaje de hiperlipemias (82 vs 93%) y las cifras de tensión arterial fueron similares en ambos grupos, pero los enfermos con SRL necesitaron más EPO durante el primer año posTx (8 vs 50%, P < 0,0001). La supervivencia del injerto (24 meses) fue superior en los enfermos que recibieron un AC (sin diferencias entre CsA y Tac) frente a SRL (86% vs 63%; P = 0,009). Finalmente, el análisis multivariante de Cox evidenció que SRL se asoció de forma independiente a la pérdida de injerto (HR: 3.2, IC95% 1.2 8.2; P = 0,016) ajustando para otros factores de riesgo (score de riesgo del donante, histología del injerto, rechazo y FIR). En conclusión, la IS con anticuerpos antilinfocitarios y dosis bajas de AC pudiera ser más eficaz y segura que SRL en pacientes con riesgo de FIR.

3

TRATAMIENTO DE LA NEFRITIS LÚPICA CON MOFETIL MICOFENOLATO

S.Surita*, M. D.Checa*, A. Ramírez, R. Guerra
Servicio de Nefrología, Hospital Universitario Insular de Gran Canaria.
*Coordinadores del Grupo de Trabajo de LES y MMF

Objetivo: La Nefritis Lúpica(NL) es una de las complicaciones más severas del Lupus Eritematoso Sistémico(LES), con una alta tasa de mortalidad. A lo largo de los años se han propuesto diferentes pautas terapéuticas, siendo la más aceptada la asociación de Esteroides orales (EST) y Ciclofosfamida intravenosa (CFIV). Los efectos secundarios, la falta de respuesta y las recidivas han hecho que se busquen alternativas terapéuticas. El Micofenolato Mofetil (MMF) se ha mostrado eficaz en estos casos.

Material y método: Hemos estudiado, a lo largo de 12 meses la evolución, de 28 pacientes, 23? y 5? con edad de 38,1 ± 11,4 (22 63) años, afectados de Nefritis Lúpica clase III, IV y V según la clasificación de la O.M.S., que habiendo sido tratados inicialmente con EST y CFIV, presentaron falta de respuesta (21), recidivas frecuentes (6), o efectos secundarios severos (1). Todos ellos han sido tratados con MMF a dosis de 1000 a 2000 mg/día asociado a EST o Ciclosporina (CsA) durante un año. Cuatro pacientes abandonaron el tratamiento antes de finalizar el periodo.

Resultados: Ningun paciente de los que completaron el estudio presentó variaciones en los parámetros hematológicos. La creatinina y el aclaramiento de creatinina permanecieron estables. La albúmina sérica se elevó de 3 t 0,8 a 3,9 ± 0,5, p < 0,01. Las fracciones del complemento se incrementaron, los Anticuerpos antinucleares 1075,9 t 1034,1 vs 342,8 ± 362,1 p < 0,05 y los anticuerpos antiDNA 464,1 t 678,2 vs 147,8 f 141,7 p < 0,01 descendieron de forma significativa,. La proteinuria experimento un significativo descenso: 4,2 ± 2,6 vs 1,8 t 2,2 p < 0,05. Microhematuria tenían Al inicio tenían microhematuria el 53,6% y al final del estudio el 20,8%. Se produjo remisión completa de la NL en 6 pacientes (22%), parcial en 18 (67%), y fracaso terapéutico en 3 (11 %). Se logro una reducción de los EST de 18,3 ± 10,5 a 10,1 ± 4,1 mg/24h (p < 0,01). Se observaron 3 acontecimientos adversos leves relacionados con el MMF y solo 1 caso precisó suspensión del tratamiento.

Conclusiones: El Micofenolato Mofetil es un fármaco útil en el tratamiento y control de la Nefritis Lúpica y del LES, permitiendo además una reducción significativa de la dosis de esteroides, con mínimos efectos secundarios.

2

EFFECTO DE LAS TIAZIDAS SOBRE LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA EN NIÑOS CON HIPERCALCIURIA

S. Armas Suárez, V. García Nieto, M. Gonzalez García, F. Henriquez Palop, A. Ibáñez Alonso.
Servicio de Nefrología HUC, Unidad de Nefrología Pediátrica HUNSC, Servicio de Nefrología HUNSC. Tenerife.

Introducción: Las tiazidas se han usado en pacientes diagnosticados de hipercalciuria por su efecto reductor de la excreción de calcio en la orina por aumento de la reabsorción y consecuentemente su incremento sobre la densidad mineral ósea (DMO).

Objetivos: Evaluar el efecto sobre la DMO en niños con hipercalciuria idiopática (HI) tratados con tiazidas seguidos en consultas externas usando densitómetro Hologic QDR 4500 SL. Los resultados fueron expresados con valores de Z score de DMO y Z score de índice de masa corporal (IMC) al inicio y al final del estudio Con una edad media al inicio. 11,13 ± 2,39 años (rango: 6,6 14,4) y una edad media al final del estudio 13,75 ± 2,69 años (rango 7,5 19,2 años).

Material y métodos: Fue evaluada la DMO en 23 niños (13 niños y 10 niñas) con HI y en tratamiento con tiazidas seguidos en consultas externas usando densitómetro Hologic QDR 4500 SL. Los resultados fueron expresados con valores de Z score de DMO y Z score de índice de masa corporal (IMC) al inicio y al final del estudio Con una edad media al inicio. 11,13 ± 2,39 años (rango: 6,6 14,4) y una edad media al final del estudio 13,75 ± 2,69 años (rango 7,5 19,2 años).

Análisis estadísticos: Las diferencias entre los valores iniciales y finales de las variables cuantitativas se analizaron con Tstudent para datos emparejados o el test de Wilconson según procediera. La correlación entre las distintas variables fue realizada mediante la correlación lineal r Pearson.

Resultados: Al final del tratamiento los pacientes que presentaban mayor IMC, presentaban mayor DMO respecto a su basaj aunque este incremento no era significativo al expresarlo con z score (respecto niños misma edad, sexo, etc) Observamos reducción, de forma significativa en todos los niños, de la calciuria y citaturia tras el uso de tiazidas 1 1 de 23 niños (47,8%) presentaron mejoría en el z score de DMO, con incremento de su IMC. Mientras que 12 de 23 (...) presenta empeoramiento en DMO con menor incremento de IMC.

Conclusión: En nuestro estudio observamos que los niños diagnosticados de HI experimentaron una mejoría en la DMO pero no era debida al uso de tiazidas sino al incremento del IMC.

4

SÍNDROME METABÓLICO Y RIESGO VASCULAR EN UNA UNIDAD DE HTA HOSPITALARIA

D. Luis Rodríguez, D. Hernández Marrero, L. Pérez Tamajón, M. Losada Cabrera, B. Maceira Cruz

La Hipertensión arterial esencial (HTA) se asocia de forma muy frecuente al Síndrome Metabólico (SM) (25 65%), y esta asociación podría magnificar las lesiones arteriales hipertensivas.

Con el objetivo de evaluar la prevalencia del Síndrome Metabólico en nuestro medio y su contribución al daño vascular, se estudiaron 209 pacientes con HTA esencial de los cuales el 70,3% cumplían criterios para SM según la clasificación ATPIII. Este grupo se caracterizó por presentar mayor edad (52,37 ± 17,56 / 57,03 ± 12,78; p = 0,034), ser más obesos (IMC; 29 ± 4,35 / 32,36 ± 5,81 y perímetro abdominal; 99,42 ± 34,21 / 108,55 ± 12,10), tener peor tensión arterial sistólica (143,23 ± 22,39 / 151,97 ± 21,89; p = 0,010), tomar mayor número de fármacos (2,43 ± 1,13 / 3,12 ± 1,10; p < 0,001), y de forma llamativa, tener una mayor presión de pulso (58,33 ± 19,51 / 65,87 ± 21,20; p = 0,017). En el grupo con mayores signos de rigidez arterial, evidenciado de forma indirecta a través de la presión de pulso, predominaron las mujeres (26,7% / 48,5%; p < 0,001) y los sujetos añosos (51,4% / 61,8%; p < 0,001), presentaron peor control tensional (TAM 111,6 / 103,2; p < 0,001) y mayor porcentaje de SM (79,7% / 64,6%; p = 0,020).

En un análisis de regresión logística, las variables independientes que se asociaron a mayor daño vascular son la edad (1,064 (1,035 1,093); p < 0,001), el sexo varón (2,31 (1,19 4,47); p = 0,012), la TAM (1,053 (1,198 4,471); p < 0,001) y sólo la presencia de más de 3 criterios de SM (2,45 (1,06 5,69); p = 0,036).

En conclusión, la unión Síndrome Metabólico e Hipertensión arterial esencial es muy frecuente. Dicha unión puede potenciar las lesiones arteriales hipertensivas, especialmente si coexisten más de tres criterios para SM.

5

NIVELES SÉRICOS DE INTERLEUKINA 6 Y POLIMORFISMOS GENÉTICOS EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

F. González Cabrera, F. Henríquez, A. Jarque, P. García, M. Macía, E. Gallego, J. Chahín, M. L. Méndez, A. Rivero, N. del Castillo, J. García, J. Navarro
Servicio de Nefrología, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos: La enfermedad cardiovascular (CV) es responsable del exceso de mortalidad observada en los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) en programas de tratamiento renal sustitutivo. Este hecho no explicado por lo: factores clásicos de riesgo CV. Algunas citoquinas con actividad proinflamatoria se encuentran elevadas en estos pacientes, y entre ellas, la interleucina 6 (IL 6) h, demostrado ser un potente predictor de mortalidad total y CV en pacientes e hemodiálisis, incluso superior a la proteína C reactiva. Nuestro objetivo ha sido determinar si los polimorfismos G/C y G/A en la posición 174 y 597 respectivamente de la región promotora del gen de la IL 6 son un determinante de sus niveles plasmáticos en pacientes con IRCT en hemodiálisis.

Materiales y métodos: Estudiamos 91 pacientes (56 varones y 35 mujeres), con edad media de 56 ± 14 años y tiempo medio en hemodiálisis de 26 ± 23 meses, y un grupo control de 125 individuos. El estudio genético se realizó a partir de DNA genómico mediante secuenciación automática. Se midieron los niveles de Proteína reactiva ultrasensible (PCR) mediante inmunoturbidimetría y los niveles de IL6 mediante quimioluminiscencia.

Resultados: La distribución de frecuencias de los distintos polimorfismos fue la siguiente: i) Polimorfismo 174 G/C: GG, 47 pacientes (51,6%); GC, 39 paciente (42,8%); CC, 5 pacientes (5,4%); ii) Polimorfismo 597 G/C: GG, 41 pacientes (45%) GA, 45 pacientes (49,4%); AA, 5 pacientes (5,5%). Ninguna de estas distribuciones mostró diferencias significativas respecto a las observadas en el grupo control.

Los pacientes portadores del alelo C del polimorfismo 174 G/C presentaban a su vez el alelo A del polimorfismo 597 G/A, mostrando unos niveles más elevados de PCR que los no portadores: 8.98 (0.43 226) vs 4.7 (0.33 55.4) pg/mL, p < 0,01; así como una; mayores concentraciones séricas de IL 6: 5 (2 439) vs 3.5 (2 63.1) pg/mL, p < 0,05.

Conclusiones: Los niveles de IL 6 en pacientes con IRCT están genéticamente determinados, asociándose la presencia de los polimorfismos G/C y G/A en la posición 174 y 597 respectivamente con mayores concentraciones séricas de parámetro inflamatorios (PCR e IL 6). Esto indica que el elevado riesgo CV que presentan estos pacientes, relacionado con elevados niveles de IL 6, está, en parte, genéticamente condicionado. La caracterización de estos polimorfismos desfavorables permitiría la identificación de pacientes con un mayor riesgo CV.

7

LOS NIVELES URINARIOS DE TNFα SE ASOCIAN DE FORMA INDEPENDIENTE CON EL DAÑO RENAL EN LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO 2

A. Jarque, F. González Cabrera, M. Macía, E. Gallego, J. Chahín, M. L. Méndez, A. Rivero, N. del Castillo, J. García, J. Navarro
Servicio de Nefrología, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Hoy en día es reconocida la participación de los fenómenos inflamatorios en el desarrollo y progresión de la nefropatía diabética (ND). El objetivo del presente estudio ha sido analizar en pacientes afectados de diabetes mellitus la relación entre el factor de necrosis tumoral α (TNFα), una de las citoquinas con mayor actividad pro inflamatoria, y marcadores clínicos de daño renal, tanto glomerular [excreción urinaria de albúmina (EUA)] como túbulo intersticial [excreción urinaria de N acetil (3 glucosaminidasa (EUNAG)]. Se incluyeron en el estudio 32 controles sanos y 149 pacientes con diabetes mellitus con variable grado de lesión renal (todos los pacientes diabéticos recibían tratamiento con IECAs o ARA 11). La concentraciones séricas de proteína C reactiva de alta sensibilidad (PCR) y de TNFα eran significativamente mayores en los pacientes diabéticos, al igual que la EUA y la EUNAG. Los niveles urinarios de TNFα también eran superiores en los pacientes diabéticos que en los controles [15 (2 29) vs 4 (0.8 12), respectivamente, p < 0,001]. Dentro del grupo de pacientes diabéticos, aquellos con micro o macroalbuminuria mostraban, respecto a los pacientes con una EUA normal, mayores niveles séricos de PCR y TNFα, así como una mayor excreción urinaria de esta citoquina [12 (5 25) y 18 (9 29) vs 7 (2 18) pg/mg, p < 0,05 y p < 0,001, respectivamente]. El análisis de regresión múltiple mostró que los niveles urinarios de TNFα (p < 0,001), la concentración sérica de glucosa (p < 0,01), la duración de la diabetes (p < 0,05) y los niveles de PCR (p < 0,05) eran las variables que se asociaban de forma independiente con la EUA, mientras que la duración de la diabetes (p < 0,001), los niveles urinarios de TNFα (p < 0,01) y la concentración de HbA1c (p < 0,05) eran los factores independientemente asociados a la EUNAG. Estos resultados demuestran que la excreción urinaria de TNFα está elevada en pacientes diabéticos y que se correlaciona de forma independiente con la severidad del daño renal, tanto en términos de lesión glomerular como túbulo intersticial. Ello apunta al significativo papel que esta citoquina puede jugar en la patogénesis y progresión del daño renal en el paciente diabético.

6

SIGNIFICADO CLÍNICO DEL REFLUJO VÉSICO URETERAL (RVU) PRIMARIO Y DEL USO DE PROFILAXIS EN PACIENTES CON PIELONEFRITIS AGUDA (PNA).

E. Garin E, F. Z. Olavaria, V. J. García Nieto, B. Valenciano Fuente⁴.
¹University of South Florida, Tampa Florida. ²Universidad Austral, Valdivia Chile. ³H. N^o 5^o de Candelaria, Tenerife. ⁴H. U. Materno Infantil, G Canaria.

Objetivo: Definir el significado clínico del RVU primario y del uso de profilaxis en estos: pacientes, realizando un estudio prospectivo, randomizado, y multicéntrico.

Pacientes y métodos: Entraron en el estudio 236 pacientes de 3 meses a 18 años de edad con un episodio de pielonefritis aguda documentado mediante gammagrafía renal con ácido dimercaptosuccínico marcado con Tc 99 m (DMSA) en fase aguda. Criterios de exclusión: RVU = IV, anomalías anatómicas y/o funcionales del tracto urinario IRC y embarazo. Criterios de salida: 2 episodios de PNA en un año, incumplimiento de las indicaciones o si se perdían en el seguimiento. Los pacientes fueron randomizados en cuatro grupos de acuerdo a la presencia: o no de RVU y al uso o no de profilaxis (asignada en una relación 1 /1). A los 6 meses se repitió; el DMSA y al año la CUMS. Los datos fueron analizados usando los test de CMH, de Fisher y de regresión logística.

Resultados: Completaron un año de seguimiento 218 pacientes, 113 con RVU (55 con profilaxis) y 105 sin RVU (45 con profilaxis). La tasa de resolución del RVU al año de evolución fue de 37,5% en el grado I, 12,5% en el grado II y 10,3% en el grado III y fue similar en los pacientes con y sin profilaxis. La incidencia total de recurrencia de infección urinaria (IU) fue del 20,1%, sin diferencias significativas entre los distintos grupos. La recurrencia de PNA fue del 5,5% (12/218); en 9 pacientes recibiendo profilaxis, sin que el uso de profilaxis mostrara ventajas en la prevención de PNA, y en 8 pacientes con RVU, sin evidencia significativa de que el RVU aumentase el riesgo de PNA (p = 0,1217, test de Fischer p 0,1228). Desarrollaron cicatrices renales el 5,9% (13/218); el 6,2% (7/113) de los pacientes con: RVU y el 5,7% (8/105) de los pacientes sin RVU, con una tasa similar en relación al uso o no de profilaxis y sin evidencia significativa de que el RVU incrementase el riesgo de cicatrices renales (p = 0.5310).

Conclusiones: Este estudio sugiere que, el RVU primario de grado = III, no incrementa; la incidencia de IU, PNA y de cicatrices renales después de un episodio de PNA; y no respaldó el papel del uso de profilaxis para prevenir la recurrencia de IU y el desarrollo de cicatrices renales.

8

TRAS 25 AÑOS DE TRASPLANTE RENAL EN LA COMUNIDAD CANARIA; ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES EN SEGUIMIENTO EN NUESTRO CENTRO

R. Guerra, C. García, A. Ramírez, C. Glucksmann, S. Suria, A Toledo, P. Rossique, N. Esparza, M. Lago, M. A. Pérez, M. D. Checa

A pesar de la mejor supervivencia a corto y medio plazo del injerto renal en los últimos años, un número significativo de injertos renales fracasan por nefropatía crónica del injerto o por muerte cardiovascular del paciente. Nuestro objetivo ha sido evaluar la supervivencia del injerto y del paciente así como algunos de los factores condicionantes de ésta. Se ha analizado la evolución de los pacientes trasplantados durante el período 1984 2004, que están en seguimiento en nuestro servicio, considerándose la fecha fin del estudio diciembre de 2005. Se incluyeron un total de 264 pacientes (65% varones, 34.5% mujeres), con una edad media de 45 años y un tiempo medio en diálisis de 23 meses. De los 264 pacientes el 30 % eran diabéticos pretrasplante, 89.5 % hipertensos y 23% habían presentado un evento cardiovascular. En un 9% de los casos, la supervivencia del injerto renal fue inferior a 3 meses, siendo la primera causa la trombosis del injerto (70%). El 64% de los pacientes permanecen con injerto renal funcionando al final del estudio siendo < la media de CCr de 71 ml/min al año y de 68.5% a diciembre de 2005. La supervivencia global del injerto fue: 97%, 60 % y de 30%/a al año, 10 años y 15 años respectivamente. En el análisis univariante de la supervivencia del injerto se relacionan de forma estadísticamente significativa la diabetes pretrasplante (p < 0,005), la edad del receptor (p < 0,005), el CCr al año (p < 0,005), y las complicaciones quirúrgicas posttrasplante (p < 0,005). En análisis multivariante de supervivencia del injerto son estadísticamente significativos la edad del receptor, la diabetes pretrasplante y la enfermedad cardiovascular previa. La primera causa de pérdida del injerto ha sido el exitus del paciente (43.6%), seguida de la nefropatía crónica del injerto (26.6 %). La supervivencia del paciente fue de 98%, 77% y 55% al año, 10 años y 15 años, respectivamente, siendo la primera causa de muerte la enfermedad cardiovascular, seguida de la neoplasia. En análisis univariante de supervivencia del paciente resultaron significativos la diabetes pretrasplante (p < 0,005), la edad (p < 0,005), y la enfermedad cardiovascular (p < 0,005). En el análisis multivariante de la supervivencia del paciente resultaron significativos la edad del receptor, la diabetes y la enfermedad cardiovascular previa, las complicaciones quirúrgicas y la función renal inmediata. El trasplante renal representa una población de elevado riesgo cardiovascular, siendo las complicaciones cardiovasculares posttrasplante la principal causa de morbi mortalidad del paciente a medio largo plazo. En nuestra serie el exitus del paciente es la primera causa de pérdida del injerto seguida de la nefropatía crónica del injerto. Algunos de los factores condicionantes de la supervivencia del injerto son la edad del receptor, la diabetes mellitus pretrasplante y las complicaciones quirúrgicas. La incidencia global de procesos neoplásicos es elevada en la población trasplantada y supone una importante causa de exitus a largo plazo.