

- nant hypertension. Intern Med 2004;43:496-502.
- Arnaud L, Huart A, Plaiser E, et al. Anca-related crescentic glomerulonephritis in systemic sclerosis: revisiting the normotensive scleroderma renal crisis. Clin Nephrol 2007;68:165-70.
  - NanKe Y, Akama H, Terai C, et al. Rapidly progressive glomerulonephritis with D-penicillamine. Am J Med 2000;320:398-402.
  - García Porrúa C, González Gay MA, Bouza P. D-penicillamine induced crescentic glomerulonephritis in a patient with scleroderma. Nephron 2000;84:101-2.
  - Arunachalam R, Thiraviam K, Tholappan R, et al. Scleroderma with crescentic glomerulonephritis: a case report. J Med Case Reports 2008;13:151-5.
  - Endo H. Scleroderma renal crisis: hypertensive and normotensive. Nihon Rinsho Meneki Gakkai Kaishi (Jpn J Clin Immunol) 2000;23:656-60.
  - Kamen DL, Wigley FM, Brown AN. Antineutrophil cytoplasmic antibody-positive crescentic glomerulonephritis in scleroderma—a different kind of renal crisis. J Rheumatol 2006;33:1886-8.

**M. Polaina Rusillo, M.D. Sánchez Martos, G. Viedma Chamorro, I. Ruiz Ávila, V. Pérez Bañasco**

Servicio de Nefrología. Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario de Jaén.

**Correspondencia:** Manuel Polaina Rusillo  
Servicio de Nefrología. Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario de Jaén.  
nefropolina@yahoo.es

## La estenosis no significativa de arteria renal en riñón único no contraindica la colocación de una prótesis endovascular aórtica

Nefrología 2009;29(3):282-283.

### Sr. Director:

Presentamos el caso de una mujer de 75 años de edad, hipertensa de larga evolución con historia urológica de pielonefritis de repetición, que precisa en junio de 1992 una nefrectomía del riñón derecho. Desde entonces, mantiene una función renal estable con un filtrado glomerular entre 35-40 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> según MDRD-abreviado. En mayo de 2002, en una ecografía abdominal de control, se detecta un aneurisma de aorta abdominal subrenal de 3,5 cm de diámetro que se controla periódicamente. En TAC abdominal de julio de 2006 se observa un crecimiento del aneurisma, que alcanza los 5,6 cm de diámetro y que se acompaña de una estenosis de la arteria renal izquierda en el punto de origen, de aproximadamente el 50% y de una arteria renal polar inferior que irrigaba más de un tercio del riñón (figura 1). A pesar de las dificultades técnicas, en febrero de 2007 se procede a la colocación de una endoprótesis infrarenal aortounilíaca, que deja libre la salida de la arteria polar y de la arteria renal izquierda (figura 2). Desde ese momento, la paciente ha mantenido una función renal estable con un aceptable control de la tensión arterial.

Los aneurismas de aorta abdominal constituyen una patología muy prevalente, con una incidencia que varía dependiendo de la edad y del sexo. Los aneurismas de aorta abdominal habitualmente son asintomáticos y se detectan de forma casual. En muchas ocasiones, la primera manifestación es la ruptura (con un riesgo bajo para aneurismas  $\leq 5,5$  cm de diámetro, pero alto para diámetros superiores), con una mortalidad del 80% para los que se rompen.

Durante años, pacientes mayores y pluripatológicos eran desestimados para la cirugía, hasta que en 1991 surgen las prótesis endovasculares. Esta técnica consisten en la colocación de una prótesis sintética en Y con dos brazos, una para la aorta abdominal y una arteria ilíaca y otra para la arteria ilíaca contralateral, insertadas a través de la arteria femoral común y guiadas mediante radioscopia. La prótesis se coloca próxima al cuello del aneurisma y los *stents* utilizados garantizan la posición de la prótesis evitando la migra-



**Figura 1.** Arteriografía de aorta abdominal y arterias ilíacas. Se observa un riñón único izquierdo, la luz del aneurisma de aorta infrarenal, así como una arteria renal izquierda, con estenosis en su punto de origen y una arteria polar inferior de gran calibre.



**Figura 2.** Arteriografía de aorta abdominal y arterias ilíacas, con prótesis aortounilíaca infrarenal derecha.

ción. Existen además prótesis con ventanas para las arterias renales, en el caso de que el aneurisma englobe las mismas.

En nuestro caso, era prioritario preservar la arteria polar inferior, lo que dejaba un saco aneurismático corto, motivo por el cual se utilizó una prótesis aortounilíaca que se combinó con un *bypass* femoro-femoral que garantizara la vascularización de la pierna izquierda. En ese momento, se decidió no actuar sobre la estenosis de la arteria renal, ya que ésta no era significativa.

Con la colocación de prótesis endovasculares, se ha conseguido una alternativa terapéutica menos agresiva, con bajas tasas de mortalidad, y ha su-

puesto una opción para pacientes que eran desestimados para la cirugía convencional.

1. Greenhalgh RM, Powell JT. Endovascular repair of abdominal aortic aneurysm. *N Engl J Med* 2008;358:494-501.
2. Schermerhorn ML, O'Malley AJ, Jhaveri A, Cotterill P, Pomposelli F, Landon BE. Endovascular versus open repair of abdominal aortic aneurysms in the medicare population. *N Engl J Med* 2008;358:464-74.

**M. Gago Fraile<sup>1</sup>, G. Fernández Fresnedo<sup>1</sup>, I. García Martín<sup>2</sup>, S. Sanz de Castro<sup>1</sup>, M. Arias<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Marques de Valdecilla. Santander. <sup>2</sup>Servicio de Cardiovascular. Hospital Universitario Marques de Valdecilla. Santander.

**Correspondencia:**

Gema Fernández Fresnedo

Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

nefffg@humv.es

## Plasmaféresis como tratamiento adyuvante en el fallo renal agudo secundario al riñón del mieloma

*Nefrología* 2009;29(3):283-284.

**Sr. Director:**

El fracaso renal agudo es una complicación relativamente frecuente en los paciente con Mieloma Múltiple (MM). Esta complicación se asocia a peor pronóstico y acortamiento de la supervivencia.

La etiología es multifactorial, incluyendo la depleción de volumen, hipercalcemia, nefritis tubulointersticial y raramente el síndrome de hiperviscosidad. Sin embargo, la principal causa del daño renal es el exceso de producción monoclonal de cadenas ligeras que provocan obstrucción a nivel tubular conocida como riñón del mieloma.<sup>2</sup>

El principal tratamiento de estos pacientes es la quimioterapia, con el objetivo de disminuir la producción de cadenas ligera. En los casos que existen fallo renal secundario al depósito intratubular, la hemodiálisis y la plasmaféresis se presentan como una opción de tratamiento adyuvante. El objetivo de estas técnicas es eliminar el mayor porcentaje de cadenas ligeras circulantes del plasma.

La evidencia en la bibliografía sobre los beneficios del tratamiento con técnicas de intercambio plasmático es limitada, aunque ya existen varios estudios que demuestran una mayor eficacia de la plasmaféresis frente a la hemodiálisis.<sup>1</sup>

Presentamos el caso de un fallo renal agudo secundario a riñón del mieloma, con buena respuesta a la plasmaféresis, en el cual se obtuvo una recuperación de la función renal.

**Caso clínico**

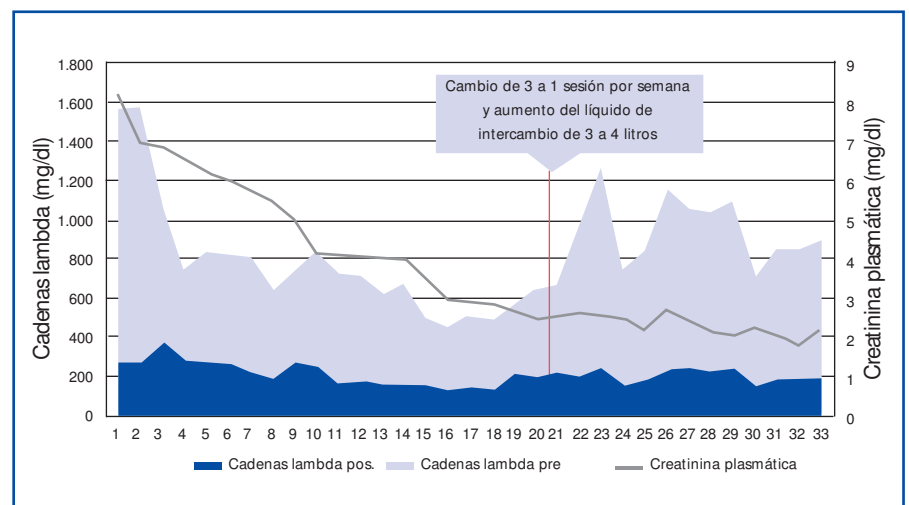
Paciente mujer de 59 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, diagnosticada de gammapatía monoclonal IgG con progresión posterior a mieloma múltiple IgG lambda. Desde el momento del diagnóstico, se le realizaron múltiples esquemas de tratamiento quimioterápico, sin obtener respuesta. A los seis años del diagnóstico, somos consulta-

dos por fallo renal agudo con diuresis conservada, la paciente se encontraba en un estadio III-B, mostrando en la analítica proteinuria de Bence Jones positiva y creatinina plasmática de 7 mg/dl.

Se inicia tratamiento sustitutivo combinando hemodiálisis convencional y plasmaféresis con un régimen de tres sesiones por semana durante un mes, y posteriormente una sesión por semana. Se realizó inicialmente un volumen de intercambio de plasma de 3 L y posteriormente se aumentó a 4 L cuando se cambió a sesiones semanales. El líquido de sustitución utilizado fue albúmina al 5%. Se produjo una reducción de la creatinina plasmática de más del 50%, manteniendo valores estables, lo que permitió suspender la terapia sustitutiva con hemodiálisis.

Los niveles plasmáticos de cadenas ligeras lambda en el momento del inicio del tratamiento eran mayores de 1.750 mg/dl. Con el inicio del tratamiento adyuvante se obtuvieron reducciones mayores del 60% en cada sesión de plasmaféresis. Como se observa en la figura 1, se produce un efecto rebote entre sesiones, pero los valores preplasmaféresis son cada vez más bajos.

Actualmente, la paciente continúa con tratamiento quimioterápico, con escasa respuesta y está pendiente de valora-



**Figura 1.** Evolución de la creatinina plasmática y niveles de cadenas lambda.