

A. Guitián Pena¹, A. Alonso Hernández²

¹ Servicio de Nefrología. ² Servicio de Nefrología y Unidad de Trasplante Renal. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. La Coruña

Correspondencia: Ana Guitián Pena
Servicio de Nefrología. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.
Canceliña, 1, 4.º A. 15011 La Coruña.
ana.guitian.pena@sergas.es

Seudooclusión intestinal por carbonato de lantano

Nefrología 2010;30(3):376

doi: 10.3265/Nefrologia.pre2010.Mar.10311

Sr. Director:

En la actualidad, disponemos de un amplio abanico de posibilidades en relación con el tratamiento de metabolismo óseo en hemodiálisis¹. Recientemente, aun con escaso tiempo de uso de sevelamer para el control de la hiperfosfatemia, muchos nefrólogos nos hemos decantado por el carbonato de lantano basándonos, en gran medida, en el menor número de comprimidos necesarios en esta terapia². La manifestación secundaria más frecuente de estos fármacos se produce en el aparato digestivo, y afecta fundamentalmente al tránsito gastrointestinal, como se comprende por tratarse de compuestos quelantes.

En nuestra unidad, tras un año de tratamiento de la hiperfosforemia con carbonato de lantano, el control puede considerarse aceptable, en cuanto a porcentaje de pacientes con niveles de fósforo inferiores a 5,5. La tolerancia ha sido buena, en general, y hemos comprobado radiológicamente la existencia de restos de esta sustancia en el colon en más de una ocasión, lo que es esperable de forma habitual y ha sido descrito³.

Presentamos el caso de un paciente que presentó un dolor abdominal intenso con paralización intestinal, en quien no ha podido descartarse que el carbonato

de lantano fuera el agente causal o contribuyente.

Hombre de 75 años de edad, diagnosticado de nefropatía isquémica en hemodiálisis desde hace 5 años, que acude a urgencias por dolor en la fosa ilíaca derecha. El paciente se presenta afebril, no tiene vómitos, aunque sí estreñimiento. En la exploración se manifiesta ausencia de peristalsis y dolor a la palpación en la fosa ilíaca derecha. La analítica es anodina (ausencia de leucocitosis, amilasa y lipasa dentro de rangos ajustables al grado de uremia, etc.). En la radiografía simple de abdomen se observan restos de carbonato de lantano en el colon, dilatación de asas intestinales y, en suma, patrón pseudoobstructivo. Se decide llevar a cabo una intervención quirúrgica ante la sospecha de sufrimiento de asa intestinal, con el diagnóstico prequirúrgico de isquemia intestinal. El paciente es intervenido y no se encuentran signos de trombosis mesentérica, las asas intestinales son de aspecto normal, así como el apéndice y el entorno abdominal.

Sin poder afirmar obviamente nada, sí es obligado sugerir una posible etiología yatrogénica en relación con la toma de lantano, como se ha mencionado previamente y estar alerta ante la aparición de procesos similares al descrito.

1. Block GA, Klassen PS, Lazarus JM, et al. Mineral metabolism, mortality, and morbidity in maintenance hemodialysis. *J Am Soc Nephrol* 2004;15:2208-18.
2. Martín de Francisco AL. ¿Debemos considerar el costo-efectividad de los distintos tratamientos al aplicar las recomendaciones sobre los captores (quelantes) de fósforo? *Nefrología* 2008;28(2):129-34.
3. Cerny S, Kundendorf U. Images in clinical medicine. Radiographic appearance of lanthanum. *N Engl J Med* 2006;355:1160.

A. Pobes Martínez de Salinas¹,

I. Blanco Rodríguez², L. Quiñones Ortiz¹,

A. Suárez Laurés¹

Servicios de ¹ Nefrología y ² Anestesia. Hospital Cabueñes. Gijón. Asturias.

Correspondencia: Ana Suárez Laurés

Servicio de Nefrología. Hospital Cabueñes. Gijón. Asturias.
luisquiao@hotmail.com

Gestación en enfermedad renal crónica avanzada

Nefrología 2010;30(3):376-8

doi: 10.3265/Nefrologia.pre2010.Apr.10354

Sr. Director:

La capacidad de gestación en pacientes con enfermedad renal crónica depende del estadio en el que ésta se encuentre. En fases precoces de la enfermedad prácticamente no presenta diferencias con un embarazo normal¹. Por otro lado, las dificultades de gestación en tratamiento renal sustitutivo (TRS) son conocidas, así como también se ha descrito una mejor evolución en pacientes sometidos a trasplante renal². No obstante, la presencia de una enfermedad renal crónica avanzada, estadio 3-4, y embarazo es un hecho infrecuente. Presentamos la evolución y el tratamiento de una mujer gestante con enfermedad renal crónica en estadio 4 que supone un hecho especialmente inusual.

Mujer de 23 años, con epilepsia e insuficiencia renal crónica secundaria a nefropatía intersticial. No era hipertensa y presentaba, al mes de la gestación, los siguientes datos analíticos: Hb: 13,1 g/dl, Cr: 2,7 mg/dl, urea: 101 mg/dl, Ca: 9,1, P: 3,8 mg/dl, HCO₃: 19 mmol/l, PTH: 480 pg/ml, filtrado glomerular estimado (FGE) (MDRD-4): 21 ml/min/1,73 m², proteinuria: 2,23 g/24 h; resto de parámetros sin alteraciones relevantes. Peso de 45,8 kg y una tensión arterial (TA) de 113/75 mmHg. La evolución analítica se puede observar en la figura 1. La evolución clínica, el control de la TA, la presencia de urea inferior a 100 mg/dl o Crs inferior a 4 mg/dl y los controles ecográficos se establecieron como los parámetros que debían valorarse de cara al inicio del TRS. Man-