

va que no se modifican la Hb, la dosis de EPO y de Fe i.v. administrado con los dos protocolos (rango máximo de FER superior y próximo a 300 µg/l frente a valor máximo de FER inferior y próximo a 300). La evidencia científica previa^{1,4} y los datos de esta investigación orientan a conseguir una eritropoyesis adecuada cuando tratamos con Fe i.v., disminuyendo la iatrogenia^{4,5}, manteniendo la FER en valor máximo superior o inferior y próximo a 300 µg/l, y sería recomendable con la evidencia actual⁶, tratar con dosis baja de Fe y con frecuencia intermitente.

1. K/DOQI clinical practice guidelines and clinical practice recommendations for anemia in chronic kidney disease in adults: CPG and CPR 3.2: Using iron agents. *Am J Kidney Dis* 2006;47(Suppl 3):S58-S70.
2. Coyne DW, Kapoian T, Suki W, Singh AK, Moran JE, Dahl NW, et al, and the DRIVE Study Group. Ferric gluconate is highly efficacious in anemic hemodialysis patients with high serum ferritin and low transferrin saturation: Results of the dialysis patients response to IV iron with elevated ferritin (DRIVE) study. *J Am Soc Nephrol* 2007;18:975-84.
3. Singh AK, Coyne DW, Shapiro W, Rizkala AR, the DRIVE Study Group. Predictors of the response to treatment in anemic hemodialysis patients with high serum ferritin and low transferrin saturation. *Kidney Int* 2007;71:1163-71.
4. Canavese C, Bergamo D, Ciccone G, Longo F, Fop F, Thea A, et al. Validation of serum ferritin values by magnetic susceptometry in predicting iron overload in dialysis patients. *Kidney Int* 2004;65:1091-8.
5. Bishu K, Agarwal R. Iron deficiency in the 2006 K/DOQI era: Acute injury with intravenous iron and concerns regarding long-term safety. *Clin J Am Soc Nephrol* 2006;1(Suppl 1):S19-S23.
6. Anraku M, Kitamura K, Shintomo R, Takeuchi K, Ikeda H, Nagano J, et al. Effect of intravenous iron administration frequency on AOPP and inflammatory biomarkers in chronic hemodialysis patients: A pilot study. *Clin Biochem* 2008;41:1168-74.

J. Fernández-Gallego, M.A. Martín,

S. Sujan, E. Vega

Servicio de Nefrología. Hospital Carlos Haya. Málaga.

Correspondencia:

Juan Fernández-Gallego

Servicio de Nefrología. Hospital Carlos Haya. Málaga.

C) CASOS CLÍNICOS BREVES

Metoxi-polietilenglicol epoetina beta en el tratamiento de una paciente con enfermedad renal crónica y que presenta hipersensibilidad retardada a otras epoetinas

Nefrología 2010;30(3):372-3

doi: 10.3265/Nefrología.pre2010.Mar.10310

Sr. Director:

La metoxi-polietilenglicol epoetina beta (Mircera[®]) es una eritropoyetina de origen recombinante que, al igual que la hormona natural eritropoyetina, estimula la producción de glóbulos rojos y aumenta el nivel sanguíneo de hemoglobina, al interactuar con el receptor de eritropoyetina de las células progenito-

ras medulares produciendo su activación continua¹⁻³.

Presentamos el caso de una paciente con enfermedad renal crónica (ERC) en estadio 5 con aparición de reacción de hipersensibilidad retardada en relación con dos eritropoyetinas de origen recombinante. En agosto de 2004, empezó a ser tratada con epoetina beta (Neorrecormon[®]) por vía subcutánea. Seis meses después presentó un cuadro de prurito, lesiones microhabonosas generalizadas y en relación directa con la administración semanal de dicho antianémico. Entonces fue tratada con darbepoetina alfa (Aranesp[®]) subcutánea, observándose una reacción dérmica similar a la descrita con epoetina beta, desde las primeras dosis, por lo que fue suspendida la prescripción. En abril de 2006 comienza la hemodiálisis, y se inicia la administración intravenosa de darbepoetina alfa, con buena tolerancia durante varias ad-

ministraciones. No obstante, la aparición en dos ocasiones de prurito palmo-plantar y de lesiones habonosas obligó a la retirada del fármaco. Posteriormente, requirió transfusiones de hematíes mensuales, ante la persistencia de la anemia debida a la ERC. En septiembre de 2007 se solicitó al Ministerio de Sanidad y Consumo la autorización del medicamento extranjero epoetina delta, pero denegaron su autorización de empleo alegando que existía una elevada probabilidad de presentar reacción a la misma dado el historial de la paciente. Ante esta situación se decidió probar en agosto de 2009 con epoetina beta pegilada (Mircera[®]), registrada en España desde julio de 2007¹ y monitorizar la tolerancia, así como su efectividad. Según la recomendación del servicio de alergología, se realizó la administración en dosis crecientes (12,5, 25 y 37,5 µg) de epoetina beta pegilada por vía subcutánea a intervalos de 7 días hasta llegar a la dosis final de 50 µg (0,6 µg/kg), sin ob-

servar ningún tipo de reacción adversa. Se continuó administrando epoetina beta pegilada de dosis 50 µg, aunque fraccionándola en 2 inyecciones (25 µg) en las primeras tres dosis.

Actualmente, y tras ocho dosis quince-nales intravenosas de epoetina beta pegilada, afirmamos que la paciente tolera este tratamiento, manteniendo de una forma sostenida los niveles de hemoglobina y el hematocrito, dentro de los rangos recomendados para la ERC en estadio 5 en tratamiento con hemodiálisis. En este caso, la administración intravenosa de epoetina beta pegilada no ha condicionado la aparición de eventuales reacciones cruzadas derivadas de la intolerancia de la paciente a la epoetina beta y a la darbepoetina alfa. Así, sugerimos que la epoetina beta pegilada puede ser una buena alternativa para tratar la anemia crónica en pacientes con ERC e intolerancia a epoetina beta y a darbepoetina alfa.

1. Ficha técnica metoxi-polietilenglicol epoetina beta (Mircera®). Disponible en: <http://www.ema.europa.eu/humandocs/PDFs/EPAR/mircera/H-739-PI-es.pdf>.
2. Committee for Medicinal Products for Human Use, European Medicines Agency. Scientific discussion. En: Mircera: European public assessment report. London: EMEA, 2007. Disponible en: <http://www.ema.europa.eu/humandocs/PDFs/EPAR/mircera/H-739-en6.pdf>
3. Center for Drug Evaluation and Research. Mircera® (methoxy polyethylene glycol-epoetin beta) [Drug Product Label] U.S. Food and Drug Administration; 2007 Nov 14. FDA Application no (NDA) 125164. Disponible en: <http://www.fda.gov/cder/foi/label/2007/125164lbl.pdf>

C.L. Dávila Fajardo¹, M. Peña Ortega², J. Cabeza Barrera³, M.D. Prados Garrido²

Servicios de ¹ Farmacia. ² Nefrología.

³ Farmacia. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Correspondencia:

Cristina Lucía Dávila Fajardo

Servicio de Farmacia. Hospital Universitario San Cecilio de Granada.

Doctor Olóriz, 16. 18012 Granada.

cldf28@hotmail.com

Deterioro de función renal por útero miomatoso

Nefrología 2010;30(3):373-4

doi: 10.3265/Nefrologia.pre2010.Mar.10271

Sr. Director:

El fracaso renal agudo (FRA) es un síndrome clínico caracterizado por una disminución brusca del filtrado glomerular y un aumento de la concentración sérica de los productos nitrogenados^{1,2}. El FRA obstructivo representa el 10% del total de los FRA²; es más frecuente en pacientes de edad avanzada y sobre todo en varones². Para su diagnóstico son fundamentales las pruebas de imagen, principalmente la ecografía renal³, en la que se suele observar una dilatación de la vía urinaria y en ocasiones la causa de la obstrucción.

Presentamos el caso de una paciente mujer de 41 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que es remitida desde el servicio de urgencias por deterioro de la función renal con creatinina sérica (Cr_s) de 6,5 mg/dl, en el contexto de hemorragias vaginales con requerimientos transfusionales. En ese momento es diagnosticada por el servicio de ginecología de útero miomatoso. Se cursa ingreso para estudio y se le realiza una ecografía renal, donde se objetiva una hidronefrosis bilateral de grado IV, con escasa diferenciación corticomedular, pero sin uréteres, por lo que se realiza una tomografía axial computarizada; ésta refleja una ureterohidronefrosis bilateral de grado IV, secundaria a compresión extrínseca por útero miomatoso de 13 x 9 cm (figuras 1 y 2). Se avisa al servicio de urología, donde le implantan un catéter doble «J» en el uréter derecho, con imposibilidad de colocación en el uréter izquierdo. Se pide valoración por el servicio de ginecología, que pospone la cirugía de histerectomía simple para una semana después. Tras la realización de la histerectomía, la paciente evolu-

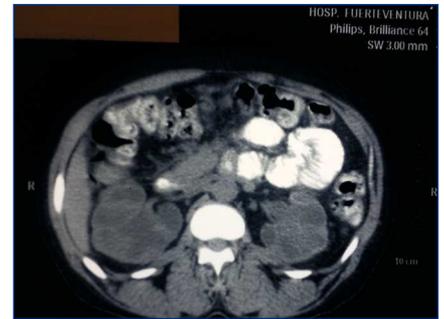


Figura 1. Corte de TaC donde se objetiva la hidronefrosis bilateral.

ciona desde el punto de vista clínico de forma favorable, pero no así desde el punto de vista bioquímico, manteniéndose Cr_s de 4,5 mg/dl después de 15 días de la intervención. Se realizó una nueva ecografía renal, en la que se observó hidronefrosis de grado II y escasa diferenciación corticomedular, por lo que no se realizó biopsia renal percutánea. Se decidió darle el alta con el diagnóstico de enfermedad renal crónica de grado 4, secundaria a probable nefritis intersticial, para un seguimiento en consulta de prediálisis.

En los FRA obstructivos, la rápida solución de la obstrucción conlleva una resolución completa del FRA. En nuestro caso, desde el momento en el que se utilizan las pruebas de imagen, éstas ofrecen datos de la cronicidad del proceso. Por esta razón, son importantes un diagnóstico y un tratamiento precoces, ya que garantizan la viabilidad renal.



Figure 2. Corte de TaC más bajo donde se objetiva la dilatación ureteral bilateral.