

A) COMENTARIOS A ARTÍCULOS PUBLICADOS

Ecografía Doppler del riñón de Page

Nefrología 2011;31(1):107

doi:10.3265/Nefrologia.pre2010.Nov.10714

Sr. Director:

Hemos leído con mucho interés el trabajo publicado en la revista NEFROPLUS por los Dres. Montoya et al.¹ en relación al riñón de Page. Se trata de una excelente revisión en la que se describe a fondo esta rara entidad, tanto en su vertiente diagnóstica como terapéutica.

Nos gustaría, con esta carta, aportar información complementaria a la ya ofrecida por los autores con un hallazgo ecográfico que creemos de interés, recientemente descrito por nosotros².

En nuestro trabajo describimos un paciente trasplantado y antiagregado con aspirina al que se le practicó una nefrostomía percutánea para solventar una estenosis uréterovesical mientras se planeaba la cirugía definitiva. A las 48 h de colocarle la derivación, presentó oliguria y deterioro de función renal. La tensión arterial no se modificó. La ecografía bidimensional reveló un gran hematoma subcapsular y la ecografía

Doppler color una perfusión renal conservada con flujo arterial y venoso normales. El Doppler pulsado mostró la existencia de un aumento de las resistencias intrarrenales con inversión del flujo diastólico en todo el riñón. Fue intervenido en las siguientes 24 horas. Se realizó evacuación del hematoma subcapsular con lo que recuperó diuresis, se normalizó la función renal y el patrón doppler volvió a la normalidad².

La inversión del flujo diastólico en el Doppler pulsado se ha considerado clásicamente patognomónico de trombosis venosa renal³. Sin embargo, también pueden presentarlo, de forma reversible, el rechazo agudo y la necrosis tubular aguda severa³, la toxicidad por anticalcineurínicos⁴ y, en nuestra experiencia, el riñón de Page³.

Finalmente, creemos de gran interés la realización de una ecografía Doppler tras cada intervencionismo renal de cara a diagnosticar las complicaciones asociadas al mismo. Asimismo, es importante conocer que la inversión de flujo diastólico en el doppler no indica necesariamente que estemos ante una trombosis de la vena renal.

1. Montoya R, López I, Guzmán F, Lorente S y Rosino A. Riñón de Page: caso clínico en paciente trasplantado. Revisión etiológica y terapéutica. NefroPlus 2010;3(2):46-51.
2. Caldés S, Fernández A, Rivera M, Merino JL, González R, Amézquita Y, Marcén R, Burgos R, Ortuño J. A Page Kidney Case Report With Diastolic Flow Reversion in Doppler Ultrasonography. Transplantation 2009;87(2):303-4.
3. Schwenger V, Hinkel UP, Nahm A M, Morath C, Zeier M. Color Doppler ultrasonography in the diagnostic evaluation of renal allografts. Nephron Clin Pract 2006;104:c107-c112.
4. Boger CA, Rummele P, Mihatsch MJ, Banasa B and Kramer BK. Reverse Diastolic Intrarenal Flow Due to Calcineurin Inhibitor (CNI). Toxicity American Journal of Transplantation 2006;6:1963-7.

M. Rivera Gorriñ

Servicio de Nefrología.

Hospital Ramón y Cajal. IRYCIS. Madrid

Correspondencia: Maite Rivera Gorriñ

Servicio de Nefrología.

Hospital Ramón y Cajal. IRYCIS.

Carretera de Colmenar km 9,100.

28034 Madrid.

mriverag.hrc@salud.madrid.org

mriverago@gmail.com

B) COMUNICACIONES BREVES DE INVESTIGACIÓN O EXPERIENCIAS CLÍNICAS

Acidosis láctica y pancitopenia por linezolid

Nefrología 2011;31(1):107-8

doi:10.3265/Nefrologia.pre2010.Jul.10552

Sr. Director:

El linezolid¹⁻³ es un antibiótico del grupo de las oxazolidinonas con una estructura tricíclica que sería la responsable de su actividad frente a los estafilococos resistentes a meticilina.

Inhibe la síntesis proteica empleando un lugar de acción diferente a otros antibióticos. Es activo³ frente a numerosos gérmenes, como estafilococos, incluyendo los meticilín resistentes, estreptococos, enterococos, otros grampositivos como *Corynebacterium* o *Listeria* y frente a algunos anaerobios como *Clostridium difficile*.

Está siendo cada vez más empleado en la práctica clínica actual para el tratamiento de neumonías nosoco-

miales por MARSA o *Streptococcus pneumoniae*, neumonías comunitarias por organismos grampositivos e infecciones cutáneas, tanto complicadas como no complicadas, incluyendo la infección de pie diabético sin osteomielitis concomitante.

Se metaboliza³ en un 60% en el hígado y en un 30% en el riñón, por lo que no precisa ajuste de dosis en insuficiencia renal o hepática moderadas, aunque no se tiene experiencia en insuficiencias graves.