

logos mexicanos continúan utilizando la DCr para estimar la TFG. La importancia de conocer las ecuaciones para evaluar la TFG y difundirlas para otras enfermedades, además de las guías de la NKF radica, en primera instancia, en que no se requiere colección de orina de 24 horas, además de que los servicios de salud ahorrarían miles de dólares si estos resultados son generalizados (a nivel mundial); más aún, diversos ensayos clínicos controlados internacionales han utilizado la DCr para estimar la TFG<sup>9,10</sup>.

Estos hallazgos apuntan a que, a pesar de que las guías sugieren la utilización de métodos más exactos y baratos, los reumatólogos mexicanos continúan usando métodos más caros y con menos concordancia que la TFG real. Es necesaria la promoción de los estudios entre los médicos para beneficio de los pacientes tanto en términos económicos como en reproducibilidad. Tal vez si nuestros resultados en reumatólogos mexicanos fueran semejantes a nivel mundial, el ahorro al promover los mejores métodos sería de millones de dólares.

#### Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen conflictos de interés potenciales relacionados con los contenidos de este artículo.

1. Cervera R, Khamashta MA, Font J, Sebastiani GD, Gil A, Lavilla P, et al. Morbidity and mortality in systemic lupus erythematosus during a 10-year period: a comparison of early and late manifestations in a cohort of 1,000 patients. *Medicine (Baltimore)* 2003;82(5):299-308.
2. Stoll T, Seifert B, Isenberg DA. SLICC/ACR Damage Index is valid, and renal and pulmonary organ scores are predictors of severe outcome in patients with systemic lupus erythematosus. *Br J Rheumatol* 1996;35(3):248-54.
3. Soares AA, Eyff TF, Campani RB, Ritter L, Camargo JL, Silveiro SP. Glomerular filtration rate measurement and prediction equations. *Clin Chem Lab Med* 2009;47(9):1023-32.
4. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *Am J Kidney Dis* 2002;39(2 Suppl 1):S1-266.
5. Levey AS, Coresh J, Balk E, Kausz AT, Levin A, Steffes MW, et al. National Kidney Foundation

practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *Ann Intern Med* 2003;139(2):137-47.

6. Gordon C, Jayne D, Pusey C, Adu D, Amoura Z, Aringer M, et al. European consensus statement on the terminology used in the management of lupus glomerulonephritis. *Lupus* 2009;18(3):257-63.
7. Martínez-Martínez MU, Borjas-García JA, Magaña-Aquino M, Cuevas-Orta E, Llamazares-Azuara L, Abud-Mendoza C. Renal function assessment in patients with systemic lupus erythematosus. *Rheumatol Int*. 2011 May 21. [Epub ahead of print].
8. Peláez-Ballesteros I, Sanin LH, Moreno-Montoya J, Alvarez-Nemegyei J, Burgos-Vargas R, Garza-Elizondo M, et al. Epidemiology of the rheumatic diseases in Mexico. A study of 5 regions based on the COPCORD methodology. *J Rheumatol Suppl* 2011;86:3-8.
9. Mak A, Mok CC, Chu WP, To CH, Wong SN, Au TC. Renal damage in systemic lupus erythematosus: a comparative analysis of different age groups. *Lupus* 2007;16(1):28-34.
10. Mak SK, Lo KY, Lo MW, Chan SF, Tong GM, Wong PN, et al. Efficacy of enteric-coated mycophenolate sodium in patients with active lupus nephritis. *Nephrology (Carlton)* 2008;13(4):331-6.

**Marco U. Martínez-Martínez,**

**Carlos Abud-Mendoza**

Unidad Regional de Reumatología y Osteoporosis. Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto. San Luis Potosí (México)

**Correspondencia:** Carlos Abud-Mendoza

Unidad Regional de Reumatología y Osteoporosis. Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, Av. V. Carranza 2395, 78240 San Luis Potosí, México. c\_abud@hotmail.com marcomtzmzt@hotmail.com

## Enfermedad renal crónica en el anciano: influencia del género

*Nefrología* 2012;32(1):123-4

doi:10.3265/Nefrología.pre2011.Dec.11249

#### Sr. Director:

En general, en los estudios epidemiológicos se encuentra que la prevalencia de en-

fermedad renal crónica (ERC) es mayor en las mujeres que en los varones, independientemente de la edad<sup>1,2</sup>. En el estudio de Labrador et al., se valora la prevalencia de insuficiencia renal oculta (definida por filtrado glomerular [FG] estimado [FGe]) inferior a 60 ml/min y creatinina sérica en rango normal); los autores encuentran que un 43,5% de las mujeres estudiadas la presentaban, siendo la media de edad de 77 años<sup>3</sup>.

Por ello, nosotros pretendemos conocer la influencia del género en el FG de una cohorte de pacientes ancianos, con creatinina sérica (Cr<sub>s</sub>) normal y alterada. También analizamos su influencia en aquellos pacientes que se considerarían portadores de «enfermedad renal oculta».

Para estudiar este objetivo se realizó un corte transversal entre enero y abril de 2006, en una población con una mediana de 83 años (rango de 69-97 años), que fueron reclutados cuando los pacientes acudían a sus consultas programadas de Geriátrica y de Nefrología General en el Hospital General de Segovia. De ellos, 38 pacientes tenían Cr<sub>s</sub> dentro de rango normal: grupo 1, Cr<sub>s</sub> ≤ 1,1 mg/dl (rango 0,7-1,1): 6 varones y 32 mujeres; 42 tenían Cr<sub>s</sub> alterada: grupo 2, Cr<sub>s</sub> > 1,1 mg/dl (rango 1,2-3): 19 varones y 23 mujeres. En conjunto, el 68,8% de los pacientes eran mujeres; tenían diabetes mellitus un 37,3% e hipertensión arterial un 81,3% del total de los pacientes. Se estimó el FG según las fórmulas de MDRD abreviada<sup>4</sup> y la fórmula de Cockcroft-Gault<sup>5</sup>.

En la tabla 1 se presentan los niveles medios de FG por las fórmulas estudiadas considerando grupos y género.

Del total de los pacientes, 56 (70%) tenían un FG (MDRD) < 60 ml/min. Entre los pacientes con MDRD < 60 ml/min, 18 tenían Cr<sub>s</sub> en rango normal (100% mujeres) mientras que 38 tenían la Cr<sub>s</sub> basal > 1,1 mg/dl (15 varones [39,5%] y 23 mujeres [60,5%]), p = 0,001.

Las 18 pacientes con Cr<sub>s</sub> normal y MDRD < 60 ml/min («enfermedad renal oculta») tenían una edad media de 81,33 ± 6 años.

**Tabla 1.** Niveles medios de filtrado glomerular estimado basales en los grupos de estudio según el género

	Varón	Mujer	p
Grupo 1 (MDRD) (ml/min)	78,01 ±7	60,85 ±8	0,000
Grupo 1 (Cockroft-Gault) (ml/min)	58,78 ±11	45,63 ± 9	0,007
Grupo 2 (MDRD) (ml/min)	43,60 ± 15	37,30 ± 8	NS
Grupo 2 (Cockroft-Gault) (ml/min)	31,86 ± 16	29,69 ± 6	NS

Grupo 1: Crs ≤ 1,1 mg/dl (6 varones, 32 mujeres). Grupo 2: Crs > 1,1 mg/dl (19 varones y 23 mujeres). NS: no significativa.

En nuestro estudio, encontramos también que el FGe (por los dos métodos de estimación analizados) de las mujeres con Crs en rango normal es inferior de forma significativa al de los varones, mientras que estas diferencias no son tan acusadas cuando consideramos a los pacientes con Crs alteradas (grupo 2). Por lo tanto, nuestros datos confirman una mayor prevalencia de ERC en mujeres si la evaluación se realiza mediante la medición del FGe; esta afirmación es válida fundamentalmente para los sujetos del grupo 1.

Las diferencias en el FG entre sexos y grupos de estudio quizás radican en las propias fórmulas matemáticas de estimación del FG. Las ecuaciones matemáticas empleadas en nuestro estudio derivan de la Crs, que es un reflejo de la masa muscular y del estado nutricional del paciente. En ese sentido, es probable que las diferencias significativas del FG entre ambos sexos, en pacientes con Crs en rango normal, expresen menos masa muscular en mujeres en mayor medida que el FG real. Tampoco hay que olvidar que la fórmula MDRD fue diseñada en pacientes con función renal alterada, pero no validada en población

«sana»: la aplicación de esta fórmula MDRD para estimar el FG en personas con Crs en rango normal puede estar infraestimando el grado de FG real hasta un 50%. En cambio, cuando utilizamos la fórmula MDRD en personas con función renal alterada, estas diferencias entre mujeres y hombres son menos acusadas, lo cual podría significar que el FGe logrado podría traducir la presencia de verdadera enfermedad renal más que el estado nutricional y/o la masa muscular del paciente.

En conclusión, el género es una condición a tener en cuenta a la hora de valorar la presencia de enfermedad renal crónica en ancianos: el empleo sistemático de fórmulas derivadas de creatinina puede conducir a que mujeres ancianas «sanas» sean consideradas portadoras de «enfermedad renal oculta».

#### Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen conflictos de interés potenciales relacionados con los contenidos de este artículo.

1. Zhang QL, Rothenbacher D. Prevalence of chronic kidney disease in population-based

studies: systematic review. *BMC Public Health* 2008;8:117.

2. Chadban SJ, Briganti EM, Kerr PG, Dunstan DW, Welborn TA, Zimmet PZ, et al. Prevalence of kidney damage in Australian adults: The AusDiab kidney study. *J Am Soc Nephrol* 2003;14: S131-38.
3. Labrador PJ, Mengotti T, Jiménez M, Macías M, Vicente F, Labrador J, et al. Insuficiencia renal oculta en Atención Primaria. ¿Un problema exclusivo de mujeres? *Nefrología* 2007;27:716-20.
4. Levey AS, Greene T, Kusek JW, Beck GJ. Simplified equation to predict glomerular filtration rate from serum creatinine. *J Am Soc Nephrol* 2000;11:828.
5. Cockroft DW, Gault MH. Prediction of creatinine clearance from serum creatinine. *Nephron* 1976;16:31-41.
6. Heras M, Fernández-Reyes MJ, Guerrero MT. Sobre la estimación de la función renal en el anciano: implicaciones del uso sistemático de la fórmula Modification of Diet in Renal Disease para el ajuste farmacológico. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2010;45(1):50-1.

**Manuel Heras<sup>1</sup>, Pedro García-Cosmes<sup>2</sup>, M. José Fernández-Reyes<sup>1</sup>, M. Teresa Guerrero<sup>3</sup>, Rosa Sánchez<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Servicio de Nefrología. Hospital General de Segovia.

<sup>2</sup> Servicio de Nefrología. Hospital Universitario de Salamanca.

<sup>3</sup> Servicio de Geriátrica. Hospital General de Segovia.

**Correspondencia:** Manuel Heras

Servicio de Nefrología.

Hospital General de Segovia, 40002 Segovia.

mherasb@saludcastillayleon.es

manuhebe@hotmail.com

## C) CASOS CLÍNICOS BREVES

### Mielolipoma suprarrenal asociado a hiperaldosteronismo primario

*Nefrología* 2012;32(1):124-5

doi:10.3265/Nefrología.pre2011.Nov.11195

#### Sr. Director:

Presentamos el caso de un paciente trasplantado renal, recientemente in-

tervenido por vía laparoscópica de un mielolipoma suprarrenal asociado a hiperaldosteronismo primario<sup>1</sup>. El mielolipoma es un tumor raro, benigno, de crecimiento lento y de tamaño variable. Está compuesto de tejido adiposo y hematopoyético. Típicamente es no funcionante y si alcanza gran tamaño puede producir dolor, compresión de órganos vecinos y hemorragia aguda intratumoral o retroperitoneal<sup>2</sup>.

Se trata de un varón de 54 años de edad, con hipertensión arterial (HTA) de larga evolución, obeso, fumador, con enfermedad renal crónica (ERC) secundaria a nefroangiosclerosis maligna, diagnóstico realizado mediante biopsia renal en el año 2000; se inició diálisis peritoneal en el año 2006 y posteriormente trasplante renal de donante cadáver, en 2008. Ya en estudios radiológicos previos se evidenciaba la presencia de una masa suprarrenal derecha, compatible