

# Anuria reversible en hemodiálisis periódicas

R. Matesanz

Sr. Director:

Es un hecho conocido el descenso que habitualmente experimenta la diuresis residual de los enfermos en hemodiálisis periódicas a medida que transcurre el tiempo en tratamiento sustitutivo<sup>1</sup>. Este descenso suele producirse de forma gradual<sup>2</sup>, dependiendo de múltiples factores no bien conocidos en cuanto a su importancia relativa (nefropatía de base, control tensional, diversas alteraciones metabólicas, desarrollo de quistes, etc.). Puede ocurrir, sin embargo, que un proceso intercurrente acabe bruscamente con la función renal residual, con una eventual recuperación posterior, lo que simbólicamente podríamos denominar «fracaso renal agudo», al tratarse de un deterioro brusco y reversible de la función renal, aunque ésta sea de por sí muy reducida.

Hemos tenido ocasión de observar el caso de un enfermo de cincuenta y cinco años de edad con insuficiencia renal crónica terminal de causa no filiada, que al inicio del tratamiento sustitutivo mantenía una diuresis de alrededor de 1.500 c.c. Dializado en su domicilio con una máquina de cuba, tres años después mantenía unas diuresis de 800-1.000 c.c., cuando por un presumible error en la composición del baño de diálisis presentó al inicio de la sesión un episodio de hipotensión, opresión precordial y oscurecimiento de la sangre a su paso por el filtro, que se interpretó como una crisis hemolítica. Trasladado al hospital, se constató un descenso del hematocrito de un 7 %, por lo que fue dializado y transfundido, quedando el enfermo totalmente asintomático. «A posteriori» refirió la emisión de una micción de color os-

curo que no fue recogida, quedando a partir de entonces en anuria de dos semanas de duración, que se fue recuperando paulatinamente hasta alcanzar los 600 c.c. dos meses después de este episodio.

Las crisis hemolíticas secundarias a errores en la preparación del dializado son una complicación clásicamente observada desde las primeras épocas del empleo de la hemodiálisis<sup>3</sup>, afortunadamente obviadas casi por completo con la moderna tecnología. Por otra parte, la hemólisis intravascular constituye históricamente una de las primeras causas reconocidas de fracaso renal agudo en casos de transfusión incompatible<sup>4</sup>. La evolución clínica de este paciente constituye en su contexto un perfecto remedo de fracaso renal por hemólisis, incluso con emisión de orinas oscuras presumiblemente por hemoglobinuria, tras de lo cual quedó en anuria absoluta, con posterior recuperación hasta cifras de diuresis algo inferiores a las previas. Como es lógico, pasado el momento agudo no fue necesario hacer modificaciones de su tratamiento de base, salvo el consiguiente incremento temporal de la ultrafiltración por mayor ganancia de peso interdiálisis.

## Bibliografía

1. Brynger H, Brunner FP, Chantler C, Donckerwolcke RA, Jacobs C, Dramer P, Selwood NH y Wing AJ: Combined Report on Regular Dialysis and Transplantation in Europe. *X Proc EDTA* 17:4, 1980.
2. Matesanz R, Quereda C, Marcén R y Ortuño J: Progression of renal failure on hemodialysis treatment. *Nephron* 35:273-274, 1983.
3. Blagg CR: Acute complications associated with hemodialysis. En *Replacement of renal function by dialysis*. Martinus Nijhoff, pág. 611, Boston, 1983.
4. Flamenbaum W, Gehr M, Gross M, Kaufman J y Hamburger R: Acute renal failure associated with myoglobinuria and hemoglobinuria. En *Acute Renal Failure*. WB Saunders, pág. 269. Philadelphia, 1983.