

1

2

**GLOMERULONEFRITIS MESANGIAL IGA (GNiGA):FACTORES PRONOSTICOS.**  
 L. Hortal; A. Fernández; N. Vega; J.C. Rodríguez; C. Plaza; L. Palop  
 HOSPITAL NTRA.SRA. DEL PINO - SERV. NEFROLOGIA.- Las Palmas G. Canaria.

Clásicamente se ha descrito la GNiGA como una enfermedad de buen pronóstico, en cuanto a la escasa afectación de la función renal(F.R.). En los últimos años se ha observado que un número relativamente alto de pacientes (ptes.) con esta enfermedad llegaba a la IRC terminal. Evaluamos distintos factores pronósticos de esta GN en nuestro medio. Hemos estudiado 65 ptes. 50 varones y 15 mujeres con edad media de 29.1±12.4 años, diagnosticados de GNiGA entre 1.981 y Nov. de 1.988, con un periodo medio de seguimiento de 57±38.5 meses (2-168) y un periodo de evolución previo a la biopsia de 22.5 meses (1-156). Se evaluaron parámetros clínicos y bioquímicos al inicio y final del periodo de seguimiento y estudio anatomopatológico evaluado según la clasificación de la O.M.S.

El motivo del estudio fue en 15 pacientes (23.5%) la presencia de hematuria, 11 (17.2%) proteinuria (prot.) aislada, 24 (37.5%) hematuria y prot., 14 (21.8%) H.T.A. asociada a hematuria y/o prot.. En el momento de la biopsia 44 (67.6%) presentaban prot., 34 entre 500 y 3000 mg/24 horas y 10 más de 3000 mg. La media de la creatinina plasmática (Pcr) era de 1.34±0.8 mg/dl. y en 23 ptes. (35.2%) > 1.3 mg/dl. En 21 se objetivó HTA (32.3%). La tasa sérica de la IgA era 386.7 ±143.4 presentando 25 ptes. (38.4%) una IgA > 400 mg/dl. La cifra media de Ac. úrico era 6.2 ± 2.1 mg/dl. y en 18 ptes. (27.6%) > 7. Al final del estudio la cifra media de urea era de 77.8±76.3 y Pcr de 2.9±3.4 obteniéndose significación estadística (p<0.01) respecto a las cifras iniciales.

Había 12 ptes. perdidos para control (18.4%); 29 (44.6%) con F.R. normal; 13 (20%) con IRC moderada y 11 (17%) en tratamiento substitutivo. Presentaron significación estadística (p<0.05) como índice de mal pronóstico los siguientes parámetros: edad(r=0.42), presión arterial - (r=0.38), prot. (r=0.61), IgA (r=0.29). La presentación clínica en forma de hematuria aislada tiene mejor pronóstico (P<0.05). El estudio de la biopsia demostró que la afectación intersticial y la esclerosis son signos de mal pronóstico (P<0.01) asociándose con más frecuencia a los grados III y IV de la clasificación de la O.M.S. -- (P<0.05).

Concluimos que la GNiGA en nuestro medio es de relativo mal pronóstico con alto porcentaje de pacientes en diálisis ó con insuficiencia renal

3

4

**ALTERACIONES METABOLICAS EN LA NEFROLITIASIS CALCICA(NLC).**  
 S.Suria, A.Torres, G.Balaguer,\*M.E.Martínez,\*P.Catala, P. Valido, V.Lorenzo, D.Hernandez, J.M.Glez-Posada, M.Losada, M.A.Gecino, B.Maceira, B.Alarcó.  
 Servicio de Nefrología del Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. \*Servicio de Bioquímica C.S. La Paz. Madrid.

Se estudiaron un total de 63 enfermos consecutivos con NLC(35 + 9años) no secundaria a patología sistémica(Hiperparat. Acidosis Tub. estados Hiperoxalúricos, etc), y 27 sujetos normales(C)(34 + 10años), utilizando un protocolo estandar que también incluyó la citraturia(citrato-liasa). Un total de 40(63,5%) padecían Hipercalciuria Idiopática (HCI)(15 con Hiperuricosuria o/y Hipocitraturia asociada), 11(17,5%) Hipocitraturia Aislada, y en 13(20,6%) el estudio metabólico fue normal. En 16 HCI y 14 C se estudió la calciuria, función paratiroidea y niveles de Vitamina D en situación basal y tras dieta restrictiva en calcio. De los 16 HCI, 8(50%) eran Absortivos, 4 Renales(25%) y 4 Indeterminados(25%). El trastorno más importante observado en la Hipercalciuria Idiopática, fue una elevación de los niveles de 1, 25(OH)2 D3 con respecto a los controles (43,6 ± 20 vs. 26,5 ± 7,2 pg/ml.; t=3,11; p<0,01). En los enfermos sin Hipercalciuria Idiopática la uricosuria y oxaluria eran similares a la de los controles y el único parámetro que diferenció a estos dos grupos fue la Citraturia, que era más baja en los primerlos (0,21 ± 0,1 vs. 0,34 ± 0,2 mg/dl. de Filtrado Glomerular.; t=3,9; p<0,01).

En resumen, en nuestra área geográfica la Hipercalciuria Idiopática es la causa más frecuente de Nefrolitiasis Cálctica (64%), en la que una síntesis renal excesiva de 1, 25(OH)2 D3 es un factor importante en su génesis.

La Hipocitraturia, la cual favorece la cristalización de sales cálcicas, es el trastorno más importante en los enfermos sin Hipercalciuria.

**ETIOLOGIA Y CLINICA DE PRESENTACION DE LA HIPERCALCIURIA EN LA INFANCIA.** V.García Nieto, J.García Pérez, C.L León López, M.L.Méndez Pérez, J.Gomez Sirvent y L.M.Higueras Linares. H.Ntra.Sra. de la Candelaria(Nefrología Pediátrica).S/C Tfe

Estudiamos una serie constituida por 119 niños con edades comprendidas entre 0 y 14 años diagnosticados de Hiper-calciuria (HC) entre 1979 y 1988.

Las causas mas frecuentes encontradas fueron: Idiopática (55;46.2%), déficit de fósforo (18;15.1%), inmovilización prolongada (15;12.6%), diabetes mellitus (9;7.5%) y tubulopatías (9;7.5%). Otros niños afectados de HC habian sido diagnosticados de hipercalcemia (4), uropatías (3), hiperfiltración (2), hipocalcemia neonatal prolongada (1), pielonefritis neonatal (1), déficit de magnesio (1) y osteopetrosis (en tratamiento con cloruro amónico) (1).

Las manifestaciones clínicas más comunes de presentación en el Grupo Idiopático fueron: Hematuria macroscópica(25.4%), colico nefritico (18.1%), retraso estatural (18.1%), litiasis (16.3%), urgencia miccional y enuresis (10.9%), poliuria (9%) y poliuria (9%). Otras formas de presentación inusuales son la microhematuria, presencia de orinas blancas, micción dolorosa y dolor abdominal. En 8 casos -- (14.5%) la HC fue asintomática y 7 (12.7%) se acompañaron de infección de vias urinarias.

En 13 de los 55 casos idiopáticos, la HC fue transitoria al introducir cambios dietéticos. En este Grupo ningún niño presentó hematuria, poliuria o retraso pondero-estatural; casi la mitad de estos pacientes debutó con litiasis o colico nefritico. Por el contrario, los pacientes con HC permanentemente de peor evolución portadores de nefrocalcinosis ecográfica asociaron poliuria y/o talla corta y en 1 caso retraso mental moderado (HC idiopática Tipo Royer).

Los niños con déficit de fósforo, inmovilización prolongada o diabetes mellitus, presentaron en general pocos síntomas relacionables con la HC, salvo hematuria y poliuria discreta en algunos casos, sin litiasis ni colico nefritico.

Las tubulopatías (acidosis tubular, síndrome de Fanconi) debutaron con poliuria y retraso estatural.

**CONCLUSIONES:**

1. La HC idiopática es la causa mas frecuente de HC en la infancia, manifestándose preferentemente con hematuria, colico nefritico y/o retraso estatural.
2. Otras causas frecuentes de HC en la infancia suelen ser asintomáticas y sólo diagnosticables en estudios dirigidos.
3. Las causas de HC y su incidencia en la infancia difieren considerablemente de las descritas en series de adultos.

**FUNCION TUBULAR RENAL EN LA HIPERCALCIURIA IDIOPATICA EN LA INFANCIA.** V.García Nieto, J. Chahin, E. Gallego, M. Muros, D. Hernández Marrero y M.P. Renilla. H. Ntra. Sra. de la Candelaria. Unidad de Nefrología Pediátrica. S/C de Tfe.

Con el fin de estudiar la función tubular renal en 31 niños diagnosticados de Hipercalciuria (HC) Idiopática permanente ( $\bar{x}$  Ca u:6.4±2 mg/kg.día), se determinó la eliminación urinaria de magnesio, fosfato, ácido úrico y citratos, y se practicaron pruebas de concentración y acidificación. A un grupo de ellos, se les realizó sobrecarga hiposalina y se calculó el cociente de la Beta2-microglobulina y N-acetilglucosaminidasa con respecto a la creatinina urinaria.

La cifra media de magnesuria fue de 3-1.21 mg/kg/día. Se encontró correlación estadísticamente significativa entre la calciuria y la magnesuria (r:0.58; p<0.05). 13 niños tenían hipermagnesuria (Mg u:>3.5 mg/kg/día). El grupo con hipermagnesuria mostró cifras de calciuria mas elevadas - (Ca u:7.8±2.47 mg/kg/día) que el de normomagnesuria (Ca u: 5.45±0.84 mg/kg/día), siendo la diferencia estadísticamente significativa.

En 3 casos se halló hiperfosfatemia ( $PO_4$  u:>1200 mg/dia/1.73 m<sup>2</sup>), 5 de ellos con la forma absortiva y por tanto no mediada por la PTH.

El valor medio de la osmolalidad urinaria máxima para todo el conjunto fue de 951.9-219.6 mOsm/kg, no correlacionando sus valores con los de la calciuria ni con los de la magnesuria. En 6 niños se encontró defecto de concentración distal y en 1 niña diagnosticada de HC idiopática Tipo Royer la pérdida salina inicial fue proximal, convirtiéndose en mixta durante la progresión de la enfermedad.

Sólo 1 paciente tuvo eliminación urinaria aumentada de Beta2-microglobulina y NAG después de un episodio agudo de litiasis, normalizándose poco después.

**CONCLUSIONES:**

1. Los trastornos tubulares mas frecuentemente encontrados en nuestros enfermos afectados de HC idiopática infantil fueron hipermagnesuria, hiperfosfatemia y defecto de concentración.
2. La reabsorción tubular distal de sodio es inicialmente normal, pudiendo alterarse durante la evolución.

5

6

ESTUDIO CLINICO DEL SISTEMA NERVIOSO VEGETATIVO (SNV) EN  
HEMODIALISIS.J.J.GARCIA, J.D. FERNANDEZ, E.GALLEGO, J. CHAHIN, M.L.MENDEZ  
V.GARCIA.Sección de Nefrología y Neurología Htal.La Candelaria.TENE  
RIFE.

Se ha realizado estudio de la función vegetativa en pa-  
cientes en hemodiálisis periódica (HP) mediante test no in-  
vasivos: hipotensión ortostática (HOR), contracción isométrica  
(CIS), variabilidad de frecuencia cardíaca con la respiración  
(VIE), cociente de la duración del complejo QRS a los 15 y  
30 segundos postortostatismo (C 30:15), variabilidad de la  
frecuencia cardíaca en la maniobra de Valsalva (V), intentan-  
do correlacionar las alteraciones de este sistema con la  
sintomatología en diálisis, hipotensión fundamentalmente.

El estudio ha sido realizado en 31 sujetos en HP y en 21  
sujetos controles.

Resultados: las pruebas para el SN parasimpático (VIE, C30:  
15, V) han resultado significativamente diferentes tanto en  
los diabéticos como en los no diabéticos respecto a los con-  
troles. Los test para el simpático (HOR, CIS) sólo han resul-  
tado diferentes para el grupo diabético. La comparación en-  
tre grupos de pacientes diabéticos y no diabéticos no mues-  
tra diferencias en la alteración de test parasimpáticos y  
fue estadísticamente significativo en los test del SN sim-  
pático. No se obtuvieron correlaciones entre la afectación  
de estos sistemas y las diferentes variables estudiadas.

Conclusión: las alteraciones del SNV encontradas no guar-  
dan relación con los trastornos hemodinámicos en HP conclu-  
yendo que no tienen una gran relevancia clínica dentro de  
los límites que supone este estudio. Tampoco existe una re-  
lación entre la afectación autonómica y la presencia de una  
polineuropatía clínica así como entre la presencia de poli-  
neuropatía con los trastornos en HP.

COMPLICACIONES A LARGO PLAZO DE LOS CATETERES DE SUBCLAVIA (CS)  
UTILIZADOS PARA HEMODIALISIS.HERNANDEZ MARRERO D., DIAZ F\*, GETINO M.A., TORRES A., MACHADO  
M., GLEZ-POSADA J.M., LOSADA M., SURIA S., VALDIVIA M.C., LOREN  
ZO V., MACEIRA B.Servicio de Nefrología y S. de Radiodiagnóstico\*.  
Hospital Universitario de Canarias. Tenerife.

En 59 pacientes (29 V y 30 H; 51.6±15.7 años) se insertaron  
un total de 88 CS como acceso vascular, 19 de ellos en el lado  
izquierdo. No se observó ninguna complicación en el momento de  
la inserción y el tiempo medio de permanencia in situ fue de 13  
días (rango=1-87). Del total, en 66 inserciones no apareció nin-  
guna complicación clínica posterior, mientras que en los 22 re-  
gantes se objetivó Síndrome febril (9), infección del orificio  
de salida (12) o tromboflebitis (3) del miembro ipsilateral. En  
8 de 20 inserciones en diabéticos, apareció alguna de las compli-  
caciones, mientras que sólo ocurrió en 14 de 71 inserciones  
en no diabéticos (p=0.02).

Con el objeto de valorar la existencia de posibles secuelas  
vasculares se realizaron 20 flebografías, 9 en casos no complica-  
dos y 11 que presentaron algunas de las citadas complicaciones.  
La edad (45.1±10.8 vs 51.7±14.6) y el tiempo de permanencia (27.5±  
5.5 vs 25.2±6.7) fue similar en ambos grupos. De los 9 no complica-  
dos, sólo 2 mostraron alteraciones radiológicas (estenosis par-  
ciales), mientras que 9 de las realizadas en 11 pacientes complica-  
dos eran patológicas (1 oclusión total, 1 estenosis marcada y  
7 estenosis sin repercusión funcional) (p=0.02).

En resumen, el uso del Cateter de Subclavia si bien es una  
técnica sencilla que permite un acceso vascular más duradero, no  
está exenta de complicaciones. La presencia de infección del ori-  
ficio de salida y/o Síndrome febril y el tratarse de un enfermo  
diabético pueden presagiar una estenosis subclavia futura, por  
lo que un mayor esfuerzo en prevenir las complicaciones infeccio-  
sas redundaría en una menor aparición de secuelas vasculares.

7

8

ESTUDIO DE LA SUPERVIVENCIA DE UN PROGRAMA DE HEMODIALISIS A CORTO  
Y LARGO PLAZO.J. Chahin, M.L. Méndez, E. Gallego, V.G. Nieto, M. Losada, J.J. García  
Hospital Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

El objetivo de este estudio, ha sido conocer la supervivencia  
de nuestros pacientes, tanto de forma global, como por grupos diag-  
nósticos, desde el comienzo del programa en el año 76 hasta el año-  
87 inclusive.

Se han estudiado un total de 201 pacientes con una distribución  
por sexos de 127 varones y 77 hembras, con una edad media al comien-  
zo del primer tratamiento de 47,29 años (r= 7-78). La distribución  
por diagnóstico fue: Diabetes mellitus= 54, GNT: 36, n. intersticial:  
21, N.A.E= 19, poliquistosis= 15, otros= 7, desconocidos= 41.

Los estudios fueron realizados con método estadístico Kaplan-Meier.  
Los resultados de la serie muestran una supervivencia global de:  
96,4% al primer mes, 74,3% al primer año, 66,1%/2º, 53,9%/3º, 50,1%  
4º año, 38,5%/5º año. Al estudiar la diferencia entre los diferentes  
grupos, observamos que los pacientes diabéticos y con nefroangioescler-  
osis presentan las tasas de supervivencia más bajas, siendo respec-  
tivamente de 42,5% y 47,3%. El número total de pacientes trasladados  
por diferentes motivos fueron 55, y el número total de sujetos trans-  
plantados fueron de 39, habiendo regresado al programa solo 6 pacien-  
tes por rechazo del injerto. Al comparar la supervivencia de los 3 -  
últimos años con el periodo anterior, se observa un aumento de la ta-  
sa de la misma, que es estadísticamente significativa.

CONCLUSION: El estudio muestra una tasa de supervivencia dis-  
minuida respecto a otras series publicadas, se discuten diversos as-  
pectos del estudio, así como las causas responsables de la misma.

## REGISTRO AMBULATORIO DE LA TA EN HD. ESTUDIO PRELIMINAR

E.GALLEGO, J.CHAHIN, M.L.MENDEZ, J.J.GARCIA, F.RAMOS, V.GARCIA.  
HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA. SANTA CRUZ DE TENERIFE.

INTRODUCCIÓN: LA RECIENTE APARICION DE APARATOS PORTÁTILES  
CAPACES DE OBTENER REGISTROS DE TA DURANTE 24H HA PERMITIDO  
OBTENER INFORMACION MAS PRECISA SOBRE LAS VARIACIONES CIRCADIANAS  
DE LA TA CON IMPLICACIONES DE CLASIFICACION, DIAGNÓSTICAS Y  
TERAPÉUTICAS POSIBLEMENTE DISTINTAS DE LAS CLÁSICAMENTE  
ACEPTADAS. EL OBJETIVO DE ESTE TRABAJO ES EL ESTUDIO AMBULATORIO  
DE LA TA EN NUESTRO GRUPO DE PACIENTES EN HD.

MATERIAL Y MÉTODOS: SE ESTUDIARON 30 PACIENTES EN HD. 15 V. Y 15  
H. CON MEDIAS DE EDADES DE 49.2±17 Y 49±12 RESPECTIVAMENTE. 16%  
D, 24% GNC, 10% PQ, 17% NEFROANGIOESCLEROSIS Y 33% DE ETIOLOGIA  
DESCONOCIDA. EL 40% SE ENCONTRABAN RECIBIENDO MEDICACION  
HIPOTENSORA Y UN 80% TENIAN HISTORIA CLARA ANTIGUA DE HTA. SE  
VALORARON ADEMÁS: TURNO DE DIÁLISIS, HORAS/SEMANA,  
ECOCARDIOGRAMA, PTH Y SINTOMATOLOGÍA INTRADIÁLISIS VALORADA DE 1  
A 5. DE TODOS ELLOS SE OBTUVO UN REGISTRO DE 24 H DE LA TA  
MEDIANTE UN CONTROLADOR PORTÁTIL DE TA AMBULATORIA, PROVISTO DE  
COMPRESOR AUTOMÁTICO Y MEMORIA DE ESTADO SALIDO (OPTAA).

RESULTADOS: SE OBJETIVÓ UN DESCENSO SIGNIFICATIVO EN LAS CIFRAS DE  
TA OBTENIDAS CON EL OPTAA FRENTE A LAS OBTENIDAS CON EL MANGUITO  
CONVENCIONAL. 157±11 FRENTE A 141.9±25 P < 0.05. NO ENCONTRAMOS  
CORRELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE LOS PARÁMETROS CLÍNICOS NO  
RELACIONADOS DIRECTAMENTE CON LA TA. LOS PACIENTES DEL ESTUDIO,  
SALVO 6H EN LAS QUE LOS CAMBIOS HEMODINÁMICOS DE LA HD PROVOCAN  
DESCENSOS SIGNIFICATIVOS "ARTIFICIALES" DE LA TA, SIGUEN UN RITMO  
CIRCADIANO SIMILAR AL DESCRITO HABITUALMENTE EN PACIENTES SIN  
HEMODIALISIS. ATENDIENDO A LOS CUATRO GRUPOS DE CLASIFICACIÓN DE  
LA HTA CON LOS OPTAA, ENCONTRAMOS EN NUESTRO ESTUDIO 16% HTA TIPO  
I, 17% TIPO II, 20% TIPO III Y 3.3% TIPO IV.

CONCLUSIONES: 1- LAS DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE LAS TA  
OBTENIDAS CONVENCIONALMENTE FRENTE A LAS OBTENIDAS POR OPTAA Y EL  
ESTUDIO DEL RITMO CIRCADIANO DE LA TA EN LOS PACIENTES EN HD,  
HACEN PENSAR QUE LA MONITORIZACIÓN DE LA TA CON ESTOS APARATOS  
APORTA INFORMACIÓN QUE PUDIERA SER MÁS FIDELIGNA PARA EL ESTUDIO  
DE LA HTA EN HD Y POR CONSIGUIENTE PARA SU MEJOR Y MAS PRECISO  
DIAGNÓSTICO. 2- LOS PACIENTES EN HD CONSERVAN EL RITMO CIRCADIANO  
DE LA TA DESCRITO EN LA LITERATURA, CON UN PARENTESIS DE 6H DE  
MEDIA, PROVOCADO POR LA HD. 3- UN 16% DE LOS PACIENTES DE NUESTRA  
SERIE FUERON ETIQUETADOS DE HTA TIPO I (PSEUDO HTA). ESTE GRUPO  
QUE EN PRINCIPIO PUEDE SER CLASIFICADO COMO HTA VERDADERA SEGÚN  
LOS MÉTODOS CLÁSICOS, NO PRECISA TRATAMIENTO HIPOTENSOR SINO EN  
TODO CASO ANSIOLÍTICO, Y LA UTILIZACIÓN DE AQUEL, AUNQUE SIN  
DIFERENCIAS ESTADÍSTICAS SIGNIFICATIVAS EN NUESTRO GRUPO, DADO EL  
BAJO NÚMERO DE CASOS, PARECE ESTAR EN RELACION CON UN ELEVADO  
NIVEL DE SINTOMATOLOGÍA INTRADIÁLISIS.

**DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA, LAS PALMAS: AÑO 1.987**

J.C. Rodríguez, N. Vega, L. Hortal, A. Fernández. C. Plaza, L. Palop. HOSPITAL NTRA. SRA. DEL PINO.- SERV. NEFROLOGIA.-LAS PALMAS DE G.CANARIA.

Durante 1.987 se incluyeron en el programa de D.P.C.A. 24 pacientes nuevos; de éstos, dos fueron referidos desde otro centro. 17 pacientes salieron del programa: 8 Tx. Renal, 4 recuperaron función renal, 1 transferido a H.D. y 4 exitus. 2 de estos reingresaron en el programa, 1 tras pérdida del injerto y otro por deterioro de función renal.

Los pacientes nuevos eran 17 varones (71.8%) y 7 mujeres (29.2%). 10 pacientes eran diabéticos (7 y 3 m.). La edad media es de 50.6 ± 14.2 (14-65).

Se han implantado/reimplantado 21/20 catéteres de crónicos. Durante este año se introdujo el sistema II-Desconexión, en 6 pacientes.

La tasa de Peritonitis (P.) ha sido 1 episodio/paciente/9.5 meses. Se han contabilizado 69 episodios, con un 30.4% de P. con cultivo negativo. El 5.8% fueron P. fúngicas. El germen más frecuente más identificado fué E. Epidermidis. En 11 ocasiones se presentó recidiva de la infección. Sólo 6 (25%) de los pacientes nuevos, presentaron el primer episodio de P. en este año.

Se objetivaron 32 episodios de infección del orificio-túnel de implantación del catéter que corresponde a una tasa de 1 episodio/paciente/20.3 meses ó 0,58 episodio/paciente/año. El germen más frecuentemente identificado fué el E. Aureus.

En 9 ocasiones se indicó retirada del catéter por infección orificio-túnel, en 5 de ellas asociadas a P. por el mismo germen con un intervalo de 1-11 días (4.8 ± 3.7).

A final de 1.987 habían 61 pacientes en el programa, los 24 nuevos sobrevivían al final del año.

**DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA, LAS PALMAS: ENERO 81 - DICIEMBRE 1.987**

J.C. Rodríguez, N. Vega, L. Hortal, C. Plaza, A. Fernández, L. Palopí HOSPITAL NTRA. SRA. DEL PINO.- SERV. DE NEFROLOGIA. LAS PALMAS G.CANARIA.

Desde Enero 81 a Diciembre 87, 118 pacientes han pasado por nuestro programa de DPCA, lo que nos reporta una experiencia acumulativa de 2.534 meses. 8 pacientes llevan más de 60 meses cada uno en el programa.

Son 71 hombres (60.2%) y 47 mujeres (39.8%), con una edad media de 49.2 ± 14.8 y 50.3 ± 15.3 años respectivamente y para todo el conjunto de 49.6 ± 15 (11-72) años.

Las causas de Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) son: IRCNF 27, Diabetes 31, GNC 9, NTI 18, NAE 17, PQ 6, Secundarias 8 y Hereditarias 2.(HER).

Los sistemas de diálisis utilizados han sido: Sistema I (espícula) 76, Luer-Lock 18, UV-XD 16, II-Desconexión 6, "0" I, 5-F 1. 14 pacientes han sido reciclados para un 2º ó 3º sistema.

Se han contabilizado 315 episodios de peritonitis (P.), lo que da una incidencia global de P. de 1 episodio/paciente/8 meses. Se objetivaron 28 recidivas. En el año 86, se estabiliza el nº. de pacientes nuevos que prestan un primer episodio de P. en el primer año de su estancia en el programa, y en el año 87, el 75% queda libre de P.

La probabilidad global de padecer el primer episodio de P. en el primer año de estancia en el programa, es de 63%. Cuando se comparan diabéticos y no diabéticos, la probabilidad es de 55% y 51% respectivamente a los 250 días, sin que exista diferencia entre ambos.

La supervivencia de la técnica y del paciente a los 5 años es del 50% y 61% respectivamente.

No hay diferencia en la supervivencia entre diabéticos y no diabéticos. Se analizan otros factores que pueden relacionarse con la mortalidad: edad, sexo.

- (IRCT) = Insuficiencia Renal Crónica terminal.
- (IRCNF) = Insuficiencia Renal Crónica no filiada.
- (GNC) = Glomerulonefritis Crónica.
- (NTI) = Nefropatía Túbulo Intersticial.
- (NAE) = Nefroangiosclerosis.
- (PQ) = Poliquistosis.

**PREVENCIÓN Y CONSECUENCIAS DE LA NECROSIS TUBULAR AGUDA (NTA) POST-TRASPLANTE RENAL. Disminución de la incidencia en nuestro medio.**

V. Lorenzo, M. Losada, A. Torres, J. Gonzalez Posada, D. Hernandez, S. Suria, M. Getino, B. Maceira. Servicio de Nefrología, Hospital Universitario de Canarias, Tenerife.

La incidencia de NTA postrasplante (Tx) varía del 30-90 % según las series publicadas, asociándose en general a una mayor morbilidad y menor supervivencia del injerto. La reducción de los tiempos de isquemia y una correcta expansión y estabilidad hemodinámica del donante y receptor son factores importantes en la prevención de la NTA - postTx. Además la utilización de nuevos líquidos de perfusión hipertónicos y con Manitol sustituyendo a la glucosa, han supuesto un nuevo avance en la prevención de esta complicación.

En nuestra experiencia, tras la realización de 242 Tx renales (1981-1988), la incidencia de NTA postTx ha sido muy elevada (81%) sin que estos resultados hayan mejorado significativamente año tras año.

Teniendo como objetivo reducir la incidencia de NTA postTx, a partir de Abril/88 (Tx nº 216) comenzamos a emplear para la perfusión renal una Solución de Collins-modificada (CM) (hipertónica: 357 mOsm/l, Manitol 3,5 gr%), asociado a una generosa expansión volumétrica del donante y receptor. Se aplicó como criterio de NTA la necesidad de diálisis en la primera semana postTx.

Resultados: La incidencia global de NTA para 242 Tx renales ha sido del 81% (196/242). La incidencia de NTA en la etapa pre CM fue del 86% (185/215) cayendo a 32% (9/28) desde que utilizamos la Solución de CM (p < 0,0001). Estas mismas diferencias se mantuvieron cuando comparamos las etapas pre y post CM, aplicando el mismo protocolo inmunosupresor (era Linfoglobulina-Ciclosporina). Asociado a esta menor incidencia de NTA postTx, en esta segunda etapa se observó una reducción significativa de los Días de Hospitalización (t = 2,58; p < 0,05) y del nº de sesiones de Hemodiálisis requeridas en el período postTx (t = 3,29 p < 0,01). Asimismo apreciamos una clara disminución de la incidencia - precoz de complicaciones quirúrgicas e inmunológicas (Rechazos). Los tiempos de isquemia no fueron diferentes entre ambas etapas.

En conclusión, la introducción de un nuevo líquido de perfusión (Collins-modificado), junto a una generosa expansión del donante y receptor ha supuesto una reducción importante del tiempo de hospitalización de los trasplantados, la descongestión de la Unidad de diálisis - y una clara mejoría en los resultados globales del Tx renal a corto - plazo. Se espera que esta mejores expectativas, se vean confirmadas en obtener una mayor supervivencia del injerto a medio y largo plazo.

**ANTICUERPOS LINFOCITOTOXICOS (ALC) PRE Y POST-TRASPLANTE RENAL Y SUPERVIVENCIA DEL INJERTO.**

M.A.Gantes, T.González, M.S.Bustabad, E.Galván.

Unidad de Histocompatibilidad del Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife.

Se estudió la formación de ALC frente a linfocitos totales en los primeros 59 pacientes trasplantados en Canarias, los cuales siguieron programa de alotransfusiones pretrasplante; este estudio fue previo a la introducción de la CsA en el tratamiento del rechazo.

Desarrollaron ALC pretrasplante 26 pacientes, de los cuales 12 continuaron siendo positivos en el período postrasplante; de estos 12 pacientes 8 rechazaron el injerto. En el postrasplante se negativizaron 14 de los 26 pacientes, con pérdida del injerto en 4 casos. No formaron ALC pretrasplante 33 pacientes de los que 25 permanecieron negativos postrasplante y 8 se positivizaron, registrándose 7 y 5 rechazos respectivamente.

CONCLUSIONES: La mejor supervivencia del trasplante se registró con valor estadísticamente significativo (p < 0.005) en los pacientes que nunca desarrollaron ALC. En aquellos que desarrollaron ALC postrasplante se registró la peor supervivencia (p < 0.05), independientemente de su status pretrasplante. La supervivencia actuarial del injerto en los pacientes (n=39) que en el postrasplante no desarrollaron ALC fue superior (p < 0.02) a la de los pacientes que formaron ALC. Dentro de este último grupo se registró mejor supervivencia si la tasa de ALC desarrollada era inferior al 50% de citotoxicidad.

Estos resultados permiten proponer la "monitorización" postrasplante de los ALC como método de seguimiento del trasplante renal.

**BIOPSIA ASPIRATIVA CON AGUJA FINA (BAAF) EN EL TRASPLANTE RENAL: ESTUDIO CITOLÓGICO Y CON ANTICUERPOS MONOCLONALES.**

González-Posada JM, García MC, Losada M, Torres A, Lorenzo V, Hernández D, Getino MA, Suria S, Ravina M, Maceira B, Salido E. Servicio de Nefrología y Anatomía Patológica. H. Universitario. TENERIFE

La Biopsia Aspirativa con Aguja Fina es una técnica rápida y segura para la obtención de muestras del injerto, cuyo estudio permite un mejor conocimiento de las alteraciones que se producen tras el trasplante renal.

Se han realizado 63 BAAF en 31 pacientes con Tx renal de cadáver, realizándose estudio citológico de las muestras y marcaje con Anticuerpos Monoclonales (AcM). En el estudio citológico se estudió la presencia de blastos y macrófagos (BLAS.MAC) y el incremento corregido (IC). Se realizó marcaje con AcM de los linfocitos T citotóxicos (Tc), T facilitadores (Th) y la expresión del DR en las células tubulares. En los 63 casos se llegó a un diagnóstico final por otros métodos independientes del resultado de la BAAF. Estos fueron: Controles (C) (n=22); NTA (n=10); Toxicidad Cs A (TCSA) (n=7); Rechazo Agudo (RA) (n=11); Rechazo Crónico (RC) (n=6); Viriasis (CMV) (n=7).

En la tabla se expresan los resultados:

	RECHAZO	NO RECHAZO	CMV
IC (x±DE)	38 ± 1.6*	1.5 ± 0.9	3.1 ± 0.7
BLAS.MAC (x±DE)	1.4 ± 1.6*	0.2 ± 0.4	0.6 ± 0.3
Tc/Th	2 ± 1.1*	0.9 ± 0.4	1.6 ± 1
DR POS	12 / 17**	1 / 39	3 / 7

\*t test vs no rechazo p<0.001

\*\*Fisher vs no rechazo p<0.00005

Los pacientes con rechazo (RA+RC) presentaron un IC, % de BLAS.MAC y relación Tc/Th significativamente superior a los pacientes sin rechazo (C+NTA+TCSA). La expresión del DR fue positiva en el 75% de los casos con rechazo y solo en el 2.5% de los casos sin rechazo. Los pacientes con infección por CMV presentaron un IC, % de BLAS.MAC, relación Tc/Th, así como una expresión del DR en las células tubulares variable.

Concluimos que el estudio citológico y con anticuerpos monoclonales de las muestras obtenidas mediante BAAF es un buen método para la diferenciación entre activación inmunológica y otras relaciones que alteran la función del injerto en el trasplante renal de cadáver.

**REGISTRO DEL PROGRAMA REGIONAL DE TRASPLANTE RENAL. AÑO 1988**

M. Losada, A. Rodríguez, JM. Glez-Posada

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. LA LAGUNA. TENERIFE

Desde febrero de 1981 hasta noviembre de 1988 se han realizado 244 trasplantes renales (TR) procedentes de cadáver de los que 220 eran primeros TR y 27 retrasplantes.

Todos los receptores procedían de los Centros incluidos en el Programa Regional. Con un seguimiento de 1 mes a 7 años, actualmente se encuentran funcionando 152 injertos habiéndose perdido 92, incluidos 25 por éxitus del receptor.

Los criterios de selección del receptor han sido fundamentalmente inmunológicos, aunque dando prioridad a los casos urgentes, niños, hipersensibilizados y retrasplantes.

La supervivencia actuarial del injerto a los 3, 6, 12 y 24 meses ha sido del 81%, 77%, 69% y 63%, respectivamente incluyendo todos los casos. La supervivencia del receptor, para el mismo período de tiempo, fue del 97%, 95%, 93% y 91%.

En el presente año 1988, de 44 riñones extraídos, se han implantado 39, dos fuera de Canarias. Los receptores procedían de los siguientes Centros: HNSV Pino: 23, HUC: 10, HNSV Candelaria: 2, H. Insular: 1 y HNSV de las Nieves: 1. De ellos, 3 se perdieron en el primer mes postTR, con una supervivencia actuarial del 91%.

De los presentes resultados destaca: 1) Una marcada reducción en la incidencia de necrosis tubular postTR (38% vs 88% previo), coincidiendo con el cambio en la solución de perfusión y 2) La incorporación de la citología aspirativa como práctica diagnóstica rutinaria.

A pesar del menor número de TR realizados en 1988 con respecto al año anterior, la lista de espera solo se ha incrementado en 0,23%, siendo la probabilidad de TR renal del 23,1% anual para los incluidos en ella.

**EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LA GLOMERULONEFRITIS MEMBRANOSA IDIOPÁTICA. SOCIEDAD CANARIA DE NEFROLOGIA: 1978-1988**

Hernández Marrero D., Getino Melián M.A.

La Glomerulonefritis Membranosa Idiopática (GNMI) representa el 30% de los Síndromes Nefróticos (SN) en los adultos. Su pronóstico es muy variable y un 50% de pacientes, que no son tratados, evolucionan hacia la insuficiencia renal (IR). Con el objeto de valorar la evolución de esta glomerulopatía en nuestra Comunidad Canaria hemos estudiado, retrospectivamente, el curso clínico de todas las GNMI biopsiadas en tres Centros de nuestra región durante el período 1978-1988.

Se registraron un total de 28 pacientes (17 V y 13 H; 37.3 ± 17.2 años). Cuatro debutaron con Proteinuria no Nefrótica (PNN) (14%), 24 con SN (85.7%) y en 3 pacientes se constató una discreta IR en su debut. Ocho pacientes (28.5%), presentaban además HTA leve-moderada en el momento de la biopsia. Del total, 21 pacientes fueron tratados con esteroides y/o inmunosupresores (19 SN, 2 PNN, 1 IR) y solamente 7 pacientes no recibieron tratamiento (5 SN, 2 PNN, 2 IR). De los pacientes tratados, 15 (71%) presentaron remisiones parciales o completas del SN, sin empeoramiento de la función renal durante un período medio de seguimiento de 4.93 ± 5.28 años; en 6 pacientes tratados persistió el SN, evolucionando 2 de ellos hacia la IR.

De los 7 pacientes no tratados, 3 (42.8%) han permanecido con SN, progresando 2 hacia la IR.

De los 8 pacientes que debutaron con HTA, 2 (25%) evolucionaron hacia IRC y los 3 pacientes que inicialmente presentaron IR leve desarrollaron IRC terminal en un tiempo medio de 5 años.

En resumen, si bien el hecho de tratar la GNMI no está aceptado universalmente, parece ser que los pacientes que debutan con SN y/o IR tienen peor pronóstico si no son tratados, siendo la HTA en el debut, un factor pronóstico desfavorable de esta glomerulopatía.

**COMUNIDAD CANARIA. D.P.C.A. AÑO 1.987.-**

HOSPITAL NTRA. SRA. DEL PINO. (LAS PALMAS).- J.C. Rodríguez, N. Vega, L. Hortal, A. Fernández, C. Plaza, L. Palop.-  
HOSPITAL GENERAL Y CLÍNICO. (TENERIFE).- A. Torres.  
HOSPITAL NTRA. SRA. DE LA CANDELARIA. (TENERIFE). J. García Pérez.-

Segundo año del registro de la Comunidad de D.P.C.A.. Intervienen los tres centros del primer año. Se reformó la ficha de registro que había sido elaborada el año anterior.

Se registran 153 pacientes de los que 37 son los incluidos en el año 1.987 en esta modalidad de Diálisis. Son 24 hombres y 13 mujeres. Las causas de la I.R.C.T. son: Diabetes, 14; Insuficiencia Renal Crónica no filiada, 6; Glomerulonefritis Crónica, 3; Nefropatía Túbulo Intersticial, 4; Poliquistosis Renal, 4; Nefroangiosclerosis, 2; Hereditarias, 4. La edad media de los pacientes es de 48.8 ± 15.2 (9 - 69) años.

24 pacientes han salido del programa: Trasplante Renal, 11; Transferidos a Hemodiálisis, 3; Recuperaron función renal, 4 y Éxitus, 6. Se han producido 3 reingresos; 1 tras pérdida del injerto, 1 por deterioro de función renal y otro desde Hemodiálisis.

Se han implantado/reimplantado 33/22 catéteres de crónicos.

Los sistemas de diálisis utilizados han sido: Luer Lock, 13; UV-XD, 13; Desconexión Travenol, 7; Travenol Luer Lock, 3; 5-F, 1.

Se han registrado 85 episodios de Peritonitis y 15 recidivas. El germen más frecuentemente identificado fue el Estafilococo Epidermidis (24). La Peritonitis Fúngica representó el 5,8% de los episodios. La incidencia de cultivos negativos fue del 31,7%. La tasa de Peritonitis es de 1 episodio por cada 10 pacientes/mes. Se registraron 36 episodios de infecciones del orificio túbulo de implantación (OIT). El germen más frecuentemente identificado fue el Estafilococo Aureus (18) seguido de la Pseudomonas Aeruginosa (11). Se objetivó infección OIT-Peritonitis por el mismo germen en 7 ocasiones.

La tasa de infección de OIT es de 1 episodio por cada 23.7 pacientes/mes.

La supervivencia a los 5 años, es del 44% para la técnica y del 60% para los pacientes.