

Carta al Director

A propósito de la onconeurología: enfermedad renal crónica en pacientes oncológicos no hospitalizados

About of onco-nephrology: Chronic kidney disease in oncology patients not hospitalized

Sr. Director:

El éxito del tratamiento del cáncer lleva implícito la necesidad de utilizar procedimientos diagnósticos, así como agentes terapéuticos —no exentos de nefrotoxicidad—, que pueden conducir al desarrollo de enfermedad renal crónica (ERC), en pacientes que sobreviven a un cáncer. Por otro lado, es conocido que pacientes en diálisis y trasplantados renales tienen mayor riesgo de desarrollar neoplasias; sin embargo, la asociación entre ERC y cáncer es más controvertida. Estos argumentos son solo algunos de los porqué, cada vez va cobrando más importancia el estudio en el área de la Onconeurología^{1,2}. A propósito de la revisión de de Francisco et al. sobre Onconeurología, donde se justifica la creación de un nuevo grupo de trabajo dentro de la Sociedad Española de Nefrología y se pone en evidencia la falta de estudios del binomio ERC-cáncer, y una prevalencia de ERC que oscila entre el 15 y el 25% según las series³, se presentan los resultados de función renal, la prevalencia de ERC (definida por filtrado glomerular [FG] < 60 ml/min/1,73 m²) y tipo de tumor, en una cohorte de enfermos oncológicos no hospitalizados, antes de realizarse una tomografía computarizada con contraste iodado por vía intravenosa para control evolutivo de su enfermedad

Se trata de un estudio descriptivo transversal, a partir de una base de datos de 202 pacientes ambulatorios del Hospital de Segovia, del periodo marzo-julio del 2016, en el que se analizaba el desarrollo de nefropatía por contraste previo a hacer la tomografía computarizada. De esa base de datos se selecciona a 163 enfermos oncológicos ambulatorios, 90 varones (55,2%), con una edad media de 64,58 años (rango 22-87). Los datos globales analíticos en sangre de los 163 pacientes con tumores son: creatinina (mg/dl) 0,93 ± 0,47 (0,6-5,2); urea (mg/dl) 42,00 ± 15 (28-150); hematocrito (%) 42,96 ± 4 (27,90-53); en orina (una micción): proteína/creatinina (mg/mg): 0,11 ± 0,18 (0-2,15); el FG estimado por MDRD-4 (ml/min/1,73 m²) es de 83,17 ± 19 (9,16-124). Del total de pacientes oncológicos, 19 (11,65%) tienen MDRD-4 < 60 ml/min/1,73 m²: un paciente en estadio 5, 8 pacientes en estadio 3b y 10 pacientes en estadio 3a. En la [tabla 1](#) se presenta la frecuencia total de tumores, así como la comparativa según el punto de corte de 60 ml/min/1,73 m² de FG; 35 pacientes tienen enfermedad metastásica. Respecto

a los tratamientos oncológicos recibidos con anterioridad a la realización de la tomografía con contraste de control: 102 (62,6%) pacientes con quimioterapia: 68 platinos; 46 otros quimioterápicos; 61 (37,4%) habían recibido radioterapia; 128 (78,5%) habían sido intervenidos quirúrgicamente; 20 (12,3%) tenían antecedentes de inmunoterapia y 18 (11%) pacientes con hormonoterapia. Ciento cuatro (63,8%) pacientes habían sido tratados en combinación de 2 o 3 modalidades de terapias oncológicas. Solo 7 pacientes refieren haber usado antiinflamatorios no esteroideos los días previos a hacerse la tomografía.

El riñón es una diana no deseable (por sufrir las consecuencias tóxicas) del tratamiento activo del cáncer (principal diana). En este estudio, encontramos una prevalencia de ERC que no alcanza un 12%, inferior a la reportada en otras series³. A pesar de que más del 60% de estos pacientes también habían recibido quimioterapia (inclusive platinos), así como terapias combinadas, el hecho de no ser tratamientos activos cuando hacemos el corte y considerar a pacientes estables (no hospitalizados), que acudían a realizarse una tomografía para control evolutivo de su neoplasia, quizás justifique esta prevalencia menor que la reportada en otras series. Además, el contraste iodado por vía intravenosa se ha descrito como inductor de daño renal agudo en pacientes con cáncer, especialmente en pacientes inestables^{3,4}: en el presente estudio, la valoración de la función renal se hizo previa a la administración de contraste, por lo que la presencia de este no influyó en los resultados que exponemos.

Por otra parte, respecto a los tipos de tumores más frecuentes, Galceran et al. analizaron la incidencia del cáncer en España en el año 2015 y describen que, globalmente, los 5 tipos más frecuentes eran de origen digestivo, próstata, pulmón, mama y tracto urinario⁵. En nuestros datos también se refleja la elevada prevalencia de tumores digestivos —siendo los más frecuentes en toda la serie, y si los consideramos según el punto de corte de 60 ml/min/1,73 m² de FG. En pacientes en diálisis se ha comunicado elevada frecuencia de cáncer de renal⁶. En nuestro estudio, aunque solo un paciente se encontraba en estadio 5 de ERC, pero sin haber iniciado diálisis, si incluimos solo a pacientes con ERC, encontramos que, tras los tumores digestivos, el cáncer renal, los ginecológicos (no mama) y el de pulmón, también son los más

Tabla 1 – Frecuencia de tumores: global y comparativa según corte de filtrado glomerular de 60 ml/min/1,73 m²

	Tipo de tumor							Total		
	Digestivo	Pulmón	Renal	Ginecológico no mama	Mama	Próstata	Cabeza y cuello		Leucemias y linfomas	Otros
MDRD (ml/min/1,73m ²)										
< 60										
N.º	7	3	3	3	0	1	1	1	0	19
%	36,8	15,8	15,8	15,8	0,0	5,3	5,3	5,3	0,0	100,0
> 60										
N.º	53	11	9	16	12	10	7	17	9	144
%	36,8	7,6	6,3	11,1	8,3	6,9	4,9	11,8	6,3	100,0
Total										
N.º	60	14	12	19	12	11	8	18	9	163
%	36,8	8,6	7,4	11,7	7,4	6,7	4,9	11,0	5,5	100,0

comunes en enfermos con peor grado de función renal. Sin embargo, estos resultados deben considerarse con cautela, al no haber llegado a la veintena de pacientes con ERC en esta serie y, por tanto, sería interesante realizar estudios con un mayor tamaño muestral, que incluya a pacientes con FG < 60 ml/min/1,73 m² para llegar a conclusiones más robustas.

En conclusión, en nuestro estudio, la prevalencia de ERC en pacientes oncológicos *no hospitalizados* es inferior a la reportada en otras series; los tumores más frecuentes son los digestivos, tanto en pacientes con mejor función renal como con ERC.

Conflicto de intereses

No existe ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Perazella MA. Onco-nephrology: Renal toxicities of chemotherapeutic agents. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2012;7:1713–21.
- Cosmai L, Porta C, Gallieni M, Perazella MA. Onco-nephrology: A decalogue. *Nephrol Dial Transplant*. 2016;31:515–9.
- De Francisco ALM, Macia M, Alonso F, García P, Gutiérrez E, Quintana LF, et al. Onco-nefrología: cáncer, quimioterapia y riñón. *Nefrología*. 2019. En prensa.
- Hong SI, Ahn S, Lee YS, Kim WY, Lim KS, Lee JH, et al. Contrast-induced nephropathy in patients with active cancer undergoing contrast-enhanced computed tomography. *Support Care Cancer*. 2016;24:1011–7.
- Galceran J, Amejjide A, Carulla M, Mateos A, Quirós JR, Rojas D, et al. Cancer incidence in Spain, 2015. *Clin Transl Oncol*. 2017;19:799–825.
- Peces R, Garrancho JM. Neoplasias en la insuficiencia renal crónica. *Revista Nefrología*. 2004;24:40–6.

Manuel Heras Benito^{a,*}, Leonardo Calle García^b
y María José Fernández-Reyes Luis^b

^a Servicio de Nefrología, Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España

^b Servicio de Nefrología, Hospital General de Segovia, Segovia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mherasb@saludcastillayleon.es
(M. Heras Benito).

0211-6995/© 2019 Sociedad Española de Nefrología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).
<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2019.04.004>