

Prolapso de órganos pélvicos en mujeres con poliquistosis renal autosómica dominante en tratamiento con tolvaptán

Pelvic organ prolapse in women with autosomal dominant polycystic kidney disease under tolvaptan treatment

El prolapso de órganos pélvicos (POP) en la mujer es una enfermedad altamente prevalente que consiste en la herniación de los órganos pélvicos a través de las paredes vaginales. Se puede describir como prolapso del compartimento anterior, medio o posterior¹.

La etiología del POP suele ser multifactorial, pero factores de riesgo (FR) como la edad, el antecedente de parto vaginal², las anomalías en el tejido conectivo, las cirugías pélvicas como histerectomía y las enfermedades que condicionan un aumento de presión intraabdominal como la obesidad o el estreñimiento crónico contribuyen a su desarrollo³.

La presentación clínica es muy variable, desde asintomática (la más frecuente) hasta sensación de peso o aparición de bulto en la zona perineal, incontinencia urinaria o fecal, así como disfunción sexual. La gravedad de la sintomatología está más condicionada por la posición que por el estadio del prolapso^{4,5}, y es dinámica, viéndose influenciada por el nivel de actividad física o del grado de repleción de la vejiga o el recto³.

La poliquistosis renal autosómica dominante (PQRAD) es la enfermedad renal hereditaria más frecuente con una incidencia de uno cada 400-1.000 nacimientos vivos y donde la presentación típica consiste en el desarrollo y crecimiento progresivo de quistes en todo el parénquima renal⁶.

El desarrollo de los quistes renales en la PQRAD comienza en la etapa embrionaria y continúan aumentando de tamaño durante la vida del individuo⁷.

En marzo de 2017 el tratamiento con tolvaptán (TVP) fue aprobado por la European Medicines Agency (EMA) para el tratamiento de la PQRAD en los pacientes que cumplieran criterios de rápida progresión de cara a enlentecer el curso de la enfermedad.

El aumento de volumen renal, condiciona un aumento de presión intraabdominal que debilita la musculatura del suelo pélvico, siendo más notorio en aquellos pacientes con grandes volúmenes renales.

Así mismo, los altos volúmenes de diuresis secundarios al tratamiento con TVP de estos pacientes, condicionan una distensión vesical que contribuye al debilitamiento de esta musculatura.

Por este motivo, decidimos analizar la prevalencia de sintomatología de prolapso de órgano pélvico (POP) en pacientes

con PQRAD catalogados como rápidos progresadores y en tratamiento con TVP.

En nuestra serie, del total de pacientes en tratamiento con TVP 7 eran mujeres, de las cuales 3 (43%), presentaban síntomas de POP. La sintomatología más frecuente fue la aparición de una masa genital y/o incontinencia urinaria. La edad media de las pacientes era de 42 años. Dos de ellas eran múltiparas, el índice de masa corporal medio era de 31 (20-44), una de ellas tenía como factor de riesgo una cirugía pélvica (histerectomía) y antecedentes de cistocele y rectocele.

Las 3 pacientes estaban en tratamiento con dosis máxima de TVP (120 mg/al día) con un volumen de diuresis medio de 6 litros (6-6) y con una osmolalidad urinaria media de 265 mOsm/kg (190-387).

El tratamiento rehabilitador dirigido por la unidad de suelo pélvico fue eficaz en una de las pacientes. En cuanto a las otras 2 pacientes, se tuvo que bajar la dosis de TVP, siendo necesaria la suspensión del fármaco en una de ellas por ausencia de mejoría y sintomatología limitante.

Estos resultados sugieren que la aparición de POP puede ser frecuente en mujeres en tratamiento con TVP, siendo la obesidad un factor de riesgo para padecerlo, así como tener antecedentes de POP.

La condición de asintomáticas previo el inicio de tratamiento con TVP no excluye la presencia de enfermedad subclínica, pudiendo el aumento de volumen vesical precipitarla. La anamnesis dirigida puede ser suficiente para realizar un despistaje previo el inicio del tratamiento, así como durante el seguimiento, si bien habría que estar más atentos a pacientes con antecedentes de POP o factores de riesgo como los ya comentados previamente.

En mujeres con FR predisponentes para desarrollo de POP, desde el inicio de tratamiento con tolvaptan sería conveniente la valoración y seguimiento por parte de la unidad de suelo pélvico.

Así mismo, habría que valorar individualizar el tratamiento pudiendo ajustar la dosis del fármaco según osmolalidad urinaria⁸, lo que podría ser útil de cara a limitar el efecto acuárético y sus complicaciones en pacientes con factores de riesgo para POP.

BIBLIOGRAFÍA

1. AUKenton K, Shott S, Brubaker L SO. Vaginal topography does not correlate well with visceral position in women with pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 1997;8:336-9.
2. Sze EH, Sherard GB 3rd, Dolezal JM. Pregnancy, labor, delivery, and pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol.* 2002;100:981-6.
3. Iglesia CB, Smithling KR. Pelvic Organ Prolapse. *Am Fam Physician.* 2017;96:179-85.
4. Ellerkmann RM, Cundiff GW, Melick CF, Nihira MA, Leffler K, Bent AE. Correlation of symptoms with location and severity of pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;185:1332-7.
5. Miedel A, Tegerstedt G, Maehle-Schmidt M, Nyrén O, Hammarström M. Symptoms and pelvic support defects in specific compartments. *Obstet Gynecol.* 2008;112:851-8.
6. Rodríguez Pérez JC. Nefrología al día. Poliquistosis Renal Autosómica Dominante [consultado 21 Jun 2021] Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/321>.
7. Irazabal MV, Torres VE. Poliquistosis renal autosómica dominante. *Nefrología.* 2011;2:1-119NefrogenéticaPáginas-L.
8. Devuyst TO, Chapman AB, Gansevoort RT, Higashihara E, Perrone RD, Torres VE, et al. Urine osmolality, response to tolvaptan, and outcome in autosomal dominant polycystic

kidney disease: Results from the TEMPO 3 4. *J Am Soc Nephrol.* 2017;28:1592-602.

Cristina Sango^{a,*}, María del Carmen Merino Bueno^a, Anna Gallardo Pérez^a, Noelia Pérez Martínez^b, Jaime Gutiérrez González^c, Carlos Ruiz Zorrilla^a, Miguel de la Torre-Fernández^a, Ana María Suárez Laurés^a y Emilio Sánchez-Álvarez^a

^a Servicio de Nefrología, Hospital de Cabueñes, Gijón, Asturias, España

^b Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital de Cabueñes, Gijón, Asturias, España

^c Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital de Cabueñes, Gijón, Asturias, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cristina.sango@gmail.com (C. Sango).

0211-6995/© 2021 Sociedad Española de Nefrología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2021.09.021>

Sepsis por *Kluyvera ascorbata* en un paciente en hemodiálisis

Kluyvera ascorbata sepsis in a patient on hemodialysis

Sr. Director:

Las infecciones son la segunda causa de hospitalización y muerte, después de la afectación cardiovascular, en los pacientes con enfermedad renal crónica en terapia renal sustitutiva¹. El acceso vascular es la principal fuente de bacteriemia, y la sepsis tiene un riesgo de muerte que es 100 veces mayor en este grupo poblacional². El microorganismo más involucrado, hasta en el 80% de las infecciones de los catéteres de hemodiálisis, es el *Staphylococcus aureus*, sin embargo se han descrito también otros gérmenes entre los que se encuentran los bacilos gramnegativos no fermentadores³. Existen diversos patógenos de la familia Enterobacteriaceae dentro de la que se encuentran las cepas de *Kluyvera*⁴, que rara vez afectan al ser humano, pero cuando lo hacen, pueden producir una infección grave y muerte. Creemos de interés presentar el caso de un paciente en programa de hemodiálisis con una infección por *Kluyvera ascorbata* (*K. ascorbata*), que según nuestro conocimiento no se ha comunicado previamente.

Caso clínico

Mujer de 66 años, parcialmente dependiente para las actividades básicas de la vida diaria, fumadora de un paquete de cigarrillo al día, que tiene como antecedentes: obesidad, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertensión arterial, adenocarcinoma de cérvix tratado y curado, sepsis urinaria y diabetes mellitus tipo 2 (DM2) de larga evolución con daño micro- y macrovascular que ha ocasionado enfermedad renal crónica diabética e inicio de hemodiálisis hace un año. Se realizó una fístula arteriovenosa húmero-cefálica derecha sin conseguir maduración de la misma por lo que se colocó un catéter tunelizado yugular derecho que precisó de un recambio hace 5 meses por disfunción. Acude derivada desde un centro de diálisis por cuadro de inicio súbito de hipotensión y disnea con desaturación tras sellado de las ramas del catéter disfuncionante con urocinasa. Ante la sospecha de reacción anafiláctica se administró adrenalina 5 mg por nebulización y 0,5 mg vía intravenosa, hidrocortisona 200 mg vía intravenosa,