

Nefrología

Nephrology

NF-1

MANEJO MULTIDIMENSIONAL DE CALCIFILAXIS URÉMICA

PATÍÑO GIRALDO SANTIAGO.

Sección Medicina Interna, Hospital Pablo Tobón Uribe, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Introducción. La calcifilaxis es un síndrome vascular con alta mortalidad caracterizado por oclusión de la microvasculatura y del tejido celular subcutáneo y dermis secundario a depósitos de calcio. Su principal etiología es la enfermedad renal crónica y su manejo requiere de un grupo multidisciplinario y múltiples estrategias combinadas. Presentamos un caso de calcifilaxis manejado satisfactoriamente con varias estrategias reportadas en la literatura médica.

Diseño. Reporte de caso.

Métodos. Hombre de 74 años con antecedentes de diabetes mellitus con complicaciones entre ellas nefropatía diabética en diálisis peritoneal manual. Consulta por 2 meses de evolución de úlceras muy dolorosas en miembros inferiores manejadas como úlceras arterio-venosas sin mejoría. Al examen físico con lesiones ulcerosas y placa necrótica. Laboratorios reportan hiperparatiroidismo primario, en radiografía calcificaciones subcutáneas. Se realiza biopsia que confirma oclusión microvascular compatible con calcifilaxis.

Resultados. Se inicia tratamiento con cinacalcet 60 mg cada 12 horas, curaciones interdiarias con sedo-analgésia y aplicación de tiosulfato 25 gr interdiarios endovenosos con mejoría progresiva del dolor y del tamaño de la úlcera. Recibió adicionalmente 10 días de terapia con alteplasa con mejoría adicional del dolor y mejor estado de las úlceras. Luego de 3 meses de terapia se evidencia mejoría del 90% en las lesiones y del 100% en el dolor.

Conclusiones: El manejo de la calcifilaxis requiere de un grupo multidisciplinario y la combinación de varias estrategias, asociadas a un seguimiento estrecho para mejorar la calidad de vida de los pacientes dada su alta morbi-mortalidad.

NF-2

SÍNDROME PULMON RIÑÓN

RUBIANO WENDY, SÁENZ OSCAR.

Hospital Santa Clara, Universidad El Bosque, Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. La hemorragia alveolar es un síndrome clínico que se caracteriza por la presencia de hemoptisis, anemia e infiltrados en la radiografía de tórax. Su compromiso puede quedar limitado solamente al pulmón, o puede estar relacionado con otras entidades sistémicas que comprometen principalmente el riñón, siendo de gran utilidad para la elaboración de un diagnóstico adecuado. La importancia de reconocer tempranamente estas entidades, impacta de manera significativa en el pronóstico y curso de la enfermedad. Se presenta un caso de hemorragia alveolar como signo predominante de un síndrome pulmón riñón asociado a p-ANCA positivos, con progresión clínica fatal.

Diseño. Reporte de un caso.

Métodos. Descripción de un caso clínico.

Resultados. Mujer de 29 años, consulta por cuadro clínico de 1 semana de evolución consistente en disnea de medianos esfuerzos, astenia y adinamia. Refiere consulta previa por dolor abdominal, náuseas y sensación febril, asocia pérdida de peso, tos seca y artralgias de un mes de evolución, niega sangrado. No antecedentes patológicos, consumo de marihuana y bazuco desde los 9 años. Ingresa en mal estado general, taquicárdica, febril 38.2°C, requiriendo oxígeno a alto flujo. Paraclínicos hemograma anemia severa aguda (Hemoglobina 4.1 g/dl), uroanálisis Densidad 1.015, proteínas 100, hemoglobina 250, urobilinógeno 12, bilirrubina 1, leucocitos 5-10xC, Hematíes 20-30xC, cilindros 2.97xC, células epiteliales 2-5xC, posible relación a glomerulopatía, no alteración en creatinina (0.63). Se indica transfusión bajo sospecha de Cor anémico. Posterior a procedimiento hemoptisis masiva con coágulos, falla respiratoria e hipotensión (relacionada a sedación), no se descarta lesión pulmonar relacionada a transfusión. Radiografía de tórax opacidades alveolares en cuatro cuadrantes sin cavitaciones o nódulos, hipoxemia refractaria a ventilación, disfunción renal rápidamente progresiva (Creatinina 1.83). Se plantea dados síntomas sistémicos en paciente mujer joven, linfopenia y anemia severa, posible hemorragia alveolar difusa, se realiza fibrobroncoscopia e inicio de tratamiento inmunomodulador, pobre respuesta clínica, paciente fallece. Se recibe lavado broncoalveolar con hemosiderófagos 80%, perfil autoinmune p-ANCA 1:1280; dado curso fatal no se logra realizar biopsia confirmatoria.

Conclusiones. Síndrome pulmón-riñón como manifestación de poliangeítis microscópica.

NF-3

PRESENTACIÓN ATÍPICA DE NEFROPATÍA POR IGA

MUÑOZ OSCAR, ÁVILA VANEZA, GONZALEZ IVAN.

Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. La nefropatía por IgA (IgAN) es una glomerulopatía primaria frecuente en el género masculino y adultos en la segunda década de la vida. Se puede presentar de una forma variable iniciando como una entidad asintomática, cambios en el sedimento urinario, síndrome nefrítico o debutar con enfermedad renal crónica terminal. Es una de las causas de síndrome nefrítico en el adulto y no es usual en personas mayores de 65 años por lo que hay poca literatura al respecto y los datos son extrapolados de la población joven. La IgAN está relacionado a cuadros de infección respiratoria previa.

Caso Clínico. Paciente de 69 años con cuadro clínico de 1 semana de fiebre (T°: 39 °C) asociado a dolor lumbar y cifras tensionales elevadas (TA: 160/80), sin síntomas respiratorios altos ni irritativos urinarios. Se encuentra en uroanálisis hematuria, proteinuria y leucocituria con presencia de acantocitos en el sedimento. Se descartó causa infecciosa y con hallazgos que sugerían síndrome nefrótico y nefrítico (hipertensión arterial, hematuria, proteinuria subnefrótica (2.11 gr/24 horas), hipoalbuminemia (2.8 mg/dL) y elevación de azoados (creatinina: 1.7) se enfocó como una enfermedad glomerular. Se descartó causas de glomerulopatía secundaria (VIH, Hepatitis C y B, diabetes mellitus, post-infecciosas) y con reporte de complemento normal. Presentó elevación progresiva de azoados y sospecha de glomerulopatía con complemento normal, se indicó estudio con biopsia renal donde se evidenció IgAN. Evolución estable de azoados en los controles por lo que se decide manejo ambulatorio con IECA y estatina.

Discusión. La presentación de IgAN no es usual en mayores de 65 años, en ellos suele presentarse como síndrome nefrótico y nefrítico. La glomerulopatía primaria no es frecuente en este grupo de edad y se debe descartar causas secundarias. En los pequeños estudios realizados de IgAN en mayores de 65 años se relaciona con aumento de la mortalidad y progresión del daño renal.

Palabras claves. Nefropatía por IgA, síndrome nefrítico, glomerulopatía

NF-4

PERITONITIS ASOCIADA A DIÁLISIS PERITONEAL POR MYCOBACTERIUM FORTUITUM

SANDOVAL JENNIFER, BERNAL EDGAR, TAPIAS ELSA, ARDILA MANUEL.

Clínica FOSCAL Internacional, Floridablanca Santander, Colombia.

Paciente masculino de 72 años, con fiebre, dolor abdominal, diarrea, y turbidez en el dializado, sin infección del sitio de inserción del catéter de diálisis peritoneal, se toma cultivo de líquido peritoneal y se aísla *Staphylococcus haemolyticus* meticilino resistente por lo que recibe tratamiento con vancomicina intraperitoneal durante 10 días presentando mejoría y egreso. A los 15 días reingresa por iguales síntomas. Se realizan exámenes obteniendo líquido peritoneal con 3.050 leucocitos/mm³ con 78% linfocitos iniciando tratamiento antibiótico empírico con vancomicina, amikacina y fluconazol intraperitoneal, posteriormente se obtiene cultivo positivo para *Staphylococcus haemolyticus* meticilino resistente, continuando solo vancomicina, y se retira el catéter. A los 7 días el líquido peritoneal de control reporta 950 leucocitos con 65% linfocitos, cultivo para gérmenes comunes y hongos negativos, PCR para *Mycobacterium tuberculosis* negativa pero con crecimiento en medio líquido a los 7 días de incubación de Bacilos Acido Alcohol Resistentes, por lo cual se sospecha *Micobacteria* no tuberculosa (MNT) de rápido crecimiento, aislando *Mycobacterium fortuitum*, no se realizaron pruebas de sensibilidad, se da tratamiento con amikacina mas claritromicina por 60 días con adecuada evolución clínica.

La peritonitis asociada a diálisis peritoneal por MNT, es una rara entidad, 57 casos reportados en PubMed hasta 2012. Se debe sospechar en peritonitis refractaria, recaídas, o con “cultivos negativos”. Si bien los estudios muestran que el predominio leucocitario del dializado no es específico para sospechar un germen en particular, el líquido peritoneal del paciente siempre fue linfocitario aislando finalmente *Mycobacterium fortuitum*. El aclaramiento del efluente dializado es un marcador de respuesta y debe hacerse control de este, si no hay mejoría, se trata de peritonitis refractaria, en nuestro paciente la causa fue una MNT que por lo general no sospechamos.

NF-5

HEMOSIDEROSIS EN PACIENTES TRATADOS PARA ANEMIA FERROPENICA EN DIÁLISIS

AGUDELO CARLOS, NAVARRO ALBERTO, YUCUMÁ SAMUEL, WANCJER BENJAMÍN, MOLANO ALEJANDRA.

Fundación Cardioinfantil, RTS Cardioinfantil, Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. La ferroterapia es ampliamente utilizada como parte del tratamiento de la anemia en la enfermedad renal crónica (ERC) y en pacientes en diálisis sin embargo hay pocos reportes de riesgo de hemosiderosis en este contexto. Describimos 3 casos de mujeres en diálisis peritoneal (DP) a quienes se les realizó resonancia magnética nuclear simple (RMN) de abdomen, por diferentes indicaciones con hallazgo incidental de hemosiderosis hepática sin compromiso pulmonar o cardíaco y sin repercusión clínica.

Reportes de casos

Caso 1. Paciente de 76 años, antecedente de diabetes mellitus (DM) tipo 2, ERC en DP hace 7 años, anemia ferropénica (AF) con administración habitual de hierro intravenoso (IV). RMN abdomen con hallazgo de hemosiderosis hepática y esplénica.

Caso 2. Paciente de 46 años, antecedente de nefropatía lúpica, ERC en DP hace 5 años, AF con indicación habitual de hierro IV. RMN de abdomen con hallazgo de hemosiderosis hepática.

Caso 3. Paciente de 35 años, con antecedente de glomerulonefritis, ERC en DP hace 7 años. AF con indicación habitual de hierro IV. RMN de abdomen con hallazgo de hemosiderosis hepática.

Discusión. Los pacientes con ERC y diálisis presentan anemia por alteración en la homeostasis del hierro por menor absorción, mayores pérdidas y menor disponibilidad. A pesar de que existen guías para la ferroterapia en ERC, se subestima el potencial tóxico del hierro. La hemosiderosis por lo general es un hallazgo incidental que contribuye a disfunción endotelial, inflamación, aumento de estrés oxidativo con aumento de la morbimortalidad cardiovascular en los pacientes con ERC por lo que exponemos la necesidad de recordar el riesgo iatrogénico del manejo de la anemia con hierro.

NF-6

FALLA RENAL AGUDA POR ACTIVACIÓN DE LA VÍA ALTERNA DEL COMPLEMENTO

CASTAÑEDA CAMACHO HÉCTOR ANDRÉS, PINILLA QUINTERO LADY SAMARA, HERNÁNDEZ SIERRA ASTRID PATRICIA.

Posgrado medicina interna, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia.

Introducción. La falla renal aguda por activación de la vía alterna del complemento, es una glomerulopatía de escasa frecuencia y reciente definición, clínicamente variable y sin un tratamiento óptimo definido.

Caso clínico. Paciente de 64 años sin antecedentes patológicos, consultó por dolor abdominal inespecífico de 3 días, osteomiasias, y malestar general, con posterior lumbalgia de 15 días, intensa, progresiva, irradiada a miembros inferiores con limitación para la marcha, sin síntomas urinarios como tampoco fiebre. Al examen físico con taquicardia de 108 lpm, demás signos vitales normales, edemas periféricos grado II y puño percusión izquierda positiva, sin compromiso de otros sistemas. Se documentó hematuria microscópica no glomerular, proteinuria de 1.45 gr en 24 h, rápido ascenso de azoados (creatinina de 5.56 mg/dl), sin alteración del parénquima renal por imagenología. Habiéndose descartado causas virales y autoinmunes de glomerulopatía, se realiza biopsia renal con inmunofluorescencia y microscopia electrónica, que reporto glomerulonefritis rápidamente progresiva extracapilar, nefritis intersticial aguda severa y expresión de c3 en ausencia de inmunoglobulinas, hallazgos compatibles con activación de la vía alterna del complemento. El paciente recibió carga de metilprednisolona, concomitante inicio de ciclofosfamida mensual durante 6 meses, y esteroides orales hasta lograr dosis de mantenimiento de 5 mg. Los azoados descendieron progresivamente, no requirió diálisis, presento mejoría de la proteinuria y la hematuria.

Discusión. Este caso ilustra la variabilidad clínica de la glomerulopatía por depósitos de c3 (GNC3), en nuestro paciente presentándose como una glomerulonefritis rápidamente progresiva, cuando lo más frecuente es un curso lento, de instauración paulatina y precedido de un proceso infeccioso, el cual no se descarta por lo inespecífico de los síntomas iniciales y los hallazgos de proliferación extracapilar en la biopsia. No hay un tratamiento de primera línea, en nuestro caso con buena respuesta a esteroides y ciclofosfamida, en otros casos a micofenolato y eculizumab. El rápido reconocimiento y tratamiento de la glomerulopatía evita el progreso a falla renal terminal.

Conclusión. La GNC3 representa el 1 % de todas las biopsias glomerulares. Luego del diagnóstico, requiere un seguimiento acucioso, pues hasta el 50 % de los pacientes progresan a enfermedad renal terminal. Se debe estar atento a los niveles de proteinuria y creatinina sérica que son los mejores predictores de daño renal. Como es una entidad de reciente descripción, se requieren estudios más contundentes respecto al pronóstico y tratamiento que permitan obtener mejores conclusiones.

NF-7

LESION RENAL AGUDA SECUNDARIA A RABDOMIOLISIS POR SALMONELLA

GUARÍN GLORIA, ECHEVERRI JORGE, LARRARTE CAROLINA, SUÁREZ WILSON, FIGUEROA CHRISTIAN.

Hospital Militar Central, Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. La rabdomiolisis es una de las causas de lesión renal aguda, sin embargo, la asociada a infección por Salmonella ha sido sólo reportada en pocos casos clínicos.

Presentación del caso. Paciente masculino de 60 años con HTA, DM2 y obesidad mórbida, con cuadro de enfermedad diarreica aguda sin características disintéricas, que ingresa con lesión renal aguda con creatinina en 6,17, anuria, CPK total en 39525, hipocalcemia e hiperfosfatemia, acidosis metabólica e hiperlactatemia de 4,3, uroanálisis con hemoglobina positiva en la tira reactiva, con morfología eritrocitaria de 80% isomórficos, hemocultivo positivo para Salmonella spp, paciente requiere realización hemofiltración veno – venosa continua, recibe tratamiento antibiótico con ceftriaxona, presentando una evolución favorable, con recuperación de función renal y egreso posterior a 14 días de antibiótico.

Discusión. La infección por Salmonella está descrita con un amplio número de complicaciones como la perforación intestinal, pancreatitis, hepatitis, meningitis, entre otras, pero la rabdomiolisis, es una presentación rara; de acuerdo a una publicación de Fisk desde 1964 a 2004 se han reportado 22 casos en Michigan asociados con gastroenteritis o bacteriemia. Dentro de los mecanismos se encuentran la hipoxia tisular causada por la sepsis, liberación de toxinas, invasión muscular directa por las bacterias y alteración de la capacidad metabólica muscular.

Conclusión. La lesión renal aguda por rabdomiolisis por salmonella es raramente descrita, podría ser subdiagnosticada por la falta de sospecha clínica, la no medición de enzimas musculares, cultivos y el uso frecuente de antibióticos, sin embargo, se trata de una causa reversible de lesión renal aguda, que si es detectada, adecuadamente tratada con antibioticoterapia y cuidados de soporte, como en el caso clínico presentado, la evolución es favorable.

NF-8

CORRELACIÓN DE LAS FÓRMULAS DE LA TASA DE FILTRACIÓN GLOMERULAR ESTIMADA CON LA DEPURACIÓN DE CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS

VARELA DIANA-CRISTINA, RESTREPO MARY-ALEJANDRA, RUIZ ALEJANDRA, GUARÍN MAYRA, TABARES MABEL, MARTÍNEZ LINA, URIBE MAURICIO.

Universidad Pontificia Bolivariana, Laboratorio Médico Echavarría, Universidad Nacional de Colombia.

Introducción. La prevalencia de pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) continúa creciendo en el mundo. En Colombia, la prevalencia se encuentra alrededor del 10% de la población. La Tasa de Filtración Glomerular Estimada (TFGe) se realiza para clasificar su estadio; actualmente se usan ecuaciones como Cockcroft-Gault (CG), la Modificación de la Dieta en la Enfermedad Renal (MDRD) y la Colaboración de Epidemiología de la Enfermedad Renal Crónica (CKD-EPI).

Diseño. Estudio descriptivo transversal

Métodos. Se incluyeron 961 pacientes de 18 a 70 años sin proteinuria, quienes consultaron del 1 de enero de 2017 al 31 de diciembre de 2017, con estadios entre 1 a 4; se calculó el coeficiente de correlación de Spearman para establecer la correlación entre las fórmulas CG, MDRD y CKD-EPI con la depuración de orina de 24 horas.

Resultados. Los pacientes tenían una edad promedio de 56 años, 561 mujeres (58.4%) y 400 hombres (41.6%). El peso promedio fue de 69.6 Kg. La distribución por estadios fue la siguiente: 33% estadio 1, 41.2% estadio 2, 13.2% estadio 3a, 7.2% estadio 3b y 5.4% estadio 4. La depuración de creatinina promedio en orina de 24 horas fue de 76.4 mL/min/1.73 m², mientras que la calculada por las cuatro fórmulas fue de 72.2 mL/min/1.73 m² por CG, 69.6 mL/min/1.73 m² por MDRD 4 y 79.4 mL/min/1.73 m² por CKD EPI. Se obtuvo una correlación más fuerte con la fórmula de CKD-EPI, con un rho de correlación de 0.68.

Conclusiones. Las fórmulas de la TFGe en la población colombiana tiene una correlación regular comparadas con la depuración en orina de 24 horas con muestra confiable y sin proteinuria, estas fórmulas deben ser ajustadas a nuestra población.

NF-9

LESIÓN RENAL AGUDA ASOCIADA A PICADURA DE AVISPAS

FIGUEROA CHRISTIAN, LARRARTE CAROLINA, SUAREZ WILSON.

Hospital Militar Central, Bogotá, Colombia.

Introducción. La prevalencia de ataques por himenópteros en Colombia se ha estimado en 6%, y aunque las manifestaciones locales son las más frecuentes, la rabdomiólisis como causa de lesión renal aguda es una de las formas de presentación a tener en cuenta.

Presentación del caso. Paciente masculino de 70 años, hipertenso, remitido a la institución por oliguria, mialgias y edema generalizado posterior a múltiples picaduras de avispas. Recibió manejo con cristaloides, esteroides y antihistamínico. Al examen físico se encontraron signos vitales normales, edema facial y estigmas de picaduras en superficie corporal. Uroanálisis mostró sangre en tirilla reactiva, sedimento normal. Además, se encontró hiperazoemia, troponina positiva y CPK-total elevada. Se diagnosticó rabdomiólisis, requirió soporte renal con terapia continua e intermitente y se dio egreso con indicación de hemodiálisis intermitente por dos meses.

Discusión. Aunque la rabdomiólisis asociada a lesión renal aguda es una forma de presentación atípica, puede ser potencialmente mortal. La oliguria en el contexto de picaduras por himenópteros debe alertar sobre la posibilidad de lesión renal aguda asociada a rabdomiólisis. La refractariedad al manejo de soporte puede estar asociado a la magnitud de exposición al veneno, como en este caso. La biopsia renal, que no se realizó, hubiese sido útil para definir el uso de esteroides en caso de confirmar nefritis intersticial aguda. Nuestro paciente fue manejado con hemofiltración venovenosa continua y diálisis intermitente, modalidades que han mostrado equivalencia en cuanto a mortalidad; aunque la terapia continua parece estar asociada a menor tiempo de soporte renal.

Conclusión. Aunque los ataques por himenópteros son infrecuentes en nuestro medio, no debemos olvidar la rabdomiólisis como causa de lesión renal aguda por su potencial morbi-mortalidad, incluso antes que la anafilaxia.

NF-10

SINDROME HEMOLITICO UREMICO ATIPICO Y RETIRO DE ECULIZUMAB, A PROPÓSITO DE UN CASO

ÁLVAREZ PERDOMO LUIS CARLOS, BARRAGÁN LUIS ERNESTO, HERRERA CÉSPEDES CRISTHIAN EMILIO, CUELLAR AZUERO MARÍA ISABEL, PEDRAZA ATAHUALPA PAOLA ANDREA.

Universidad Surcolombiana, Neiva. Colombia.

Introducción. Las microangiopatías trombóticas son entidades caracterizadas por alteraciones hematológicas y orgánicas. Dentro de éstas, el Síndrome Hemolítico Urémico Atípico (SHUA) es la presentación menos frecuente.

Presentación del caso. Hombre de 34 años de edad consulta por cuadro de 6 días de evolución consistente en cefalea occipito temporal intensa y deterioro neurológico. Realizan tomografía cerebral simple y contrastada sin ninguna alteración, los paraclínicos reportan deshidrogenasa láctica (LDH) elevada, anemia hemolítica y trombocitopenia severa; inician manejo para neuroinfección y soporte transfusional. Se remite a hospital de tercer nivel donde ingresa afásico, hemipléjico y presenta convulsión tónica clónica generalizada, fiebre y falla respiratoria aguda. Se documenta lesión renal aguda, estableciéndose diagnósticos diferenciales entre ellos microangiopatía trombótica sistémica. Ante la duda diagnóstica, se inician pulsos de metilprednisolona y plasmaféresis durante 6 días logrando normalización de plaquetas y azoados. Se reporta ADAMST 13 normal por lo que se hace diagnóstico de microangiopatía trombótica sistémica asociada a complemento tipo SHUA, y se inicia eculizumab 900 mg semanales por 4 semanas. El paciente presenta mejoría clínica y egresa. Luego de 4 meses libre de crisis se suspende eculizumab y se continúan controles.

Después de 15 meses, el paciente sufre accidente de tránsito con fractura de tibia - peroné, posteriormente presenta disnea asociada a dolor pleurítico, diagnosticándose tromboembolismo pulmonar, se solicitan paraclínicos y se descarta etiología por nueva crisis de SHUA, se da anticoagulación plena y posterior egreso. El paciente continúa sin reactivación inmunológica.

Conclusión. El SHUA, resultado de un desorden inmunológico caracterizado por falla renal, anemia hemolítica y trombocitopenia, es una entidad con alta tasa de mortalidad, ahora su pronóstico se ha modificado desde el advenimiento del eculizumab. Son pocos los casos en los que éste ha podido ser suspendido sin reactivación de la enfermedad.

Palabras clave (DeCs). Síndrome Hemolítico Urémico Atípico, Eculizumab, microangiopatía trombótica.