
NEFROLOGÍA

0033 Parálisis hipocalémica por acidosis tubular renal distal como primera manifestación de síndrome de Sjögren primario

García Víctor Hugo, Estrada Calderón, Dávila David, Avilés Gustavo, Ferrusquia Diana Laura
Hospital General Tláhuac

Mujer de 27 años de edad, sin antecedentes personales de importancia, acude por polidipsia de 3 semanas de evolución, alcanzando ingesta de 6 litros/día, agregándose 72h previas al ingreso mialgias, artralgias, debilidad generalizada e imposibilidad para deambular. Además de xerostomía, xeroftalmía y dispareunia. Al examen físico se encontraba con cuadriparesia, con FM 2/5 en las 4 extremidades, reflejos osteotendinosos 2/4, sin dificultad respiratoria. Las paraclínicas iniciales; K: 1.4 mEq/L, cloro 134 mmol, Na: 145 mmol, GA: con pH 7.18, PaCO₂ 21, PaO₂ 87, HCO₃ 7.8, Sat O₂ de 94%, lactato 0.3 mmol, con anión gap de 3.2. Se inició terapia hídrica con reposición de potasio presentando mejoría clínica. Examen general de orina: pH 7.0, sin glucosuria o cetonuria, proteínas 20md/dl, leucocitos incontables y bacterias abundantes, citrato en orina de 24h de 55.85 mg, hipercalcemia de 399 mg, bicarbonaturia de 12.7 mmol/L, proteinuria de 800mg/24h, compatible con acidosis tubular renal distal, se agregó al manejo bicarbonato de sodio. Se abordó como síndrome de Sjögren, los paraclínicos: Fac-

tor reumatoide: 116.7 UI, ANA negativo, Anti SSB (LA) negativo, Anti SSA (Ro) positivo con 600 UI. La biopsia de glándula salival informó infiltrado linfocitario periglandular moderado compatible con síndrome de Sjögren. Sin otras manifestaciones extraglandulares (tiroides, pulmón, páncreas y neurológica). **Comentario:** se realizó el diagnóstico de síndrome de Sjögren primario con daño renal debutando con parálisis hipocalémica y acidosis tubular distal, se inició tratamiento con prednisona y azatioprina, con normalización bioquímica, acido base y del desequilibrio hidroelectrolítico, así como reducción de la proteinuria tubular a 150 mg/24 hrs, conservando la tasa de filtración glomerular. **Conclusión:** este caso es poco usual por su forma de presentación. El síndrome de Sjögren primario es menos prevalente que su forma secundaria, con mayor incidencia en la quinta década de la vida. La parálisis hipocalémica no es una manifestación inicial frecuente del síndrome de Sjögren, la presencia de acidosis tubular renal en esta entidad es baja (10%). El diagnóstico requiere una alta sospecha y puede alcanzarse mediante el diagnóstico diferencial de acidosis metabólica.

Palabras clave: parálisis hipocalémica, acidosis tubular renal, Sjogren.

0056 Asociación del polimorfismo A1166C del gen ATR1 con enfermedad renal crónica

en derechohabientes del IMSS con DT2

Peralta José de Jesús², Correa Erika Yaneth¹, García Emmer², Jiménez Dominga², Trinidad Pedro², Alvarado Teresa³, Cruz Miguel²

¹ Universidad Autónoma de Durango Campus Zacatecas; ² Instituto Mexicano del Seguro Social; ³ UMF 31 del IMSS

Introducción: la insuficiencia renal crónica (IRC) es una enfermedad multifactorial en donde los factores genéticos pueden coexistir en su etiología. Se ha descrito que genes del componente del sistema renina-angiotensina podrían estar implicados en las anomalías funcionales y estructurales propias de la IRC y la nefropatía diabética, como el genotipo CC de la variante A1166C del gen ATR1 el cual se ha asociado en distintas poblaciones, sin embargo su asociación con la IRC en población mexicana es aún controversial. **Objetivos:** determinar la prevalencia, asociación y su riesgo hacia la IRC del polimorfismo A1166C del gen ATR1. **Material y métodos:** estudio transversal en 770 sujetos (30 a 60 años) con por lo menos 5 años de diagnóstico de DT2, clasificados en casos (n=445 sujetos en estadio 5) y controles (n=325 sujetos en estadio 1) por estadio KDOQI, firma de consentimiento, procedentes de la UIMB, U. Nefrología de UMAE Siglo XXI y UMF 31. Estudios antropométricos y bioquímicos

incluidos marcadores de daño renal. Extracción de DNA en leucocitos, integridad por geles de agarosa, pureza con relación A260/A280, genotipificación por PCR en tiempo real 7900HT con sondas TaqMan®. Análisis estadístico por medidas de tendencia central y dispersión, el grado de asociación de variables mediante la prueba X2 o prueba exacta de Fisher, t de Student, modelo de regresión logística para asociación considerará un valor de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo con Software SPSS. **Resultados:** no existen diferencias estadísticamente significativas al comparar los grupos con los antecedentes patológicos de HTA, presencia de retinopatía y antecedentes heredofamiliares de DT2. Las frecuencias alélicas son similares a las reportadas en otras poblaciones y se encuentran en equilibrio de Hardy Weinberg. Existe asociación de IMC, retinopatía, tiempo de evolución de DT2 y HTA con ERC en los modelos dominante y recesivo ($p < 0.05$), no así con los genotipos. Existe asociación ($p < 0.05$) del genotipo CC con TFG en análisis de tercil 1 en los controles. **Discusión y Análisis:** esta asociación controversial incluso en otras poblaciones puede ser explicada por la ancestralidad del Mexicano, será importante analizar el comportamiento de la variante con ancestría. **Conclusiones:** se corrobora la presencia de factores de riesgo clásicos al desarrollo de ERC, el genotipo CC de la variante A1166C del

gen ATR1 parece jugar un papel importante en inicios de disminución de TFG.

Palabras clave: enfermedad renal crónica, DT2, ATR1, A1166C, TFG, ancestría.

0083 Nefropatía inducida por medio de contraste asociada a angiografías coronarias

Pérez Silvia Esmeralda, Miranda Tomas, Gasca Karen

Hospital Christus Muguerza Alta Especialidad

Introducción: se define como nefropatía inducida por medio de contraste (NIC) a un aumento absoluto de la creatinina sérica mayor a 0.5 mg/dl o un aumento relativo de la creatinina sérica mayor al 25%, 48-72 horas posteriores a la exposición al medio de contraste en comparación con los niveles previos después de haber excluido otras causas de lesión renal aguda (LRA). **Objetivo:** determinar la incidencia de NIC y analizar los factores de riesgo asociados en los pacientes que desarrollaron LRA posterior a un procedimiento de angiografía coronaria. Se determinó mortalidad entre ambos grupos como objetivo secundario. **Métodos:** se realizó un estudio de cohortes, observacional, descriptivo y retroelectivo. Se analizaron los pacientes que ingresaron en Enero de 2014 a Septiembre del 2015, para angiografía coronaria diagnóstica y/o terapéutica. Se determinó la creatinina sérica y tasa de filtración glomerular (TFG) previa a la angiografía y 72

horas; además se identificaron los factores de riesgo asociados al desarrollo de NIC. **Resultados:** se incluyeron 70 pacientes, de los cuales 14.2% desarrollaron NIC. Los factores de riesgo predictores más importantes para desarrollar FRA fueron la edad > 65 años (OR 12.6; IC95 1.6-105.9, $p=0.03$ la presencia de anemia (OR 7.5; IC95 1.8-31.2, $p=0.006$ y una duración de procedimiento mayor a 90 minutos (OR 16; IC95 3.1-85.3, $p=0.001$). Se observó mayor mortalidad en el grupo NIC (30% vs 1.6%, $p=0.004$). **Conclusiones:** La incidencia reportada es mayor que la literatura. Los factores de riesgo asociados más importantes fueron la edad > 65 , anemia y procedimiento > 90 minutos. El desarrollo de NIC conlleva una mayor mortalidad. **Palabras clave:** nefropatía inducida por contraste, lesión renal aguda, angiografía coronaria.

0084 Experiencia a 5 años del trasplante renal en un hospital privado del noreste de México

Miranda Tomas, Pérez Silvia Esmeralda, Sánchez Diana, Alvarado Francisco Javier

Hospital Christus Muguerza Alta Especialidad

Introducción: existe cada vez mayor prevalencia de pacientes con enfermedad renal crónica. El trasplante renal se ha convertido en el tratamiento de elección para estos pacientes. **Objetivo:** describir la experiencia de los pacientes sometidos a trasplan-

te renal en el hospital Christus Muguerza Alta Especialidad de Monterrey, Nuevo León.

Métodos: se llevó a cabo un estudio de cohorte retrospectivo en el que se incluyó a todos los pacientes que se sometieron a trasplante renal en el periodo de enero del 2010 a diciembre del 2015. Se describen características generales de los pacientes, variables relacionadas al trasplante, datos paraclínicos, inmunosupresión utilizada y complicaciones a 30 días. **Resultados:** se recabaron 37 pacientes. El 89% tenía la hemodiálisis como terapia de reemplazo renal. El trasplante de donador cadavérico predominantemente (86%). La terapia de inducción inmunosupresora más prevalente fue basiliximab (68% los pacientes recibieron tacrolimus y micofenolato principalmente como inmunosupresión. El tiempo de isquemia fría promedio fue de 286 minutos; siendo de 68 minutos en aquellos de donador vivo, y de 320 minutos en los de donador cadavérico ($p=0.05$). Los laboratorios pre y postrasplante fueron: creatinina de 8.1 mg/dL a 2.8 mg/dL ($p<0.0001$), BUN de 61.5 mg/dL a 50.8 mg/dL ($p=0.1$). El nivel de hemoglobina previo fue de 10.6 g/dL y el posterior de 9.1 g/dL ($p=0.006$). Los linfocitos variaron de 1204/mm³ a 434/mm³ ($p<0.0001$). Fallecieron 3 pacientes en los primeros 30 días del procedimiento. **Conclusión:** el trasplante renal es más prevalente en el género mascu-

lino, con hipertensión arterial y diabetes mellitus. La mortalidad y rechazo del injerto es similar a la literatura. tacrolimus y micofenolato son los inmunosupresores más prevalentes. No existe diferencia significativa entre receptor de donador cadavérico y vivo.

Palabras clave: enfermedad renal crónica, trasplante renal, donador cadavérico, donador vivo.

0162 Pielonefritis aguda complicada con absceso pararenal con extensión a hígado y pulmón

Escutia Angélica Wendolin

Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: la pielonefritis enfisematosa se caracteriza por acumulación de gas originada por uropatogenos gramnegativos, que se comportan como anaerobios facultativos, el 90% de los casos se diagnostica en diabéticos con la triada clásica de dolor lumbar (71%), fiebre (79%) y vómito (17%). **Caso clínico:** femenino 56 años de edad con antecedentes patológicos de diabetes tipo 2, hipotiroidismo e infecciones de vías urinarias recurrentes. Inicia padecimiento actual 1 mes previo a su ingreso con mialgias, artralgias, disnea de medianos que progreso a pequeños esfuerzos y posteriormente ortopnea, con la presencia de fiebre en 40°C. Por estos síntomas recibe tratamiento ambulatorio por neumonía adquirida en la comunidad en dos ocasiones con antibioticoterapia de amplio espectro, sin mejoría.

Posteriormente ingresa a hospital por cuadro clínico de neumonía adquirida en la comunidad. Clínicamente con taquipnea, síndrome de condensación basal bilateral de predomina derecho y Giordano derecho. Los exámenes de laboratorio iniciales mostraron hiperglucemia, aumento de deshidrogenasa láctica, anemia normocítica normocrómica. Uroanálisis con leucocitos incontables, eritrocitos incontables, bacterias escasas y levaduras moderadas. Resultado cultivo de esputo reporta *Stephanoascus ciferri* y urocultivo con más de 100,000 colonias de *E. coli* con sensibilidad a cefalosporinas. En la radiografía simple de tórax imagen compatible con proceso de consolidación bibasal. Se inicia tratamiento con cefalosporina presentando mejoría de la sintomatología respiratoria, Giordano negativo y afebril. Sin embargo a pesar de 14 días de tratamiento uroanálisis persiste con la presencia de con leucocitos incontables, eritrocitos incontables, bacterias escasas y levaduras moderadas. Motivo por el que para descartar pielonefritis crónica se envía a realizar tomografía toracoabdominal en donde se observó datos compatibles con pielonefritis grado IV unilateral derecho por tomografía, lapielectasia y absceso pararenal con a hígado y pulmón. Concluyéndose neumonía por contigüidad secundario a pielonefritis enfisematosa y absceso pararenal. **Conclu-**

sión: en pacientes diabéticos las alteraciones neuronales e inmunes relacionadas con la cronicidad y el mal apego a tratamiento pueden enmascarar cuadros inflamatorios crónicos, haciéndolos manifiesto con sintomatología atípica, que dificulta su diagnóstico temprano y aumenta su mortalidad.

Palabras clave: pielonefritis enfisematosa, absceso pararenal.

0191 Glomerulonefritis pauciinmune ANCA positivo en una paciente con artritis reumatoide. Reporte de un caso

González César Leonardo, Camacho Leslie, Navarro Alicia Elizabeth, Pozas Mario Joatam, Sánchez Virginia Hipólita, Soto María Virgilia, Somarriba Javier José

Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: las vasculitis asociadas a ANCA son un espectro de entidades clínicas caracterizadas por inflamación e infiltración de vasos causando destrucción vascular y necrosis. La mayoría ANCA positivo (MPO o PR3). Se reconoce una entidad limitada a riñón o glomerulonefritis pauciinmune. **Caso:** mujer 44 años. artritis reumatoide de 18 años de diagnóstico tratada con metotrexate por 2 años, AINES, y glucocorticoide por 5 años. Con cuadro de malestar general, debilidad, edema de miembros pélvicos y disnea de medianos esfuerzos y hematuria. A la exploración sin lesiones mucocutáneas, edema de miembros

pélvicos. Se detecta aumento progresivo de azoados, sedimento urinario activo, proteinuria en rango nefrótico y acidosis metabólica requiriendo terapia sustitutiva de la función renal con hemodiálisis. Inmunológicos con C-ANCA y P-ANCA y Anti CCP positivo. Biopsia renal reporta glomerulonefritis por complejos inmunes proliferativa extracapilar activa difusa con esclerosis global y segmentaria cicatricial, fibrosis intersticial, arteriopatía moderada, datos de vasculitis de vasos pequeños, por la asociación de complejos inmunes, se considera glomerulonefritis pauciinmune. Inicia tratamiento con bolos de metilprednisolona y ciclofosfamida, continuando tratamiento con prednisona, se corrobora disminución de proteinuria mayor al 50%. Posteriormente cursando con sepsis de origen abdominal, motivo de la defunción. **Comentario:** El compromiso renal en pacientes con artritis reumatoide es de 3.9 casos por millón al año, incluye glomerulonefritis focal, membranosa, vasculitis reumatoide o asociado al tratamiento (AINES), raramente asociada a glomerulonefritis pauciinmune y con ANCA negativos. La glomerulonefritis pauciinmune necrotizante es causa rara de daño renal con 13 casos por millón al año, presentándose como glomerulonefritis rápidamente progresiva, 90% con autoanticuerpos para ANCA-MPO o ANCA PR3. La presentación en un solo individuo se

debe a dos entidades simultáneas no correlacionadas. **Conclusión:** presentamos a una paciente con artritis reumatoide, que se presenta con glomerulonefritis rápidamente progresiva, síndrome nefrótico, por biopsia renal con glomerulonefritis pauciinmune ANCA positivos, siendo ésta una entidad rara y sin relación con artritis reumatoide. La remisión completa al iniciar tratamiento es de hasta 90%, mortalidad a 5 años de 78%, incluye dosis altas de esteroide e inmunosupresor. Las recaídas son frecuentes.

Palabras clave: glomerulonefritis, pauciinmune, vasculitis, ANCA, artritis.

0288 Calcinosis tumoral urémica-hiperfosfatémica en enfermedad renal crónica (ERC) e hiperparatiroidismo. Serie de casos

Pérez Bernardo, Anda Juan Carlos, Ríos Martín Armando, Plaza Gilberto Trinidad

HE Dr. Bernardo Sepúlveda, UMAE Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

Introducción: la calcinosis tumoral es una forma rara de calcificación extraósea, caracterizado por depósitos de fosfato de calcio en tejidos blandos periarticulares previamente sanos y bajo un ambiente químicamente alterado. Se presenta como una complicación de la ERC en pacientes con diálisis, aun que también puede ser hereditaria, familiar o presentarse en forma aislada sin causa aparente. Clínicamente se caracteriza por el

desarrollo progresivo de tumores calcificados localizadas en la proximidad de grandes articulares. Es una complicación rara que causa una gran morbilidad por lo que su detección y manejo oportuno impactan fuertemente en el pronóstico funcional. **Material y métodos:** se analizaron retrospectivamente las características clínicas, hallazgos de laboratorio e imagenológicos de 7 casos de calcinosis tumoral documentados durante el periodo 2014-2016. Los datos se obtuvieron de fuentes primarias a través de la revisión de expedientes clínicos. Se utilizó estadística descriptiva con cálculo de frecuencias y proporciones. **Resultados:** se describen 7 casos de calcinosis tumoral en pacientes con ERC e hiperparatiroidismo, el 85% de los casos correspondieron al sexo femenino, la localización de la lesión tumoral fue 85% en grandes articulaciones (codo, rodilla, hombro, y cadera), 85% se encontraba en terapia de sustitución renal a base de diálisis peritoneal, 100% por un periodo mayor a 5 años, el valor promedio de PTH libre fue de 2370 ng/dl, el mínimo 1385 y máximo de 3822, el producto calcio-fósforo fue > 45 en el 100% de los casos, solo el 85 % de los pacientes presentaba hiperfosfatemia con calcio normal o discretamente elevado. Los azoados se encontraban francamente incrementados en todos los casos, en su gran mayoría con urea > 100 mg/dl. Dos pacientes presenta-

ban hiperplasia paratiroidea y dos adenoma paratiroideo. El 80% de los paciente sometidos a resección y paratiroidectomía evolucionaron en forma satisfactoria. **Conclusiones:** la calcinosis tumoral es un síndrome de calcificación infrecuente y puede ser una rara complicación del hiperparatiroidismo secundario y terciario de la ERC. El sexo femenino fue mayormente afectado, principalmente aquellos pacientes con diálisis peritoneal > 5 años de inicio, los tejidos blandos periarticulares de grandes articulaciones son la localización mas habitual, la PTH generalmente es > 2000 ng/dl, el producto calcio-fósforo es > 45 , y mas de la mitad de respondió al manejo quirúrgico.

Palabras clave: calcinosis tumoral, calcificación periarticular, hiperparatiroidismo, enfermedad renal crónica, diálisis peritoneal, fosfato de calcio.

0293 Nefropatía C1q en injerto renal, reporte de un caso y revisión de la literatura

Crespo Paulina Berenice
Hospital General de León, Guanajuato

Introducción: la nefropatía C1q es una lesión glomerular en la que hay depósitos mesangiales intensos y difusos de C1q. Es una entidad infrecuente, con prevalencia entre 0.4-2.0% de las patologías glomerulares. La mayor incidencia se presenta en niños y jóvenes. La nefropatía C1q es una causa de

glomerulopatía de novo, mediada por anticuerpos específicos contra los antígenos leucocitarios humanos de injerto renal (anticuerpos anti-donador específicos). El cuadro clínico varía desde hematuria y/o proteinuria asintomática hasta síndrome nefrótico. Se presenta el caso de un joven con insuficiencia renal crónica de etiología desconocida, receptor de trasplante renal con disfunción aguda de injerto y resistencia al tratamiento. En la biopsia mostró un patrón de inmunofluorescencia con C1q dominante y mantuvo positividad en la biopsia de seguimiento. **Caso:** masculino de 19 años, con diagnóstico de insuficiencia renal crónica avanzada en 2007 en y tratamiento sustitutivo con diálisis peritoneal, que inició protocolo de trasplante renal. En 2008 recibió injerto renal de donador vivo (padre), y con esquema inmunosupresor. Desde entonces presentó niveles de creatinina sérica con fluctuaciones entre 1.49-1.88 mg/dl, con tendencia a la hipertensión arterial. En julio del 2012 se documentó proteinuria de 800mg/día, creatinina sérica 1.7mg/dl, y depuración de creatinina de 68.7ml/min. Se realizó biopsia de injerto renal en la cual se encontró patrón histológico de glomerulosclerosis focal y segmentaria de tipo NOS, así como hialinosis arteriolar nodular. En el estudio de inmunofluorescencia se encontró depósito C1q dominante 2-3(+) granular a nivel mesangial, paramesan-

gial. Con diagnóstico final de Nefropatía C1q en injerto renal y toxicidad crónica asociada a medicamentos. Continuó su tratamiento a base de prednisona, micofenolato de mofetilo, se hizo cambio de ciclofosfamida a sirolimus y se agregó espironolactona al manejo. En 2014 se realizó biopsia de control con mismo diagnóstico. A 8 años de post-trasplante la función del injerto es estable hasta el momento con niveles aceptables de sirolimus.

Conclusiones: la presencia de nefropatía por C1q reduce la supervivencia de injerto renal a 5 años, y se asocia a un alto índice de rechazo agudo en el primer año, con pobre respuesta a tratamiento con esteroides. Los depósitos de C1q en injerto renal pueden ser un marcador de gravedad, predictor de rechazo agudo del injerto, y están implicados en la respuesta al tratamiento

Palabras clave: nefropatía C1q *de novo*, injerto renal, enfermedad recidivante.

0319 Modelo matemático predictivo de lesión renal aguda en pacientes con neumonía severa/ SIRA

Vargas David

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas

La lesión renal aguda (LRA) tiene una alta incidencia en los pacientes con SIRA, así mismo confiere mayor mortalidad hospitalaria por lo cual desarrollamos un modelo de predicción de LRA

en pacientes que ingresan a una UCI con SIRA. **Material y método:** el objetivo principal del estudio es desarrollar un modelo matemático predictivo de LRA empleando los factores de riesgo asociados en pacientes con SIRA Este es un estudio observacional prospectivo realizado en el instituto nacional de enfermedades respiratorias en la ciudad de México, en pacientes con más de 24 horas de ventilación mecánica invasiva ingresados en la UCIR, el reclutamiento de la cohorte fue en un periodo de 3 años, LRA se definió según los criterios de clasificación de Acute kidney Injury network y SIRA se definió según el consenso de Berlín. **Resultados:** este estudio incluyó a 323 pacientes, de los cuales 64% tuvieron SIRA, LRA se presentó en 44.2%, el 50% de los pacientes con SIRA desarrollaron LRA, la presencia de LRA fue más frecuente en el subgrupo de SIRA severo en (69.1%) versus (9.1%) de SIRA leve, la mortalidad en UCI fue de 30.3% (n= 98), la mortalidad para el grupo de ARDS sin LRA Fue de 9.1%, para el grupo de LRA sin SIRA 11.8%, sin embargo los pacientes que presentaban ambos eventos la mortalidad ascendió a 47%, en cuanto a las variables que mostraron mayor asociación independiente fueron la relación $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$ (OR, 1.01, IC 95% 1.01 a 1.02), y la presencia de procalcitonina positiva (>0.5 ng/ml) (OR, 5.43, IC 95% 3.19 a 9.24). El modelo predictivo se ajustó a través de

la suma de los Riesgos relativos (OR), de las variables con significancia individual, PAFI (OR 1.01), dosis alta de norepinefrina (OR 2), niveles de procalcitonina por > 0.5 ng/ml (OR 5.43), y el lactato sérico > 2 mmol/L (OR 6.6), (s),(e), se estratifico a los pacientes con respecto al puntaje obtenido en dos grupos el grupo de bajo (score 6.5) con una AUC de 0.782 (IC 95% 0.733-0.832) ($P<0.0001$ con una sensibilidad de 80% una especificidad de 63%, un valor predictivo positivo de 27% y un valor predictivo negativo de 95%). **Conclusiones:** construimos una herramienta útil para establecer el riesgo individual de los pacientes al ingreso a la unidad de terapia intensiva respiratoria, este modelo puede ayudar a orientar al clínico que tiene incertidumbre sobre el deterioro de la función renal en el paciente con SIRA.

Palabras clave: lesión renal aguda, SIRA, modelo predictivo.

0356 Síndrome de Wunderlich: presentación de un caso

Flores Rómulo Omar, Cárdenas Jesús Alberto, Violante Jorge Rafael, Mata Rubén, Sánchez Raymundo

Hospital Universitario Dr. José E González, Universidad Autónoma de Nuevo León

La hemorragia renal subcapsular no traumática, también conocida como síndrome de Wunderlich es una causa extremadamente rara de dolor abdominal agudo en un paciente hemodializado.

Las neoplasias, principalmente el angiomiolipoma asociado a esclerosis tuberosa y el cáncer renal de células claras son consideradas las etiologías más frecuentemente reportadas, aunque se deben considerar vasculitis y aneurismas renales. La triada de Lenk caracterizada por dolor abdominal agudo, dolor a la palpación y signos de hemorragia intrabdominal, es la forma más común de presentación, sin embargo, la presentación clínica es variada. Se ha reportado que hasta un 20% se puede presentar con shock hipovolémico. Una exploración física compatible y una TAC abdominal simple son las principales armas para un diagnóstico oportuno, la angiografía puede ser usada en caso de no identificar y sospechar una causa específica. La detección y tratamiento oportuno son de gran importancia para disminuir la alta mortalidad asociada. Presentamos el caso de un masculino de 70 años de edad originario del norte del país que acudió al servicio de urgencias por dolor abdominal súbito en flanco izquierdo de una hora de evolución. El paciente contaba con una larga historia de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica y enfermedad renal crónica en terapia sustitutiva con hemodiálisis desde hace dos meses. La exploración física reveló shock hipovolémico y abdomen con dolor a la palpación superficial en flanco derecho e irradiación hacia región lumbar ipsilateral. Se realizó un TAC no

contrastado de abdomen donde se apreció un riñón derecho con una tumoración sugestiva de angiomiolipoma, además de hemorragia subcapsular difusa. Después de tres días de hospitalización en los que se evidenció mejoría clínica y sin cambios en el hematocrito, se decidió su egreso con seguimiento ambulatorio. El síndrome de Wunderlich es una causa extremadamente rara de dolor abdominal agudo en un paciente hemodializado y se requiere un alto índice de sospecha para la detección y tratamiento oportuno, lo cual podría disminuir la alta mortalidad asociada a dicho síndrome. **Palabras clave:** hemodiálisis, hemorragia renal subcapsular no traumática, triada de Lenk, dolor abdominal agudo, angiomiolipoma, esclerosis tuberosa.

0381 Beneficio del uso de pentoxifilina sobre el efecto de la proteinuria en pacientes con enfermedad renal crónica y diabetes mellitus en un hospital de Nuevo León

Ramírez María Guadalupe, Valdés Alejandro, Valdovinos Salvador, López Graciela, Pérez Eduardo
Escuela de Medicina del Tecnológico de Monterrey

Introducción: la nefropatía diabética es la causa más frecuente de enfermedad renal crónica y enfermedad renal terminal. La proteinuria es un predictor de progresión de la función renal. La inflamación es un factor cardinal en la patogénesis y progresión de

la nefropatía diabética. La pentoxifilina es una metixantina que tiene propiedades antiinflamatorias y ha demostrado reducir la proteinuria en ensayos clínicos. **Material y métodos:** se realizó un estudio, descriptivo observacional, analítico, retrospectivo de cohorte para evaluar el beneficio del uso de pentoxifilina en pacientes con enfermedad renal crónica, diabetes mellitus y proteinuria independiente al grado de control en relación a tensión arterial, pérdida de peso y niveles de glicemia. Se evaluaron 62 pacientes, se realizaron mediciones de pérdida de peso, tensión arterial y glucosa, tasa de filtrado glomerular y proteinuria, al inicio de tratamiento, a los 6 y 12 meses de pentoxifilina. Las metas de control de glucosa, pérdida de peso y tensión arterial, se evaluaron de acuerdo a los parámetros establecidos por la American Diabetes Association (ADA). Para las comparaciones entre las variables cualitativas se utilizó prueba Chi-cuadrado o la prueba Exacta de Fisher. **Resultados:** se analizó una muestra final de 62 pacientes, 64% hombres y 35.5% mujeres, (48.4%) corresponden a menores de 65 años, seguidos de 65 a 75 años (40.3%). El 54.8 % corresponde a pacientes con tensión arterial no controlados, y el 45.2%, el 64.5% de los pacientes se encontraban en control glucémico y 18% no controlados, el porcentaje de pérdida de peso a su vez no guarda significancia estadística en relación al descen-

so de los niveles de proteinuria. Sin embargo en los pacientes que tienen mayor tiempo de exposición al tratamiento con pentoxifilina y presentaron disminución de proteinuria si se encontró significancia estadística ($p=0.011$) y los pacientes que no incrementaron los niveles de proteinuria una $p=0.026$, por lo que el descenso de proteinuria inducida por pentoxifilina es independiente a las metas de control glucémico, tensión arterial y pérdida de peso. **Discusión y Análisis:** el tratamiento con pentoxifilina es una herramienta útil en el manejo integral del paciente con enfermedad renal crónica, diabetes mellitus y proteinuria. Se requiere analizar mas estudios similares con mayor tiempo de exposición al fármaco. **Palabras clave:** PROTERC16, nefropatía, diabetes, proteinuria, pentoxifilina, gluosa.

0416 Evaluación de vasculatura renal en potenciales donadores renales en el estado de Querétaro mediante angioresonancia de 3.0 teslas

Barragán Héctor Manuel¹, García Elisa¹, León Luis Raymundo¹, Ortiz María Teresita², Espinosa Leopoldo², Cervantes Oscar², Mayorga Héctor²

¹ Unidad de Resonancia Magnética, Instituto de Neurobiología, Campus Juriquilla UNAM, Querétaro; ² Hospital General de Querétaro, SESEQ

Introducción: actualmente de los pacientes con insuficiencia renal

crónica terminal en México, 6.3/100 por año reciben diálisis. El trasplante renal mejora la calidad de vida; con una tasa de mortalidad de 2.0/100 por año en pacientes con trasplante de donante vivo. Aproximadamente 60% de los donantes son mujeres, edad media de 40-45 años. El costo anual por paciente con diálisis peritoneal es de \$66,087 USD, hemodiálisis \$54,505 USD; el trasplante de donador vivo de riñón \$34,028 USD; el terapia inmunosupresora por año \$27,086 USD. Estadísticas de 2016 del Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA) reportan 20,371 personas que requieren de un órgano, de los cuales 61% esperan un trasplante renal. De Enero a Junio de 2016 se han realizado 964 trasplantes renales en México de donantes vivos, 81% sector público y 18% en sector privado. **Objetivo:** determinar variantes anatómicas de los potenciales donantes vivos de Querétaro, para mapeo prequirúrgico que permita la selección adecuada del riñón a procurar. **Material y métodos:** de agosto de 2012 a Julio de 2016 se ingresaron 55 angiografías arteriales y venosas por angioresonancia (ARM) en potenciales donadores renales. Las ARM se realizaron en los escáneres Philips Achieva TX 3.0T y General Electric MR750 3.0T, utilizando medio de contraste Gadobutrol (Gadovist®), dosis promedio de 6.9ml (± 1.4) con Tasa de Filtrado Glomerular promedio de 116.8 ml/min (± 28.4). Las ARM fueron

evaluadas por dos radiólogos: HMBC y LRLC, y se compararon con los hallazgos quirúrgicos reportados. **Resultados:** se estudió una muestra consecutiva de 55 pacientes, 27 hombres (49%), 28 mujeres (51%), con una edad media de 42 años (± 12.24 , rango 20-68). Se han realizado 36 trasplantes renales: 18 mujeres (50%). Las variantes anatómicas identificadas por ARM y los hallazgos quirúrgicos más frecuentes fueron: a) arteria renal única bilateral (61.1% división temprana de la arteria renal derecha (5.5%), arteria renal accesoria derecha (2.7%), arteria renal accesoria izquierda (2.7%), arteria renal polar superior izquierda (2.7%), y vena renal izquierda retroaórtica (2.7%). La precisión diagnóstica fue de 77.7%. **Conclusiones:** la ARM en donantes vivos permite la evaluación de la vasculatura renal de manera no invasiva y sin exposición a radiación ionizante. Es una técnica alternativa de costo accesible, con buen rendimiento diagnóstico, a la angiotomografía y la angiografía por sustracción digital.

Palabras clave: angioresonancia renal, insuficiencia renal crónica terminal, donadores vivos relacionados, variantes anatómicas, diagnóstico, resonancia magnética.

0430 Causas de mortalidad en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en diálisis peritoneal continua ambulatoria del

**Hospital Civil de Guadalajara
Dr. Juan I Menchaca del 01 de
enero del 2012 al 31 de diciem-
bre del 2015**

*Valenzuela Lina Lizeth, Calvo
César Gonzalo, Jaúregui Fanny
Elizabeth*

Hospital Civil de Guadalajara Dr.
Juan I Menchaca

Introducción: conocer la mortalidad de los pacientes inscritos en un programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria es determinante para evaluar el efecto de la intervención, así como para realizar medidas educativas y de prevención. **Material y métodos:** se realizó un estudio retrospectivo en pacientes incluidos al programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria, para determinar la mortalidad y sus causas principales. Se incluyeron pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años, inscritos en el programa. La información se obtuvo de los expedientes clínicos y certificados de defunción, en el periodo comprendido del 01 de enero del 2012 al 31 de diciembre del 2015. No se incluyeron a los pacientes en otra modalidad de terapia de reemplazo renal y aquellos con información incompleta. Se calculó la tasa de mortalidad por año dividiendo el número de fallecidos entre el total de la población incluida en el programa al final de cada año. **Resultados:** el estudio comprendió 48 meses, durante los cuales 532 pacientes ingresaron al programa, 407 egresaron y 123 quedaron prevalentes al final del

año 2015. De los pacientes que egresaron fueron, 154 (37.8%) por defunción, 117 (28.7%) abandono del tratamiento, 48 (11.7%), cambio de tratamiento a hemodiálisis, 40 (9.8%) cambio a máquina cicladora, 38 (9.3%) cambio a otra institución y solo 10 (2.4%) recibieron trasplante renal. De las 154 defunciones, no se obtuvo la información completa de 26 pacientes, por lo cual el análisis se realizó con 128 pacientes, de los cuales el promedio de edad fue 47 ± 18.3 años, 64 (50%) eran hombres, con permanencia promedio en el programa de 33 meses, 60% presentaron diabetes mellitus y 98% presentaron hipertensión arterial sistémica. La tasa de mortalidad anual fue de 18.7% (2012), 27.1% (2013), 34.7% (2014) y 30.8% (2015). Las causas principales de defunción fueron enfermedades infecciosas 80 (51.9%), insuficiencia respiratoria aguda 26 (6.9%), enfermedad cerebrovascular 10 (6.5%), enfermedad cardiovascular 9 (5.8%), desequilibrios hidroelectrolíticos y metabólicos 3 (1.9%). y no identificada 26 (16.9%). La peritonitis asociada al catéter fue la principal causa de mortalidad asociada a enfermedades infecciosas 35 (43.7%). **Conclusiones:** en México la enfermedad renal crónica se encuentra entre las primeras 10 causas de mortalidad. La mortalidad en pacientes con diálisis es 6.3 a 8.2 veces mayor al compararse con la población general. Por lo cual es vital conocer sus causas.

Palabras clave: enfermedad renal crónica, diálisis peritoneal, causas, mortalidad.

0476 Nefropatía por IgA: reporte de un caso

*Barrientos Moisés, Robledo Julio
César, Pérez Jorge Alonso Joa-
quín, Ruíz Jesús Arturo*
Hospital General de Alta Es-
pecialidad Dr. Juan Graham
Casasús

Presentamos el caso de paciente femenino de 20 años de edad que refiere iniciar desde hace 2 años con congestión nasal, además de tos seca y en ocasiones en accesos; aproximadamente 3 meses después se agrega disnea de predominio vespertino además de sibilancias de forma esporádica que incluso en ocasiones le obligan a levantarse durante la noche; acude a facultativo externo quien inicia tratamiento con LABA y LAMA; sin embargo al suspender tratamiento de forma transitoria reinciden dichos síntomas agregando nuevamente tratamiento ya antes recetado pero en esta ocasión con mejoría parcial de síntomas, acude nuevamente a consulta de forma externa a esta unidad con ajuste de tratamiento sin embargo ameritó estancia corta a nivel hospitalario por agudización de dichos síntomas aplicando incluso esteroides; desde hace 4 meses con exacerbaciones y remisiones de sintomatología que no amerita hospitalización. Finalmente acude a consulta de especialidad en infectología

donde se solicitan BH QSES reportando lo siguiente: Hb12.8gr/dL, LEU:8.4x10³, PLQ:326x10³, eosinófilos:2.4x10³, Creat: 0.72mg/dL, Bun:12 mg/dL, Na:141mEq, K:4.1mEq, Cl:101. A su ingreso a esta unidad cuenta con los siguientes laboratorios: Hb:13.mg/dL, vcm:83.9,hcm: 28.9,leu:7.6, linfos:30.9%, eosinófilos: 13.4%(1000), basófilos:1%, plq:294, tp:13.6, ttp:28.4, vsg:31, pcr:3, factor reumatoide:5, Na:138, K:4.33, Cl:101, gluc:79, bun:7, creat:0.5, Bt:0.3, alb:3.7, alt:8, ast:11, fa:74, dhl:260; EGO: esterasa leucocitaria: negativo, Nitritos: negativo, proteínas: 100 mg, sangre: apr 25, leucocitos: 0-1, eritrocitos: 0-1, cilindros: no se observan. Ante estos hallazgos se realiza cuantificación de proteínas en orina de 24 horas reportando 2224mg además de PANCA y CANA: negativos; se realiza espirometría: FVC: basal:1.42L, FEV1:0.94L, FEV1/FVC:66.2, IgE:115ui/ml (5-100), IgA:327 ui/ml (70-400), IgM: 113ui/ml (55-300), IgG1:859 ui/ml (422-1292), IgG2: 802 ui/ml (117-847), IgG3: 48.6 ui/ml (41-129), IgG4: 69.5 ui/ml (1-291). Finalmente se procede a biopsia renal la cual reporta: nefropatía por IgA con clasificación de Oxford M1 E0 S1 T0.

Palabras clave: proteinuria, nefropatía, IgA, Oxford.

0483 Factores de riesgo asociados a lesión renal aguda en pacientes hospitalizados con diagnóstico de insuficiencia cardíaca agudizada

Meza Cynthia Margarita¹, Dehesa Edgar², Kawano Carlos Alberto¹, Irizar Sergio Saul²

¹ Departamento de Medicina Interna; ² Departamento de Nefrología

Hospital Civil de Culiacán/Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud

Introducción: la lesión renal aguda (LRA) constituye una complicación frecuente en los pacientes con insuficiencia cardíaca agudizada (ICA), la cual no solo juega un papel importante en su fisiopatología, sino que además agrega un efecto negativo en el pronóstico de los pacientes. **Material y métodos:** estudio prospectivo que incluyó 67 pacientes hospitalizados por un episodio de ICA. El diagnóstico de ICA con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) disminuida se realizó por la presencia de criterios clínicos de Framingham, niveles séricos de BNP elevados y FEVI 40% y disfunción diastólica por ecocardiograma. La LRA se diagnosticó y clasificó en base a la creatinina sérica de acuerdo con los criterios del Acute Kidney Injury Network (AKIN). Se compararon las características clínicas, epidemiológicas y de laboratorios entre los pacientes con y sin LRA. Mediante análisis de regresión logística se estudiaron los factores de riesgo asociados con el desarrollo de LRA. **Resultados:** La edad promedio fue de 66+16 años y 52.2% hombres. El 53.7% (n=36)

de los episodios de ICA fueron con FEV reducida y el 46.3% (n= 31) con FEVI conservada. La prevalencia de la LRA fue de 53.7% en nuestra población. El 47.2% (n=17) correspondió a episodios AKIN 1, el 27.8% (n=10) a AKIN 2 y el 25% (n=9) a AKIN 3. La LRA prerrenal fue la más frecuente con 55.6% (n=20), seguida del tipo renal con 44.4% (n=16) de los casos. El 33.3% de los episodios fueron oligúricos y el 13.9% requirió de terapia dialítica. El 50% de los pacientes con LRA recuperó la función renal al egreso hospitalario. Los factores de riesgo asociados con el desarrollo de LRA fueron: el requerimiento de inotrópico durante el episodio de ICA con OR de 5.0 (p=0.05) y el diagnóstico previo de enfermedad renal crónica (ERC) con OR de 18 (p<0.01). **Discusión:** la prevalencia de la LRA observada en nuestra población está dentro del rango reportado por otros autores, el cual que va del 10 hasta el 72% de acuerdo al criterio utilizado. El diagnóstico previo de ERC fue el principal factor de riesgo para el desarrollo de LRA en nuestra población, lo cual ya ha sido reportado por otros investigadores. **Conclusión:** la LRA fue una complicación frecuente en los pacientes hospitalizados por ICA en nuestra población. El requerimiento de inotrópico, como expresión de la gravedad de la falla cardíaca y el antecedente de ERC fueron los factores independientemente asociados con el desarrollo de DRA.

Palabras clave: lesión renal aguda, insuficiencia cardíaca, daño renal agudo, síndrome cardiorenal.

0502 Glomerulonefritis membranoproliferativa asociada a crioglobulinemia. Reporte de un caso

Nicolás Edith Lizeth

Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: de los pacientes con crioglobulinemia (CM), no todos presentan manifestaciones clínicas. La prevalencia de síntomas vasculíticos se estima entre un 30% y 50%. Las manifestaciones clínicas más frecuentes comprenden: artralgias, debilidad muscular, neuropatía periférica, púrpura palpable y afectación renal. Ésta última, presente en cerca del 25% de los pacientes, consistente en proteinuria, microhematuria, disminución del filtrado glomerular y síndrome nefrótico; histológicamente se observa una glomerulonefritis membranoproliferativa. **Caso:** masculino de 58 años con antecedente de hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina, adecuadamente sustituido, y trombocitosis esencial en tratamiento con hidroxiurea. Debutó hace aproximadamente un año con presencia de disestesias y parestesias, de carácter simétrico y ascendente, aunado a presencia de edema de miembros pélvicos, demostrando proteinu-

ria en rango nefrótico, además de documentar pérdida de peso significativa no intencionada (6 kg). Dentro del protocolo de estudio se evidenció por electromiografía polineuropatía mixta; se corroboró proteinuria en rangos nefróticos, y dada la afección neurológica y renal, se procedió a descartar entidades como amiloidosis, mieloma múltiple e incluso se consideró la probabilidad de síndrome POEMS. Sin embargo, la electroforesis denotó gammopatía policlonal, descartando hepatopatía, infección por VHC, VHB y VIH, entidades autoinmunes, así como trastornos linfoproliferativos, estos de acorde a AMO y biopsia ósea. Se procedió a realización de biopsia renal dado el deterioro en el filtrado glomerular, con el cual cursó el paciente, siendo compatible con glomerulonefritis membranoproliferativa por crioglobulinas, debido a presencia de pseudotrombos y mesangiolisis.

Conclusión: la crioglobulinemia es una forma especial de vasculitis sistémica, en la mayoría de los casos es de etiología desconocida (enfermedad de las crioaglutininas idiopática), y es especialmente típica de personas de edad avanzada. En la mayoría de los pacientes, este trastorno está asociado procesos como infecciones, enfermedades autoinmunes o síndromes linfoproliferativos, entidades descartadas al momento en este paciente. No obstante, los últimos trabajos publicados que apoyan la relación crioglobu-

linemia-linfoma no Hodgkin aconsejan un seguimiento específico clínico y analítico de los pacientes con CM a fin de descartar la aparición de esta enfermedad.

Palabras clave: glomerulonefritis, membranoproliferativa, crioglobulinemia, polineuropatía, gammopatía, artralgias.

0506 Glomeruloesclerosis focal y segmentaria, variante perihiliar. Reporte de caso clínico

Álvaro Josefina, Soto Ernesto
ISSSTE Veracruz

Introducción: La glomeruloesclerosis primaria focal y segmentaria (GEFS) es un síndrome clínico-patológico que se caracteriza por proteinuria de diversa gravedad, junto con los hallazgos histopatológicos típicos de cicatrización focal y segmentaria de los glomérulos.

Caso clínico: mujer de 27 años de edad, hipertensión arterial secundaria diagnosticada en 2013, tratada con ARAII. Inició en 2012 con edema de extremidades inferiores y poliartralgias. En el 2013 con proteinuria en rangos subnefróticos y hematuria microscópica sin deterioro de la función renal, serología negativa. Se sospechó de nefropatía lúpica por lo que se inició manejo con deflazacort y ácido micofenólico, desarrollando síndrome de Cushing secundario. Sin mejoría por lo que se realizó biopsia renal que reportó esclerosis focal y segmentaria variedad perihiliar, con glomerulomegalia

compensatoria focal, e inmunofluorescencia directa negativa por lo que se retiró ácido micofenólico. Actualmente con mejoría de la proteinuria, y manejo con losartan y atorvastatina. **Conclusiones:** la glomeruloesclerosis focal y segmentaria es la más común de las enfermedades glomerulares primarias en el mundo cuya principal manifestación clínica es proteinuria, usualmente con síndrome nefrótico y en algunos casos asintomático. La hematuria es una característica común, la mayoría de veces microscópica y ocasionalmente macroscópica. De acuerdo al Grupo de Columbia, según los hallazgos específicos a la microscopia de luz se ha clasificado en cinco grupos: variante Tip, celular, colapsante, perihiliar, y sin otra especificación. La variedad perihiliar se define por la presencia de esclerosis perihiliar y hialinosis que implica esclerosis segmentaria de los glomérulos mayor del 50%; la glomerulomegalia y las adherencias son comunes y a menudo cursa con hialinosis arteriolar, a veces en continuidad con hialinosis perihiliar. Esta variante puede ocurrir en GEFS primaria, sin embargo, este tipo de lesión se ha relacionado frecuentemente a formas secundarias asociadas a respuestas adaptativas del glomérulo, a pérdida de masa renal o a hipertensión glomerular (obesidad, nefropatía por reflujo, agenesia renal, displasia). Es importante distinguir esta entidad, ya que en la mayoría de los casos

la evolución es hacia la insuficiencia renal, con poca respuesta a esteroides, mayor incidencia de hematuria e hipertensión.

Palabras clave: glomeruloesclerosis focal y segmentaria, variante perihiliar, proteinuria.

0522 Calidad de vida comparada entre pacientes en hemodiálisis y diálisis peritoneal con más de 4 años de tratamiento en 2 centros de Petróleos Mexicanos

López y Luis Raúl, Copca Dulce Valeria, López Diana Sarai, Santillán Wendy Josefina, Reyes Emilio, Ramírez Rodolfo, Ángeles Abish

Hospital Central Norte Petróleos Mexicanos

Introducción: la hemodiálisis (HD) y diálisis peritoneal (DP) corrigen parcialmente los síntomas experimentados por el paciente y provocan cambios en el estilo de vida. Estos cambios pueden afectar la calidad de vida. Para la DP hay estudios que han demostrado una mejor calidad de vida en relación a bienestar social, salud mental, en comparación a HD. **Objetivo:** demostrar que hay mayor puntaje en la escala de calidad de vida de los pacientes con DP por más de 4 años, en comparación con los pacientes en HD. **Material y métodos:** estudio observacional, transversal, descriptivo, multicéntrico, analítico. Realizado del 1 de abril al 31 de mayo 2016 se recabaron datos con la escala KDQOL SF 36 a los pacientes en DP o HD en Hospital Central

Norte de Petróleos Mexicanos, Hospital Regional Poza Rica. La comparación entre los 2 grupos fue realizado usando la T-Student para las variables independientes. La chi cuadrada se uso para la homogeneidad de la distribución. **Resultados:** efectos mentales para pacientes en DP 39.56% vs 47.26% en HD, con $p = 0.05$; Efectos físicos en DP 34.47% vs 35.3 en HD, $p = 0.758$; La Enfermedad del riñón en DP 26.84% vs 46.25% en HD, con $p = 0.03$; efectos de la enfermedad renal en DP 61.03% vs 55.38 en HD, $p = 0.391$; síntomas en DP 70.71% vs 71.42% en HD, $p = 0.893$. **Discusión y Análisis:** la DP tiene mejor puntaje en relación a HD en los efectos de la enfermedad renal, por su mejor capacidad de viajar, menos gastos financieros, mayor facilidad de acceso a diálisis, pero no fue estadísticamente significativa. La DP tuvo menor puntaje en relación a HD en la carga de la enfermedad renal, en el área de efectos mentales ambas estadísticamente significativas; lo que relaciona a una mejor capacidad para dormir. en efectos físicos con resultados mixtos. En el área de síntomas sin diferencia estadística, ya descrito en otros estudios donde se ha tomado en cuenta la forma como perciben su enfermedad, identificando que mientras menos conocimiento de la enfermedad tenían, se presentaba una mayor respuesta emocional a la enfermedad y un menor puntaje en los síntomas. **Conclusiones:** la

escala KDQOLSF 36 nos ayuda a evaluar de una mejor manera la calidad de vida, de acuerdo a los puntajes encontrados, de forma general no hay una diferencia significativa en la modalidad de diálisis a largo plazo (más de 4 años) entre los 2 grupos. Por lo tanto el médico y el paciente deben encontrar la modalidad de diálisis que se ajuste mejor a sus necesidades así como a su estilo de vida

Palabras clave: calidad de vida, enfermedad renal crónica terminal, diálisis peritoneal, hemodiálisis, KDQOL SF 36, diálisis o hemodiálisis a mas de 4 años.

0540 Glomerulonefritis membranosa primaria: a propósito de un caso

Guajardo Efrain Ernesto, Barron J Sergio, Razo Gustavo Eduardo
Centro Médico ISSEMYM Ecatepec

Masculino de 41 años de edad con carga genética para tromboembolia pulmonar (padre), resto interrogados y negados. Fumador pasivo, alcoholismo que inicio a los 14 años de edad dos veces por semana llegando hasta el estado de ebriedad suspendido 6 meses previos a su ingreso; resto interrogados y negados. Niega padecimientos crónicos, niega administración de medicamentos o suplementos alimenticios. Circuncisión hace un mes por presentar fimosis. Inicia padecimiento un mes previo a su ingreso con edema

pre tibial blando, no doloroso que incrementa de manera progresiva llegando a genitales ocasionando fimosis manejado con circuncisión además de inicio con tratamiento a base de furosemda 20 mg cada 12 horas sin mejoría de la sintomatología por lo que acude nuevamente a valoración donde a la realización de paraclínicos se encuentran leucocitos de 6810, hemoglobina 15.2mg/dl, glucosa 68 mg/dl, BUN 21 mg/dl, creatinina de 1.3 mg/dl, Acido úrico 5.7 mg/dl, Colesterol de 364 mg/dl, triglicéridos de 163 mg/dl, Examen general de orina con 50 mg/dl de proteínas, proteínas séricas totales de 3.9 g/dl, y albumina de 0.7 g/dl. Anticuerpos anti VIH 1 y 2 negativos, VHC y VHB negativo; Na 142 mmol/L, K 3.6 mmol/L, Cl 110 mmol/L, Ca 7.3 mg/dl, P 4.8 mg/dl, Mg 1.9 mg/dl, depuración de creatinina 85.4 ml/min con un volumen urinario de 1750 ml/24 horas; proteínas en orina de 24 horas 20889.75 mg, NaU 26.2mmol/24 horas, CIU 36.7 mmol/24 horas, KU 40.4 mmol/24 horas. Microalbuminuria 426 mg/24 horas; TP 9.0, TTPa 29.9, INR de 0.84, Hemoglobina glucosilada de 5.2 %; VLDR negativo, Perfil TORCH con IgG para virus de Epstein Barr. C3 y C4 normales, Anti DNA ds, ANA, Anti SM negativos. Ultrasonido renal bilateral con morfología y vascularidad normal, se realiza biopsia renal percutánea guiada por ultrasonido sin complicaciones y ultrasonido de renal de control a las 12 horas sin

evidencia de hematoma; se manejó con estatina, anticuagulación subcutánea, inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina y diurético con lo que disminuyen los niveles de proteinuria en orina a 8 gr/24 horas, se recaba resultado de estudio histopatológico con reporte de glomerulonefritis membranosa, debido a que no presenta asociación con ninguna otra patología se clasifica como primaria.

Palabras clave: glomerulonefritis, membranosa, nefrótico, proteinuria, edema, hipoalbuminemia.

0543 Nefropatía por cilindros de causa desconocida, ¿existe una causa idiopática o es el inicio de una enfermedad aun no manifiesta?

Córdoba Ángela María, Torres Ramón, Amaro Néstor, Lugo Flavio, Rodríguez Adrián
Hospital General de México
Eduardo Liceaga

Mujer de 58 años sin antecedentes crónico-degenerativos, con cuadro emético de 3 días de evolución tratado como gastroenteritis infecciosa con diferentes fármacos incluyendo quinolonas e inhibidor de bomba de protones, ingresa a urgencias por persistencia de cuadro asociado a disminución de volúmenes urinarios, encontrando elevación de azoados, con requerimiento de terapia sustitutiva renal. Laboratorios UREA 104 CR 6 EGO densidad

urniaria 1009 pH 6 prot 30 eritros 0-2 Alb 4.5 Na 131 K 4.8 Cl 97 Ca 9.4 Leucos 6300 neu 4200 hb 12.44 ptl 178.000 Usg renal con tamaño normal, ecogenidad heterogénea en forma difusa con áreas hiperecogénicas. Sedimento urinario blando. Dado el antecedente de consumo de quinolonas e inhibidores de bomba de protones asociado a isostenuria se sospecha probable nefritis túbulo intersticial, se inicia manejo con hidratación y bolos de metilprednisona y prednisona oral, paciente sin mejoría tras manejo inicial en donde se inicia terapia sustitutiva. Considerando paciente con LRA sin causa aparente es llevada a biopsia renal. En la cual se reporta nefritis tubulointersticial activa, con cambios regenerativos acentuados del epitelio y nefropatía por cilindros predominantemente kappa positivos. Tras hallazgo incidental se inicia búsqueda intencionada de etiología causal de nefropatía por cilindros. Beta 2 microglobulina 10.4 AMO en dos oportunidades normal Electroforesis de proteínas en suero y orina reportada normal Kappa y Lambda séricas normales. Serie osea normal. TAC toracoabdominopélvico normal. Marcadores tumorales negativos. La nefropatía por cilindros es la manifestación mas común de lesión renal en pacientes con mieloma múltiple o discrasias sanguíneas de tipo gammopatías monoclonales, secundaria al depósito de cadenas ligeras a nivel tubular, pero raramente

se reporta en otras condiciones, en la mayoría de las cuales se ha asociado a procesos neoplásicos, dentro de los cuales cabe resaltar carcinoma neuroendocrino metastásico o cáncer de páncreas, en particular en este caso la paciente no cumple los criterios para clasificación dentro de discrasias sanguíneas, dentro del abordaje diagnóstico se realizó búsqueda intencionada de probables procesos neoplásicos planteando el interrogante de una probable nefropatía por cilindros de tipo idiopático, vs inicio temprano de una enfermedad aún no manifiesta.

Palabras clave: nefrología, nefropatía por cilindros, nefritis tubulointersticial, lesión renal aguda.

0554 Prevalencia de desgaste proteico energético en pacientes con enfermedad renal crónica en terapia de reemplazo renal con hemodiálisis en un hospital privado de tercer nivel de atención

Diez Ana Lucía¹, López Ernesto², Sánchez Alain¹

¹ Departamento de Medicina Interna; ² Servicio de Nefrología, Unidad de Hemodiálisis Centro Médico ABC

Introducción: los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) tratados con terapia renal sustitutiva (TTR) se encuentran en riesgo de padecer malnutrición. Recientemente se han propuesto nuevos criterios para identificar a pacientes con desgaste proteo

energético (DPE) sin embargo aún existe poca información sobre la prevalencia y factores de riesgo para DPE. **Objetivos:** Estimar la prevalencia de DPE en pacientes con ERC y TTR con hemodiálisis (HD). **Material y métodos:** estudio epidemiológico transversal que incluye casos subsecuentes de pacientes con ERC en HD del centro médico ABC durante el periodo entre febrero 2016 a junio 2016. **Resultados:** se incluyeron 49 pacientes con edad promedio en años de 71.32 (DE±13.72), el 39% de sexo femenino, con un IMC promedio de 25.03kg/m² (DE±4.70), peso seco promedio de 68.6 (DE±15.24) kg y con medianas de tiempo de evolución al diagnóstico de ERC de 60 meses (RIQ 24-120) y tiempo en hemodiálisis de 16 meses (RIQ 7-36). El volumen urinario residual con mediana de 500 ml (RIQ 200-1000). Las complicaciones crónicas identificadas asociadas a ERC fueron: anemia de ERC en 8.16%, trastorno mineral óseo en 75.5%. La prevalencia global de síndrome de desgaste es del 35.29 % (IC 95% 0.21-0.48), los ítems que lo componen se observaron en la siguiente proporción: criterios bioquímicos 78%, ingesta dietética 76.5%, masa corporal 47.1% y masa muscular 13.7%. Los pacientes con DPE tuvieron disminución en los niveles de albúmina promedio de 3.4 vs 3.7g/dL (p=0.001). Las variables sodio (p=0.09), HDL (p=0.08) y transferrina (p=0.09) con ni-

veles más bajos en el grupo de DPE sin alcanzar significancia estadística. El uso de catéter de hemodiálisis tuvo mayor frecuencia en el grupo de DPE 77 vs 63% sin embargo no alcanzó significancia estadística [OR = 2.0 (IC 95% 0.5-7.4, $p=0.3$)], mayor tiempo de evolución de la ERC con una mediana en meses de 60 (RIQ 36-108) vs 74 (24-120), $p=0.9$ y menor tiempo de inicio de hemodiálisis con una mediana de 17 (RIQ 13-36) vs 10 (RIQ 4-36), $p=0.07$. Ambas comparaciones sin significancia estadística. **Conclusiones:** presentamos un trabajo epidemiológico sobre DPE con una alta prevalencia de malnutrición en pacientes con ERC en HD, adicionalmente los pacientes con DPE tuvieron en mayor frecuencia alteraciones bioquímicas y metabólicas y menor tiempo de inicio de hemodiálisis. Estudios posteriores podrían definir el valor pronóstico de la DPE.

Palabras clave: enfermedad renal crónica, malnutrición, terapia de reemplazo renal, nutrición clínica, desgaste proteoenergético, hemodiálisis.

0564 Síndrome de Bartter asociado a fármacos

García Roberto de Jesús¹, Herrera José Luis¹, Lenin Carlos Lenin¹, Santiago Ricardo¹, Peña Martín¹, Villaseñor Rosa¹, Piña Stefanie Danielle²

¹ Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; ² Instituto Nacional de Nutrición y Ciencias Médicas Salvador Zubirán

Introducción: la gentamicina es responsable de lesión renal no oligúrica y disfunción tubular. El síndrome de Bartter se ha asociado a mutaciones en el transportador sodio-potasio-cloro, es causado por una deficiente reabsorción de cloruro en el asa ascendente de Henle, y se caracteriza por excreción aumentada de sodio urinario, hipokalemia, alcalosis metabólica, hiperaldosteronismo hiperreninémico, normotensión arterial e hiperplasia del aparato yuxtaglomerular. El síndrome de Bartter adquirido se ha asociado a diuréticos, antibióticos (aminoglucósidos y colistina) y medicamentos para quimioterapia. **Caso clínico:** femenino 52 años previamente sana. Ingresó por Pancreatitis biliar severa, presentó Insuficiencia respiratoria tipo 2 que ameritó ventilación mecánica. A 6 días presenta Neumonía asociada a ventilación mecánica, con cultivo positivo para *Acinetobacter baumannii* complex, ameritó meropenem 1gr/8hrs, gentamicina 7mg/kg/día. Con mejoría se progresó de ventilación mecánica. Remitiendo neumonía con 14 días de antibiótico. A 17 días sin falla orgánica y uso de diuréticos, presenta calambres severos en extremidades; se documentó hipokalemia persistente y refractaria (2.1-2.5mEq/L), alcalosis metabólica (pH 7.56, PaCO₂ 45mm de Hg, HCO₃ 35), hipercalcemia (350mg/24hrs), hipocalcemia (calcio sérico 7mg/dL), calcio/creatinina (250mg/gr), hipomagnesemia (1.3 mEq/L),

hiperaldosteronismo (22 ng/dL), hiperreninismo (22ng/ml/hr), prostaglandina E2 urinaria (PGE2 55ng/hr/1.73m²), niveles bajos de paratohormona (10pgr/dL), e hipercloremia urinaria (56 mEq/L). Abordaje: hipokalemia con alcalosis metabólica normotensiva, con hipercloremia urinaria. **Resultados:** sospechando síndrome de Bartter-like farmacológico por aminoglucósidos. Manejo: espirinolactona 300mg/día, presentó potasio sérico normal (4mEq/L), normalización de aldosterona, renina séricas y PGE2 urinaria a 3 días. Se suspendió espirinolactona a las 3 semanas de tratamiento, se encontró asintomática y cifras normales de potasio. No ha presentado a los 6 meses nuevos episodios de hipokalemia. **Discusiones y Conclusiones:** se representa la asociación de síndrome de Bartter like tipo V asociado con aminoglucósidos. De acuerdo a literatura éste síndrome remite de 2 a 6 semanas al suspender el fármaco, como se evidenció en la paciente.

Palabras clave: síndrome de Bartter-like, gentamicina, hipokalemia, alcalosis metabólica, presión arterial normal, hipomagnesemia.

0625 Influencia de los diversos estadios de la enfermedad renal crónica sobre el nivel de calidad de vida y la depresión en los pacientes atendidos en el Hospital Dr. Gilberto Gómez Maza en el periodo enero-diciembre de 2015

Hernández Liliana Ivett¹, Briones Alfredo²

¹ Hospital Dr. Jesús Gilberto Gómez Maza, Tuxtla Gutiérrez; Chiapas; ² Facultad de Medicina Humana de la Universidad Autónoma de Chiapas

Introducción: la calidad de vida según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se puede definir como la percepción del individuo sobre su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativa, estándares y preocupaciones. En la evaluación ideal de salud se incluye también una valoración de la calidad de vida, por lo que ha surgido el término de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). **Material y métodos:** se estudiaron 47 pacientes entre 30 y 60 años de edad de los cuales 32 eran mujeres y 25 hombres. Se aplicó el cuestionario KD-QOL-36, para la evaluación de la CVRS. El cual consta de módulos específicos sobre: salud en general, síntomas y efectos de la ERC, y peso (o carga) de la ERC. El puntaje va entre 0 y 100, el puntaje > 50 implica una mejor CVRS. La evaluación de la depresión se realizó mediante la aplicación del inventario de depresión de Beck. **Resultados:** de los 47 pacientes estudiados 9 se encontraban en el estadio 1, 8 en el estadio 2, 14 en estadio 3 y 9 en el estadio 4 de la ERC. Un bajo nivel de la CVRS caracterizó a la mayoría de los

pacientes de los estadios 3 y 4. Mientras que un alto porcentaje de la depresión moderada y severa, también se encontró en estos pacientes. Sin embargo, llama la atención que un porcentaje considerable de distintos niveles de depresión, también se observaron en los primeros estadios de la ERC. **Discusión y Análisis:** la baja CVRS, así como la alta prevalencia de depresión severa predominó en los pacientes con mayor deterioro en la función renal. Sin embargo, la baja CVRS y la presencia de algún grado de depresión no fue exclusiva de los estadios 3 y 4 de la ERC. Por lo que podemos inferir que está última es influenciada por otras causas, como las comorbilidades asociadas. **Conclusiones:** Los resultados anteriores inducen a proponer estrategias de diagnóstico, manejo y monitoreo en etapas tempranas de la ERC, que permitan desde un enfoque multi e interdisciplinario coadyuvar en el mejoramiento de la salud y la calidad de vida de los pacientes, lo que repercutirá un ahorro económico en los gastos de atención y hospitalización de estas enfermedades.

Palabras clave: calidad de vida relacionada a la salud, enfermedad renal crónica, depresión, Chiapas, carga de la ERC.

0641 Prevalencia y caracterización de hiperfiltración en pacientes mexicanos con diabetes mellitus 2, hipertensión arterial sistémica y obesidad

Jaramillo Erika Mariana, Zapata Rogelio, Cruz Antonio, Díaz Leidy Jineth, Arango Johana Isabel, Pérez Daniela de Jesús, Pineda Paula de la Cruz
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: la hiperfiltración glomerular es una condición de aumento del filtrado glomerular. El objetivo de este estudio es determinar el impacto del estado metabólico sobre la tasa de filtrado glomerular. **Material y métodos:** estudio analítico, descriptivo y transversal. Se estudiaron 84 usuarios de la consulta de Medicina Interna del Hospital General de México, con los diagnósticos de diabetes mellitus 2 con y sin obesidad e Hipertensión arterial sistémica con y sin obesidad. Mediante análisis estadístico se obtuvo la media y desviación estándar del filtrado glomerular y se clasificó en los diferentes grupos de estado metabólico. Se calculó correlación de Pearson entre los valores de IFG y los valores de perfil lipídico, proteinuria y antropométricos. **Resultados:** del total de sujetos estudiados 73.8% tenían diagnóstico de diabetes mellitus 2; 8.3% con hipertensión arterial sistémica y 72.6% cuentan con algún grado de obesidad. Para determinar el punto de corte diagnóstico para hiperfiltración se calculó el cuartil tres de cada serie de datos para cada uno de los grupos. Obteniéndose para diabéticos Q3 132.07ml/min,

para hipertensos Q3 149.5ml/min y para obesos Q3 149.5 ml/min. Se calculó prueba de Chi2 y prueba exacta de Fisher para determinar la relación entre la hiperfiltración y el peso, demostrando que existe una relación lineal entre la ambas en el grupo de sujetos diabéticos ($p = 0.049$). Asimismo, se encontró que la hiperfiltración tiene una correlación negativa ($r = -0.28$, $p = 0.009$) con la micro proteinuria. Discusión. El método de elección para determinar de forma precisa la tasa de filtrado glomerular fue la depuración de orina en 24 horas, ya que otras ecuaciones ajustan las cifras de acuerdo a superficie corporal, lo cual infravalora la depuración en obesidad. En nuestro estudio resulta de sumo interés la asociación de hiperfiltración con el grado de obesidad, aunque mucho se ha estudiado sobre hiperfiltración y diabetes mellitus en nuestro protocolo es mucho mayor la asociación con obesidad. **Conclusiones:** logramos determinar un punto de corte para hiperfiltración, la cual fue frecuente en los pacientes con obesidad, diabetes mellitus e hipertensión arterial. Siendo destacada la asociación entre hiperfiltración glomerular y el grado de obesidad; no así con la presencia de obesidad y diabetes mellitus 2.

Palabras clave: hiperfiltración, diabetes mellitus 2, hipertensión arterial sistémica, obesidad, filtrado glomerular.

0646 Infarto renal una patología poco conocida

Martínez Carlos, Flores Gustavo Alain, Grajales Alfonso, Martínez José Enrique, Martínez Karen, Montaña Nalleli Orquídea
Centro Médico ISSEMYM Ecatepec

Antecedentes: el infarto renal se debe a una oclusión de la arteria renal principal o alguna de sus ramas. Tiene una presentación clínica variable, por lo que su frecuencia no se conoce, ya que es generalmente una patología infradiagnosticada. Distintas entidades clínico-patológicas pueden condicionar su aparición, pero son sin lugar a dudas el embolismo y la trombosis de la arteria renal las más frecuentemente implicadas. Se debe sospechar en pacientes con dolor lumbar cólico y factores de riesgo para producir un tromboembolismo, así mismo podemos encontrar leucocitosis, hematuria y elevación DHL (hasta 5 veces su valor). Puede existir deterioro de la función renal que suele recuperarse, aunque puede cronificarse. **Descripción del caso:** se trata de una mujer de 37 años. Sin comorbilidades previas a su internamiento. Acude al servicio de urgencias por dolor en fosa renal izquierda irradiado a fosa ilíaca ipsilateral, que se acompaña de náuseas y anorexia. A la exploración física dirigida presenta puño percusión renal izquierda positiva. Se sospecha cólico nefrítico y se inicia manejo con analgésico

sin mejoría del cuadro clínico. En las pruebas laboratorio leucocitos 15.700 mL, creatinina 1,5 mg/dl; fosfatasa alcalina 153 U/l; LDH 1.064 U/l; GOT 58 U/l; GPT 69 U/l. En la orina se apreciaba proteinuria y hematuria moderada. Ante la falta de mejoría se derivó al paciente a Urgencias, donde se le realizó una tomografía axial computarizada (TAC) con el resultado de infarto renal izquierdo. Se dio tratamiento con anticoagulación y analgesia. **Conclusiones:** creemos de interés este caso ya que el infarto renal es una patología de infrecuente diagnóstico en nuestro medio, el cuadro clínico puede confundirse fácilmente con un cólico renal o una pielonefritis aguda, por tanto debe tenerse en mente en el momento de evaluar un paciente que presente la tríada factor de riesgo de embolia, clínica compatible y DHL sérica elevada. Es importante pensar en otras etiologías y no asociar siempre, dolor lumbar con urolitiasis. Para realizar el diagnóstico TAC contrastada se considera de primera elección al ser un estudio no invasivo. El tratamiento será etiológico pero se deberá iniciar terapia anticoagulante y trombolítica. Los dispositivos intravasculares o la cirugía dependerán de la extensión del daño y la existencia de tejido viable residual. **Palabras clave:** infarto renal, trombosis de la arteria renal, nefropatía isquémica, isquemia renal, cólico renal, pielonefritis.

0669 Enfermedad de Fabry. Reporte de caso

Jiménez Christian Adrián¹, Hernández Liliana Ivett², Maldonado Diana³, Albores José Mario³, Alamilla Mario Eduardo³

¹ Hospital Juárez de México;

² Hospital Dr. Jesús Gilberto Gómez Maza, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; ³ Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

La enfermedad de Fabry es una patología lisosomal de depósito, ligada al cromosoma X, secundaria a la deficiencia de la enzima α -galactosidasa A, con posterior acumulación de glucoesfingolípidos, especialmente la globotriaosilceramida (Gb3), en lisosomas del endotelio vascular, podocitos, miocardiocitos, neuronas, células de la córnea y otros tejidos. **Descripción del caso:** masculino de 42 años de edad, con lo siguientes antecedentes de importancia: madre portadora de diabetes mellitus tipo 2, de 10 años de evolución, hipertensión arterial sistémica y enfermedad renal crónica (ERC) en terapia de sustitución renal (TSFR) con hemodiálisis. Tía y primo por línea materna, finados por complicaciones de ERC de etiología no determinada. Dos hermanos con ERC en TSFR con hemodiálisis; de etiología indeterminada. Resto de antecedentes no relevantes para el padecimiento. Su padecimiento actual lo inicia en octubre de 2013 con deterioro neurológico caracterizado por agitación psicomotriz, mio-

clonías y retención hídrica. Al interrogatorio dirigido con presencia de acroparestesias en las 4 extremidades, hipohidrosis y palpitaciones. EF de relevancia con presencia de depósitos grisáceos que abarcan pupila y cristalino. Cardiopulmonar sin compromiso, abdomen asigológico, extremidades superiores hipotróficas, con fuerza conservada, llenado capilar normal, edema ++, extremidades inferiores hipotróficas, presencia de estrías blanquecinas y telangiectasias. Fuerza conservada, llenado capilar de 3 segundos pulsos palpables de características normales, con edema infrarotuliano ++. Laboratorios: leucocitos 6.26 miles/mm³, eritrocitos 3.64 millones, hemoglobina: 1.5 g/dL, hematocrito 35.7%, plaquetas 186 miles/mm³, bun 32.7 mg/dL, creatinina sérica 7.05 mg/dL, glucosa 81 mg/dL, colesterol total 247 mg/dL, triglicéridos 137 mg/dL, potasio: 4.39 meq/L, sodio: 139.9 meq/L, calcio: 7.1 mg/dL. Ante antecedentes familiares de enfermedad renal crónica y alta sospecha de alteración genética se realiza secuencia genética con mutación c.44c>a, con cambio en aminoácido p.ala15glu, exón, heterocigota, compatible con enfermedad de Fabry. **Conclusión:** la enfermedad de Fabry afecta el riñón en casi todos los pacientes masculinos y en muchos pacientes de sexo femenino, lo que resulta en enfermedad renal terminal y muerte prematura. Es importante

tener en cuenta este diagnóstico ya que la detección oportuna brinda tratamiento dirigido, es decir, sustitución de la enzima.

Palabras clave: enfermedad de Fabry, enfermedad renal crónica, α -galactosidasa A, glucoesfingolípidos, cromosoma X.

0694 Glomerulonefritis lúpica focal con cambios membranosos sin deterioro agudo de la función renal en hombre con síndrome antifosfolípido secundario. Reporte de un caso

Seriña Luis Gabriel, Mayoral Héctor Antonio, Ayala Ivonne Alexandra, Giraldo Diego Alejandro, Cruz Araceli, Sánchez Virginia Hipólita
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad crónica inflamatoria autoinmune que afecta en mayor parte a mujeres, cuando afecta a hombres suele tener presentaciones atípicas y agresivas. El síndrome antifosfolípido (SAF) se presenta entre el 30 y 40% de pacientes con LES, y causa afectación renal por microangiopatía. Presentamos el caso de un hombre de 25 años, con trombosis venosa profunda de pierna derecha hace 2 en tratamiento con rivaroxaban. Acude a medicina interna por alzas térmicas no cuantificadas que inician 4 meses previos a la valoración, asociadas a caída excesiva de cabello, astenia, adinamia, artralgias simétricas que mejoran con el movimiento,

muestra mejoría parcial con la automedicación de deflazacort y ketorolaco. Un mes previo al ingreso con eritema malar, pérdida ponderal de 10 kg en 1 mes, hiporexia, náusea, mareo y fotopsias, se decide ingreso para protocolo diagnóstico. A la exploración se encuentra cabello fácilmente desprendible, fondo de ojo con engrosamiento de pared vascular, sin úlceras orales; nódulos en región radial, bilateral, pétreos, ligeramente dolorosos; úlcera de 12 cm de bordes irregulares en región tibial derecha, con tejido de granulación, doloroso a la palpación superficial y profunda en proceso de cicatrización, sin secreción. Se solicitan exámenes de laboratorio: anticuerpos anti-DNAs, anti-Sm, anti-cardiolipina IgA positivos, ANA homogéneo 1:640, c-ANCA, p-ANCA y factor reumatoide negativos, C3 y C4 disminuidos. En uroanálisis leucocituria y hematuria microscópica, proteinuria en 24 horas de 725 mg, diagnosticando LES y SAF. Se realiza biopsia renal por presencia de sedimento activo y proteinuria subnefrótica, que reporta glomerulonefritis lúpica focal con cambios membranosos clase III (A/C) + V (ISN/RPS), fibrosis intersticial grado I, arteriopatía leve. Se inicia tratamiento de inducción con bolos de metilprednisolona y ciclofosfamida, y mantenimiento con ciclofosfamida, se continúa manejo con rivaroxaban, con mejoría en clínica. El diagnóstico de LES y SAF en hombres requiere

re una alta sospecha clínica, debido a la evolución agresiva en este tipo de pacientes, es fundamental el diagnóstico y tratamiento oportunos. En este caso a pesar de no haber hipera-zoemia ni proteinuria nefrótica, la biopsia renal reporta cambios glomerulopatía membranosa y leve afección vascular, por lo que requiere tratamiento agresivo para evitar progresión del daño.

Palabras clave: síndrome antifosfolípido, lupus eritematoso sistémico, glomerulonefritis membranosa, nefritis lúpica, microangiopatía trombótica.

0707 Nefropatía por depósito de pigmentos de tipo rabdomiólisis asociada a uso de estatinas

Pérez Aldo Alfredo, García Iveth Eunice

Hospital Juárez de México

Introducción: presentamos un caso de nefropatía secundario a uso de estatinas, con poco registro en bibliografía nacional, cuya identificación oportuna mejora el pronóstico del paciente.

Presentación del caso: femenino de 69 años con HAS de 20 años de diagnóstico manejada con losartán 50 mg cada 24 horas e hidroclorotiazida 12.5 mg al día. Hospitalizada 1 mes previo a su ingreso por desorientación e indiferencia al medio, diagnosticándose con EVC isquémico, manejada con clopidogrel 75 mg al día y atorvastatina 40 mg cada 12 horas; 24 horas posteriores al inicio del tratamiento, comienza con debilidad proximal asociado

a dolor generalizado a la movilización activa y pasiva, además de coluria y disminución de los flujos urinarios hasta llegar a la anuria, se mantiene así por 4 días antes de acudir a valoración. A su ingreso sin datos de depleción de volumen, con desorientación temporoespacial, indiferencia al medio, edema de extremidades inferiores y volúmenes urinarios de 0.15 mL/kg/h con laboratorios que reportan CK de 10,736 y creatinina de 1.45, así como debilidad generalizada de predominio proximal en las 4 extremidades, datos de infección del tracto urinario y alteración en las pruebas de función hepática sugestivas de insuficiencia hepática crónica de origen no determinado con encefalopatía hepática grado 2. Se inicia tratamiento antibiótico y medidas antiamonio, se estadifica con lesión renal aguda AKIN 3 secundaria a depósito de pigmentos por la elevación de enzimas musculares por lo que se inicia hidratación intensiva con soluciones cristaloides a una velocidad de infusión de 200 mL/h y alcalinización de la orina. Durante su evolución persiste con elevación de azoados y oliguria, motivo por el que requiere hemodiálisis con ultrafiltración en 4 ocasiones. Durante su hospitalización con evolución favorable, mejoría del estado de alerta, con disminución de la sobrecarga hídrica posterior a las sesiones de hemodiálisis, con disminución de los niveles de enzimas musculares y uresis de

900 mL en 24 horas. Egresándose por mejoría clínica con envío al servicio de nefrología para seguimiento. **Conclusiones:** existen reportes de casos de rabdomiólisis secundario a rosuvastatina, pravastatina y atorvastatina debido a que su metabolización por CY3P3A4 no es completa, tanto con dosificación adecuada como por sobredosificación. La incidencia de dichos casos se ve aumentada en pacientes con miopatías o hepatopatías subyacentes de cualquier etiología. **Palabras clave:** nefropatía, rabdomiólisis, estatinas, depósito, pigmentos.

0720 Factores de riesgo asociados a enfermedad renal crónica en pacientes con infección por el virus de inmunodeficiencia humana

Córdova Carlos, Dehesa Edgar, Cardona Carlie Michelle, Gutiérrez María Fernanda

Hospital Civil de Culiacán, Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud

Introducción: la enfermedad renal crónica (ERC) se ha convertido en una complicación frecuente en los pacientes infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); sin embargo, las características epidemiológicas, clínicas y de laboratorio de esta enfermedad han sido poco estudiadas en pacientes mexicanos. **Material y método:** estudio transversal que incluyó 274 pacientes con diagnóstico de infección por VIH/SIDA del Centro Ambulatorio para la Atención de SIDA e

Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) de Culiacán. El diagnóstico de ERC se realizó de acuerdo con los criterios de tasa de filtración glomerular estimada (TFGe<60 mL/min con la fórmula CKD-EPI) y proteinuria de las guías KDIGO. Se compararon las características clínicas, epidemiológicas y de laboratorios entre los pacientes con y sin ERC. Mediante análisis de regresión logística se estudiaron los factores de riesgo asociados con ERC. **Resultados:** edad promedio de 41±11 años y 72.3% de pacientes masculinos. La prevalencia global de ERC fue de 11.7% (n=32), de 7.2% (n=20), por el criterio de TFGe, y de 7.6% (n=21) por el criterio de proteinuria. El 34.3% (n=11) cumplió sólo el criterio de TFGe; 37.5% (n=12) sólo el criterio de proteinuria y 29.1% (n=9) cumplió ambos criterios de ERC. Los estadios de ERC más frecuentes fueron: estadio KDIGO G3A1 con 40.6% (n=13), estadio KDIGO G1A2 con 31.3% (n=10) y estadio G3A2 con 15.6% (n=5). Los factores de riesgo asociados en forma independiente con el desarrollo de ERC fueron: tratamiento con abacavir/lamivudina con OR de 3.2 (p=0.03), conteo de linfocitos CD4 <400 células/μL con OR de 2.6 (p=0.04), edad con OR de 1.1 (p<0.01) y proteinuria con OR de 19.98 (p<0.01). **Discusión:** la prevalencia de la ERC observada en nuestra población, ya sea en forma global o por criterios individuales, se encuentra dentro de los rangos reportados por otros autores, que van de 7

a 13% para ERC por criterio de proteinuria y de 3.5 a 9.7% por criterio de TFGe. El conteo de linfocitos <400, el tratamiento con abacavir/lamivudina y la proteinuria fueron los factores de riesgo para ERC observados en nuestra población, mismos que también ya han sido reportados por otros investigadores. **Conclusiones:** nuestro trabajo demuestra que la ERC es una complicación frecuente en los pacientes mexicanos infectados con el VIH, así como la importancia de medidas de nefroprotección y tratamiento de factores de riesgo para ERC modificables en esta población.

Palabras clave: insuficiencia renal crónica, enfermedad renal crónica, virus de la inmunodeficiencia humana, terapia antirretroviral.

0726 Lesión renal aguda en pacientes sometidos a apendicectomía en el Hospital Ángeles Pedregal

Vicente Berenice, Pérez Carlos Francisco, Díaz Enrique, Rodríguez Federico

Hospital Ángeles Pedregal

Introducción: la lesión renal aguda (LRA) es un cambio agudo en la función renal multifactorial; en el periodo posquirúrgico aumenta la mortalidad y morbilidad. Existe poca información sobre la LRA en cirugías no cardíacas. El gasto urinario es un índice funcional y un biomarcador de lesión tubular, parte de los criterios diagnósticos. El propósito del estudio es determinar la incidencia de LRA en

pacientes con posapendicectomía, existencia de oliguria posquirúrgica y factores de riesgo de LRA. **Material y método:** estudio observacional, transversal y retrospectivo. Revisamos los expedientes de pacientes sometidos a apendicectomía durante febrero de 2015 a enero de 2016 en el Hospital Ángeles Pedregal. Incluimos pacientes mayores de 18 años y excluimos a pacientes sin control de líquidos. Se definió y clasifico LRA con las guías del KDIGO. Los datos demográficos se expresaron en medianas; utilizamos χ^2 como medida no paramétrica. Tomamos como significación estadística $p < 0.05$. Presentamos datos en OR con intervalo de confianza (IC) 95%. Se utilizó el programa de estadística SPSS 2.1 versión para Windows. **Resultados:** en 12 meses se revisaron 196 expedientes; 114 pacientes no cumplieron con el control de líquidos y se excluyeron; quedaron 82 pacientes para análisis. Encontramos una incidencia de 25.6% de LRA, 47.6% de AKI I y 52.4% de AKI II; 61.9% de los pacientes eran mujeres. La mediana de edad en el grupo LRA fue 38 (18-77). Del grupo sin LRA, 54% tuvo oliguria transitoria en recuperación y 21.3%, oliguria transitoria a las cuatro horas. En el grupo LRA, 76.2% tenía oliguria en recuperación ($p = 0.097$, OR 2.54 IC 95% 0.826-7.820); 80.9% tenía oliguria a las cuatro horas después de la cirugía ($p < 0.05$, OR 13.66 IC 95% 3.94-47.6),

sensibilidad y especificidad de 80 y 79%, VPP 56% y VPN 92%; 47.6% de los pacientes con LRA recibieron más de dos AINES, con RR de 1.08. **Discusión y Análisis:** encontramos incidencia similar a la reportada en estudios previos. Nosotros tenemos más casos de AKI 2 de lo reportado previamente. Antecedentes como DM, HAS, ERC no fueron significativos en nuestro estudio. Encontramos asociación estadísticamente significativa entre DMH a las cuatro horas y LRA. **Conclusiones:** la existencia de LRA en nuestra población es considerable y el control estricto de líquidos es indispensable para detectar casos oportunamente. **Palabras clave:** lesión renal aguda, apendicectomía, posquirúrgica, oliguria, diuresis media horaria, incidencia.

0728 Reporte de caso: síndrome nefrótico como manifestación clínica de la gammopatía monoclonal con significación renal

Lara Luis Antonio, Valdés Alejandro

Tecnológico de Monterrey, Escuela de Medicina

La gammopatía monoclonal con significación renal (GMSR) es una entidad infrecuente, caracterizada por un deterioro de la función renal, secundaria a la existencia de una proteína M. Se ha reportado un incremento de casos reportados en los últimos años, con alta morbilidad y mortalidad.

Comunicación de caso: paciente

masculino de 56 años de edad, con antecedente de gota de tres años de evolución, en tratamiento con alopurinol; acudió por un cuadro de dos meses de evolución con edema progresivo de los miembros inferiores, con dificultad para la marcha, edema facial, náusea e hiporexia. Se valoró por médico internista. A la exploración física se observa edema en ambos miembros inferiores, con signo de Godet (+). Resto de la exploración, sin relevantes. En los estudios de laboratorio se identifica Cr 4.6 mg/dL, FG 13.4 mL/min y proteinuria en rango nefrótico. La cuantificación de proteínas en orina de 24 horas en 4.2 gr/dL, albúmina en 2.8 mg/dL y concentraciones de complemento normales. US renal normal. Se excluyeron causas infecciosas y autoinmunes de síndrome nefrótico. Se realiza biopsia renal que a la ML muestra datos de gammopatía monoclonal mesangial nodular con esclerosis nodular, negativa para tinción de rojo congo. ME con depósitos densos subendoteliales de la membrana basal y enfermedad de depósitos de inmunoglobulinas monoclonadas. Se solicita electroforesis de proteínas séricas con concentraciones de globulina α_2 en 1.1 gr/dL. Inmunofijación de proteínas séricas en rangos normales. Inmunofijación de proteínas en orina con proteínas de Bence Jones tipo kappa. Cuantificación de las cadenas ligeras en suero con cadenas kappa en 1947 mg/dL (3.3-19.4 mg/dL). Índice

kappa/lambda de 71.98 (0.26-1.65). Aspirado y biopsia de médula ósea con aumento del número de células plasmáticas de componente monoclonal en 5.2%. Se establece diagnóstico de GMSR tipo Randall y el servicio de Hematología inicia tratamiento con melfalan y TCH. Actualmente se encuentra en lista para trasplante renal, con buena respuesta al tratamiento.

Discusión: la GMSR es una enfermedad poco frecuente que sin tratamiento es causa de enfermedad renal terminal en 33 a 63% de los casos, a 1 y 5 años, respectivamente. El síndrome nefrótico es una manifestación clínica incluso en 42% de los pacientes. **Conclusión:** aun en pacientes con evidencia de gammapatía monoclonal, la insuficiencia renal es causa de la gammapatía sólo en 30% de los casos. La GMSR es un diagnóstico de exclusión; la importancia de realizar un diagnóstico preciso y oportuno radica en su repercusión en la función renal y la alta recurrencia en pacientes trasplantados de riñón, aun con tratamiento médico óptimo.

Palabras clave: síndrome nefrótico, insuficiencia renal terminal, enfermedad de las cadenas ligeras, gammapatía monoclonal de significación renal, gammapatía tipo Randall.

0740 Acidosis tubular renal distal: presentación de un caso con parálisis hipokalémica

Broca Blanca Estela¹, González Gerardo²

¹ Departamento de Medicina Interna; ² Unidad Metabólica UMAE, Especialidades CMN La Raza, IMSS

Introducción: la acidosis tubular renal distal (ATRD) o ATR tipo I se caracteriza por una disminución en la excreción urinaria de los hidrogeniones H⁺ y del amonio. Para poder diagnosticar la ATRD en la clínica es necesario determinar la creatinina plasmática y las excreciones fraccionales de sodio, potasio y cloro, la calciuria y la citraturia, así como realizar las pruebas de acidificación tubular para clasificar la enfermedad. **Objetivo:** describir las características clínicas de la acidosis tubular renal distal.

Caso: paciente masculino de 29 años de edad, sin antecedentes de enfermedades crónico-degenerativas, litiasis renal desde hace 3 años que ameritó colocación de catéter doble JJ bilateral. Inició su padecimiento con debilidad muscular de forma progresiva, predominantemente en miembros inferiores por lo cual acudió al servicio de urgencias en donde se diagnosticó como parálisis hipokalémica, fue enviado al servicio de Unidad Metabólica del Hospital de Especialidades, CMN La Raza para protocolo de estudio por hipokalemia. Se realizaron diversos estudios de laboratorio y gabinete, encontrando hipokalemia, potasio sérico de 2.8 mEq, a expensas de pérdidas renales, con potasio urinario de 35.6 mEq y gradiente trastubular de potasio

(GTTK) de 13, posteriormente se determinó el estado ácido base encontrando acidosis metabólica hipercloremica (Ph 7.16, Hco3 15, cloro 116, anión Gap de 10), por lo cual se consideró diagnóstico de ATR distal; se solicitó examen general de orina el cual contaba con Ph de 7.0, citratos en orina normales (1089 mg/24 hrs), relación calcio-creatinina 0.03; para clasificar la enfermedad se realizaron pruebas de acidificación tubular con titulación con bicarbonato de sodio, resultando FEHCO3 de 0.85% (normal), CO2 urinario-Co2 sérico menor de 20, y prueba de acidificación con amonio resultando anión Gap urinario de 13.7 y PH urinario de 6.5, corroborando el diagnóstico.

Conclusión: en la acidosis tubular renal distal el tratamiento consiste con suplementos de bicarbonato, potasio y citratos, en este caso se prescribieron bicarbonato de sodio y sales potasio con la finalidad de evitar la nefrocalcinosis, recurrencia de cálculos renales y la progresión de la enfermedad renal.

Palabras clave: hipokalemia, acidosis tubular renal distal.

0744 Glomeruloesclerosis focal y segmentaria, variante TIP o lesión de la punta. Reporte de caso clínico

Álvaro Josefina¹, Soto Ernesto¹, Espinosa Eduardo²

¹ ISSSTE Veracruz; ² ISSSTE Mérida

Introducción: el término glomeruloesclerosis focal y

segmentaria (GEFS) define una entidad clínica que tiene un patrón de lesión anatomopatológico característico en la microscopía óptica, pero con múltiples etiologías posibles, describiéndose formas primarias y secundarias. **Caso clínico:** hombre de 50 años de edad, sin antecedentes de importancia. Inició en febrero de 2015 con edema progresivo hasta la anasarca con múltiples visitas a urgencias; con deterioro de la función renal, proteinuria nefrótica, hematuria microscópica e hiperlipidemia; manejo inicial con furosemide y prednisona con dosis reducción y remisión parcial. Panel viral negativo y ANCA negativo, USG renal normal. La biopsia renal reportó esclerosis focal y segmentaria variedad de la punta, con cambios regenerativos acentuados del epitelio tubular, inmunofluorescencia negativa; se reinició manejo con prednisona por recidiva de la enfermedad y pravastatina. Actualmente en seguimiento por Nefrología, con mejoría de la proteinuria. **Conclusión:** la historia natural de la GEFS constituye un reto diagnóstico, debido al curso clínico variable que abarca distintos grados de edema y proteinuria intensa, en ocasiones refractaria al tratamiento, asociado con lesiones de esclerosis glomerular focal y segmentaria y borramiento de las prolongaciones primarias. Este patrón patológico ha sido clasificado en el Grupo de Columbia según los hallazgos

específicos a la microscopia de luz en cinco grupos: variante TIP, celular, colapsante, perihiliar y sin otra especificación. Las variantes histológicas tienen un impacto significativo sobre el resultado a largo plazo del paciente. La variante TIP se define por la presencia de al menos un glomérulo con una lesión segmentaria que implica el dominio de la punta (es decir, 25% del penacho glomerular junto al origen del túbulo proximal), o bien la adhesión entre el penacho glomerular y la cápsula de Bowman en la luz tubular o cuello, o confluencia de los podocitos epiteliales con los parietales o células epiteliales tubulares en el polo tubular o del cuello. Dicha variante ha sido asociada en diferentes trabajos con un mejor pronóstico (menor riesgo de falla renal terminal). El tratamiento de primera línea en este grupo y para síndrome nefrótico persistente son los esteroides y en ausencia de respuesta, la mejor opción son los inhibidores de la calcineurina.

Palabras clave: glomeruloesclerosis focal y segmentaria, proteinuria, variante TIP.

0747 Glomeruloesclerosis focal y segmentaria variedad de la punta asociada a glomeruloesclerosis nodular en paciente diabético. Reporte de un caso

Reyes Oblesther, Mayoral Héctor Antonio, Pedraza Emmanuel M, Giraldo Diego Alejandro, Ayala Ivonne Alexandra, Sánchez Virginia Hipólita, Rosales Víctor Hugo

Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

La glomeruloesclerosis focal y segmentaria es una enfermedad caracterizada por lesiones obliterantes por acúmulo de matriz extracelular en los capilares, esclerosis focal y distribución segmentaria, es una causa importante de síndrome nefrótico; dentro de las diversas variantes, la variante de punta tiene una mejor respuesta a esteroides. Se presenta el caso de un hombre de 60 años con diabetes mellitus de 15 años de diagnóstico, en metas de control glucémico desde hace 6 meses, creatinina 2.2 mg/dL 4 meses previo a ingreso, quien acude por edema ascendente y disnea de medianos esfuerzos. A la exploración física se encuentra derrame pleural bilateral de 40% y edema en piernas +++. En laboratorios, glucosa 136 mg/dL (posprandial), creatinina 3.5 mg/dL, urea 90.9 mg/dL, colesterol 120 mg/dL, triglicéridos 132 mg/dL, albúmina 2.58 g/dL, HbA1c 6.03%, proteinuria 9.58 g en 24 horas. Niveles séricos de C3, C4 y sedimento urinario normales. Se realiza ultrasonido renal riñón derecho de 12 cm longitudinal, riñón izquierdo de 11.4 cm longitudinal, relación corteza-médula conservada. Se realiza biopsia renal que reporta cambios tubulo-intersticiales y vasculares crónicos atribuibles al daño por diabetes y sinequia entre el ovillo capilar y la cápsula de Bowman, en polo tubular localizada en la región de la punta

compatible con glomerulopatía focal y segmentaria tipo punta. Se inicia tratamiento con esteroide con disminución en proteinuria, aunque sin regresar a creatinina previa. En pacientes diabéticos, quienes a pesar de adecuado control glucémico tienen rápida progresión de la enfermedad renal crónica, se deben considerar otras glomerulopatías sobreagregadas, ya que puede cambiar la conducta terapéutica y mejorar el pronóstico de los pacientes.

Palabras clave: glomeruloesclerosis focal y segmentaria, glomeruloesclerosis nodular, nefropatía diabética, glomeruloesclerosis focal y segmentaria variedad punta.

0760 Experiencia actual en la colocación de accesos vasculares (catéter) para hemodiálisis (HD) guiados por ultrasonido (US) en nuestro servicio. Unidad de HD, Hospital Ángeles Puebla (HAP)

Mier Jesús¹, Rivera Leonor, Rachid Cesin S¹, Campos Ana Karen¹, Vargas Santiago Samuel², Varela José Arturo¹, Hernández Óscar¹

¹ Hospital Ángeles Puebla; ² Hospital Puebla

Introducción: la evidencia actual en la literatura muestra claramente la superioridad en la colocación de accesos vasculares para HD por guía de US^{1,2,3} vs punción ciega (PC). **Material y método:** en nuestra unidad de HD admitimos 102 pacientes en el periodo 01/2014 a 09/2016; 66 hombres y 36 mujeres, edad

entre 18 y 92 años, con media de 58.9. En 75 pacientes se utilizó el US como guía y 27 instalados con PC; 59% de los pacientes diabéticos con ERC, 7% por neoplasia, el resto por medicamentos nefrotóxicos y enfermedades inmunológicas. Acceso principal yugular interna (YI), 68 pacientes derecha y 7 izquierda, 24 subclavios (PS), 15 derecha y 9 izquierda y 1 femoral derecho (FD). En todos los pacientes se utilizó catéter tipo Mahurkar-Covidien, técnica Seldinger guiada por US, el mayor porcentaje colocado en quirófano y en el 100% Rx tórax control. **Resultados:** en el 100% de los pacientes con acceso YI catéter Mahurkar se logró el funcionamiento adecuado e inmediato por al menos 6 meses, 23 actualmente con catéteres funcionando, 10 fueron convertidos a fístula, 1 a palíndromo-covidien, 4 fueron retirados al momento del trasplante renal y 5 con falla renal aguda a su egreso. Complicaciones: hematoma en sitio de punción 1 paciente YI, punción PS 1 neumotórax, 4 punción frustrada, 6 punción arteria y no complicaciones en el acceso; dichas complicaciones resueltas satisfactoriamente. **Conclusiones:** la punción guía por US es claramente superior a la PC, de acuerdo con lo reportado en la literatura actual, por lo que ésta debe abandonarse. Actualmente el 47% de los pacientes de la HD se dializan con catéter y 43% con fístula, principalmente debido a la renuencia por parte de los pacientes a ser convertidos a otro tipo de

acceso vascular, a pesar de esto, todos los pacientes se encuentran bien dializándose, el cambio de AV es algo en lo se insistirá continuamente mediante mayor información. **Bibliografía:** 1 K/DIGO 2016; 2. Primer of kidney disease 3. Clinical Nephrology and Hypertension Oxford Press.

Palabras clave: accesos vasculares, hemodiálisis, complicaciones.

0761 Indicaciones poco usuales de terapia de reemplazo renal continua (TRRC)

Mier Jesús¹, Arizpe Daniel², Rachid Cesin S¹, Vargas Samuel³, Romero Mónica³, Pérez Raymundo⁴

¹ Hospital Ángeles de Puebla; ² HO; ³ Hospital Puebla; ⁴ Hospital Beneficencia Española

Introducción: publicaciones recientes demuestran que la TRRC es exitosa en falla orgánica de múltiples etiologías, entre ellas sepsis, envenenamiento, falla hepática, cardíaca y renal, entre otras. **Objetivo:** mostrar la experiencia de nuestro grupo en 13 pacientes con estas características. **Material y método:** en el periodo comprendido en 08/2014 y 08/2016 recibimos 13 pacientes (6 hombres y 7 mujeres), 2 con síndrome hepatorenal, 2 con insuficiencia cardíaca refractaria, 5 sépticos, 1 con Guillain-Barré y 3 con otras patologías. En todos se utilizó la modalidad de CVVHDH continua, utilizando máquina Prisma y Prima Flex Plus Gambro con

filtros M-100 y ST-150, respectivamente; tiempo mínimo de tratamiento 24 hrs y un máximo de 48 hrs; todos los casos se catalogaron como severos por SOFA (*Sequential Organ Failure Assessment*). **Resultados:** del total de pacientes, 10 (76.9%) de ellos fueron egresados en buenas condiciones, los 3 (23.1%) pacientes que fallecieron tenían calificación de SOFA mayor a 3, en los pacientes con falla cardíaca se logró filtrar hasta 15 litros sin presentar inestabilidad hemodinámica y se logró disminuir su clase funcional hasta dos niveles. **Conclusiones:** CRRT es efectiva en patologías diferentes a la falla renal, especialmente en aquellos con sobre carga hídrica independientemente del nivel de creatinina. La CVVHDF es el método más comúnmente usado, fácil de reproducir en otros hospitales. La sobrevida como grupo fue mayor a la reportada en la literatura para pacientes con SOFA similar, así como la estancia fue menor. Concluimos que esta terapia debe ser llevada a cabo más frecuentemente y ser comparada con grupos de control en otras modalidades de terapia.

Palabras clave: hemodiafiltración, sepsis, insuficiencia cardíaca.

0778 Correlación del grosor de la íntima media carotídea con los niveles de paratohormona en pacientes con enfermedad renal crónica KDIGO 4 y 5

Martínez Ana Luisa

Hospital General Regional No. 1, Dr. Carlos MacGregor Sánchez Navarro

Introducción: la enfermedad renal crónica (ERC) actualmente se considera como un problema de salud que se incrementa la necesidad de múltiples intervenciones. Existen factores de riesgo tradicionales y no tradicionales asociados a dicha enfermedad, relacionados con un aumento de la mortalidad cardiovascular. Dentro de estos últimos se encuentra la presencia de trastornos del metabolismo mineral (calcio-fósforo-paratohormona). De los niveles de paratohormona (PTH) no existe un rango definitivamente establecido que prediga lesiones cardiovasculares y disfunción del sistema arterial, existe poca evidencia respecto a su asociación con otro factor independiente considerado predictor de eventos cardiovasculares y cerebrovasculares, como es el aumento del grosor de la íntima media carotídea (GIMC), que se considera una manifestación más precoz de aterosclerosis. **Objetivo:** determinar la relación que existe entre el grosor de la íntima media carotídea y los niveles de paratohormona en pacientes con ERC KDIGO 4 y 5. **Material y método:** se incluyó un total de 108 pacientes con enfermedad renal crónica KDIGO 4 y 5 con o sin terapia sustitutiva de la función renal, se determinaron niveles de PTH y se midió el

GIMC mediante ecocardiografía Doppler. Corresponde a un estudio no experimental, transversal y ambispectivo.

Resultados: se evaluaron 108 pacientes (55 hombres y 53 mujeres) de edades comprendidas entre 26 y 89 años. En los pacientes participantes la comorbilidad más asociada fue la HAS (90.7%), seguida de DM2 (70.4%), anemia en 56.5% de los casos, con historia cardiovascular en 16.7% de los casos.

Discusión y Análisis: al comparar los valores del GIMC con los niveles de PTH, pudimos observar que no se encontró una correlación lineal entre dichas variables de interés, pero sí se encontró una correlación positiva entre la tasa de filtrado glomerular y los niveles de PTH, fósforo y edad. Con el resto de las variables no fue posible establecer una correlación.

Conclusiones: de 108 pacientes estudiados, 50.9% son del género masculino. El factor de riesgo asociado más frecuentemente fue la HAS (90.7%), seguido de DM2 (70.4%) y sedentarismo (71.4%). Al analizar el conjunto de variables ultrasonográficas, bioquímicas y clínicas se comprobó que el GIMC aumenta con la edad, no así con el género, ya que no hubo diferencia en el grosor de la pared de dicha arteria. La evidencia disponible no permite determinar asociación entre GIMC y PTH.

Palabras clave: correlación, grosor, íntima, carotídea, paratohormona, renal.