



Revista de la Sociedad Española de Nefrología

journal homepage: www.revistanefrologia.com



Carta al Director

Hemodiálisis para seguir bailando

Hemodialysis to keep on dancing

Sr. Director,

Los criterios de inicio de un programa regular de hemodiálisis no siempre son fáciles de aplicar.

Presentamos el caso de un varón de 70 años con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) secundaria a pérdida de masa renal. En 2015, a los 60 años, presentó un carcinoma renal de células claras en el riñón izquierdo, tratado con nefrectomía radical.

En 2018 inició tratamiento con sunitinib por metástasis pulmonares, que fue suspendido en mayo de 2022 debido a deterioro de función renal, a pesar de encontrarse en respuesta radiológica completa. Posteriormente, recibió tratamiento con nivolumab y axitinib.

En mayo de 2023 se inició cabozantinib por progresión hepática y ósea. Sin embargo, en 2024 desarrolló síndrome nefrótico secundario al inhibidor de la tirosina kinasa (TKI). Además, se evidenció progresión metastásica: masa hiliar derecha que ocupa completamente el bronquio superior derecho y metástasis óseas.

En consenso con Oncología, se mantuvo cabozantinib debido a la limitada disponibilidad de alternativas terapéuticas.

Desde el punto de vista renal, el paciente presentó progresión de la insuficiencia renal hasta Cr 7,56 mg/dl, FG (CKD-EPI) 6,6 ml/min/1,73 m², urea 336 mg/dl, sodio 137 mmol/l y potasio 4,2 mmol/l. A pesar de optimización de tratamiento médico, la insuficiencia renal no mejoró.

En el seguimiento que se realizó en la consulta ERCA, se planteó inicialmente tratamiento conservador de la enfermedad renal por astenia, pérdida de peso progresiva y progresión tumoral. Sin embargo, el paciente mantenía vida activa dentro de sus posibilidades, incluyendo su costumbre de salir los sábados a bailar.

Tras información adecuada de las opciones disponibles y de los posibles riesgos, en decisión conjunta liderada por el paciente, se inició tratamiento sustitutivo mediante hemodiálisis a través de catéter tunelizado.

La única complicación registrada fue una tunelitis con trombosis asociada al catéter a los seis meses del inicio de la diálisis, resuelta mediante antibioterapia, recambio del catéter y anticoagulación.

Desde diciembre de 2024, el paciente se encuentra en tratamiento con everolimus.

El cáncer renal es el noveno tumor más frecuentemente diagnosticado en España, y se estima que en el año 2025 se diagnosticarán 9.794 casos nuevos en nuestro país¹. Aproximadamente el 75% de los cánceres renales son carcinomas de células claras. El pronóstico de este tumor cuando está diseminado ha cambiado drásticamente desde la introducción de los TKI y de los inhibidores de

los puntos de control del linfocito T (ICI): los TKI (sunitinib, pazopanib, axitinib, cabozantinib, tivozanib) inhiben múltiples receptores de tirosina kinasa que están involucrados en el crecimiento tumoral y la angiogénesis. Los ICI, como nivolumab y pembrolizumab (anti-PD-1) e ipilimumab (anti-CTLA-4), actúan bloqueando los puntos de control inmunitarios que limitan la respuesta inmune contra las células tumorales².

Actualmente, utilizando diferentes estrategias de tratamiento se consiguen largos supervivientes y posiblemente la curación en algunos subgrupos de pacientes³.

Bajo esta premisa, el inicio de la diálisis en pacientes con neoplasia metastásica en progresión se convierte en un debate bioético con dificultad para establecer qué pacientes se beneficiarían y en qué pacientes implica un mayor riesgo de complicaciones, efectos adversos o disminución de la calidad de vida⁴.

Dada la mayor mortalidad en los primeros 120 días tras el inicio de la diálisis⁵, muchas unidades ERCA abogan por un tratamiento conservador de la ERC si el paciente tiene una expectativa de vida menor de 6 meses (como ocurría, por ejemplo, en gran parte de los pacientes con enfermedad tumoral no controlada y en progresión), intentando mantener la calidad de vida y evitar la obstinación terapéutica. En este sentido los nefrólogos debemos aceptar que la enfermedad tumoral metastásica ya no siempre implica baja supervivencia a corto plazo, y no debemos cerrar la posibilidad de inclusión en tratamiento renal sustitutivo.

Y llegados a este punto, surge una nueva cuestión: ¿cuál es la diálisis adecuada en pacientes con enfermedad tumoral en progresión en los que sí se inicia tratamiento sustitutivo renal? Se denomina diálisis paliativa aquella en que se reduce la frecuencia y/o la duración con el fin de aliviar algunos de los síntomas secundarios a la patología renal, con una pauta de diálisis lo más confortable posible^{5,6}. Las guías de adecuación en hemodiálisis centran su atención en la dosis de diálisis o Kt/V⁷. En cambio, las guías de diálisis peritoneal priorizan los síntomas del paciente al Kt/V obtenido en situación de buen control de nutrición, volumen y complicaciones asociadas a la uremia⁸.

Por ello, quizás haya llegado el momento en que nos paremos a reflexionar qué objetivos precisa cada subgrupo de pacientes y de adaptar la adecuación a lo largo de la evolución del paciente en el tiempo.

A día de hoy, quince meses tras el inicio de hemodiálisis, el paciente continúa saliendo los sábados a bailar.

Conflicto de intereses

Alba Santos declara pago de honorarios por conferencias de AstraZeneca, Bayer, Boehringer-Ingelheim y Eli Lilly.

Jose Andrés Meana declara haber recibido honorarios por ponencias y becas de viaje de BMS, Ipsen y Pfizer.

Sandra Lizeth Castro declara no tener conflicto de intereses.

<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2025.501366>


0211-6995/© 2025 Sociedad Española de Nefrología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Agradecimientos

Al paciente de este caso clínico: por lo mucho que nos ha enseñado.

Bibliografía

1. Las cifras del cáncer en España. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM); 2025.
2. Roskoky R. Combination immune checkpoint and targeted protein kinase inhibitors for the treatment of renal cell carcinomas. *Pharmacol Res.* 2024;203:107181, <http://dx.doi.org/10.1016/j.phrs.2024.107181>
3. Thouvenin J, Masson C, Boudier P, Maillet D, Kuchler-Bopp S, Barthélémy P, et al. Complete response in metastatic clear cell renal cell carcinoma patients treated with immune-checkpoint inhibitors: Remission or healing? How to Improve Patients' Outcomes? *Cancers (Basel).* 2023;15:793, <http://dx.doi.org/10.3390/cancers15030793>
4. Sánchez Hernández R., Mora-Gutiérrez J.M. Adecuación del esfuerzo terapéutico en la enfermedad renal crónica avanzada. En: Lorenzo V., López-Gómez J.M. (eds). *Nefrología al día*. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/618>
5. Robinson BM, Zhang J, Morgenstern H, Bradbury BD, Ng LJ, McCullough KP, et al. Worldwide, mortality risk is high soon after initiation of hemodialysis. *Kidney Int.* 2014;85:158–65, <http://dx.doi.org/10.1038/KI.2013.252>
6. Russ A, Shim J, Kaufman S. The value of «life at any cost»: Talk about stopping kidney dialysis. *Soc Sci Med.* 2007;64:2236–47, <http://dx.doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2007.02.016>
7. Maduell F., Broseta J.J. Dosis de hemodiálisis. En: Lorenzo V., López-Gómez J.M. (eds). *Nefrología al día*. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/597>
8. Borràs Sans M, Ponz Clemente E, Rodríguez Carmona A, Vera Rivera M, Pérez Fontán M, Quereda Rodríguez-Navarro C, et al. Clinical guideline on adequacy and prescription of peritoneal dialysis. *Nefrología (Engl Ed).* 2024;44 Suppl 1:1–27, <http://dx.doi.org/10.1016/j.nefro.2024.09.001>. PMID: 39341764.

Alba Santos García ^{a,*}, Sandra Lizeth Castro Molano^a
y Jose Andrés Meana^b

^a Servicio de Nefrología, Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante, España

^b Servicio de Oncología, Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: albasantosgarcia@gmail.com (A. Santos García).