

A) COMENTARIOS A ARTÍCULOS PUBLICADOS

Comment on “Kaposi’s sarcoma in the early post-transplant period in a kidney transplant recipient”

Nefrología 2014;34(4):xx

doi:10.3265/Nefrologia.pre2014.Apr.12473

Dear Editor,

We have read the article by Ercam et al. in the Clinical Case Section of NEFROLOGIA about a case of Kaposi’s sarcoma in a transplant recipient.¹ Renal transplantation and immunosuppressive medication used for it leads to a high rate of tumors and among them Kaposi’s sarcoma is common. There is extensive literature on the development of malignancies after renal transplantation, so the description of another case does not seem to justify its publication. However, what seems novel and so the authors justify its interest is the prematurity of the Kaposi’s sarcoma development (only 4 months after renal transplantation), together with the authors statement that this would be the first reported case with this precocity.¹

In 1990 we published a case of Kaposi’s sarcoma associated with renal transplant developed 4 years after kidney transplant² and in which the skin lesions stabilized after withdrawing immunosuppressive medication. In the discussion of the case we pointed out references describing cases in 1979 and the time of appearance of the tumor could be even after three months of transplantation.³ Interestingly before the time of our communication there have been published some references describing cases where tumor appear between first and 4 months after renal transplantation.^{4,5}

It is true that most of the cases described in the literature the time elapsed from transplant to tumor development are longer than that of Ercam et al. and

the well documented case by this authors is unusual on this matter, however it is also true that we get used to refer recent references in our publications, without taking into account some previous periods. **To be fair we should not forget that it is not easy to find past issues, either completely or it abstract.** Finally note that these circumstances should encourage us to avoid statements like “the first or only case or reference” given the lack of access to all available information.

Conflict of interest

The authors declare that they have no conflicts of interest related to the contents of this article.

1. Ercan Z, Demir ME, Merhametsiz O, Yayar O, Ulas T, Ayli MD. Kaposi’s sarcoma in the early post-transplant period in a kidney transplant recipient. *Nefrología* 2013;33(6):861-2.
2. Ambrojo P, Coronel F, Macia M, et al. Sarcoma de Kaposi asociado a trasplante renal. *Actas Dermo-Sif* 1990;81(9):576-8.
3. Harwood AR, Osoba D, Hofstader SL, Goldstein MB, Cardella CJ, Holecck MJ, et al. Kaposi’s sarcoma in recipients of renal transplants. *Am J Med* 1979;67:759-65.
4. Qunibi W, Akhtar M, Sheth K, Ginn HE, Al-Furayh O, DeVol EB, et al. Kaposi’s sarcoma: the most common tumor after renal transplantation in Saudi Arabia. *Am J Med* 1988;84(2):225-32.
5. Little PJ, Farthing CF, Al Khader A, Bunuan H, Haleem A. Kaposi’s sarcoma in a patient after renal transplantation. *Postgrad Med J* 1983;59:325-6.

Francisco Coronel¹, Manuel Macía²

¹ Ex-Jefe de Sección del Hospital Clínico San Carlos. Madrid; ² Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

Correspondence: Francisco Coronel

Ex-Jefe de Sección del Hospital Clínico San Carlos. Comunidad de Baleares, 1. Las Rozas. 28231, Madrid. franciscoronel@yahoo.es

Aumento de incidencia de colitis isquémica en hemodiálisis

Nefrología 2014;34(4):xx

doi:10.3265/Nefrologia.pre2014.Apr.12328

Sr. Director:

Las colitis isquémicas (CI) son una patología en aumento en cuanto a su incidencia en los pacientes en hemodiálisis (HD), lo que obedece a su perfil cambiante (más añosos, con más patología cardiovascular y con una supervivencia aumentada con respecto a épocas previas)¹. A pesar de que las CI pueden ser secundarias a una trombosis vascular o un vasoespasmio mesentérico, la etiología más frecuente en los pacientes en HD es el bajo gasto, que se produce durante la sesión normalmente a consecuencia de un bache hipotensivo.

El caso publicado por Gutiérrez-Sánchez et al.², a pesar de tratarse de un paciente que únicamente lleva dos meses en HD, presenta muchas de las clásicas características de los pacientes con colitis isquémicas no oclusivas (NOMI): paciente de alto riesgo vascular con episodio hipotensivo que desarrolla rectorragia y dolor abdominal. En el trabajo publicado por nuestro grupo recientemente con el mayor número de casos de NOMI en HD, los factores asociados a padecerla resultaron ser la mayor edad, la presencia de diabetes mellitus (DM), los antecedentes cardiovasculares (como la enfermedad vascular periférica), el tiempo en diálisis y la resistencia a la eritropoyetina. Este último parámetro se demuestra como predictor independiente en el análisis multivariable (junto con la DM y el tiempo en HD), mostrando la asociación de este cuadro con la inflamación y, consecuentemente, con la aterosclerosis³. En un estudio publicado que incluyó a pacientes incidentes en diálisis (HD y diálisis peritoneal), los factores de

riesgo asociados a padecer una NOMI fueron similares, a excepción del tiempo en diálisis. Sin embargo, al estudiar las diferentes técnicas, los autores encontraron que los pacientes en diálisis peritoneal poseían un riesgo aumentado 1,5 veces de padecer este cuadro, a pesar de ser más jóvenes y tener menos comorbilidad, lo que pusieron en relación con la exposición a soluciones con alto contenido en dextrosa⁴.

En la serie de casos presentada, los autores encuentran una mortalidad del 80 %, a diferencia de nuestro trabajo, en el que la mortalidad en el momento agudo fue del 59 %. Sin embargo, realizamos un estudio de casos y controles con los pacientes que sobrevivieron al episodio agudo durante 56 (\pm 69) meses de media y encontramos que los pacientes con NOMI presentaron una supervivencia significativamente menor, atribuible a que dicho cuadro es consecuencia de un elevado riesgo cardiovascular de dichos pacientes. De hecho, las causas de la muerte en ellos se dividían entre infecciosas y cardiovasculares. Hasta la fecha, el único estudio que comparaba pacientes supervivientes de una NOMI frente a pacientes en HD era el de Bassilios et al., que mostraba idéntica supervivencia en ambos grupos, probablemente porque solo incluyó en

el análisis a los que sobrevivieron más de tres meses⁴.

En cuanto al tratamiento, al igual que en el caso referido, la conducta habitual es la administración de antibioterapia de amplio espectro y actitud expectante, siendo la cirugía la opción elegida en la minoría de los casos (en nuestro estudio, solo el 33 %), lo que probablemente se debe al perfil de los pacientes (mayores, con riesgo cardiovascular, etc.). De hecho, nuestros datos únicamente revelan diferencias significativas en la edad (más jóvenes) cuando comparamos a los pacientes candidatos a cirugía frente a aquellos en los que se mantuvo una actitud conservadora. Estudios previos han mostrado que el retraso en la realización de la cirugía tras el diagnóstico se asoció con aumento de la mortalidad⁶.

Por lo tanto, parece razonable establecer un perfil de ultrafiltración más conservador en los pacientes de alto riesgo de padecer una NOMI, debido a sus consecuencias deletéreas en los pacientes en HD.

Conflictos de interés

El autor declara que no tiene conflictos de interés potenciales relacionados con los contenidos de este artículo.

1. Valentine RJ, Whelan TV, Meyers HF. Nonocclusive mesenteric ischemia in renal patients: recognition and prevention of intestinal gangrene. *Am J Kidney Dis* 1990;15:598-600.
2. Gutiérrez-Sánchez MJ, Petkov-Stoyanov V, Martín-Navarro JA, López-Quiriones Llamas M. Ischaemic colitis in haemodialysis. *Nefrología* 2013;33(5):736-7.
3. Quiroga B, Verde E, Abad S, Vega A, Goicoechea M, Reque J, et al. Detection of patients at high risk for non-occlusive mesenteric ischemia in hemodialysis. *J Surg Res* 2013;180(1):51-5.
4. Li SY, Chen YT, Chen TJ, Tsai LW, Yang WC, Chen TW. Mesenteric ischemia in patients with end-stage renal disease: a nationwide longitudinal study. *Am J Nephrol* 2012;35(6):491-7.
5. Bassilios N, Menoyo V, Berger A, Mamzer MF, Daniel F, Cluzel P, et al. Mesenteric ischemia in hemodialysis patients: a case-control study. *Nephrol Dial Transplant* 2003;18:911-7.
6. Bender JS, Ratner LE, Magnuson TH, Zenilman ME. Acute abdomen in the hemodialysis patient population. *Surgery* 1995;117:494-7.

Borja Quiroga

Servicio de Nefrología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Correspondencia: Borja Quiroga

Servicio de Nefrología.
Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
Doctor Esquerdo, 46. 28007, Madrid.
borjaqq@gmail.com
