

618 DAÑO RENAL ASOCIADO A BEVACIZUMAB: INCIDENCIA, FACTORES DE RIESGO Y RELACIÓN CON LA MORTALIDAD

C. RIAZA¹, M. ÁLVAREZ-NADAL¹, A. CASADO², G. MARQUINA², M. CALVO¹, A. RODRÍGUEZ-MORENO¹, M. VELO¹, J. DELGADO¹, A. SÁNCHEZ-FRUCTUOSO¹, C. GARCÍA-CARRO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (MADRID/ESPAÑA), ²ONCOLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (MADRID/ESPAÑA)

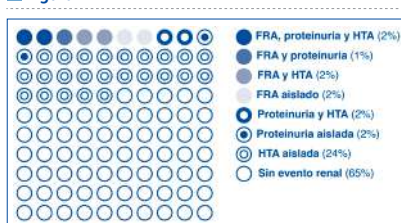
Introducción: El bevacizumab, un anticuerpo anti-VEGF es un pilar del tratamiento del cáncer de ovario. Inhibir el VEGF se relaciona con daño renal, pero se desconoce si éste se asocia a mayor mortalidad. **Objetivo:** determinar la incidencia de evento renal (ER), los factores de riesgo y su asociación con la mortalidad en una serie de enfermas con cáncer de ovario tratadas con bevacizumab.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo unicéntrico incluyendo a pacientes tratadas con bevacizumab entre 1/2011-12/2023. Fin de seguimiento 4/2024. Definición ER: HTA de novo/ empeoramiento cifras basales, proteinuria, FRA y/o combinación.

Resultados: 147 pacientes, edad 63,0±11,9 años, 22,5% estadio FIGO IV (metástasis). Basalmente, 6,1% FGe<60 ml/min/1.73m², 8,8%proteinuria, 34,7%HTA. Seguimiento: 62,9±123,5 meses. 34,7% presentaron ER (6,8%FRA, 7,5%proteinuria, 30,6%HTA, figura 1) a 4,9±5,1 meses del inicio de bevacizumab. En15,7% ER motivó retirada de bevacizumab. 2 biopsias renales, en ambas MAT. Las pacientes con ER no presentaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a edad, estadio FIGO, línea tratamiento, ERC/DM2 basal con respecto a las que no presentaron ER. Si presentaban significativamente más HTA en el momento basal (49,0%vs27,1%, p=0,0078). El ER se asoció a menor mortalidad (51,0%vs69,8%, p=0,0243). Al final del seguimiento, 63,2% fallecidas a 25,1±20,1 meses del inicio de bevacizumab, 28% con ER. En el análisis multivariado incluyendo edad, ERC/DM2, se objetivó que la HTA basal fue un factor de riesgo para ER (OR 3,382; IC95 1,326-8,628, p=0,0108). En el análisis multivariado incluyendo edad, línea tratamiento, ERC/DM2, presentar estadio FIGO IV resultó un factor de riesgo para la mortalidad (OR 4,244; IC95 1,488-12,103, p=0,0069) y presentar ER resultó un factor protector (OR 0,434; IC95 0,201-0,936, p=0,0330).

Conclusiones: 34,7% de las pacientes tratadas con bevacizumab presentaron ER. La HTA resultó un factor de riesgo para el desarrollo de ER pero el ER resultó un factor protector para la mortalidad.

Figura 1.



620 HISTORIA NATURAL DE LA FUNCIÓN RENAL EN PACIENTES CON ANEMIA DREPANOCÍTICA: UNA LLAMADA DE ATENCIÓN PARA LOS NEFRÓLOGOS

J. VAZQUEZ RASO¹, A. SHABAKA¹, R. MARTÍNEZ GALINDO¹, M. MORADO¹, M. SORIANO GUILLÉN¹, I. AZORES MORENO¹, G. FERNÁNDEZ JUÁREZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ (MADRID), ²HEMATOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ (MADRID)

Introducción: Los pacientes con anemia drepanocítica tienen un alto riesgo de desarrollar afectación renal por diversos mecanismos, que se ha descrito que puede llegar a producir enfermedad renal crónica progresiva. El objetivo de este estudio fue evaluar la historia natural de la enfermedad renal en pacientes con anemia drepanocítica.

Materiales y métodos: Realizamos un estudio observacional retrospectivo que incluyó a todos los pacientes con diagnóstico de anemia drepanocítica homocigota (HbSS) o heterocigota (HbSC) seguidos en la consulta de Hematología de nuestro centro entre mayo 2011 y marzo 2024. Analizamos variables demográficas, comorbilidades, tratamientos utilizados, complicaciones como crisis vaso-oclusivas, requerimiento transfusional o desarrollo de hemoglobinuria, y evolución de función renal. Se definió la hiperfiltración glomerular cuando el filtrado glomerular (FG) estimado medido por CKD-EPI fue >130 ml/min. Se calculó la tasa de pérdida de FG anual, y se definió la progresión rápida cuando esta fue >3 ml/min/año. El outcome renal se definió como la evolución del FGe CKD-EPI <90 ml/min suponiendo una caída de >25% con respecto al basal, y/o la necesidad de terapia renal sustitutiva.

Resultados: El estudio incluyó a 30 pacientes con edad media al inicio del seguimiento de 26,5±12 años, 60% fueron mujeres; 23 pacientes (76,7%) con HbSS y 7 pacientes (23,3%) con HbSC, uno asociado a alfa-talasemia. Al inicio del seguimiento, 14 pacientes (46,7%) presentaban hiperfiltración glomerular y 5 pacientes (16,7%) albuminuria. Durante el seguimiento, la mayoría de los pacientes (86,7%) presentaron crisis vaso-oclusivas y 7 pacientes (23,3%) presentaron hemoglobinuria. 16 pacientes (53,3%) recibieron tratamiento con hidroxiurea, y 4 pacientes (13%) se incluyeron en ensayos clínicos (etavopir, crizanlizumab). 6 pacientes (20%) recibieron tratamiento con bloqueo del sistema renina-angiotensina. Tras una mediana de seguimiento de 45 meses (RIC 12-113 meses), la media de pérdida de FG anual fue de -2,5 ml/min/año (±5,5), con 14 pacientes (46,7%) que presentaron progresión rápida. 3 pacientes (10%) alcanzaron el outcome renal (2 con progresión a CKD-EPI <90 ml/min y 1 con progresión a ERECT). La tasa de pérdida anual del FG fue significativamente mayor en varones (-5±4,8 vs -0,6±5,5 ml/min/año, p=0,048). Sólo los pacientes homocigotos y los pacientes con crisis vaso-oclusivas presentaron albuminuria al final del seguimiento (33,3% y 28,6% respectivamente) y alcanzaron el outcome renal (13% y 11,5% respectivamente).

Conclusiones: Una alta proporción de pacientes con anemia falciforme presenta hiperfiltración glomerular, con una elevada prevalencia de pacientes que presentan un rápido deterioro de la función renal, predominantemente en varones, en pacientes homocigotos y en aquellos que presentan crisis vaso-oclusivas. Estos hallazgos justifican la necesidad de realización de estudios prospectivos para analizar el potencial beneficio de terapias nefroprotectoras que puedan mejorar el curso natural de la enfermedad renal asociada a la anemia drepanocítica.

619 EFICACIA DEL ESQUEMA Dara-CyBorD EN LA SUPERVIVENCIA RENAL EN PACIENTES CON AMILOIDOSIS AL

J. AZORES MORENO¹, A. SHABAKA¹, D. ROLDÁN², R. FERNÁNDEZ-PRADO³, J. SANDOVAL³, J. GARCÍA-CASANOVA⁴, J. SÁNCHEZ², S. ALDANA¹, I. VÁZQUEZ RASO¹, G. FERNÁNDEZ JUÁREZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ (MADRID), ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN (MADRID), ³NEFROLOGÍA. FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ (MADRID), ⁴NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL (MADRID)

Introducción: El pronóstico renal y global en pacientes con amiloidosis sistémica de cadenas ligeras (AL) está estrechamente asociado a la respuesta hematológica. Daratumumab ha mostrado obtener una mayor respuesta hematológica en el tratamiento de la amiloidosis AL según el ensayo ANDROMEDA. El objetivo de este estudio fue evaluar la respuesta renal en los pacientes con amiloidosis AL tratados con daratumumab añadido al tratamiento con ciclofosfamida, bortezomib y dexametasona (CyBorD).

Materiales y métodos: Realizamos un estudio observacional retrospectivo de pacientes diagnosticados de amiloidosis AL con afectación renal en 4 centros hospitalarios de la Comunidad de Madrid entre enero 2014 y julio 2023. Se recogieron variables demográficas, comorbilidades, parámetros hematológicos y analíticos basales y al mes, 3 meses, 6 meses, 1 año y final de seguimiento. La respuesta hematológica se clasificó en completa, parcial muy buena, parcial o no respuesta según los criterios establecidos por la Sociedad Internacional de Amiloidosis (ISA). La respuesta renal se definió como una disminución >50% de la proteinuria, siendo <3g/día y en ausencia de hipalbuminemia o deterioro del FG>25% del basal.

Resultados: Se incluyeron 33 pacientes con diagnóstico de amiloidosis AL, 57,6% mujeres con una edad media de 67,4±9,8 años. En el debut de la afectación renal la creatinina sérica mediana fue de 1,09 mg/dl (RIC 0,85-1,98 mg/dl) con proteinuria de 4,88 g/24h (RIC 0,66-8,22) y albúmina sérica media de 2,99±0,81 g/dl. Además de la afectación renal, el daño orgánico incluyó la afectación cardíaca, neurológica, gastrointestinal, hepática y pulmonar en 48,6%, 24,2%, 24,2%, 12,1% y 6,1% de los pacientes respectivamente.

En cuanto al tratamiento, 20 pacientes (60,6%) recibieron el esquema CyBorD y 8 pacientes (24,2%) recibieron un régimen basado en daratumumab (Dara-CyBorD). 10 pacientes (30,3%) recibieron trasplante autólogo de células hematopoyéticas. 5 pacientes fallecieron previo al inicio del tratamiento (conservador).

Tras una mediana de seguimiento de 19 meses, la tasa de respuesta hematológica completa o parcial muy buena fue mayor en los pacientes que recibieron Dara-CyBorD (75% vs 60%, p=0,385). La tasa de respuesta renal fue también mejor en el grupo que recibió Dara-CyBorD (50% vs 35%, p=0,376) y tuvieron menos recaídas hematológicas (0% vs 25%, p=0,058). No hubo diferencias entre los 2 grupos en progresión a enfermedad renal crónica terminal (12,5% vs 20%, p=0,552) ni en mortalidad (25% vs 35%, p=0,484). En el análisis de regresión logística, alcanzar una respuesta hematológica al menos parcial muy buena fue el mayor predictor de respuesta renal (OR 17,5, IC95% 1,88-163).

Conclusiones: Estos resultados apoyan la eficacia del esquema Dara-CyBorD en el tratamiento de la amiloidosis AL con afectación renal. Alcanzar una respuesta hematológica al menos parcial muy buena predice un mejor pronóstico renal y debería ser el objetivo del tratamiento según la tolerabilidad.

621 EVOLUCIÓN RENAL A LARGO PLAZO DE NEFRITIS INTERSTICIAL AGUDA ASOCIADA A INHIBIDORES DEL CHECKPOINT: UN ESTUDIO COMPARATIVO

L. LINO MONTENEGRO¹, L. MARTÍNEZ VALENZUELA¹, F. GÓMEZ PRECIADO¹, X. FULLADOSA¹, JM. CRUZADO GARRIT¹, J. DRAIBE¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELLVITGE (BARCELONA/ESPAÑA)

Introducción: Los inhibidores del checkpoint (ICP) han revolucionado el tratamiento oncológico, aunque a nivel renal causan nefritis intersticial aguda (NIA-ICP) en un 2-5% de casos. Aunque un 35-40% recupera completamente en los primeros 3 meses de tratamiento, no existen estudios sobre su evolución a largo plazo. Además, carecemos de estudios que comparen la evolución de la función renal entre ICI-AIN y los casos asociados con otros fármacos (NIA-F) o patología autoinmune (NIA-AI).

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo y observacional. Se incluyó a todos los pacientes diagnosticados de NIA en el Hospital Universitario de Bellvitge entre 2010-2023, y se recogieron datos de forma longitudinal sobre tratamientos, comorbilidades y función renal de la Historia Clínica.

Resultados: Se reclutaron 94 pacientes (NIA-ICP n=26; NIA-F n=30; NIA-AI n=38). La mediana de seguimiento fue de 36,6 meses (12,3-74,2). No hubo diferencias en la creatinina basal (CrB) entre los grupos.

En el primer año 35,5% de los pacientes con NIA-ICP y 10,3% de los pacientes con NIA-F recuperaron función renal basal (p=0,020). A los 3 años 45,9% reversionaron a función renal basal en el grupo de NIA-ICP comparado con 18,5% en el grupo de NIA-F (p=0,023). Esta tendencia se mantuvo a los 5 años (p=0,051).

El análisis de Kaplan Meier a los 1,3 y 5 años de seguimiento reveló un tiempo más corto hasta alcanzar la CrB en el grupo de NIA-ICP comparado con el grupo de NIA-F, Log-rank (Mantel-Cox) p-valor 0,016, 0,004 y 0,006 respectivamente.

En el análisis univariado, la única variable que influyó en recuperación de la función renal basal fue la CrB. OR: 0,95 (95% IC: 0,903-1, p-valor 0,049) en el grupo de NIA-ICP.

El grupo NIA-ICP alcanzó una función renal nadir más rápido tras el inicio del tratamiento comparado con el grupo NIA-F (10,9 vs 28 meses, p-valor = 0,020). No obstante, el grupo NIA-ICP mostró un deterioro anual de FG tras el nadir superior a los grupos NIA-F (-17,05 (ml/min)/año vs -3,99 (ml/min)/año, p-valor=0,006) y NIA-AI (-4,09 (ml/min)/año, p-valor= 0,009).

Conclusiones: La NIA-ICP muestra un patrón distintivo de recuperación de la función renal tras el brote, con una recuperación más rápida hasta la función renal nadir, pero un mayor deterioro anual posterior. La optimización de la CrB previo al inicio del tratamiento podría ser útil para mejorar la evolución renal tras el brote.

622 ASOCIACIÓN ENTRE LA EXCRECIÓN URINARIA DE TNF- α E IL-9 Y EL DAÑO RENAL TEMPRANO EN PACIENTES TRATADOS CON INHIBIDORES DEL PUNTO DE CONTROL INMUNITARIO. POSIBLE APLICACIÓN DIAGNÓSTICA

J. TASCÓN¹, AG. CASANOVA¹, L. VICENTE-VICENTE¹, A. OLIVERAS², L. FIGUEROA³, E. VILLANUEVA SÁNCHEZ², P. FRAILE², M. PRIETO¹, AI. MORALES¹

¹UNIDAD DE TOXICOLOGÍA, FACULTAD DE FARMACIA, UNIVERSIDAD DE SALAMANCA. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE SALAMANCA (IBSAL) (SALAMANCA/ESPAÑA). ²SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA/ESPAÑA). ³SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA/ESPAÑA)

Introducción: Estudios previos de nuestro laboratorio han mostrado que el tratamiento con inhibidores del punto de control inmunitario (ICIs) en monoterapia y en combinación con quimioterapia produce un daño renal subclínico evidenciado por la excreción de biomarcadores de daño renal temprano como la transferrina y la molécula de daño renal 1 (KIM-1), entre otros. Puesto que en la actualidad el diagnóstico de la lesión renal basado en hallazgos clínicos y pruebas de laboratorio (eosinofilia, piuria estéril...) es insuficiente, el objetivo de este trabajo fue estudiar la excreción de dos biomarcadores urinarios de carácter inflamatorio en el daño renal asociado a los ICIs tomando como base su mecanismo fisiopatológico inmunomediado.

Materia y métodos: Los pacientes tratados con ICIs o con la combinación de ICIs y quimioterapia fueron reclutados en dos Servicios de Oncología Médica. En la orina correspondiente al momento previo a recibir el tratamiento y al momento previo y posterior a la administración del tercer ciclo de tratamiento, se analizaron los biomarcadores de inflamación interleuquina-9 (IL-9) y factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α). A su vez, se obtuvieron los datos antropométricos, enfermedades previas, factores de riesgo de enfermedad renal, pauta del tratamiento oncológico y datos analíticos y bioquímicos de cada paciente. Además, se realizaron análisis de correlación entre los biomarcadores estudiados.

Resultados: Los biomarcadores IL-9 y TNF- α presentaron una excreción elevada en la orina de los pacientes tras recibir tres ciclos de tratamiento en comparación con el muestreo basal. Por otra parte, se evidenció una correlación significativa entre los biomarcadores de inflamación y los de daño renal temprano (KIM-1 y TNF- α).

Conclusiones: Estos hallazgos ponen de manifiesto la asociación entre la excreción urinaria de TNF- α e IL-9 y el daño renal temprano en pacientes tratados con ICIs y sugieren la potencial utilidad de TNF- α e IL-9 como biomarcadores en el diagnóstico del daño renal asociado a estos fármacos.

623 IMPLICACIÓN Y AFECTACIÓN FUNCIONAL RENAL EN LA EDAD PEDIÁTRICA DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON COMPLEJO ESCLEROSIS TUBEROSA (CET) Y SÍNDROME DE GENES CONTIGUOS (SGC)

P. ARANGO SANCHEZ¹, AC. AGUILAR RODRÍGUEZ², YW. LÓPEZ ESPINOZA¹, M. JIMÉNEZ MORENO¹, V. LÓPEZ-BÁEZ², Y. CALZADA BAÑOS¹, E. FORTES MARIN¹, H. SALVADOR HERNÁNDEZ², F. RAMOS¹, A. MADRID ARIS¹

¹NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA. HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU (BARCELONA/ESPAÑA). ²PEDIATRIC CANCER CENTER BARCELONA. HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU (BARCELONA/ESPAÑA). ³NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA. HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU (BARCELONA/ESPAÑA)

Introducción: El CET es un trastorno genético multististémico raro (1:6.000), autosómico dominante, causado por mutaciones en TSC1 (Cr9) y TSC2 (Cr16), predisponiendo al desarrollo de tumores por disregulación de la vía mTOR. Se ha descrito deterioro prematuro de la tasa de filtrado glomerular (TFG) en adultos (40%, sin hemorragias por angiomiolipomas -AML-/intervenciones), sugiriéndose la presencia de enfermedad renal intrínseca. Los quistes, asociados o no a SGC (delección conjunta de los genes TSC2/PKD1), AML, hipertensión arterial o el riesgo de nefrolitiasis (dieta cetogénica o inhibidores de la anhidrasa carbónica) son los otros parámetros a controlar. Nuestro objetivo es determinar la implicación renal y afectación de TFG en una cohorte pediátrica de CET y/o SGC seguidos en nuestro servicio en la última década (2013-2023).

Materia y método: Estudio observacional retrospectivo de 116 pacientes (66 varones, 50 mujeres) diagnosticados y/o en seguimiento por CET (111 pacientes/95,68%) o SGC (5 pacientes/4,32%) entre 2013-2023. Se excluyeron pacientes con daño renal conocido no relacionado con CET/SGC. Se recogieron datos del diagnóstico/evolución de la enfermedad, ecografías, RMN abdominales, analíticas séricas y urinarias, tratamiento con mTORi u otros y sus respuestas tras un periodo variable de seguimiento.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 13,39 años (DE 6,228). Afectación renal en 54,9% (67): AML 41,8% (media 10,33 mm/DE 14,64), quistes 29,5% (media 12,39 mm/DE 17,23). Los patrones de presentación observados fueron: multiquístico 11,5%, poliquístico 3,3%, quístico cortical 4,1%, microquístico cortical 9,8% y quístico focal 0,8%, 3 tumoraciones de otro tipo (1 hamartoma, 1 PEComa y 1 masa renal exofítica). HTA 4,1% (80% grado I/20% TA elevada), proteinuria 4,1% (mediana iPr/Cr 0,63mg/mg [0,28-59,32]. Mediana iAlb/Cr 32,9mg/mmol [6,1-75,1]. Solo 2 SGC presentaron 1B2 microglobulina y 2 pacientes, ambas. Los que presentaron HTA y/o proteinuria recibieron tratamiento con ARA-II/IECA y 2 de ellos tratamiento con amlodipino. Solo 1 paciente afecto de SGC presentó ERC (estadio IV) con el resto de la cohorte con TFG normal. 3 pacientes presentaron prelitiasis (1 hipocitraturia/microlitiasis ecográficas y 2 riesgos litógenos: hipercalcemia/hipocitraturia e hipercalcemia/hiperuricosuria) en contexto de dieta cetogénica o uso de topiramato. El 64% tomaban mTORi (3 por indicación renal/AML >30mm). 1 paciente presentó hemorragia tratada con embolización. Se observó una correlación estadísticamente significativa (p=0,02) de las implicaciones renales con el SGC, así como entre mTORi y el control del tamaño de los AML/quistes (p=0,03).

Conclusiones: La afectación de la TFG fue excepcional, solamente en un paciente con SGC. Los AML y quistes renales fueron las afectaciones predominantes (41,8%/29,5%). El reconocimiento precoz (mediante RMN) y manejo de las afectaciones renales, evitando cirugías y promoviendo el uso de mTORi si se indican, son los factores fundamentales para preservar la función renal en estos pacientes.

624 POLIMORFISMOS DE RIESGO DE ALTO RIESGO PARA DESARROLLO DE MAT EN PACIENTES ONCONEFROLÓGICOS

F. BERTOMEU MORENO¹, F. ALONSO GARCÍA¹, M. CINTRA CABRERA¹, A. DE LA TORRE LÓPEZ¹, M. SALGUEIRA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA (SEVILLA)

Introducción: La microangiopatía trombótica (MAT) es un conjunto de síndromes caracterizados por anemia hemolítica microangiopática y trombocitopenia.

Distinguimos las condicionadas por toxina Shiga y MAT complemento-mediada (MAT-CM). Las MAT-CM se asocian a variantes patogénicas de genes del complemento, a autoanticuerpos adquiridos frente al factor H del complemento o a Polimorfismos de Alto Riesgo.

Objetivos: Describir las características demográficas, clínicas y analíticas de nuestra cohorte de pacientes.

Definir las variantes genéticas e histológicas halladas y los posibles desencadenantes asociados al desarrollo de MAT. Estudiar la evolución, en cuanto a función renal y mortalidad, de los pacientes a estudio.

Materia y método: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con desarrollo de MAT y polimorfismo de alto riesgo.

Analizamos variables demográficas, clínicas, analíticas, genéticas, histológicas y pronósticas.

Resultados: Cinco pacientes de 67 años, cuatro hombres. Tres pacientes con enfermedad renal crónica y tres con proceso tumoral de vía bilia.

Creatinina 3,1 mg/dl, cuatro con microhematuria y proteinuria de 2,3 g/24h. Hemoglobina 9,7 g/dl, plaquetas 299000 U/mcL, LDH 656 U/L, bilirrubina 0,8 mg/dl, haptoglobina 30 y anisocitosis en cuatro.

Cinco estudios genéticos con mutación en heterocigosis para MCP (MCPggaac). Tres biopsias renales, con hallazgos de MAT en dos. Tres tuvieron la Gemcitabina como posible trigger. Se empleó Eculizumab en los cinco pacientes.

Tres deterioraron función renal, con necesidad de terapia renal sustitutiva en dos, uno de ellos con posterior recuperación. Dos fallecidos, ambos por progresión de su enfermedad oncológica.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes se presentaron con datos de síndrome nefrítico, anemia y plaquetopenia, consumo de haptoglobina y elevación de LDH y bilirrubina, junto con anisocitosis.

A pesar de presentar un polimorfismo en heterocigosis en MCP en todos los casos, y recibir de forma precoz tratamiento con un inhibidor del complemento, el pronóstico de la MAT en el paciente oncohematológico fue malo, con solo un paciente con recuperación total de la función renal.

Tabla 1.

	SEXO	EDAD	Complementación				Est. Clínica
			Est. Clínica	Est. Clínica	Est. Clínica	Est. Clínica	
Pacientes	1	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	2	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	3	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	4	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	5	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	6	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	7	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	8	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	9	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	10	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	11	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	12	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	13	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	14	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	15	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	16	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	17	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	18	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	19	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	20	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	21	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	22	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	23	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	24	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	25	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	26	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	27	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	28	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	29	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	30	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	31	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	32	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	33	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	34	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	35	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	36	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	37	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	38	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	39	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	40	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	41	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	42	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	43	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	44	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	45	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	46	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	47	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	48	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	49	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	50	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	51	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	52	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	53	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	54	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	55	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	56	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	57	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	58	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	59	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	60	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	61	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	62	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	63	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	64	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	65	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	66	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	67	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	68	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	69	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	70	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	71	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	72	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	73	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	74	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	75	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	76	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	77	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	78	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	79	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	80	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	81	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	82	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	83	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	84	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	85	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	86	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	87	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	88	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	89	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	90	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	91	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	92	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	93	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	94	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	95	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	96	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	97	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	98	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	99	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación
	100	67	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Complementación

625 EPIDEMIOLOGÍA Y COMPORTAMIENTO CLÍNICO DE PACIENTES CON NEFROPATÍA BAJO TRATAMIENTO ONCOLÓGICO: EXPERIENCIA PRELIMINAR DE UN PROGRAMA DE CONSULTAS DE ONCONEFROLOGÍA

E. JATEM ESCALANTE¹, J. GONZÁLEZ RODRÍGUEZ², C. RODRÍGUEZ LUQUE¹, I. CHICA DE DIEGO², A. ABO³, ML. MARTÍN CONDE¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARI ARNAU DE VILANOVA (LLEIDA/ESPAÑA). ²ONCOLOGÍA MÉDICA. HOSPITAL UNIVERSITARI ARNAU DE VILANOVA (LLEIDA/ESPAÑA). ³ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL UNIVERSITARI ARNAU DE VILANOVA (LLEIDA/ESPAÑA)

Introducción: El advenimiento de nuevas terapias inmunodirigidas a cambiado substancialmente el pronóstico y la supervivencia de diversas neoplasias, pero con aparición de nuevos efectos adversos, derivados de los efectos proinflamatorios inherentes a las mismas, siendo el parénquima renal uno de los tejidos afectados. Esto ha propiciado creación de unidades de oncohematonefrología, dedicadas al diagnóstico y tratamiento de pacientes oncológicos con nefropatías secundarias o en riesgo de desarrollarlas. Se exponen los resultados de una consulta de oncohematonefrología recientemente implementada en nuestro centro.

Pacientes y métodos: Estudio observacional descriptivo, que incluye adultos afectos de patologías neoplásicas en tratamiento activo, afectos o en riesgo de desarrollar nefropatía, atendidos por la consulta de oncohematonefrología durante seis meses. Se recogen variables demográficas, epidemiológicas, clínico-biológicas e histopatológicas, los esquemas de quimioterapia preescrita y en aquellos casos que desarrollan enfermedad glomerular o túbulo-intersticial secundaria a la misma, el tratamiento suministrado.

Resultados: 38 pacientes fueron atendidos; 73,7% hombres, con edad mediana de 69,5 (47-85) años; 57,9% tenían dx de HTA, 15,8% DM. Al momento de valoración la creatinina mediana fue 1,65 (1,1-3,8) mg/dl, eGFR de 40,5 (12-53) ml/min; proteinuria de 0,9 (0,38-24) gr/24h, hematuria de 10,79 $\pm$ 31,31 hemates/cpo. El motivo de consulta fue ERC en 73,7% de los casos, fracaso renal agudo en 15,8%, 7,9% síndrome nefrítico, un caso por acidosis tubular. Las neoplasias más prevalentes fueron de pulmón 34,9% y colorrectal 18,4%; 65,8% de los casos tenían metástasis. 13,2% de los pacientes tomaban AINES, 8% IBP y 8 IBP + AINES. 76,3% de los pacientes recibieron quimioterapia (QT) "dirigida", 23,7% terapia "convencional". Los esquemas de QT más frecuentemente preescritos fueron pembrolizumab (21,1%), nivolumab (7,9%), 5FU+fluteccept (7,9%) e ibritinib 5,3%. En 8 pacientes se hizo biopsia renal, 2 casos presentaban NTI, 2 GNMP, un caso amiloidosis AA, uno NACO, uno ECM y NTI y uno NIGA y NTI. Ocho pacientes recibieron corticoterapia (por NTI confirmada o sospechada), 4 recibieron MMMP por respuesta insatisfactoria a corticoides. En 9 pacientes se suspendió la QT, en 8 está se difirió, en 5 pacientes se hizo "rechallenge" de la inmunoterapia, sin recidiva. Ningún paciente requirió de TRS. Cinco pacientes fallecieron, en 40% de los casos la neoplasia era de pulmón, 40% colorrectal.

Conclusiones: La creciente implementación de nuevas terapias (muchas inmunodirigidas) en pacientes con neoplasias diversas, conlleva nuevos efectos adversos, susceptibles de revertirse o atenuarse siempre que se identifiquen y traten asertivamente. En ese sentido consultas mono-gráficas de oncohematonefrología estarían justificadas.

Resúmenes

Oncohematonefrología

626 EXPERIENCIA DE NUESTRO CENTRO EN EL MANEJO DE LA DISFUNCIÓN ENDOTELIAL EN PACIENTES HEMATOLÓGICOS

C. JIMÉNEZ NÁJERA¹, AC. RÓDENAS GALVEZ¹, I. GALÁN CARRILLO¹, MR. VIGUERAS HERNÁNDEZ², FJ. MONTIEL TORROGLOSA¹¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA (MURCIA/ ESPAÑA)

Introducción: La disfunción endotelial (DE), aunque infrecuente, determina mal pronóstico en pacientes con enfermedad hematológica y receptores de trasplante de células hematopoyéticas (TPH). Conlleva el desarrollo de diferentes cuadros clínicos como enfermedad de injerto contra huésped (EICH), síndrome veno-oclusivo (SOSH), síndrome de hiperpermeabilidad capilar (SHC), síndrome del injerto (SI) o microangiopatía trombótica (MAT). Todas ellas tienen en común generación de un tercer espacio, shock y de manera frecuente, fracaso renal agudo. Objetivo: analizar la presentación clínica de la DE con sus características nefrológicas en nuestro centro. Material y método: Estudio retrospectivo (2021-2023), unicéntrico y observacional de 6 pacientes que han desarrollado DE precisando de valoración por Nefrología. Se recogieron características clínicas y analíticas.

Resultados: Analizamos 6 pacientes, 4 (66%) eran hombres, edad media (45±23 años), 2 eran diabéticos, 1 hipertenso, ninguno presentaba enfermedad renal previa ni diagnóstico de insuficiencia cardíaca.

Sólo 1 de los pacientes desarrolló ED en el contexto de enfermedad hematológica sin tratar, el resto (83%) fue tras TPH alógeno.

2 pacientes (33%) desarrollaron SHC, 1 paciente EICH, 1 paciente EICH que evolucionó a SOSH, y el otro paciente SI que evolucionó en SOSH.

Todos desarrollaron cuadro de anasarca, shock hipovolémico y FRA con una Cr pico media 2.2±1.3 mg/dl, hipoalbuminemia 2.6±0.5 g/dl, albuminuria 275±179 mg/g, proteinuria 1355±744 mg/g (ninguno en rango nefrótico). Solo 1 presentó mioglobinuria. Todos desarrollaron hematuria >5hx, pero ninguno dismórficos > 20%. El 50% desarrollaron infección por virus BK.

El manejo consistió en el uso de furosemida en el 100% de los casos a altas dosis (300±160mg). El 66% recibieron albúmina IV (dosis máximas 100g/24h). Al 33% se asoció espironolactona y a otro 33% hidroclorotiazida. Solo un paciente precisó terapia renal sustitutiva (HDFVVC).

Desarrollaron una ganancia de peso media de 8.5kg, consiguiendo con el tratamiento una reducción media de 10.7% del peso. Encontramos como desenlace exitos en 2 pacientes (33%) que presentaron peor función renal (cr pico 3.5±2. vs 1.40±0.2 mg/dL) y mayor ganancia de peso (12 vs 7 kg).

Conclusiones: La DE es una complicación grave que asocia fracaso renal y mal manejo de volumen. La valoración multidisciplinar de estos pacientes contribuye a un mejor manejo de forma global. Desde Nefrología podemos aportar el uso de fármacos depletivos y de técnicas de depuración extrarrenal. Sería necesario un mejor conocimiento de su fisiopatología y estudios mayores de tratamiento para mejorar su pronóstico.

627 APLICACIÓN DE BIOMARCADORES URINARIOS EN EL DIAGNÓSTICO DEL DAÑO RENAL ASOCIADO A LOS INHIBIDORES DEL PUNTO DE CONTROL INMUNITARIO

J. TASCÓN¹, AG. CASANOVA¹, L. VICENTE-VICENTE¹, E. DEL BARCO², E. VILLANUEVA SÁNCHEZ², P. FRAILE³, T. GARCÍA-PEÑA⁴, M. PRIETO⁵, AI. MORALES¹¹UNIDAD DE TOXICOLOGÍA, FACULTAD DE FARMACIA, UNIVERSIDAD DE SALAMANCA. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE SALAMANCA (IBSAL) (SALAMANCA/ESPAÑA), ²SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA/ESPAÑA), ³SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA/ESPAÑA), ⁴SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VALLADOLID (VALLADOLID/ESPAÑA)

Introducción: La nefrotoxicidad asociada a los inhibidores del punto de control inmunitario (ICIs), aunque es menos común que otras complicaciones, empeora el pronóstico de los pacientes. Por otra parte, el diagnóstico basado en la determinación de creatinina plasmática presenta limitaciones. El objetivo de este trabajo fue estudiar la aplicación de biomarcadores urinarios de daño renal temprano en el diagnóstico del daño renal asociado a los ICIs o combinados con quimioterapia.

Material y métodos: El reclutamiento de los pacientes se realizó en dos Servicios de Oncología Médica. En sus muestras de orina se analizaron, al iniciar el tratamiento y antes y una semana después de recibir el tercer ciclo, los biomarcadores albúmina, lipocalina asociada a la gelatinasa de neutrófilos (NGAL), molécula de daño renal 1 (KIM-1), inhibidor tisular de metaloproteinasas 2 (TIMP-2) y transferrina, mediante ELISA. Los pacientes se clasificaron en grupo Control (pacientes sin alteraciones de daño renal, en al menos doce ciclos) y grupo Casos (pacientes con daño renal evidenciado por un aumento de creatinina plasmática, una disminución de la tasa de filtración glomerular o alteraciones electrolíticas compatibles con el tratamiento con ICIs).

Resultados: Albúmina y NGAL se excretaron significativamente en el grupo Casos antes de recibir el tercer ciclo, indicando un daño renal subclínico asociado a los ICIs. Estos podrían predecir una lesión renal que se evidencia con el tiempo. TIMP-2, transferrina y KIM-1, por su parte, presentaron una excreción superior en el grupo Casos incluso antes de recibir la terapia, y permitirían identificar y manejar clínicamente a aquellos pacientes con un riesgo superior de sufrir daño renal antes de administrarles el tratamiento.

Conclusión: Estos resultados abren la puerta a un estudio más amplio que confirme la aplicación clínica de los biomarcadores urinarios albúmina, NGAL, TIMP-2, transferrina y KIM-1 en el diagnóstico y el manejo del daño renal asociado a los ICIs.

628 ¿CÓMO ES UNA CONSULTA DE ONCO-NEFROLOGÍA EN NUESTRO HOSPITAL?

E. MÁRQUEZ MOSQUERA¹, C. BARRIOS BARRERA¹, J. DEL RISCO ZEVALLOS¹, L. SANS ATXER¹, A. BUXEDA I PORRAS¹, C. AMORÓS ROBLES¹, O. FRANQUET CANALS¹, M. FOLGUEIRAS LÓPEZ¹, M. CRESPO BARRIO¹¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA)

Introducción: La relación entre las patologías oncológica y nefrológica es estrecha y cada vez más compleja debido al mayor arsenal terapéutico en oncología y al aumento de la esperanza de vida de los pacientes. Por estas razones la onco-nefrología tiene un papel cada vez más relevante para ambas especialidades.

Los pacientes oncológicos con patología renal tienen un riesgo cardio-vascular muy elevado por factores de riesgo comunes a la población general y factores inherentes a cada una de estas patologías.

Objetivo: Describir los motivos de consulta y el perfil cardiovascular de pacientes visitados en una consulta monográfica de onco-nefrología (ONC/NEF) en nuestro centro.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo de características sociodemográficas y clínicas de los pacientes visitados en ONC/NEF de nuestro hospital en 2023.

Resultados: Se visitaron 105 pacientes en ONC/NEF con una edad media de 71±11 años (44.4% mujeres). Se realizaron una media de 3 (1-9) visitas/paciente/año según motivo de consulta, evolución e influencia en las opciones de tratamiento oncológico.

En cuanto a factores de riesgo cardiovascular (FRCV) clásicos (hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus y dislipemia) el 94% de los pacientes presentaban al menos 1 de ellos y el 29% los 3.

El principal motivo (66%) de consulta fue la enfermedad renal crónica (ERC) (58% de causa multifactorial, 17% secundario a nefrectomía total, 10% asociado a tratamiento onco-específico y 9% por fracasos renales agudos no recuperados). El 11% de los pacientes fueron derivados por fracaso renal agudo o glomerulonefritis agudas (42% en relación con tratamiento oncológico) y el 9% por HTA mal controlada (60% de ellos en relación con tratamientos anti-angiogénicos). Un 3% de los pacientes fueron remitidos por edemas relacionados con inhibidores del MET y un 3% por pseudo-insuficiencia renal.

De los pacientes con ERC el 78.9% presentaban un grado ≥ 3a y de estos el 43.3% tenía albuminuria A2 y el 35.6% albuminuria A3 con una media de índice proteína/creatinina en orina de 877mg/gr (35-4078 mg/gr).

Conclusiones:

- Los pacientes visitados en ONC/NEF tiene elevada prevalencia de FRCV asociados a la ERC.
- Hay un elevado porcentaje de pacientes con enfermedad renal crónica previa al diagnóstico oncológico sin relación directa con la neoplasia o los tratamientos onco-específicos.
- Es necesario mantener y potenciar las consultas específicas de onco-nefrología ya que trabajando conjuntamente con los oncólogos tenemos más posibilidades de que nuestros pacientes puedan recibir la mejor pauta de tratamiento oncológico maximizando la preservación de su función renal.

629 NEFROPATÍA POR BK FUERA DEL TRASPLANTE RENAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. MARTÍN ROSIQUE¹, SC. ALVAREZ PARRA¹, JA. MACÍAS MURILLO¹, B. GONZÁLEZ DIEZ¹, I. OÑATE ALONSO¹, M. TERAN REDONDO¹, J. VIAN PÉREZ¹, C. GÓMEZ JIMÉNEZ², E. GARCÍA TORO³, MJ. IZQUIERDO ORTIZ¹¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS (BURGOS/ESPAÑA); ²ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS (BURGOS/ESPAÑA)

Introducción: El aumento de la incidencia del cáncer, la supervivencia de estos pacientes y las nuevas terapias contra el mismo han aumentado la cantidad de pacientes oncológicos que desarrollan patología renal.

La nefropatía por BK es una causa típica de pérdida de función del injerto renal en los trasplantados renales fruto de su inmunosupresión. Su efecto en riñones nativos está poco descrito en la bibliografía, con algún caso en neoplasias hematológicas.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 76 años con ERCC3aA1 no filiada e hipertensión arterial, a tratamiento con cevostamab para su mieloma múltiple BJ lambda tras fracaso de varias líneas previas de tratamiento.

El paciente ingresa en nuestra unidad por insuficiencia renal rápidamente progresiva (creatinina 4,7 mg/dL, previa 2,3 mg/dL) con sistemático normal y sin proteinuria, además de anemia de 7,7 g/dL.

En la anamnesis el paciente está asintomático en todas las esferas, euvolémico y sin datos llamativos a la exploración. El estudio inmunológico es normal y la ecografía renal no aporta datos de cronicidad.

Se realiza biopsia renal con diagnóstico de nefritis túbulo-intersticial secundaria a infección por polyomavirus (SV40 positivo en células tubulares) con marcados signos de necrosis tubular aguda (ver imagen).

Se solicitó la viremia de BK con resultado de 15.000 copias.

El paciente inicia hemodíalisis por deterioro progresivo de la función renal. El cevostamab fue suspendido por el grado de inmunosupresión del paciente.

Actualmente se encuentra en remisión parcial y estable, sin tratamiento activo. El recuento de viremia BK negativizó al año del cese del cevostamab.

Conclusiones: Con este caso queremos mostrar una nueva posibilidad de causa de enfermedad renal en los pacientes oncohematológicos, y así plantear la nefropatía por BK dentro del diagnóstico diferencial de estos pacientes, ya que un abordaje temprano puede evitar la progresión hacia enfermedad renal terminal como pasó con nuestro paciente.

630 ISGLT2 EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y TUMOR DE ÓRGANO SÓLIDO. ESTUDIO RETROSPECTIVO OBSERVACIONAL SOBRE SU SEGURIDAD Y TOLERABILIDAD

M. RAMÍREZ PEÑA¹, M. GARCÍA PÉREZ¹, F. ALONSO GARCÍA¹, M. CINTRA CABRERA¹, M. SALGUEIRA LAZO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN MACARENA (SEVILLA)

Introducción: Los pacientes con tumores de órganos sólidos(TOS) tienen mayor riesgo de efectos secundarios por inhibidores del cotransportador sodiopor el microambiente tumoral y por los tratamientos que reciben. No existen estudios previos que evalúen la seguridad y tolerabilidad de los iSGLT2 en pacientes con ERC y TOS.

Objetivos del estudio: Analizar la seguridad y tolerabilidad de los iSGLT2 en pacientes con ERC y TOS en nuestra área Sanitaria.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo observacional de pacientes con historia de TOS con iSGLT2 iniciado en la consulta de Oncohematonefrología, durante un período de 11 meses. Se recogieron variables sociodemográficas, tipo de tumor, tratamiento oncológico activo, tipo de iSGLT2 y complicaciones asociadas.

Resultados: 83 pacientes; 62 (74,7%) hombres.

Mediana de edad 67 años (60,5-73,5). Comorbilidades: 55(66,3%) hipertensos y 33 (39,8%) con DM2. 32 (38,6%) con tratamiento diabético previo (antidiabéticos orales o insulina). Ninguno tomaba iSGLT2 previamente. 44 (53%) tratados con bloqueantes del eje renina angiotensina (BRAA).

Creatinina basal media 1,5mg/dl (+/-0,8), con filtrado glomerular medio de 44,93 ml/min IC(40,5-49,35). HbA1c basal 6,2%. Etiología de la ERC: 39,2% NTIC, 17,7% por pérdida de masa nefronal, Vascular un 15,2%, No filiada 10,1%, Glomerular 7,6%, Diabética 6,3%, y por necrosis tubular aguda (NTA) sin recuperación renal 3,8%. En tratamiento activo oncológico activo 26 pacientes (31,3%). 41 pacientes (49,4%) con historia de daño renal agudo (DRA) previo. Un 39,7% tenían proteinuria al inicio del iSGLT2; de ellos, un 12,9% presentaban enfermedad renal diabética. La mediana del cociente proteína creatinina (CPC) fue de 131 mg/g. Cociente albúmina creatinina (CAC) 34 mg/g. iSGLT2 iniciado: Dapagliflozina un 63,4%, 32,9% Empagliflozina y un 3,7% Canagliflozina. 12 pacientes (16%) presentaron efectos secundarios tras iniciar iSGLT2, de los cuales los más habituales fueron: intolerancia digestiva en 7 pacientes (58,3%), ITUs de repetición en 4 (33,3%), y 1 paciente presentó una fractura ósea (8,33%). No diferencias estadísticamente significativas entre el iSGLT2 iniciado y los efectos secundarios presentados. Tampoco entre el tratamiento oncológico activo y los efectos secundarios. 10 pacientes iniciaron el fármaco en la última consulta, y no constan revisiones posteriores. Se analizaron 75 pacientes al final del seguimiento. 71 (94,67%) continuaban con iSGLT2. Requieron la suspensión del iSGLT2 4 pacientes (5,5%), y cambio del fármaco por otro iSGLT2, 7 (9,3%). Motivos: Intolerancia digestiva 5 (45,5%), ITUs 1 (9,1%), 2 pacientes por necesidad de visado (18,2%) y 3 (27,3%) por otras causas. No relación estadísticamente significativa entre la suspensión o el cambio y las diferentes causas.

Conclusiones: En nuestra cohorte analizada de pacientes con ERC y tumor sólido, el uso de iSGLT2 fue seguro, con buen perfil de tolerancia en la mayor parte de los casos. Los efectos secundarios mayoritarios fueron leves, y solo en unos casos seleccionados conllevaron a la suspensión o el cambio del fármaco por otro iSGLT2.

631 EL DAÑO RENAL DE LAS GAMMAPATÍAS MONOCLONALES. ¿ESTAMOS PREPARADOS PARA ACTUAR?

J. LEÓN-ROMÁN¹, N. RAMOS¹, M. PATRICIO-LIEBANA¹, I. ZAMORA¹, I. AGRAZ¹, S. BERMEJO¹, G. BERNÁ¹, M. LÓPEZ-MARTÍNEZ¹, M.J. SOLER¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL VALL D'HEBRÓN (BARCELONA)

Introducción: La gammopatía monoclonal de significado incierto (GMSI) se caracteriza por la presencia excesiva de inmunoglobulinas (Ig) en orina y/o plasma. El daño renal secundario a la proteína monoclonal sin evidencia de malignidad se denomina GM de significado renal (GMSR). La GMSR ha sido infradiagnosticada por su evolución clínica variable, acarreado discrepancias tanto para el diagnóstico como tratamiento.

Estudiamos las características demográficas y evolución clínica de los pacientes tras el diagnóstico histológico de GMSR en nuestro centro.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo que incluye 11 pacientes con GMSI, LNH de bajo grado y mieloma múltiple (MM) indolente que fueron diagnosticados de GMSR tras biopsia renal (BR) desde agosto de 2013 hasta noviembre de 2023. Se realizó un seguimiento de 12 meses tras el diagnóstico de afectación renal y/o tratamiento inmunosupresor (TI), obteniendo variables demográficas y de laboratorio como hemoglobina, creatinina, LDH, albúmina y proteinuria.

Resultados: En resumen (Tabla 1), 6(60%) pacientes fueron diagnosticados de GMSU, 3(30%) de MM indolente y 1(20%) LNH de bajo grado. Las Ig predominantes: IgM-kappa 3(30%), IgG-lambda 2(20%) e IgG-kappa 2(20%). La edad media 75±4,6 años, 70% mujeres, IMC 26,9±6,2 kg/m2, cadenas-Kappa 78mg/L[6,5-347] y cadenas-Lambda 39,6±12,1mg/L. Antecedentes médicos: 30% fumadores, 30% diabéticos, 70% hipertensos, clínica de neuropatía en 40% y cardiopatía en 70%, enfermedad renal crónica 70% con proteinuria 2,6g[0,4-9,1]. 3/11(27%) no fueron biopsiados por dificultades anatómicas. Lesiones renales de GMSR: Glomerulonefritis(GN) crioglobulinémica 2(28,5%), PGNMID 3(42,8%), MIDD 1(14,3%) y GNC3 1(14,3%).

El tiempo del diagnóstico de GM hasta GMSR fue 4,3±4 años; el tiempo desde GMSR hasta tratamiento inmunosupresor(TI) fue 1,7 meses[0- 9]. El TI fue variado incluyendo esteroides 3(30%), ciclofosfamida 2(20%), bortezomib+mefalán 1(10%), lenalidomida 1(10%), rituximab+ciclofosfamida 1(10%), rituximab+vincristina 1(10%) y 1(10%) conservador. Tras el TI (Tabla 2), 2 pacientes requirieron diálisis peritoneal y una de ellas, trasplante renal en junio 2021 con recidiva a los 3 meses de GMSR con lesión tipo GNC3 requiriendo rescate con daratumumab+lenalidomida con resolución de la GN evidenciada en BR de protocolo al año del trasplante. Cuatro(40%) pacientes fallecieron: 1 del grupo de GN crioglobulinémica, 1 PGNMID y 2 sin patología renal filiada (no BR).

Conclusiones: La clínica de la GMSR es variable, pero con un deterioro progresivo de la función renal. Los pacientes diagnosticados de GMSR deben estar en estrecho seguimiento tanto desde el punto de vista hematológico como renal. El tratamiento inmunosupresor no está establecido, aunque presentamos un caso con recidiva de GNC3 post trasplante renal que alcanzó la remisión completa tras terapia de rescate con daratumumab+lenalidomida.

 Ver tablas

632 CARACTERÍSTICAS DE LAS BIOPSIAS RENALES POR SOSPECHA DE GAMMAPATÍA MONOCLONAL DE SIGNIFICADO RENAL

C. RIVERA GARRIDO¹, C. MOVILLA ECHEVERRÍ¹, A.I. IONESCU², P. BATALHA CAETANO¹, MA. PÉREZ VALDIVIA¹, MC. ALARCÓN GARCELÁN¹, M. NARANJO ARELLANO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO (SEVILLA); ²NEFROLOGÍA. INSTITUTO CLÍNICO FUNDENI (BUCAREST)

Introducción: El término gammopatía monoclonal de significado renal (GMSR) hace referencia a la afectación renal mediada por inmunoglobulina monoclonal en ausencia de neoplasia hematológica. Actualmente es frecuente llevar a cabo estudios histológicos en pacientes con enfermedad renal y gammopatía monoclonal (GM) para aclarar si existe una relación entre ambas condiciones. El objetivo de nuestro trabajo es describir la relación entre clínica e histología en casos de sospecha de GMSR remitidos desde consultas externas.

Materiales y métodos: Nuestro trabajo tiene un diseño retrospectivo basado en la revisión de una serie de casos consecutivos. En concreto, describimos los resultados obtenidos en las biopsias llevadas a cabo entre los años 2019 y 2023 en casos de sospecha diagnóstica de GMSR en pacientes sin neoplasia hematológica o discrasia conocida.

Resultados: Se revisaron 30 biopsias renales. La media de edad fue de 64,7 años, el 83,3% tuvieron lugar en varones y en el 53,3% de los casos se emitió un diagnóstico histológico de GMSR.

Atendiendo al tipo de inmunoglobulina monoclonal, el diagnóstico fue de GMSR en el 80% de casos con componente monoclonal IgA, 42,9% en aquellos con IgM y de un 40% para IgG. En cuanto a las cadenas libres en sangre, en aquellos con cadena kappa implicada, se encuentra una mediana de la ratio kappa/lambda de 11,3 en los casos de GMSR frente a un valor de 2,4 en los demás. En los casos en que la cadena implicada fue lambda estas ratios fueron de 0,29 en casos de GMSR y 0,98 en aquellos con otros diagnósticos.

Respecto a los hallazgos en orina, no encontramos grandes diferencias entre hematuria (18,8% en GMSR frente a 21,4% en el resto) ni en la diferencia de cocientes urinarios. Existía antecedente de hipertensión arterial en el 85,7% de casos sin GMSR y de diabetes mellitus en el 35,7% mientras que estos porcentajes fueron de 50% y 12,5% respectivamente en aquellos casos con diagnóstico de GMSR.

Las histologías más frecuentes en el grupo de GMSR fueron la amiloidosis AL y la enfermedad por depósito de cadenas ligeras, mientras que en los pacientes sin GMSR predominó el hallazgo de glomeruloesclerosis focal y segmentaria y nefroangioesclerosis.

Conclusiones: Concluimos por tanto que la presencia de componente monoclonal IgA, valores extremos de cocientes entre cadenas ligeras en sangre y la ausencia de antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus pueden ser sugestivos de GMSR en pacientes con GM e insuficiencia renal.