

644 BIOMARCADORES EN EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE LA NEFRITIS INTERSTICIAL POR INHIBIDORES DEL CHECKPOINT

F. GÓMEZ PRECIADO¹, L. MARTÍNEZ VALENZUELA¹, X. FULLADOSA OLIVERAS¹, E. NADAL ALFORJA², M. JOVE CASULLERAS¹, A. MERINO RIBAS³, N. MARTIN ALEMANY¹, JM. CRUZADO GARRIT¹, J. TORRAS AMBRÓS¹, J. BORDIGNON DRAIBE¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELLVITGE (HOSPITALET DE LLOBREGAT); ²ONCOLOGÍA. INSTITUTO CATALÁN DE ONCOLOGÍA (HOSPITALET DE LLOBREGAT); ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR JOSEP TRUETA (GIRONA)

Introducción: Los Inhibidores del Checkpoint son fármacos esenciales en muchas patologías oncológicas, pero con efectos adversos conocidos, entre ellos la nefritis tubulointersticial aguda (NIA); cuyo diagnóstico solo se puede llevar a cabo mediante la realización de biopsia renal. Además su fisiopatología es diferente a otros tipos de nefritis. Por las comorbilidades que presenta el paciente oncológico, es importante encontrar biomarcadores no invasivos para el diagnóstico y seguimiento.

Material y métodos: Realizamos un estudio observacional con determinación en orina de PD-1, PD-L1 y PD-L2 solubles, así como de quimioquinas CXCL5, CXCL9, CXCL10, CXCL11, CCL2, CCL3, CCL5 e interleucinas IL-6 e IL-12p70 mediante Luminex en pacientes con nefritis secundaria a inhibidor de Checkpoint (NIA-ICI) (n=35) y lo comparamos con pacientes con nefritis de otras causas (NIA-no-ICI) (n=29) y necrosis tubular aguda (NTA) (n=26). A continuación, realizamos determinación de esas mismas moléculas tras el tratamiento de algunos de esos pacientes con nefritis (40 muestras en seguimiento de NIA-ICI, 31 muestras de seguimiento de NIA-no-ICI).

Resultados: Las concentraciones en orina de PD-1 soluble, CXCL5, CXCL9, CXCL10, CXCL11, CCL5 e IL-6 fueron mayores en pacientes con NIA-ICI en comparación con NTA de manera estadísticamente significativa (p<0.05) y todas ellos salvo en el caso de CXCL9 e IL-6 también fueron mayores de manera estadísticamente significativa en NIA-ICI al compararlo con NIA-no-ICI. Respecto al seguimiento, CXCL5, CXCL9, CXCL10, CXCL11, CCL5 e IL-6 se redujeron de manera estadísticamente significativa en las muestras tras el tratamiento con esteroides en aquellos pacientes con NIA-ICI.

Conclusión: Las quimioquinas urinarias podrían ser buenos biomarcadores en el diagnóstico y seguimiento de pacientes con nefritis secundaria a inhibidores del checkpoint.

Ver figura

645 RESULTADOS A LARGO PLAZO DE PACIENTES QUE DESARROLLAN FRACASO RENAL AGUDO TRAS EL TRATAMIENTO CON LINFOCITOS T-CAR PARA NEOPLASIAS HEMATOLOGICAS

J. LEÓN-ROMÁN¹, S. NÚÑEZ-DELGADO¹, G. IACOBONI², C. CARPIO², M. SÁNCHEZ-SALINAS², S. BERMEJO GARCÍA¹, JI. ZAMORA¹, M. PATRICIO-LIEBANA¹, P. BARBA², MJ. SOLER¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRÓN (BARCELONA); ²HEMATOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRÓN (BARCELONA)

Introducción: en torno al 30% de los pacientes que han recibido tratamiento con linfocitos T-CAR (receptor de antígeno quimérico) desarrollan fracaso renal agudo (FRA). A pesar de ser una complicación común, el FRA suele ser leve, con recuperación rápida. El objetivo del estudio fue evaluar la función renal a largo plazo y la supervivencia a 2 años después de la terapia con T-CAR.

Métodos: se revisaron las historias clínicas de los pacientes con neoplasias hematológicas re-fractarias/recidivantes (R/R) que seguían vivos a 2 años de recibir tratamiento con T-CAR dirigido contra CD19 en el Hospital Universitario Vall d'Hebrón de julio de 2018 a mayo de 2021.

Resultados: de la muestra inicial de 115 pacientes tratados durante ese período, 70(61%) fallecieron dentro de los primeros 2 años tras la infusión (65 por progresión de enfermedad basal y 5 por otras complicaciones). Veinticuatro pacientes de los 45 restantes realizaron seguimiento en su hospital de referencia y 21 permanecieron en consultas externas de nuestro centro. La edad media de esta última población de pacientes fue de 57,9±14,8 años, siendo el sexo masculino predominante(52%), y la mayoría(91%) tenían diagnóstico de linfoma difuso de células grandes B. Como antecedentes médicos, el 33% tenían historia de hipertensión, 5% diabetes tipo 2 y ningún paciente tenía historia de enfermedad renal crónica. El tipo de terapia T-CAR utilizado fue lisocabtagene maraleucel en 44%, tisagenlecleucel en 33% y axicabtagen ciloleucel en 24%. Las complicaciones más frecuentes fueron el síndrome de liberación de citoquinas(86%) y neurotoxicidad(14%), sin asociarse significativamente con un mayor desarrollo de FRA(p=0,84 y p=0,66, respectivamente); siete(33%) pacientes requirieron tratamiento con tocilizumab. Un total de 6(29%) de los 21 pacientes desarrollaron FRA dentro del primer mes después de la infusión de células T-CAR. Ninguno de estos pacientes requirió terapia de reemplazo renal ni admisión a UCI, y el FRA no se asoció con un aumento de la mortalidad tras un seguimiento de 56,8±9.4meses(p=0,66). En términos de eficacia, 12(57%) de estos 21 pacientes lograron respuesta completa después de la terapia con T-CAR(3/6 con FRA) dentro de los primeros 12 meses y 11(52%) pacientes la mantuvieron a los 24 meses post-infusión(2/6 con FRA).

Conclusión: el desarrollo transitorio de FRA dentro del primer mes después de la infusión del CAR-T no se asoció con un aumento de la mortalidad a largo plazo. El seguimiento multidisciplinar es fundamental en la monitorización de estos pacientes.

Ver tablas

646 EVENTOS RENALES RELACIONADOS CON EL USO DE ABIRATERONA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON NEOPLASIA DE PRÓSTATA AVANZADA: DESCRIPCIÓN, FACTORES DE RIESGO Y ASOCIACIÓN CON LA MORTALIDAD

M. RIVERO MARTÍNEZ¹, M. PUJOL PUJOL¹, C. RIAZA ORTIZ¹, J. PUENTE VAZQUEZ², N. VIDAL CASSINELLO³, M. ÁLVAREZ NADAL¹, M. CALVO AREVALO¹, A. RODRIGUEZ-MORENO¹, A. SANCHEZ-FRUCTUOSO¹, C. GARCIA CARRO¹

¹NEFROLOGÍA. HCSC (MADRID/ESPAÑA); ²ONCOLOGÍA MÉDICA. HCSC (MADRID/ESPAÑA)

Antecedentes y objetivos: La abiraterona (Ab) es un antagonista hormonal que inhibe CYP17 utilizado en el cáncer de próstata (CaP) avanzado. Su mecanismo de acción puede inducir hiperaldosteronismo, asociando alteraciones iónicas, hipertensión(HTA) y FRA.

Objetivo: Determinar la incidencia de eventos renales (ER) y factores de riesgo para su aparición, así como la relación con la mortalidad en una serie de pacientes tratados con Ab.

Métodos: Estudio retrospectivo unicéntrico incluyendo pacientes con CaP avanzado que iniciaron A entre el 1/1/2013 y 31/7/2024, con hasta 31/12/2024. Definición ER: aparición o empeoramiento HTA, FRA, hipokalemia/hipernatremia y/o sobrecarga de volumen (criterios clínicos o tratamiento depletivo).

Resultados: 79 pacientes (edad media 76.05±9.50 años), 70.9% con cáncer resistente a castración (CRPC) y 89.87% con metástasis (M); 21.5% con ERC previa, 21.52% había presentado FRA previamente, 55.7% HTA basal y 22.78% en tratamiento diurético. Seguimiento medio: 17 meses.

63.29%ER: 30.38% FRA, 25.52% HTA, 36.71% alteraciones electrolíticas y 16.45% sobrecarga de volumen. En el 4%, los ER obligaron a suspender Ab. Los pacientes que desarrollaron ER presentaban más frecuentemente M (98% vs 75.86%, p=0.0017) y FRA previamente (30% vs 6.89%, p=0.0110). En análisis multivariante, la HTA basak (OR 3.33; p=0.0347) y la presencia de M (13.3; p=0.0235) resultaron factores de riesgo para ER.

De los 24 pacientes con FRA, 33.3% AKIN 2 y 25% AKIN 3; ninguno requirió diálisis. El 50% desarrolló ERC posterior. Los pacientes con FRA, presentaban creatinina basal más elevada (1mg/dl vs 0.8mg/dl, p=0.027) y más HTA basal(75% vs 43.64%, p=0.0230). La HTA fue un factor de riesgo de FRA (OR 3.946; p=0.0318).

36.71% presentaron alteraciones electrolíticas (hipokalemia 31.6%, hipernatremia 11.4%), todas leves. 25.52% presentaron HTA de novo o agravada y 16.4%b sobrecarga de volumen. 18.99% fallecieron, un tiempo medio de 13 meses tras iniciar Ab. CRPC (93.3% vs 64.1%, p=0.0310) y haber desarrollado FRA (60% vs 23.44%, p=0.041) se asociaron a la mortalidad. Presentar un FRA fue un factor de riesgo de mortalidad (OR 6.35; p=0.0338).

Conclusiones: El 63.3% de los pacientes con Ab presentó ER; HTA y M fueron factores de riesgo para ER. El 30.4% presentó FRA, siendo la HTA basal un factor de riesgo para el desarrollo de FRA. Las alteraciones electrolíticas fueron leves. 18.99% fallecieron al final del seguimiento y el desarrollar FRA durante el tratamiento fue un factor de riesgo de mortalidad.

647 ANÁLISIS PROSPECTIVO DE LA PROTEINURIA EN TERAPIA CAR-T

F. MONCHO-FRANCÉS¹, R. HERNÁNDEZ, I. JUANA¹, A. BENZAZQUÉN¹, MA. SOLIS¹, A. PÉREZ², JF. NAVARRO-GONZÁLEZ³, JC. HERNÁNDEZ-BOLUDA², JL. GÓRRIZ¹, I. TORREGROSA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VALENCIA/INCLIVA (VALENCIA/ESPAÑA); ²HEMATOLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VALENCIA/INCLIVA (VALENCIA/ESPAÑA); ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA (SANTA CRUZ DE TENERIFE/ESPAÑA)

Resumen
Antecedentes: La nefrotoxicidad asociada a la terapia con células T con receptor de antígeno quimérico (CAR-T) ha sido descrita, pero los datos sobre alteraciones urinarias siguen siendo limitados. Este estudio tuvo como objetivo caracterizar la proteinuria, el fracaso renal agudo (FRA) y los trastornos electrolíticos asociados en pacientes tratados con terapia CAR-T.

Métodos: Se realizó un análisis prospectivo en 63 pacientes tratados con terapia CAR-T entre junio de 2020 y diciembre de 2023. Durante la hospitalización, se recogieron análisis de sangre diarios y muestras de orina de la primera micción de la mañana en el día de la infusión (D0), el día +7 (D7) y el día +14 (D14).

Resultados: Durante el período del estudio, 12 pacientes (19 %) desarrollaron FRA. La proteinuria se incrementó significativamente de 0,12 g/g en D0 a 0,39 g/g en D7 en el global de los pacientes, volviendo a niveles basales en D14. La relación albuminuria/proteinuria fue inferior al 50 % en todos los pacientes. Se detectó proteinuria superior a 0,5 g/g en el 38 % de los pacientes. Aquellos con FRA antes de D7 presentaron niveles más altos de proteinuria que los pacientes sin FRA o con FRA posterior a D7 (1.0 g/g (IQR, 0.5-2.1) vs. 0.29 g/g (IQR, 0.09-0.65), p-valor 0.004). La proteinuria se asoció a niveles elevados de lactato deshidrogenasa (LDH), interleucina-6 y síndrome de liberación de citoquinas (CRS) grado ≥ 3. Los pacientes con mayor proteinuria en el D0 presentaron mayor progresión de la enfermedad hematológica (HR 3.30, 95% CI 1.46-7.44, p = 0.004) y mayor mortalidad durante el primer año HR 4.51, 95% CI 2.00-10.19, p < 0.001).

Además, durante la hospitalización 60 pacientes (95 %) experimentaron al menos un trastorno electrolítico, siendo la hipofosfatemia el más frecuente. Mayores niveles de proteinuria se correlacionaron de forma significativa a niveles más bajos de fósforo (r = - 0.552, p valor < 0.001), potasio (r = -0.382, p valor = 0.002) y sodio (r = - 0.425, p valor = 0.001).

Conclusiones: La terapia CAR-T se asocia con efectos renales adversos transitorios, incluyendo proteinuria, FRA y trastornos electrolíticos. La lesión tubular mediada por inflamación sistémica contribuye a estos efectos. Estos hallazgos mejoran nuestra comprensión de la nefrotoxicidad asociada a la terapia CAR-T. Los niveles de proteinuria en D0 podrían ayudar a predecir el riesgo de progresión de la enfermedad y mortalidad en el primer año.

652 ANÁLISIS DE LA CREACIÓN DE UNA CONSULTA DE ONCONEFROLOGÍA

JL. MINGUELA PESQUERA¹, KP. PÉREZ MELÉNDEZ², A. BUJÁN LÓPEZ³, N. GARCÍA ALONSO⁴, L. GU-
TIÉRREZ LEIVA⁵, ME. LLORENTE AGUINAGALDE⁶, M. SÁENZ TÉRIZ⁷, L. ORTEGA MONTOYA⁸, MI.
UGARTE AROSTEGI⁹, N. MARTÍNEZ SÁEZ¹⁰

¹NEFROLOGÍA. HOSP. UNIV. BASURTO (ESPAÑA)

Introducción: En estos últimos años se ha visto un aumento exponencial en los fármacos antitumorales y un incremento en la supervivencia de estos pacientes. Ello ha conllevado que aparezcan complicaciones en diferentes órganos, siendo el riñón uno de los más afectados. La creación de consultas específicas de oncohematonefrología permite atender de forma más adecuada a este grupo de pacientes.

Objetivo: Analizar la procedencia, causas de derivación y evolución de los pacientes en esta consulta.

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo en un servicio de nefrología de un hospital terciario. Se incluyeron todos los pacientes desde que se creó esta consulta en abril/21 hasta marzo/25. Se analizaron la procedencia tipo de tumor, motivo de consulta, tiempo y causa de fin de seguimiento. Se realiza estadística descriptiva. Los datos se muestran como mediana (rango intercuartil) ó %.

Resultados: Se han incluido 286 pacientes con una mediana de edad de 71 años (64-78) y el tiempo de seguimiento ha sido 13 meses (5-26). La procedencia ha sido principalmente desde oncología médica (40,6%), con un 23,4% desde urología, un 10,1% tras haber sido seguidos por nefrología durante un ingreso y un 9,4% desde hematología.

Con respecto al órgano del tumor, la mayoría han sido urológicos (44,0%) con un 14,6% de origen ginecológico, un 14,0% hematológicos, un 13,3% pulmonares y un 7,7% digestivos. Los tumores más prevalentes han sido el cáncer renal (29,4%), el de mama (10,1%), vejiga (10,1%) y el ADC pulmonar (8,4%).

Los motivos de consulta han sido variados, siendo los principales la enf renal crónica el 39,5%, el FRA el 25,2% y el deterioro progresivo de función renal 21%. Ha habido un 4,5% por proteinuria. Aunque la HTA no ha sido una causa muy habitual al inicio (2,8%) durante el seguimiento se convierte en uno de los principales problemas, sobre todo en relación con el uso de ITK.

En el momento del fin de corte (16/04/25) un 65,4% continuaban seguimiento, hubo un 12,2% de éxitos, un 11,2% se habían dado de alta por mejoría y otro 6,3% había dejado de acudir (la mayoría de ellos por mejoría clínica y olvido de controles tras distanciar las visitas).

Conclusiones: La consulta de oncohematonefrología permite unificar el seguimiento de los pacientes con patología tumoral y ayudar a mejorar la patología nefrológica de estos pacientes.

653 PROTOCOLO DE HEMODIÁLISIS DE HIGH CUT-OFF PARA EL MANEJO DEL MIELOMA MÚLTIPLE, ¿EL UMBRAL DE 500MG/L DE CADENAS LIGERAS ES EL INDICADO?

AR. VALLEJOS NUÑEZ¹, ND. VALENCIA MORALES¹, RK. LOAYZA LOPEZ², YY. RUIZ DURAN³, KI. MEM-
BREÑO BLANDON¹, J. MUÑOZ LOPEZ¹, ML. MARTIN CONDE¹

¹NEFROLOGIA. HOSPITAL ARNAU VILANOVA DE LLEIDA (LLEIDA)

Introducción: El fracaso renal agudo (FRA) incrementa la morbimortalidad en pacientes con Mieloma Múltiple (MM). Los efectos beneficiosos a nivel clínico y pronóstico de la hemodiálisis de high cut-off(HD-HCO) no han sido probados.

El objetivo fue valorar la aplicación de un protocolo de HD-HCO, utilizado una serie de pacientes con diagnóstico de MM con contaje de cadenas ligeras (CL) en sangre >500mg/L. Se instauraron sesiones de HD-CHO de 6 horas con recambio de filtro y control analítico a mitad de sesión.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo unicéntrico, se analizaron las características clínicas, demográficas, tipo de componente monoclonal, tipo de CL, cantidad de sesiones de HD-HCO, tiempo para la instauración del tratamiento, necesidades de TRS, realización o no de biopsia renal y sus hallazgos anatomopatológicos.

Resultados: Se obtuvieron 8 casos, 62,5% hombres, 37,5% diabéticos, 87,5% hipertensos, 50% presentaba ERC previa (37,5% estadio 3) con FG basal promedio 46,57ml/min; mediana de edad 62,8 años. El 65,5% presentó monoclonalidad para cadena lambda siendo IgG la cadena pesada más frecuente (50%). El promedio de CL séricas al diagnóstico fue de 4040,25mg/L. El porcentaje de células plasmáticas monoclonales en médula ósea se encontró entre un 9,28% a 56%. En el debut, todos los pacientes presentaron FRA, media de creatinina pico de 6,68mg/dl, el 50% presentó criterios de HD inmediatos. La media de sesiones de HD-HCO fue de 7,86 en un periodo de 12,5 días, todos los pacientes consiguieron CL <500mg/L, tras lo cual, se concluyeron las sesiones de HD-HCO, a excepción de 1 paciente que falleció por una sepsis por bacteriemia de origen urinario. La quimioterapia (QT) más utilizada fue: Bortezomib + Daratumumab + Corticoides (50% de casos).

Tras el tratamiento, el 50% no requirió HD crónica, con respuesta hematológica completa el 12% y parcial el 24%. Al momento de la revisión, el 37,5% habían fallecido por infecciones graves. En el 50% se realizó biopsia renal con hallazgo de riñón de MM en todas ellas, asociado a GNMP secundaria al CM asociada a NTIA por Lenalidomida en un caso.

Conclusiones: La HD-HCO es eficiente para la depuración de CL siendo necesario el inicio concomitante de QT para mejorar el pronóstico vital. Se requiere realizar estudios más extensos para analizar la eficacia de implantar este protocolo con un corte de CL de >500mg/L.

654 DETECTANDO EL SILENCIO, ESCUCHANDO MAS ALLÁ DEL CÁNCER RENAL: LA ECOGRAFÍA ABDOMINAL COMO CLAVE EN EL CRIBADO DE NEOPLASIAS EN PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL

RG. BERRZUETA BERRZUETA¹, LM. CABRERA PINOS², D. GARCIA COUILLAS³, N. MOLINA MOLINA ALVAREZ⁴, N. LÓPEZ RODRÍGUEZ⁵, N. RIDAO CANO⁶

¹NEFROLOGÍA. HUCA (OVIEDO/ESPAÑA), ²ONCOLOGÍA. HUBU (BURGOS), ³NEFROLOGÍA. HUCA (OVIEDO)

Introducción: Las neoplasias son actualmente una de las principales causas de morbi-mortalidad en pacientes trasplantados renales con injerto funcionante. Este aumento del riesgo oncológico es el resultado de la interacción de varios factores, como la inmunosupresión, la edad avanzada y los hábitos tóxicos, lo que impacta negativamente en la supervivencia y la calidad de vida de estos pacientes. En este contexto, la detección precoz a través de estrategias de cribado sistemático es fundamental para mejorar el pronóstico y reducir la morbimortalidad. La ecografía abdominal anual se presenta como una herramienta diagnóstica accesible, inocua y coste-efectiva, con capacidad no solo para detectar tumores renales, sino también otras neoplasias intraabdominales. Este estudio evalúa su utilidad en el cribado de neoplasias en pacientes trasplantados renales, más allá del cáncer renal.

Materiales y métodos: Estudio observacional retrospectivo realizado en el Hospital Universitario Central de Asturias entre marzo de 2015 y diciembre de 2024. Se incluyeron 36 pacientes con diagnóstico de neoplasia de localización abdomino-sacra, se excluyeron 18 pacientes cuyo diagnóstico de neoplasia se hizo por sospecha clínica, fuera de los criterios de cribado. Se analizaron variables antropométricas, diagnósticos ecográficos y confirmación histológica.

Resultados: Se analizaron a 18 pacientes con diagnóstico realizado por ecografía anual siguiendo el protocolo de cribado de nuestro centro, el 61% eran mujeres, con una edad media de 65,7 años. Las etiologías más frecuentes de enfermedad renal crónica fueron nefroangioesclerosis (27,8%) nefropatía no filiada (22,2%) y la poliquistosis hepatorenal (16,7). El factor de riesgo asociada al cáncer más frecuente fue el consumo de tabaco (84,4%). El tipo de diálisis más frecuente fue la hemodiálisis (66,6%), con un tiempo medio de 3 años. La inmunosupresión más usada fue la combinación de tacrolimus, prednisona y micofenolato (50%). El tiempo transcurrido desde el trasplante hasta el diagnóstico fue de 11,1 años (rango: 0,8 meses-37 años). Las lesiones tumorales más observadas fueron ureterales y vesicales (44,4%), seguidas de las ginecológicas y digestivas (35%), las neoplasias renales fueron el 22,2%. La supervivencia global a 10 años fue del 55,5%; los tumores más agresivos observados fueron los de ovario y páncreas, con supervivencia inferior a 6 meses.

Conclusiones: La ecografía abdominal anual permitió detectar de forma precoz lesiones sugerentes de neoplasias en pacientes con trasplante renal, incluyendo localizaciones no renales con implicaciones pronósticas relevantes. Este hallazgo respalda su valor como herramienta fundamental en programas de cribado posttrasplante.

655 PUESTA EN MARCHA DE LA PRIMERA UNIDAD DE ONCONEFROLOGÍA EN NUESTRA PROVINCIA: IMPACTO CLÍNICO EN LA DETECCIÓN Y MANEJO DE LA NEFROTOXICIDAD EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

MI. GUERRERO ESPINO¹, AM. ROMERA SEGORBE¹, S. ANAYA FERNÁNDEZ¹, P. CRUZ CASTELLANOS², RA. COX CONFORME¹, A. MOLINA ZAPATA¹, F. RUIZ RAMÍREZ¹, A. ROMERO ALFARO³, C. MORALES VERA⁴

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL (CIUDAD REAL),²ONCOLOGÍA MÉDICA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL (CIUDAD REAL)

Introducción: La aparición de complicaciones renales asociadas a tratamientos oncológicos supone un reto creciente para los equipos asistenciales. En respuesta a esta necesidad, se puso en marcha en nuestra provincia una consulta específica de Oncohematonefrología con un enfoque multidisciplinar y vocación integradora.

Materiales y métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes valorados en la consulta de Oncohematonefrología de un hospital universitario de segundo nivel entre enero de 2024 y febrero de 2025. Se analizaron variables clínicas, terapéuticas, nefrológicas, oncológicas y de evolución.

Resultados: Se evaluaron 49 pacientes, con una edad media de 65 años y predominio masculino. La mayoría eran no fumadores. El motivo más frecuente de derivación fue insuficiencia renal aguda (IRA), o IRA sobre enfermedad renal crónica (ERC) (53%). La presencia de ERC previa se asoció a mayor riesgo de FRA inducido por quimioterapia, mientras que en el caso de la inmunoterapia, la toxicidad renal se presentó de forma más variable. El tumor primario más común fue el renal (derivado por protocolo tras nefrectomía), seguido de pulmón y vejiga/mama. En cuanto a gravedad, destacaron los carcinomas uroteliales, con dos casos de nefritis grado 4 que precisaron ingreso y suspensión definitiva del tratamiento. El 70% de los pacientes presentaba hipertensión arterial; un 30%, diabetes o enfermedad cardiovascular; y un 30% eran monorrenos. Los tratamientos implicados fueron principalmente inmunoterapia estándar (pulmón, vejiga) e inhibidores de ciclinas (mama).

Se realizaron tres biopsias renales que permitieron orientar el tratamiento. En los casos sospechosos de nefritis inmunomediada se administraron corticoides, permitiendo en algunos la reintroducción del tratamiento oncológico. Se detectó proteinuria significativa en el 12,2% de los pacientes, siendo de rango nefrótico en la mitad de los casos. La recuperación completa de la función renal se observó en un tercio de los casos, con creatinina <1 mg/dL y TFG >70 mL/min/1,73 m². En el resto, la TFG final se mantuvo por debajo de 50. El tiempo medio desde la derivación hasta la valoración fue de 5 días. Nueve pacientes requirieron ingreso, en su mayoría por toxicidad inmunomediada. En nuestra serie, el 91,8% de los pacientes sigue con vida.

Conclusiones: La consulta de Oncohematonefrología ha permitido una atención rápida y personalizada, favoreciendo la continuidad del tratamiento oncológico sin comprometer la función renal. Siempre y cuando la evolución clínica y analítica lo permitía. A pesar de los avances logrados, somos conscientes de que aún queda mucho por aprender, y esta experiencia nos impulsa a seguir creciendo con una visión integradora, al servicio de pacientes cada vez más complejos.

Resúmenes

Oncohematonefrología

656 EVOLUCIÓN DEL FRACASO RENAL AGUDO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

AJ. HERNÁNDEZ GARCÍA¹, B. PÉREZ PELÁEZ², A. VEGA¹, M. VACA¹, R. GARCÍA MARINA¹, JA. TORRES ORTIZ¹, G. SÁNCHEZ SÁNCHEZ¹, D. PARRA MARAÑÓN¹, MA. ENCALADA LANDIRES¹, E. PERVAN GONZÁLEZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN (MADRID)

Introducción: La enfermedad oncológica es muy frecuente en nuestro medio. Los nuevos tratamientos han logrado aumentar la supervivencia y han hecho posible tratar a pacientes con mayor edad y comorbilidad. Sin embargo, pueden ocasionar fracaso renal.

El objetivo del estudio es evaluar la evolución del fracaso renal en el paciente oncológico.

Material y métodos: Recogimos las interconsultas por fracaso renal de los servicios de oncología y hematología durante 12 meses. Realizamos un estudio descriptivo analizando las características de los pacientes, los tratamientos y la evolución del fracaso renal.

Resultados: 44 pacientes (M: 26 ; F: 18), edad media 69 años, 25% eran diabéticos, 61,4% hipertensos y 45,5% padecían enfermedad renal crónica. La etiología más frecuente del fracaso renal fue multifactorial (20,5%), seguida de nefrotoxicidad por fármacos (16%) y de sepsis (13%).

Precisaron terapia renal sustitutiva 4 pacientes, ninguno permaneció en hemodiálisis (2 fallecieron y 2 recuperaron función renal).

Se recogieron 29 combinaciones de fármacos, objetivando mayor fracaso renal en aquellos tratados con cisplatino y carboplatino hasta en un 50%.

El tiempo de resolución fue de 18 días \pm 20. A los 6 meses la función renal fue 1.1 \pm 0.5 mg/dL y a los 12 meses 1.2 \pm 0.4 mg/dL.

Analizamos la evolución del fracaso renal en pacientes con terapias combinadas y no encontramos relación con el tiempo de resolución ni con la función renal, presentando una creatinina de 3.2 \pm 1.7 mg/dL vs 2.9 \pm 1.1 mg/dL en los pacientes con monoterapia. Los pacientes con terapias combinadas no necesitaron más tiempo para recuperarse del fracaso renal en comparación con los pacientes con monoterapia (13.75 \pm 15.46 días vs 18.61 \pm 19.23 días).

La mortalidad al año fue de un 52%, siendo la causa más frecuente la progresión tumoral en un 52%, seguido de las complicaciones infecciosas. No se encontró asociación con la función renal.

Conclusión: El fracaso renal en pacientes oncológicos está determinado en gran parte por la nefrotoxicidad de los fármacos, especialmente cisplatino y carboplatino.

La evolución de la función renal es favorable, presentando resolución del fracaso renal sin necesidad de terapia renal sustitutiva en la mayoría de los casos.

No encontramos diferencias significativas entre los pacientes con terapias combinadas vs monoterapia en cuanto a la evolución y el tiempo de resolución del fracaso renal.

No encontramos asociación entre la mortalidad y el fracaso renal agudo.

657 INCIDENCIA DE NEOPLASIAS EN LA CONSULTA DE SEGUIMIENTO DE TRASPLANTE RENAL EN UN CENTRO NO TRASPLANTADOR

VM. MERCADO VALDIVIA¹, G. LEDESMA SÁNCHEZ¹, GA. CARREÑO CORNEJO¹, R. DIAZ MANCEBO¹, YM. AMEZQUITA ORJUELA¹, A. GALLEGOS VILLALOBOS¹, C. BOLAÍN CARBONELL¹, S. CALDES RUI-SANCHEZ¹, Y. HERNANDEZ HERNANDEZ¹, A. CIRUGEDA GARCÍA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA SOFÍA (MADRID)

Introducción: La inmunosupresión en el trasplante renal tiene un alto riesgo de desarrollo de neoplasias. La incidencia es 10 veces superior a la de la población general. Según los datos del registro español es la segunda causa de muerte en estos pacientes. A pesar de ello, desconocemos realmente el impacto del cáncer en la población trasplantada ya que, en España, no disponemos de registros específicos.

Objetivo: Determinar la incidencia de neoplasias de novo en pacientes con trasplante renal en un centro no trasplantador.

Material y métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo de 92 pacientes. Se analiza variables demográficas, inmunosupresión de inducción y mantenimiento, neoplasias de novo, tratamiento, evolución y supervivencia del paciente e injerto.

Resultados: De los 92 pacientes trasplantados, 21 tenían una neoplasia, lo que genera una incidencia del 22,83%.

61,9% hombres, edad media, 73 años. El 55% inducción con timoglobulina y el 52% mantenimiento con triple terapia (anticalcineurínico, anti metabolito y corticoides), estando el anticalcineurínico en el 90% de toda la muestra.

No hay evidencia significativa de una relación entre el uso de timoglobulina y el desarrollo de neoplasia. Chi-cuadrado χ^2 : 0.14, p-value: 0.70.

El cáncer de piel es predominante, (57%). Las neoplasias hematológicas ocupan el segundo lugar con 3 casos (14%). Las urológicas, 2 casos (10%) y las de pulmón, digestiva y, ginecológica, 1 caso cada uno.

El tratamiento fue quirúrgico en el 81% y un 1 paciente fue tratado con inmunoterapia. El 81% de los pacientes recuperó totalmente. La mortalidad fue del 14%, todos con injerto funcional.

Conclusiones: Los datos obtenidos son similares a los reportados en diferentes series. Alta prevalencia de cáncer de piel, lo que sugiere la importancia del seguimiento dermatológico.

La edad podría ser un factor de riesgo para el desarrollo de neoplasias y la mayor proporción de hombres podría indicar una mayor incidencia de trasplantes o de neoplasias post-trasplante en este grupo.

Con el avance actual en los tratamientos oncológicos, los nefrólogos debemos tener un amplio conocimiento de esta patología, comenzado por detectar la incidencia y prevalencia real en registros protocolizados a nivel nacional.

 Ver figuras

658 UTILIDAD DIAGNÓSTICA Y PRONÓSTICA DE LA BIOPSIA RENAL EN AMILOIDOSIS

FJ. MONTIEL TORROGLOSA¹, AC. RÓDENAS GÁLVEZ¹, C. JIMÉNEZ NAJERA¹, MR. VIGUERAS HERNÁNDEZ¹, PM. DOLZ MOLINA¹, I. GALÁN CARRILLO¹, J. MESEGUER GUERRERO¹, CL. ZÁRATE RISCAL¹, G. MARTÍNEZ FERNÁNDEZ¹, AJ. ANDREU MUÑOZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA (MURCIA); ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER (MURCIA)

Introducción: La amiloidosis sistémica con afectación renal es una patología poco prevalente aunque infradiagnosticada y de mal pronóstico. Existen escalas basadas en la biopsia renal, aunque no estandarizadas, que se asocian a eventos renales en algunos estudios.

Objetivo: detectar pacientes diagnosticados de amiloidosis por biopsia renal, analizar los hallazgos patológicos según escalas de valoración y observar su impacto en el pronóstico renal y vital.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se revisaron 329 biopsias renales realizadas entre 2014 y 2024 en el Hospital Universitario Reina Sofía de Murcia. En los pacientes con diagnóstico de amiloidosis se calcularon las escalas RAPS, CSIS y AS y se analizó su valor pronóstico.

Resultados: De las 329 biopsias renales, 9 (2,7%), tenían diagnóstico de amiloidosis renal. Edad media 61 \pm 11 años, 55,6% varones. Comorbilidades: DM 1 paciente (11,1%), HTA 5 (55,6%), enfermedad autoinflamatoria 2 (22,2%). 5 (55,6%) tenían amiloidosis AL, de los que 3 tenían pico monoclonal, 1 proteinuria Bence-Jones y ninguno amiloide en biopsia extrarrenal. 4 (44,4%) presentaban amiloidosis AA, todos con afectación amiloide sistémica en biopsias extrarrenales posteriores. Con ecocardiograma se encontró HVI en 3 pacientes con AL y 1 con AA. En el momento de la BR la creatinina media fue 1,06 \pm 0,4 mg/dl, proteinuria 3,6 \pm 2,7 g/24h y albuminuria 2,4 \pm 1,9 g/24h. De los 9 pacientes, solo 4 debutaron como síndrome nefrótico (SN). De los 5 AL, 1 se trató con TASPE, 1 con dexametasona-lenalidomida, 3 con bortezomib-ciclofosfamida-dexametasona (VCD) \pm TASPE/daratumumab. De los AA, 2 con tocilizumab, 2 con anakinra.

El seguimiento medio fue 32 \pm 37 meses, hubo 2 éxitos en los AL y 1 inicio de diálisis en los AA. Estos eventos no se asociaron a SN, HVI, pico monoclonal, tratamiento ni tipo de amiloidosis. Según la escala RAPS: 5 fueron RAPS II y 4 RAPS III. 5 de los 9 tenían esclerosis global en algunos glomerulos, 3 depósito mesangial focal y 1 hilar; los 5 con AL tuvieron 76-100% de depósito amiloide glomerular y de los AA, 2 tuvieron 51-65% y dos 1-10%. Todos excepto 2 tuvieron depósito vascular y atrofia tubular/fibrosis intersticial, solo 2 depósito intersticial. 6 presentaron infiltración inflamatoria intersticial. La extensión media de esclerosis glomerular fue 11-25%, habiendo 3 pacientes sin esclerosis. Escala CSIS: mediana 2 (0,5-2), con esclerosis global media 25 \pm 32,4% y fibrosis tubulointersticial 16,67 \pm 17,9%. Escala AS: mediana 4 (2,5- 4), depósito mesangial y de pared capilar en todos excepto 1, depósito intersticial en 3 y vascular en 7. Ninguna escala predijo desarrollo de eventos ni se asoció a la función renal en el momento de la biopsia ni al final del seguimiento.

Conclusiones: En nuestra muestra, la aplicación de distintas escalas en amiloidosis renal no predice el pronóstico. Parece evidente la importancia diagnóstica de la biopsia renal para amiloidosis, pero para determinar su relevancia pronóstica se requieren más estudios.

659 USO DE ISGLT2 EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y TUMORES GENITOURINARIOS. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. RAMÍREZ PEÑA¹, M. GARCÍA PÉREZ¹, F. ALONSO GARCÍA¹, M. CINTRA CABRERA¹, W. AGUILERA MORALES¹, M. SALGUEIRA LAZO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN MACARENA (SEVILLA)

Introducción: Los inhibidores del cotransportador sodio glucosa (ISGLT2) son uno de los pilares del tratamiento de la diabetes mellitus tipo2(DM2). Los pacientes con tumores genitourinarios tienen mayor riesgo de infecciones del tracto urinario (ITUs).

Objetivo: Analizar la seguridad y tolerabilidad de los ISGLT2 en pacientes con ERC y tumores genitourinarios.

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional durante 11 meses, de pacientes en seguimiento en consulta de Onco nefrología con historia de tumor genitourinario, que iniciaron ISGLT2 por ERC o DM2(N=37). Se recogen las características basales, etiología de ERC, tipo de tumor, tratamiento oncológico, tipo de ISGLT2 y complicaciones.

Resultados: • 86% hombres. Edad media 69+9 años; • 43,2% diabéticos, todos en tratamiento diabético previo(no ISGLT2); • 73% hipertensos.

Parámetros analíticos:Tabla 1

32,4% tenía antecedentes de daño renal agudo (DRA) previo.

87% recibió tratamiento quirúrgico, de los cuales: 77% nefroureterectomía. Todos los pacientes con ERC por pérdida de masa nefronal habían sido sometidos a nefroureterectomía.

Efectos secundarios: • Intolerancia 8%; • ITUs 8%; • 3% fractura.

No hubo diferencias entre los tipos de tumor y presencia de ITU, ni entre las intervenciones quirúrgicas e ITU. Tras inicio ISGLT2, el 22% de los pacientes presentó DRA. La etiología más frecuente: prerenal(40%).

Tras periodo de seguimiento el 91% continuaba ISGLT2, 9% restante requirió su suspensión por: 67% intolerancia, 33% ITUs.

De los pacientes que presentaron ITU (3), 2 habían precisado de nefroureterectomía por neoplasia células renales, y uno había sido intervenido de cistectomía por carcinoma vesical. Ninguno presentaba neoplasia activa ni metastásica.

No se encontraron diferencias significativas entre el tipo de tumor y efectos secundarios. Tampoco entre el tipo de cirugía y efectos secundarios, ni entre el tipo de tumor o cirugía con la presencia o no de ITUs.

Conclusiones: En nuestra cohorte, el uso de ISGLT2 fue seguro, con buena tolerancia y con pocos efectos secundarios, los cuales fueron todos de carácter leve. Tan solo en casos seleccionados fue necesaria a la suspensión del fármaco.

■ **Tabla 1.** Parámetros analíticos al inicio de ISGLT2 y al fin de seguimiento.

	Al inicio de ISGLT2	Al fin de seguimiento
Creatinina plasmática (mg/dl)	1,5 \pm 0,36	1,67 \pm 0,5
FGe ml/min/1,73m ²	48,5 \pm 15,3	42,1 \pm 13,4
CAC mg/g	167,5 \pm 300	167,4 \pm 330
CPC mg/g	611,5 \pm 1990	366,5 \pm 559
Hemoglobina g/dl	14,17 \pm 1,6	14,7 \pm 1,7
Hematocrito%	44,1 \pm 4,6	46,2 \pm 5,2
Ferritina ng/ml	182,5 \pm 270	131,2 \pm 173

660 CUANDO LA QUIMIOTERAPIA DESAFÍA AL RIÑÓN: EL PAPEL ACTUAL DE LA TRABECTEDINA EN EL FRACASO RENAL AGUDO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS.

D. DUARTE BALBUENA¹, J. GARCÍA CASANOVA¹, E. GOMÁ GARCÉS¹, A. AVELLO ESCRIBANO¹

¹NEFROLOGÍA. FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ (MADRID)

Introducción: La trabectedina es un agente quimioterápico utilizado en sarcomas de partes blandas, cuyo mecanismo de acción incluye unión al ADN (alteración de la transcripción y la interferencia con los sistemas de reparación) ¹. Aunque su toxicidad más frecuente es hepática y hematológica, se han descrito casos de rabdomiólisis, que pueden inducir daño renal por liberación de mioglobina y alteraciones metabólicas asociadas ¹. Además, su excreción parcial por vía renal podría favorecer la acumulación de metabolitos tóxicos en determinados pacientes². Dada la escasez de estudios centrados en su nefrotoxicidad, analizamos su posible impacto renal en pacientes tratados en nuestro centro.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo en cuatro pacientes con sarcoma tratados con trabectedina entre 2024-2025. Se recogieron sexo, edad, tratamiento con corticoides y parámetros analíticos relacionados con la función renal. Los datos se analizaron de forma descriptiva.

Resultados: En los datos analizados la creatinina basal pasó de una media de 1.01mg/dl a un pico de 3,09mg/dl (tabla 1). De las alteraciones analíticas más importantes resaltan la hiperpotasemia, elevación de la bilirrubina y transaminasas (figura 1). La mitad de los pacientes tenían ICC durante el episodio de fracaso renal agudo (FRA). Solo uno de los pacientes recibió corticoterapia dirigida, sin significancia en la resolución del mismo, ya que todos los sobrevivientes llegaron a su función renal basal al mes de evolución (creatinina promedio 1,19mg/dl).

Discusión: El FRA se describe en 35-46% de los pacientes que reciben tratamiento con trabectedina (rabdomiólisis/prerrenal)³, en nuestros casos ninguno evolucionaron a ERC y sin requerimiento de TRS. Estos hallazgos subrayan la necesidad de monitorizar estrechamente la función renal en pacientes añosos y/o con ICC cuando se use trabectedina. Dada la variabilidad interindividual, convendría investigar mecanismos subyacentes en series ampliadas y el papel de los corticoides como tratamiento en el FRA en estos pacientes.

Ver tabla y figura

661 PERFIL CLÍNICO Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES ATENDIDOS EN UNA CONSULTA DE ONCOHEMATONEFROLOGÍA DE UNA PROVINCIA ESPAÑOLA

LY. GIL GIRALDO¹, N. BEGOÑA BOLDOBA¹, C. COTÓN BATRES¹, A. BENITO SALMERÓN¹, ML. BUCA-LO¹, EM. BOSCH FERNANDEZ¹, LG. PICCONE SAPONARA¹, B. HERNÁNDEZ SEVILLANO¹, MP. MORÁN MAGRO¹, G. DE ARRIBA DE LA FUENTE¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA (GUADALAJARA, ESPAÑA)

Introducción: La frecuente asociación entre enfermedades oncológicas y complicaciones renales ha impulsado el desarrollo de la Oncohematonefrología como una subespecialidad emergente, permitiendo una atención integral y optimizando la atención de pacientes con neoplasias que presentan alteraciones en la función renal ya sea como consecuencia directa de la enfermedad, el tratamiento o sus comorbilidades. Estas consultas son una estrategia eficaz para ofrecer una evaluación integral facilitando la toma de decisiones clínicas y mejorando los resultados.

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional que incluyó a todos los pacientes atendidos en la consulta de oncohematonefrología entre enero de 2023 y 2025. Se analizaron variables demográficas, comorbilidades (hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, presencia de enfermedad renal crónica previa), tipo de neoplasia (sólida o hematológica), motivo de derivación, necesidad de hemodiálisis y mortalidad).

Resultados: Se evaluaron 92 pacientes (edad media: 72,5 ± 10,4 años; 31,5% mujeres). El 77,2% presentaba HTA y el 32,6% DM2. La ERC previa se identificó en el 52,2%. Respecto al tipo de neoplasia, el 71,7% eran sólidas y el 28,3% hematológicas. La mortalidad global fue del 18,5% y el 6,5% precisó hemodiálisis.

Al comparar por tipo de neoplasia, los pacientes con tumores sólidos presentaron mayor mortalidad (22,7% vs. 7,7%) y menor necesidad de hemodiálisis (3% vs. 15,4%) en comparación con los hematológicos.

El motivo principal de derivación fue el fracaso renal agudo (FRA) (62%), seguido de ERC (30%). Los pacientes derivados por ERC mostraron mayor prevalencia de mortalidad (28,6%) que aquellos derivados por FRA (15,8%).

En el 5,4% de los pacientes se realizó biopsia renal, siendo más frecuentes en neoplasias sólidas y en FRA.

Conclusiones: La consulta de Oncohematonefrología atiende a una población mayoritariamente con comorbilidades y ERC previa. Las neoplasias sólidas son más frecuentes y se asocian a mayor mortalidad, mientras que las hematológicas presentan mayor requerimiento de hemodiálisis. El motivo de derivación influye en el perfil clínico y pronóstico, destacando la importancia de una evaluación nefrológica temprana y personalizada en pacientes oncológicos.

Tabla 1. Características clínicas y evolución de la cohorte oncohematonefrológica (n = 92).

Variable	Total (n = 92)	Neoplasia sólida (n = 66)	Neoplasia hematológica (n = 26)
Edad media (años)	72,5 ± 10,4	71,5	75,2
Mujeres (%)	31,5%	30,3%	34,6%
HTA (%)	77,2%	75,8%	80,8%
DM2 (%)	32,6%	30,3%	38,5%
ERC previa (%)	52,2%	48,5%	61,5%
Éxitus (%)	18,5%	22,7%	7,7%
Hemodiálisis (%)	6,5%	3%	15,4%
Motivo de derivación más frecuente	FRA (62%)	FRA (63,6%)	FRA (57,7%)
Biopsia renal realizada (%)	5,4%	6,1%	3,8%

662 IMPACTO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN LA EVOLUCIÓN DE PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTAS DE ONCOHEMATONEFROLOGÍA

LY. GIL GIRALDO¹, N. BEGOÑA BOLDOBA¹, C. COTÓN BATRES¹, A. BENITO SALMERÓN¹, EM. BOSCH FERNÁNDEZ¹, T. DE CASTRO DE LA CRUZ¹, G. DE ARRIBA DE LA FUENTE¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA (GUADALAJARA)

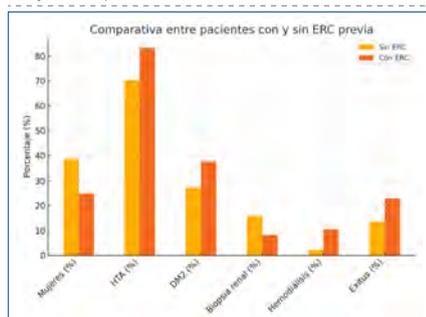
Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC) es un factor pronóstico relevante en los pacientes oncológicos, y su presencia puede condicionar la evolución clínica y terapéutica. La consulta de Oncohematonefrología permite identificar y abordar de forma especializada estos casos. Este estudio compara la evolución clínica de pacientes con y sin ERC previa en una cohorte atendida en dicho entorno.

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional de pacientes valorados en una consulta de Oncohematonefrología entre enero de 2023 y enero de 2025. Se clasificaron según presencia o no de ERC previa, comparando variables clínicas y pronósticas: comorbilidades, necesidad de biopsia renal, hemodiálisis, mortalidad y evolución de la función renal.

Resultados: Se incluyeron 92 pacientes, de los cuales 48 (52,2%) presentaban ERC previa. En comparación con los pacientes sin ERC, mostraron mayor edad (75,8 vs 69,0 años), prevalencia de HTA (83,3% vs 70,5%) y DM2 (37,5% vs 27,3%). Los pacientes con ERC también presentaron mayor mortalidad (22,9% vs 13,6%) y mayor necesidad de hemodiálisis (10,4% vs 2,3%). La biopsia renal fue más frecuente en los pacientes sin ERC (15,9% vs 8,3%). La evolución de la función renal fue similar en ambos grupos.

Conclusiones: La presencia de ERC previa se asoció a un perfil clínico de mayor riesgo, con peor evolución vital. Sin embargo, la función renal mostró una evolución comparable. Estos resultados refuerzan la necesidad de un seguimiento nefrológico estrecho y multidisciplinar en este subgrupo tan vulnerable de pacientes.

Figura 1. Comparativa de variables clínicas entre pacientes con y sin ERC previa.



663 RECUPERACIÓN DE FUNCIÓN RENAL EN MIELOMA MÚLTIPLE CON FRACASO RENAL AGUDO TRATADO DE FORMA PRECOZ CON DIÁLISIS DE MEMBRANA DE GRAN PORO

A. NUÑEZ ADUVIRI¹, C. OSORIO GALARZA¹, MI. GALLARDO RUIZ¹, A. HERNANDO RUBIO¹, P. GARCÍA LEDESMA¹, MI. JIMENO MARTÍN¹, A. FERNANDEZ URIARTE¹, A. GARCÍA DE BUSTOS¹, L. ANDE-REZ CATALAN¹, I. ZIMARRO ZALBIDEA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL GALDAKAO-USANSOLO (GALDAKAO), ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL GAL-DAKAO-USANSOLO (GALDAKAO)

Introducción: El mieloma múltiple (MM) puede causar fracaso renal agudo (FRA), principalmente por la nefropatía por cilindros, debida a la precipitación de cadenas ligeras libres (CLL) en los túbulos renales. La recuperación de la función renal depende en gran medida de la eliminación rápida de estas CLL. El uso precoz de diálisis con membranas de gran poro (high cut-off, HCO) permite una depuración eficaz de CLL, lo que, combinado con tratamiento antineoplásico, puede mejorar significativamente la función renal. Esta estrategia representa una intervención clave en el manejo del FRA en pacientes con MM.

Materiales y métodos: Estudio observacional, retrospectivo, realizado en un solo centro, se incluyeron 21 pacientes desde el año 2012 al 2021 con MM y FRA con CLL en suero mayor a 500 mg/L tratados de forma precoz con tratamiento antineoplásico y posterior diálisis HCO. Pauta de diálisis: 5 sesiones consecutivas de 6 horas de duración con HCO 1100, posteriormente diálisis HCO días alternos hasta disminución de cadenas ligeras. Se monitorizó la evolución de la función renal al inicio, año y 5 años, tipo de cadenas ligeras, tratamiento antineoplásico inicial, número de recaídas, incidencias de técnica, evolución del mieloma, fecha y causa de éxitus.

Resultados: Se incluyeron de 21 pacientes con diagnóstico de mieloma múltiple que, en algún momento de la evolución de su enfermedad requirieron realizar tratamiento mediante diálisis de membrana de gran poro. La edad media fue de 69,95 años siendo el 76% hombres y el 24% mujeres. En cuanto a la clasificación por tipo de cadena ligera afectada el 52,38% corresponde al tipo lambda y 47,62% kappa. El tratamiento de primera línea más empleado fue el Bortezomib en combinación con otros fármacos. El número de sesiones de diálisis fue entre 4 y 23, con una media de 9, tan solo 5 pacientes de la muestra (23,8%) precisaron realizar hemodiálisis convencional. No se registraron incidencias con la técnica. En cuanto a la evolución del mieloma tan solo se consiguió la remisión completa en 4 pacientes (19%) mientras que 16 (76,2%) presentaron progresión de la enfermedad y en un caso no se completó el tratamiento por fallecimiento. Actualmente han sobrevivido dos pacientes (9,52%).

Conclusiones: El tratamiento precoz mediante diálisis de membrana en gran poro en pacientes con MM y FRA asociado puede ayudar a la recuperación de la función renal aunque no disminuye la progresión ni la mortalidad de la enfermedad.

Resúmenes

Oncohematonefrología

664 VALORACIÓN NEFROLÓGICA EN PACIENTES CON NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS: ALTA INDICACIÓN DE BIOPSIA RENAL EN UN SUBGRUPO CLÍNICAMENTE COMPLEJO

LY. GIL GIRALDO¹, N. BEGOÑA BOLDOBA¹, C. COTÓN BATRES¹, A. BENITO SALMERON¹, EM. BOSCH FERNÁNDEZ¹, JR. RODRIGUEZ PALOMARES¹, KM. PÉREZ DEL VALLE¹, G. DE ARRIBA DE LA FUENTE¹
¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA (GUADALAJARA)

Introducción: Los pacientes con neoplasias hematológicas presentan una elevada carga de complicaciones renales, tanto por la propia enfermedad como por los tratamientos empleados. La consulta de Oncohematonefrología permite un abordaje especializado de estas alteraciones. Este estudio analiza el perfil clínico y la evolución de los pacientes con neoplasias hematológicas, con especial atención a la indicación de biopsia renal, mortalidad y necesidad de hemodiálisis.

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional de pacientes atendidos en una consulta de Oncohematonefrología entre enero de 2023 y enero de 2025. Se seleccionaron aquellos con neoplasia hematológica (linfoma, mieloma, leucemia, amiloidosis, GMSR). Se analizaron datos demográficos, biopsias renales realizadas, evolución clínica, mortalidad y necesidad de hemodiálisis.

Resultados: Se identificaron 26 pacientes con neoplasias hematológicas (28,3% del total de la cohorte). Estos pacientes presentaron una elevada tasa de biopsia renal (30,8%), con baja mortalidad (7,7%) a pesar de una mayor necesidad de terapia renal sustitutiva (15,4%). En comparación, los pacientes con neoplasias sólidas mostraron menor indicación de biopsia, menor tasa de hemodiálisis y mayor mortalidad.

Conclusiones: Los pacientes con neoplasias hematológicas atendidos en la consulta de Oncohematonefrología representan un subgrupo clínicamente complejo. La elevada indicación de biopsia renal sugiere una necesidad diagnóstica más precisa, posiblemente por lesiones específicas como las gammopatías monoclonales. La baja mortalidad podría reflejar el beneficio de un abordaje nefrológico precoz. La comparación con neoplasias sólidas refuerza la singularidad y relevancia de este perfil clínico.

■ **Tabla 1.** Comparativa entre neoplasias hematológicas y sólidas.

Variable	Neoplasias hematológicas	Neoplasias sólidas
Total de pacientes	26	66
Biopsia renal realizada (%)	30,8%	6,1%
Mortalidad (%)	7,7%	22,7%
Necesidad de hemodiálisis (%)	15,4%	3,0%