

4. Hsieh HS, Liao HT, Wei CJ, Tarng DC. Indwelled femoral vein non-cuffed, double-lumen hemodialysis catheter complicated by pulmonary thromboembolism. *Clin Nephrol* 2004; 62: 162-4.
5. Filis K, Arthontovasilis F, Theodorou D, Albanopoulos K, Lagoudianakis E, Manouras A, Vavuranakis M, Vlachopoulos C, Toutouzas K, Tsiamis E, Androulakis A, Kallikazaros I, Giannopoulos A, Bramis I, Stefanadis C. Management of early and late detected vascular complications following femoral arterial puncture for cardiac catheterization. *Hellenic J Cardiol* 2007; 48: 134-42.
6. Lenartova M, Tak T. Iatrogenic pseudoaneurysm of femoral artery: case report and literature review. *Clin Med Res* 2003; 1: 243-7.
7. Gabriel M, Pawlaczyk K, Waliszewski K, Krasinski Z, Majewski W. Location of femoral artery puncture site and the risk of postcatheterization pseudoaneurysm formation. *Int J Cardiol* 2007; 120: 167-71.

A. E. Sirvent¹, R. Enríquez¹, D. Martínez² y A. Reyes¹

¹Sección de Nefrología. ²Servicio de Cirugía Vascul. Hospital General de Elche. España.

Correspondencia: Ana Esther Sirvent. emma.@wanadoo.es. Servicio de Nefrología Camí de L'Almazara, s/n. 03202 Alicante. España.

Nefropatía asociada a VIH sin deterioro de función renal

Nefrología 2008; 28 (6) 655-656

Sr. Director: La glomerulonefritis focal colapsante (GFC) ocurre en un 2-10% de los pacientes portadores del VIH¹. Es la forma más frecuente de afectación renal en los pacientes VIH, apareciendo en más del 60% de las biopsias renales realizadas². La presencia de proteinuria y/o el deterioro de la función renal se asocian con un incremento en la morbimortalidad³. El tratamiento de la nefropatía asociada a VIH (NAVIH) no está establecido y la mayoría de los pacientes precisan tratamiento sustitutivo renal pocos meses después del inicio del síndrome nefrótico⁴.

Paciente de raza negra, de 41 años de edad y con infección por VIH tipo 1 sin tratamiento antiretroviral, que ingresa por edemas generalizados con proteinuria en rango nefrótico. Al in-

greso presentaba una presión arterial de 140/90 mmHg y edemas con fovea hasta rodillas. En la analítica destacaba una anemia normocítica y normocrómica con VSG 157 mm en la 1ª hora, función renal normal (creatinina plasmática 1,1 mg/dL y aclaramiento calculado según MDRD 78,41 mL/min), proteinuria de 5,83 g/día sin proteinuria de Bence-Jones, albúmina plasmática 1,6 g/dL con banda policlonal en región gamma de 7,7 g/dL (IgG 9860 mg/dL, IgA 151 mg/dL, IgM 643 mg/dL) y recuento de CD4 314 cel/u. Las serologías de VHB y VHC y del grupo herpes fueron negativas. Se realizó un mielograma en el que se objetivó una plasmocitosis reactiva y un cilindro óseo que mostró una intensa linfoplasmocitosis policlonal. En la ecografía renal se visualizó aumento de tamaño renal de forma simétrica, con diferenciación corticomedular conservada pero con aumento difuso de la ecogenicidad; la valoración Doppler fue normal. La biopsia renal mostró una glomerulopatía colapsante con túbulos conservados y un infiltrado intersticial linfocitario y policlonal. Se inició tratamiento antiretroviral con efavirenz, estavudina y lamivudina, así como furosemida y enalapril, quedando al alta con una presión arterial de 130/80, sin edemas y con una proteinuria de 300 mg/día. Posteriormente el paciente se trasladó a su país de origen, reapareciendo catorce meses después sin referir procesos oportunistas ni clínica nefrótica. Durante la estancia en su país continuó con enalapril y comenzó con nevirapina, zidovudina y lamivudina como terapia antiretroviral. El paciente se encontraba normotenso y sin edemas, con anemia normocítica y normocrómica, función renal normal (creatinina plasmática 0,98 mg/dL), proteinuria de 3 g/día y albúmina plasmática 2,6 g/dL. El recuento de CD4 fue de 350 cel/u.

La GFC ocurre en un 2-10% de los pacientes portadores del VIH¹, siendo la forma más frecuente de afectación renal en pacientes negros VIH^{2,6,7}. La GFC se caracteriza por un colapso glomerular y una afectación tubulointers-

ticial severa. Su patogénesis parece relacionarse con una infección viral siendo el VIH la más frecuente. La NAVIH se caracteriza por proteinuria en rango nefrótico y un rápido deterioro de la función renal, considerándose la proteinuria y la elevación de creatinina plasmática criterios de mal pronóstico³. Actualmente no existe ningún tratamiento efectivo para la NAVIH y la mayoría de los pacientes requieren tratamiento sustitutivo renal crónico⁴. Algunos estudios sugieren que el tratamiento con agentes antiproteínúricos junto con el TARGA (tratamiento antiretroviral de gran actividad) retrasan la progresión al fallo renal⁸ e incluso disminuyen la incidencia de NAVIH⁵, destacando la importancia de biopsiar de forma temprana a estos pacientes⁵. En nuestro caso podemos confirmar que el tratamiento conjunto TARGA-IECA evitó el deterioro de la función renal, disminuyendo la proteinuria y desapareciendo el síndrome nefrótico, en un paciente de raza negra con NAVIH.

1. Gupta SK, Eustace JA, Winston JA y cols. Guidelines for the management of chronic kidney disease in HIV-infected patients: recommendations of the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis* 2005; 40: 1559.
2. Humphreys MH. Human immunodeficiency virus-associated glomerulosclerosis. *Kidney Int* 1995; 48: 311.
3. Szczech LA, Hoover DR, Feldman JG y cols. Association between renal disease and outcomes among HIV-infected women receiving or not receiving antiretroviral therapy. *Clin Infect Dis* 2004; 39: 1199.
4. Morales E, Martínez A, Sánchez-Ayuso J, Gutiérrez E, Mateo S, Martínez MA, Herrero JC, Praga M. Spontaneous improvement of the renal function in a patient with HIV-associated focal glomerulosclerosis. *Am J Nephrol* 2002; 22: 369-71.
5. Berliner AR, Fine DM, Lucas GM, Rahman MH, Racusen LC, Scheel PJ, Atta MG. Observations on a cohort of HIV-infected patients undergoing native renal biopsy. *Am J Nephrol* 2008; 28 (3): 478-86.
6. Shahinian V, Rajaraman S, Borucki M, Grady J, Hollander M, Ahuja TS. Prevalence of HIV-associated nephropathy in autopsies of HIV-infected patients. *Am J Kidney Dis* 2000; 35 (5): 884-8.
7. Wyatt CM, Klotman PE. HIV-associated nephropathy in the era of antiretroviral therapy. *Am J Med* 2007; 120 (6): 488-92.
8. Kimmel PL, Mishkin GJ, Umana WO. Captopril and renal survival in patients with human immunodeficiency virus

nephropathy. *Am J Kidney Dis* 1996; 28 (2): 202-8.

R. Valero, E. Rodrigo, C. Piñera y M. Arias

Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Correspondencia: Rosalía Valero San Cecilio. rosaliavalero@yahoo.es. Hospital Clínico San Carlos. Cl. Prof. Martín Lagos, s/n. 28040 Madrid. España.

Psicofármacos y diálisis peritoneal

Nefrología 2008; 28 (6) 656

Sr. Director: El proceso de aceptación de una enfermedad crónica, conlleva a menudo problemas de adaptación y como consecuencia trastornos ansioso-depresivos reactivos a la nueva situación. Estos trastornos se pueden ver agravados por una situación de dependencia física, típica de pacientes con pluripatología.

Los pacientes con enfermedad renal crónica en programa de diálisis tienen además, con frecuencia, problemas de insomnio, lo que disminuye su calidad de vida y aumenta el riesgo de mortalidad¹. El síndrome de piernas inquietas es frecuente en pacientes urémicos y es un hecho cierto que empeora durante la noche, impidiendo un correcto descanso, además de ser un factor de riesgo de mortalidad². Por otra parte, se sabe que un empeoramiento de la calidad del sueño durante el primer año en diálisis está asociado a un acortamiento en la supervivencia³.

Se conoce que el uso de benzodiazepinas, que son los fármacos más empleados en el tratamiento de la ansiedad, es habitual en los pacientes en diálisis. Y que su empleo está asociado a alta mortalidad⁴⁻⁵.

Nos planteamos como objetivos del estudio analizar el estado de dependencia física, la comorbilidad, la frecuencia de trastornos ansioso-depresivos y del sueño, así como el consumo de psicofármacos (benzodiazepinas, hipnóticos no benzodiazepínicos y antidepresivos) de todos los pacientes de nuestra Unidad de Diálisis Peritoneal.

Para ello como metodología estudiamos a todos los pacientes de nuestro programa de Diálisis Peritoneal, a los que se les determinó el índice de Barthel (escala de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria), el índice de comorbilidad de Charlson-Bedhu y la escala de Hamilton para ansiedad-depresión. Se revisó el tratamiento para ver la frecuencia de consumo de psicofármacos.

Fueron un total de 10 pacientes, con edades comprendidas entre 33 y 77 años (media 56 ± 16). La permanencia media en programa de diálisis peritoneal fue de 12,85 meses $\pm 12,14$, rango (1-36) meses. El 40% estaban en diálisis peritoneal continua ambulatoria y el 60% en diálisis peritoneal automatizada. El índice de comorbilidad de Charlson modificado dio una puntuación media de $5,5 \pm 2,14$, rango (4-11). Según la escala de Barthel el 10% presentaba dependencia grave (35 puntos), el 20% dependencia leve (75 y 85 puntos), siendo el resto (70%) independiente (100 puntos). Los resultados de la escala de ansiedad-depresión de Hamilton fueron que el 20% presentaba ansiedad (+ de 8 puntos), el 10% puntuaba en rango de depresión (+ de 18 puntos). En cuanto al insomnio, el 50% no presentaba dificultades para dormir. El otro 50% se despertaba durante la noche y el 30% no podía volver a dormirse de nuevo. Respecto al consumo de psicofármacos, 2 pacientes consumían benzodiazepinas, 1 paciente era consumidor de Zolpidem, 1 consumía antidepresivos, y otro antidepresivo y benzodiazepinas.

Podemos concluir que nuestra población tenía una comorbilidad media-alta. La mayor parte de nuestros pacientes eran independientes para sus actividades de la vida diaria, el 70%. El 30% de nuestros pacientes padecía algún trastorno ansioso-depresivo. El insomnio resultó ser muy frecuente, estaba presente en el 50%. Y que el consumo de psicofármacos era bastante habitual, el 50% de nuestros pacientes consumía algún fármaco de este tipo.

1. Elder SJ, Pisoni RL, Akizawa T, Fissell R, Andreucci VE, Fukuhara S, Kurokawa K, Rayner HC, Furniss AL, Port FK, Saran R. Sleep

quality predicts quality of life and mortality risk in haemodialysis patients: results from the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Nephrol Dial Transplant* 2008; 23 (3): 998-1004.

2. Kavanagh D, Siddiqui S, Geddes CC. Restless legs syndrome in patients on dialysis. *Am J Kidney Dis* 2004; 43 (5): 763-71.
3. Unruh ML, Buysse DJ, Dew MA, Evans IV, Wu AW, Fink NE, Powe NR, Meyer KB. Choices for Healthy Outcomes in Caring for End-Stage Renal Disease (CHOICE) Study. Sleep quality and its correlates in the first year of dialysis. *Clin J Am Soc Nephrol* 2006; 1 (4): 802-10.
4. Winkelmayer WC, Mehta J, Wang PS. Benzodiazepine use and mortality of incident dialysis patients in the United States. *Kidney Int* 2007; 72 (11): 1388-93.
5. Fukuhara S, Green J, Albert J, Mihara H, Pisoni R, Yamazaki S, Akiba T, Asano Y, Saito A, Port F, Held P, Kurokawa K. Symptoms of depression, prescription of benzodiazepines, and the risk of death in hemodialysis patients in Japan. *Kidney Int* 2006; 70 (10): 1866-72.

A. Sastre López, M. R. Bernabéu Lafuente, M. V. Íñigo Vanrell y J. M. Gascó Company

Servicio de Nefrología. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca.

Correspondencia: Aránzazu Sastre López. aranzasastre@hotmail.com. HUCA. Avda. Fernández Ladreda, 30. 24005 León. España.

Acidosis tubular renal inducida por topiramato. A propósito de un caso

Nefrología 2008; 28 (6) 656-657

Sr. Director: El Topiramato es un antiepiléptico, usado también en el trastorno bipolar, dolor neuropático y migrañas. Secundariamente puede producir, entre otros, acidosis metabólica por pérdida renal de bicarbonato y acúmulo de CO₂ a nivel cerebral, por su efecto inhibidor de la anhidrasa carbónica (renal y la localizada en neuroglía, mielina y plexo coroideo).

Presentamos el caso de un varón de 58 años con historia de epilepsia tipo ausencias en tratamiento con Topiramato (150 mg/día) desde hacía 10 años. Presentaba también insuficiencia renal crónica (IRC) no estudiada con CrS basal de 2 mg/dl, hipersomnolencia en estudio y tromboembolismo pulmonar (TEP) secundario a trombosis venosa