



XV REUNION DE
LA SOCIEDAD
SUR DE
NEFROLOGIA

CORDOBA
15-16 de mayo de 1987

1

REGISTRO DE PACIENTES RENALES DE ANDALUCIA A 31-12-86.

M.A. Gentil, G.R. Algarra, M. Frutos, A. Liébana, J. Onaindia, M. Marjón, R.F. Calderón, R. Otero, F. Tejuca.

Presentamos datos de los 2728 pacientes de IRC que recibieron tratamiento sustitutivo en Andalucía entre el 31-12-83 y 31-12-86. El registro obtiene información semestral de todos los centros de la región.

CONCLUSIONES

1) La prevalencia total en tto. alcanzó los 335 pac. PMP en 1986. La tasa de acceso durante ese año fue de 54.4 pac. PMP y la letalidad de 7.9% de los pac. expuestos.

2) En 1986 se efectuaron un total de 183 trasplantes renales (TR), un 17% más que el año anterior. Con ello, la proporción de pac. mantenidos con TR llegó al 20.9% de los pac. en seguimiento, con estabilización de la lista de espera para TR. La DPCA se emplea con el 8.6% de los pac.

3) Con respecto a 1983, se comprueba una disminución de las diferencias locales (por provincias) en la prevalencia en hemodiálisis (HD) en centro y en TR, pero no en diálisis domiciliaria.

4) La supervivencia de los pac. en cualquier forma de diálisis fue de 90% y 83% a 1 y 2 años.

5) Para esos mismos períodos la supervivencia fue de 90% y 85% en HD en centro, y 84% y 74% en DPCA. Las características de los pac. de DPCA eran peores en cuanto a edad, diabetes, etc. Un estudio comparativo preliminar entre HDH y DPCA sugiere mejores resultados con HD en pac. de 25-55 años y sin problemas añadidos. La DPCA podría dar mejores resultados en diabéticos y pac. con problemas cardiovasculares.

6) En DPCA se dan diferencias significativas entre los distintos centros de tto. en cuanto a supervivencia del pac. y de la técnica.

7) Para los 373 TR de cadáver realizados en 1983-6 en los 4 centros principales la supervivencia del pac. fue de 92% y 90% a 1 y 2 años; la del órgano 78% y 71% a 1 y 2 años. Se discute los resultados en función de las características del paciente. El principal factor parece ser en ambos casos el centro que realiza el TR.

2

BIOPSIA RENAL. COMPLICACIONES. DIAGNOSTICO Y REPERCUSION EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD RENAL.

I. Rodríguez Villarreal, R. Ortega Ruano, J.M. Onaindia Rico, J. González Martínez, J.R. Molas Cotén.
HOSPITAL GENERAL "MANUEL LOIS GARCIA" . HUELVA.

Se revisan 107 biopsias renales realizadas durante un periodo de 5 a 5 años 1.961-86, 103 por punción percutánea y 4 por lumbotomía, en 98 pacientes de edades comprendidas entre 13 y 81 años. Se han rebiopsiado 9 pacientes.

Las biopsias renales percutáneas se han realizado : 39 con función renal normal, 13 con IRC leve (Ccr 90-60), 12 con IRC moderada (Ccr 60-30), 21 con IRC avanzada (Ccr 30-15) y 18 con IRC terminal (Ccr menor de 15 ml/m.). Hemos tenido un total de 12 complicaciones (12%), que se han dado en los grupos con función renal normal y con IRC terminal; comparativamente con el número de casos en cada grupo, las complicaciones han sido mas numerosas y de mayor gravedad en el grupo con IRC terminal. Respecto al material obtenido por punción percutánea, ha sido válido para estudio de microscopía óptica en 96 casos (93%) (se ha considerado material válido un mínimo de 5 glomérulos) y para estudio de inmunofluorescencia en 81 casos (79%). El estudio con microscopía electrónica se ha realizado en 34 casos, siendo el material válido en 22 casos (65%).

De los 98 pacientes biopsiados, se cambió el diagnóstico clínico en 32 pacientes (33%), se confirmó el diagnóstico en 57 pacientes (58%), el diagnóstico permaneció incierto en 7 pacientes (7%), 2 pacientes no se diagnosticaron por ser insuficiente el material. Observamos mayor correlación anatómica con el diagnóstico de G.N. Mesangial IgA y menor con el diagnóstico de G.N. Membranosa y Cambios mínimos. Como resultado de la biopsia se inició tratamiento en 30 pacientes (31%).

De nuestros resultados concluimos :

La IRC terminal representa un riesgo mayor para la práctica de la biopsia renal percutánea.

El material obtenido ha sido válido en un tanto por ciento elevado a pesar de no realizarse las biopsias con control fluoroscópico ni ultrasonico.

Nuestros resultados coinciden con los datos aportados por otros autores respecto al valor de la biopsia en la enfermedad renal.

3

RENTABILIDAD DE LA BIOPSIA RENAL EN LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA AVANZADA Y TERMINAL.

I. Rodríguez Villarreal J.M. Onaindia Rico, R. Ortega Ruano, J. González Martínez, J.R. Molas Cotén, C. Hidalgo.
HOSPITAL GENERAL "MANUEL LOIS GARCIA" . HUELVA.

Anatomía Patológica.

Hemos biopsiado 98 pacientes, durante un periodo de seguimiento de 5 años (1.961-86). Seleccionamos entre los pacientes biopsiados con IRC avanzada (Ccr 15-30ml/m) e IRC terminal (Ccr menor de 15 ml/m), aquellos con riñones de tamaño normal que plantean dudas, en el diagnóstico o en la reversibilidad de la nefropatía. Excluimos aquellos pacientes biopsiados con estos aclaramientos que presentaron episodio claro de FRA o pacientes rebiopsiados por mala evolución de su nefropatía ya diagnosticada.

Del grupo de pacientes biopsiados con Ccr menor de 15 ml/m., estudiamos 7 pacientes de edades comprendidas entre 24 y 60 años. Se obtuvo información histológica que permitió clasificar la nefropatía en 3 casos (43%). En dos de estos tres casos, la información la recibimos del estudio con microscopía electrónica. Se tomaron decisiones en cuanto a inclusión en programa de hemodiálisis periódica en los 7 pacientes.

Del grupo con Ccr 15-30 ml/m., estudiamos 13 pacientes de edades comprendidas entre 20 y 81 años. Se obtuvo información histológica con microscopía óptica e inmunofluorescencia, que permitió clasificar la nefropatía en 10 casos (77%). Se tomaron decisiones; inclusión en programa de hemodiálisis periódica en 2 pacientes, iniciamos terapéutica con esteroides o esteroides mas inmunosupresores en 4 pacientes y tratamiento conservador de IRC en 7 pacientes.

De nuestros resultados deducimos :

Mayor información histológica en los pacientes con IRC avanzada que con IRC terminal y por tanto, mayor diversidad de conducta en cuanto a terapéutica y pronóstico.

Los pacientes con IRC terminal, pueden beneficiarse de la biopsia renal para el diagnóstico, en estos casos sería importante asegurarnos del estudio con microscopía electrónica.

4

PATOGENIA DE LA ENFERMEDAD QUISTICA RENAL: NUESTRA TEORIA.

E.J. Fernández Ruiz, B. Benavides, R. del Castillo y A. Lozano.
Hospital Clínico. Cádiz.

No se conoce con certeza la etiopatogenia de la enfermedad quística renal, existiendo múltiples clasificaciones genéticas, embriológicas, patogénicas, clínicas e incluso radiológicas que complican aún más la situación. En el caso particular del riñón multiquístico (Displasia renal) se acepta en la actualidad la teoría de E.L. Potter: los quistes se originan por la dilatación de las ramas terminales de la yema ureteral.

Se han estudiado dos fetos numanos de 45 y 80 mm de longitud, que corresponden a edades de 9 y 12 semanas, respectivamente. Ambos sufrían un proceso obstructivo renal unilateral y presentaban formaciones quísticas en el riñón correspondiente.

El análisis detallado de ambos parénquimas renales afectos, permite deducir que el proceso obstructivo origina una progresiva dilatación de las vías excretoras al iniciarse la producción de orina por las nefronas en formación. La creciente hiperpresión intraductal determina una progresiva dilatación de las cápsulas de Bowman, que van adquiriendo una disposición pseudoquística aunque mantienen comunicación con el túbuo proximal primitivo. La presión del pseudoquiste sobre "su" túbuo determina su isquemia y posterior atrofia: a partir de ahora ya es un quiste verdadero. La posterior coalescencia de varias de estas cápsulas glomerulares dilatadas y aisladas da lugar a quistes mas grandes, por isquemia y ruptura de los tabiques intercápsulares. Se demuestra así, que las malformaciones ureterales originan los quistes.

5

ACIDOSIS TUBULAR TIPO IV, SUBTIPO 5. ESTUDIO FISIOPATOLOGICO.-

Martín Govantes, J, y Martín Hernández, E.
Hospital Infantil "Virgen del Rocío". Sevilla.

La acidosis tubular tipo IV (ATIV) se caracteriza por la existencia de hiperkaliemia. Se han descrito cuatro tipos en los que se encuentra mecanismo fisiopatológico, y un quinto (MOSHERSKY) de causa desconocida.

Presentamos un varón de cuatro meses de edad, con importante retraso estatura-ponderal y acidosis metabólica hiperkaliémica mantenida.

- En los estudios practicados se evidenció:
- pH urinario de 6'8 a 7'5.
 - Excreción fraccional de bicarbonatos: 0'8-3 %.
 - Excreción de hidrogeniones: 61 mEq/min/1'73.
 - Excreción fraccional de sodio: 0'5 %.
 - Excreción fraccional de potasio: 10 por 1000 (con hiperkaliemia).
 - pCO₂ urinario - pCO₂ plasmático: 16 mm, ascendiendo a 41 tras la administración de fosfato neutro de sodio.
 - FGR, 17-OH y 17-OH progesterona, normales.
 - Relación aldosterona/potasio, elevada.
 - Renina plasmática, elevada.
 - Test de la furosemida: Descenso del pH urinario a 5'2. Elevación de EP K.

El ensayo terapéutico con mineralocorticoides fue negativo.

Normalización tras tratamiento con bicarbonato e hidroclorotiazida.

Desdortadas las causas conocidas de AT IV, se consideraran los posibles mecanismos fisiopatológicos, como falta de respuesta parcial a la aldosterona.

6

PLASMASEPARACION EN EL SINDROME HEMOLITICO-UREMICO (SHU).
ORTEGA RUANO, R., GONZALEZ MARTINEZ, J., RODRIGUEZ VILLARREAL I., ONAINDIA RICO, J.M., MOLAS COTEN, J.R.
Hospital "Manuel Lois García". Huelva.

El SHU del adulto es una entidad poco frecuente, con una mortalidad elevada a pesar del tratamiento. Este oscila desde heparina y antiagregantes plaquetarios (AAGP) hasta esteroides (ES), infusiones de plasma fresco (IPF), Prostaciclina (PC) y Plasmaseparación (PS). Hay cierta evidencia de que la PS, en fases iniciales, podría revertir el síndrome.

Nosotros hemos tratado con PS a tres pacientes con SHU. En un caso apareció en el 3^{er} trimestre del embarazo, en otro asociado a sepsis urológica y en el 3^{er} no se halló patología acompañante. Se realizaron un total de 28 sesiones, con intercambio entre 2.000-4.000 c.c./sesión empleando plasma como líquido de reposición. Solo en una de las pacientes se hizo infusión de PPL (Plasmaproteína Pasteurizada Líquida) por mala tolerancia al plasma. Las sesiones duraron una media de 4 hs. y 54 min. y no hubo alteraciones de la T.A.. Todas las pacientes fueron tratadas con AAGP y ES y en el tercer caso, que fue recidivante, se efectuó también ttº. con PC. La primera y la segunda pacientes tuvieron un curso favorable, aunque solo en la segunda se observó una relación en el tiempo con la PS. En la 3ª paciente la respuesta a PS, ES y AAGP fue buena en el primer brote pero desarrolló I.R.C. terminal en el segundo. La diferencia entre nuestras tres pacientes fue la enfermedad asociada, que en las dos primeras pudo ser corregida (parto y antibióticos) además de que fueron tratadas con PS precozmente. En la 3ª paciente, que estaba siendo controlada en otro centro, la PS se inició tras un mes de ttº. con IPF, AAGP y ES.

Creemos que la PS con reinfusión de plasma realizada en fases iniciales, puede ser eficaz en el tratamiento del SHU del adulto.

7

ANALISIS EVOLUTIVO DE 126 PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL SEVERA.

Aranda, P.; Lopez Navidad, A.; Frutos, M.A.; Martín, G.; López Novales, E.
Servicio de Nefrología. Unidad HTA. Hospital Regional. Málaga.

Se estudian los cambios clínicos, analíticos y terapéuticos de 125 pac. (60IV.) con HTA severa (PAD >115 mmHg) con edad 51±11 a., seguidos promedio de 59±31 meses (rango 9-130), en relación a etiología y repercusión visceral de la HTA; tipos, eficacia y cambios en el tratamiento, así como modificaciones en Crs, K+, glucosa, colesterol, triglicéridos y ac.úrico.

Resultados:

	Nº	Edad	PAS I.	PAS F.	PAD	Creat.	Urico
			PAD I.	PAD F.	(90)		
HTA	72	52.6	201±30	154±21	78X	1.1.75±0.9	6.5±1.8
ES.		19.3	121±7	94±11		F.1.76±0.9	7.2±1.3
HTA	33	50	199±28	144±22	80X	1.1.70±0.8	6.5±1.8
SEC.	110	125±9	92.7±12			F.2.05±1.1	6.99±1.4

Después parámetros bioquímicos sin cambios significativos.							
Diuréticos Betabl. Vasod. Calcioant. IECA Siap.C.							
TRAT.	I.	58.6	68.8	42.4	6.4	16.8	19.2
%	F.	52	64	22.4	31	39.2	4.8

	UNA	DOS	TRES	CUATRO	> 4
% Nº I.	41.2	44.4	14.4		
DROG. F.	12	42.4	36	7.2	2.4

I= Inicio. F= Final.

Conclusiones: 1.-Alto % control HTA severa Es. y Sec. 2.-Control PA mantiene estable función renal. 3.- No modif. significativa glucosa, colesterol, triglicéridos y K+ con trto., si ac. úrico. 4.-Alto % empleo diuréticos y betabloqueantes con incremento de IECA y calcioant. 5.-Reducción nº drogas al controlar la HTA.

8

DIAGNOSTICO BIOLOGICO Y CLASIFICACION DE MIELOMA MULTIPLE. ESTUDIO DE 63 CASOS.

A. Alcalá, F. Gámez, ML. Escudero, MS Durán.
Hospital General de Especialidades. JAEN.

El mieloma múltiple (MM) es la gammopatía monoclonal maligna de presentación más frecuente. Su incidencia anual es de 3 casos por 100.000 habitantes año. Se describen las características de 63 pacientes diagnosticados desde 1.982 hasta hoy, que supone una incidencia de 15 nuevos casos por año. El diagnóstico de MM se establece según los criterios diagnósticos del Southwest Oncology Group. Se efectúa diagnóstico diferencial con las gammopatías monoclonales benignas de significado indeterminado (GMSI). La clasificación en estadios clínicos se establece según los criterios de Durie en relación a la masa tumoral.

Se exponen los resultados de los parámetros biológicos que en mayor grado contribuyen al diagnóstico correcto de MM, que son: hemoglobina, V de S, síndrome leucoeritroblástico, presencia de células plasmáticas circulantes, plasmocitosis medular, proteínas sericas, componentes M en suero y orina y dosificación de inmunoglobulinas.

TRASPLANTE RENAL ORTOTOPICO EN PACIENTE PORTADOR DE URETEROILEOSTOMIA CUTANEA.
Fco. Ruiz Alvarez de C., I. Moriones*.
 Servs. Urología y Cirugía Cardio-Vascular*.
 Hospital Regional Universitario "Reina Sofía". Córdoba.
 La integridad anatómico-funcional del tracto urinario inferior, ha venido siendo condición "sine qua non", para la realización del trasplante renal y la viabilidad de este. Sin embargo, en aquellos pacientes portadores de derivaciones de orina, internas o externas, en continuidad con neovejiga intestinal, que presente buena dinámica funcional, es posible el trasplante, con buena supervivencia de éste, sin incrementarse la morbilidad de este tipo de cirugía.
 En la presente comunicación, exponemos la técnica realizada, con injerto de cadáver, a un varón de 26 años, en D.C. por Nefropatía intersticial, en riñón único derecho, con uropatía obstructiva inferior, portador de derivación urinaria tipo Bricker, realizada hace más de tres años. Se realizó abordaje por lumbotomía intercostal, con nefrectomía del riñón del receptor, comprobando un adecuado flujo del pedículo vascular de éste, exposición de la vía ureteral, y del segmento retroperitoneal del asa ileal. Anastomosis vascular en termino-terminal, aprovechándose el ureter anastomosado a neovejiga ileal, con piel-to-pieloplastia, en el restablecimiento de la continuidad de la vía urinaria.
 La evolución quirúrgica fue normal; y a los cinco meses de su realización el injerto presenta buena viabilidad, sin infecciones de orina clínicamente significativa.

SEGUIMIENTO DEL TRASPLANTE RENAL PEDIATRICO POR SONOGRAFIA CON DOPPLER PULSADO.
López Barrio, A; Martín Govantes, J; Moreno Vega, A
 Unidades de Radiología y Nefrología Pediátricas.
 C.S. Virgen del Rocío. Sevilla

Hemos practicado 30 exploraciones con Doppler pulsado (DP) en 12 niños transplantados, con el doble objeto de establecer valores "normales" en ausencia de complicaciones y valorar hallazgos patológicos.
 Los parámetros analizados han sido índice de pulsatilidad (IP), velocidad de flujo (V) a varios niveles y morfología de la curva sistole-diástole.
 Los resultados han sido comparados con métodos diagnósticos convencionales.

RESULTADOS:

	IP	MORFOLOGIA DE LA CURVA
No complicados	0.58±0.06	Duna
Rechazo agudo	0.65±0.1	Peñón de Gibraltar
Rechazo crónico	0.60±0.09	Pico Veleta
Estenosis arterial	--	Remolino
Necrosis tubular	0.60	Duna

CONCLUSIONES:
 1. El IP en el injerto renal no complicado es similar al encontrado en otros órganos.
 2. La morfología de la curva es el parámetro más significativo, concordando en el 100% con otros métodos diagnósticos.
 3. El IP puede ser normal en el rechazo agudo.
 4. Diagnóstico muy precoz de estenosis de arteria renal.
 5. La necrosis tubular y nefropatía por ciclosporina no alteran la morfología de la curva, dato de importancia en el diagnóstico diferencial con rechazo.
 6. El DP debe ser una técnica de rutina en el seguimiento del trasplante, sustituyendo a otras agresivas.

TRATAMIENTO CON NIFEDIPINA RETARD (NF - R) EN TRASPLANTADOS CON H.T.A.
 Dres. Aranda, P. Gonzalez-Molina, M. Cabello, M. Ramos, B. - Frutos, MA. Lopez de Novales, E.
 Servicio de Nefrología. Hospital Regional. Málaga.
 Se analiza retrospectivamente la eficacia y tolerancia de NF-R en 29 transplantados renales hipertensos con repercusión visceral Gr I (27.5%), Gr II (62%) o Gr III (10.5%) de OMS, edad media 34.6-13 años (rango: 13-56), 21 (72.4%) varones, con injerto funcional (Creatinina: 1.7-0.8 mg/dl) (tiempo trasplante: 17.3-20 meses) tratados un promedio de 6.7-3 meses con una dosis media de 40 mgs/día de NF-R sola (20.7%) o asociada a betabloqueantes (13.8% o Diu+Captepril (17.2%). El motivo de empleo fue: 27.6% antihipertensivo de entrada; 10.4% por intolerancia y 62% por descontrol con tratamiento previo.
 Al final periodo seguimiento: 100% pac. presentaban FAD 95 mmHg y 90% FAD 90 mmHg, analizándose la respuesta antihipertensiva en relación con sexo, grado severidad HTA, índice de Quietel (25%) y edad (45 años; así como cambios bioquímicos (calcio, hematocrito, creatinina, glucosa, colesterol, triglicéridos y ac. úrico) y efectos secundarios clínicos. El análisis de los resultados permite concluir señalando la alta eficacia y buena tolerancia de NF-R para tratamiento HTA del trasplante renal.

UTILIDAD DEL DOPPLER EN TRASPLANTE RENAL.
 M. Cabello. M. Gonzalez-Molina. G. Alvarez. G. Martín Reyes. E. Lopez de Novales.
 Hospital Regional de Málaga. Servicio de Nefrología y Rx.

Se estudian 40 enfermos transplantados de riñón con Doppler en los que se sigue el mismo protocolo con obtención de curvas en las arterias renal, segmentarias y arcuatas y el Índice de Pulsatilidad (IP). Los pacientes se distribuyen en 4 grupos.
 El primer grupo formado por 24 enfermos con función renal normal y con una evolución del trasplante de 8 días a 84 meses. Se caracterizó por un IP de 0.50 - 1.50 (\bar{x} = 0.94) y con curvas en las que se podía delimitar las fases sistólica y diastólica.
 El segundo grupo formado por 12 enfermos con rechazo agudo, de los que 8 (66.66%) tenían confirmación diagnóstica. En estos casos había ausencia de curva diastólica o disminución de la misma, con un IP de 1.7 - 5.4 (\bar{x} = 2.75). La respuesta al tratamiento se correlacionó con una progresiva recuperación de la curva diastólica y un descenso del IP.
 El tercer grupo formado por 3 enfermos con E. de A. Renal comprobada arteriográficamente. La curva doppler se caracterizó por turbulencias y velocidades más altas a nivel de la estenosis y el fenómeno de "aliasing".
 El cuarto grupo lo formaba un paciente con trombosis de A. Renal que presentaba ausencia de flujos a todos los niveles.
 Conclusiones: El doppler representa una valiosa ayuda en el seguimiento de los enfermos transplantados, especialmente en los casos de trombosis vascular, E. de A. Renal y rechazo agudo.

13

EXPERIENCIA MALAGA CON CICLOSPORINA (CsA) EN TRASPLANTE RENAL DE CADAVER (TRC).

M.Gonzalez-Molina. M.Cabello. G.Martin Reyes. M.A. Frutos. P.Aranda. B.Ramos. A.Ruiz. E.Lopez de Novales. Hospital Regional de Málaga. Servicio de Nefrología.

Se analizan algunos aspectos de la evolución de 150 enfermos con secutivos con TRC tratados con CsA, desde Junio de 1984 a Marzo de 1987.

Protocolo de inmunosupresión: CsA a dosis controlada según niveles en sangre total (RIA) y prednisona a bajas dosis. La supervivencia de injertos funcionantes al año es del 83% en los 130 primeros enfermos que tienen el periodo de seguimiento más prolongado y la mortalidad durante todo el tiempo citado del 0.6% (1 enfermo).

Se analizan las ventajas y desventajas que conlleva el uso de CsA en TRC y los factores favorecedores de NTA, para la que fueron significativos la edad del donante ($p < 0.01$) y la isquemia de recalesamiento ($p < 0.05$); no lo fueron las isquemias frías o caliente ni edad del receptor.

En el 12% se sustituyó la CsA por Azatioprina, siendo llamativa la alta incidencia de rechazos después del cambio (38%) en comparación con el 11% del grupo control en el que no se efectuó el cambio de droga.

Conclusiones: En nuestro medio con CsA se ha conseguido un alto porcentaje de injertos funcionantes al año con una muy baja mortalidad y morbilidad.

14

ANEMIA HEMOLITICA POR AUTO-ANTICUERPOS EN TRASPLANTADOS RENALES TRATADOS CON CICLOSPORINA (CsA)

M.Cabello. M.Gonzalez-Molina. G.Martin Reyes. S.Oyonarte. M.A. Frutos. E. Lopez de Novales. Hospital Regional de Málaga. Servicio de Nefrología.

De los enfermos trasplantados de riñón a partir de Mayo del 84, 152 siguieron tratamiento con CsA (150 de cadaver y 2 de donante vivo). De ellos 15 (9.8%) fueron con grupo sanguíneo compatible, pero no isogrupo y 10 (6.6%) Rh+ recibieron injertos de donante Rh-. De estos 2 grupos, 2 pacientes presentaron una crisis hemolítica entre la 2 y 3 semanas de evolución con la formación de anticuerpos anti D uno de ellos (Donante Rh- y Receptor Rh+) y anti A el otro (Donante O y Receptor A). Ambos pacientes presentaban caída brusca del hematocrito, hiperbilirrubinemia, disminución de la haptoglobina y test de Coombs positivo.

Se mantuvo el tratamiento con CsA en los 2 enfermos y en el plazo de un mes (en uno de ellos) y de los 10 días en el otro, desapareció la crisis hemolítica.

Conclusiones: De los datos obtenidos se confirma que la CsA produce un estado de inmunosupresión que permite que las células pasajeras formen un clon de células que reconocen como extraño el grupo sanguíneo del receptor y produzcan anticuerpos anti-grupo. Estas crisis son limitadas y se resuelven con disminución de la inmunosupresión.

15

SEGUIMIENTO DE LA FUNCION RENAL EN EL TRASPLANTE CARDIACO.

A. Montero, C. Segura, M. Concha, F. Vallés, J. M. Arizón, J. Mallol, F. López-Rubio y T. Marchal. Hospital "Reina Sofía". Córdoba.

Durante el periodo de 1 año, se realizaron 4 trasplantes ortotópicos cardíacos (TXC), mantenidos con triple terapia y ATC. Los niveles de CyA en los 2 primeros se mantuvieron entre 900 y 1000 ng/ml durante los 3 primeros meses. Uno de estos presentó un cuadro de disfunción renal progresiva junto a una hepatopatía crónica de etiología no A no B, por ello se le retiró la CyA; la biopsia renal fue etiquetada como compatible con toxicidad por ciclosporina. Otro TXC desarrolló un episodio de fallo renal relacionado con una disfunción miocárdica etiquetada histológicamente de toxoplasmosis durante el tratamiento específico con pirimetamina sulfamidas orales se observó un ascenso desproporcionado de la creatinina, el cual se atribuyó al efecto directo de estas drogas.

Los dos últimos TXC fueron mantenidos con la misma terapia, pero reduciendo la dosis de CyA de tal manera que los niveles estuvieron entre 500 y 700 ng/ml. Estos pacientes evolucionaron muy satisfactoriamente; aunque uno de ellos presentó un cuadro de fallo renal en relación con una situación de bajo gasto cardíaco transitorio; la creatinina se mantiene en 0,6 y 1 mg/dl a los 5 y 6 meses de postoperatorio.

Como muchos estudios han sugerido, la disminución de la dosis de CyA parece preservar la función renal de forma significativa en el TXC. Por otro lado es preciso tener en cuenta de forma muy especial las situaciones de bajo gasto cardíaco en TXC, fundamentalmente las debidas alteraciones del órgano donante, episodios de rechazo agudo u otras más excepcionales como nuestro caso de miocarditis por toxoplasma.

16

SINTESIS ADECUADA DE CALCITRIOL EN ANCIANOS.

Quesada, J.H., Corpas M.S., Benito P., Bouillon R. Hospital Regional Reina Sofía Universidad de Córdoba LEGENDO, Universidad Católica de Lovaina, Bélgica.

En ancianos, en especial con limitación de la movilidad está bien documentada el déficit de 25 OH D₃ y menos severo de 1,25 (OH)₂ D₃ (Calcitriol) pero probablemente de mayor repercusión fisiopatológica sobre el metabolismo mineral, y visiblemente sobre las acciones extraendocrinas de la vitamina D.

En este estudio preeliminar valoramos en nuestro medio, el estatus de vitamina D₃ y niveles de Calcitriol en ancianos (edad 70 años), de ambos sexos, creatinina 1,2 mg/dl, distribuidos en dos grupos: G₁ (n:28) sanos; G₂ (n:25) crónicamente enfermos, midiendo PTH, 25 OH D₃, 1,25 (OH)₂ D₃, DBP, calculando el índice de 1,25 (OH)₂ lib.⁵

RESULTADOS

	25 OH D ₃ ug/l	PTH mU/l	1,25(OH) ₂ D ₃ ng/l	DBP mg/l	1,25(OH) ₂ D ₃ lib. R.H X 10 ⁻⁵
G ₁	18 [±] 8	65 [±] 25	49 [±] 7	382 [±] 47	1,7 [±] 0,3
G ₂	10 [±] 5	95 [±] 43	38 [±] 10	368 [±] 54	1,4 [±] 0,5
	p 0,01	p 0,05	p 0,01	n.s.	p 0,05

Los ancianos sanos con adecuada movilidad, en nuestro medio presentan niveles absolutamente normales de 25 OH D₃ mientras que los crónicamente enfermos son deficitarios en vitamina D₃. El riñón senil puede producir adecuadamente Calcitriol si la concentración de precursor es suficiente, aunque no podemos excluir déficit primario de la capacidad máxima de la enzima 1 α hidroxilasa renal en ancianos.

Concentraciones elevadas de PTH sérica inmunoreactiva en ancianos deben ser interpretadas con cautela en función de la estación en que se realiza el estudio, movilidad, salud y estatus nutricional del anciano.

17

CONTROL DEL HIPERALDOSTERONISMO POR KETOCONAZOLE
P. Benito, MS Corpas, JM Quesada.
Hospital Regional "Reina Sofía". Córdoba.

El Ketoconazole es un derivado imidazólico usado como antifúngico ya que inhibe la síntesis de ergosterol en la membrana de los hongos. Asimismo se ha comprobado que inhibe la síntesis adrenal y testicular de esteroides por lo que se ha utilizado con éxito en el control preoperatorio de algunos enfermos con síndrome de Cushing.

Hemos tratado con Ketoconazole a un enfermo con hiperaldosteronismo idiopático (IHA) producido por una hiperplasia adrenal nodular bilateral.

Se trataba de un varón de 35 años con hipertensión resistente al tratamiento habitual. En la analítica destacaba la existencia de un potasio de 3.4 mEq/l. sódico de 143 mEq/l. natriuria de 54 mEq/l. kaliuria de 62 mEq/l. y una aldosterona basal de 262 pg/ml (normal menor de 260 pg/ml) que subía a 437 pg/ml tras la deambulación y furosemida, y no frenaba tras la sobrecarga salina (219 pg/ml). Junto a ello presentaba una pérdida del ritmo de cortisol y cortisolurias persistentemente elevadas sugestivas de hiperfunción de la capa fascicular de las adrenales.

Se comenzó tratamiento con espironolactona (300 mg/día) teniendo en principio buena respuesta pero desarrollando después un "fenómeno de escape" a la misma. Por ello se trató con 800 mg./día de Ketoconazole, normalizándose al mes la T/A y los niveles de aldosterona (62 pg/ml basal y 57 tras estímulo con deambulación y furosemida).

El enfermo toleró mal la medicación a dicha dosis por lo que se le redujo a 400 mgrs/día, encontrándose en la actualidad asintomático y controlado desde el punto de vista clínico y analítico.

18

SÍNDROME DE HIPERMINERALCORTICISMO INDUCIDO POR CREMA DE CORTICOSTEROIDES.- M.Ceballos, R.Otero, H. Diaz, M.Real

Hospital General Torrecardenas.- ALMERIA

Presentamos dos pacientes vistos en nuestro servicio en el último año por hipertensión e hipopotasemia. El primer paciente es un hombre de 56 años, afecto de un psoriasis universal e hipertensión arterial desde hace varios años, que ingresa por un cuadro de debilidad extrema con tetraparesia. En el estudio analítico destacaban K 1,2, mEq/l, Mg 0,6 mEq/l, pH 7,50, CO₂H 35, ARP baja, aldosterona normal, cortisol y ACTH normales, TAC abdominal normal.

El segundo paciente es una mujer de 24 años con HTA. desde hacia 4 años y con hipopotasemia mantenida, estaba afectada de una dermatosis congénita. Analíticamente tenía K 2 mEq/l, pH 7,52, CO₂H 40 mEq/l, ARP baja y aldosterona normal, cortisol y ACTH disminuido, TAC abdominal normal. Ambos pacientes usaban desde hacían años gran cantidad de crema con 9 alfa fluor-prednisolona, después de cesar su administración se normalizó el cuadro bioquímico y desapareció la HTA.

Se comenta: 1º la dificultad de diagnóstico con la necesidad de una alta sospecha clínica.

2º Su frecuencia

3º La evolución favorable después de la retirada de la medicación.

19

RESPUESTA INUSUAL TRAS EL USO CRÓNICO DE 9-ALFA FLUOR-PREDNISOLONA.
ORTEGA RUANO, R., ONAINDIA RICO, J.M., GONZALEZ MARTINEZ, J., RODRIGUEZ VILLARREAL, I.

Hospital "Manuel Lois García". Huelva.

Se describe una paciente que tras la administración crónica de 9-alfa fluorprednisolona (9-FP) presentó un episodio de aparición brusca de edemas con T.A. normal. No tenía otros antecedentes y la exploración física, exceptuando los edemas, era normal. En el estudio analítico destacaba una función renal normal y potasio sérico (K) de 2'7 mEq./lt.; Actividad de Renina Plasmática: inferior a 0'2 ng./ml.; Aldosterona urinaria: 1'2 mcg./24 hs.. Se realizaron estudios de aclaramiento tubular. A su ingreso: C_{Na}: 0'43 ml/100 FG.

$$C_{H_2O} + C_{Na} = 12'4 \text{ ml./100 FG.}$$

$$C_{H_2O} / C_{H_2O} + C_{Na} \times 100 = 99.$$

$$C_{H_2O} / C_{H_2O} + C_{Cl} \times 100 = 98.$$

Tras suspender la 9-FP y administrar potasio oral se normalizaron los niveles de K y los estudios de aclaramiento tubulares. A los dos años de este episodio la paciente está asintomática y con K_s normal sin necesidad de posteriores tratamientos.

En este caso, de forma clara, está ausente el fenómeno de escape de Na que aparece de manera casi constante en los hiperaldosteronismos, lo que justificó la aparición de los edemas. Es también interesante la ausencia de hipertensión arterial, difícilmente explicable: podría ser debida al balance entre fuerzas vasopresoras como 9-FP y noradrenalina, y fuerzas vasodepresoras como la inhibición de Aldosterona debida a 9-FP e hipopotasemia y el aumento de la síntesis de PGI₂ en los vasos sanguíneos, inducido por la hipopotasemia.

20

ESTUDIO COMPARATIVO DE LA CATETERIZACION DE VENA FEMORAL Y SUBCLAVIA COMO ACCESO VASCULAR EN HEMODIALISIS.

I. Rodríguez Villarreal, J. González Martínez, R. Ortega Ruano, J.M. Onaíndia Rico, J.R. Molas Cotén, J. Moreno.

HOSPITAL GENERAL "MANUEL LOIS GARCIA". HUELVA.

Departamento de Bioestadística Facultad de Medicina. SEVILLA.

Se comparan los resultados de 82 cateterizaciones, 41 de la vena subclavia (CVS) y 41 de la vena femoral (CVF), como acceso vascular para hemodiálisis (HD) en pacientes con insuficiencia renal crónica por fallo de la fistula arteriovenosa interna o a la espera de madurar o realizar acceso vascular. En nuestro estudio, todos los pacientes han permanecido en régimen ambulatorio, acudiendo al hospital para las sesiones de HD. Los catéteres de subclavia (CS), y los catéteres femorales (CF), fueron implantados por el personal médico y A.T.S. entrenados de nuestra unidad. El material de todos los catéteres implantados fue de TEFLON.

Comparando ambas técnicas, el número de A.T.S. que implantó catéteres femorales fue mayor (p<0,01).

La duración en días de las cateterizaciones retiradas por complicaciones fue similar con ambas técnicas, pero fue mayor la duración de las CVS retiradas por fin de uso (p<0,05).

Las complicaciones que dieron lugar a la retirada de las cateterizaciones fueron similares con ambas técnicas, no hemos tenido ninguna complicación fatal. Con CVS fueron más frecuentes las complicaciones mecánicas y con CVF las infecciosas.

Los CS se recambiaron en mayor número que los CF (p<0,05), la causa más frecuente de recambio de los CS fue falta de flujo por rotura o ocladura del catéter.

De nuestro estudio concluimos:

La implantación de CF es técnicamente más fácil y anatómicamente más segura.

Ambas cateterizaciones son válidas como acceso vascular de forma temporal en HD.

Mayor incidencia de complicaciones mecánicas con CVS y mayor número de CS recambiados por esta complicación, esto podría mejorar con el uso de catéteres de material menos rígido, tal como poliuretano.

EXPERIENCIA INICIAL CON DOS TIPOS DIFERENTES DE ACCESO VASCULAR TRANSCUTANEO EN HEMODIALISIS.
 E.J.Fernández Ruiz, M.C.Hernández, C.Remón, M.Ceballos y F.Vallejo.
 Hospital Clínico.Cádiz

Aunque la fístula arteriovenosa (FAV) de Cimino-Brescia es el procedimiento de elección como acceso vascular en la hemodiálisis periódica, el progresivo agotamiento venoso en ciertos pacientes obliga a utilizar técnicas alternativas como el acceso vascular transcutáneo en sus dos modalidades conocidas: Dia-TAP y HEMASITE. Aunque determinados grupos propugnan su utilización como acceso inicial en determinados casos, los hemos empleado como solución final y en pacientes de alto riesgo (sobre todo trombótico).

Se han utilizado 11 prótesis (4 Dia-TAP y 7 HEMASITE) en 5 pacientes (4 mujeres y 1 varón) y con 54 años de edad media. Las causas de la IRC fueron Tuberculosis Renal (2), Enfermedad Quística (2) y Glomerulonefritis crónica. El tiempo de permanencia en el programa hasta el primer implante varió entre los 5 y los 98 meses. La cifra media de accesos vasculares previos fue de 5,6 por paciente.

La media de supervivencia fue del 10% a los 270 días y el tiempo medio de supervivencia fue de 124 días, muy inferior a otros tipos de acceso vascular. También son peores resultados que los de otros grupos con el mismo tipo de accesos, si bien los utilizaban como acceso inicial.

Atribuimos estos malos resultados a las especiales características trombotogénicas de nuestro grupo de pacientes (algunos trombosaron la prótesis estando bajo tratamiento anticoagulante) y a las propias características del acceso.

EFFECTO DE LAS MEMBRANAS DE DIALISIS EN LA LEUCOPENIA Y GENERACION DE ANAFILOTOXINA.
 A. Martín-Malo, D. Castillo, M. Castro, F. Velasco, R. Perez, J. Gomez, L.G. Burdiel y P. Aljama.

Hospital Regional "Reina Sofía" Córdoba. Recientemente han aparecido una serie de trabajos poniendo en duda que la leucopenia de la hemodiálisis (HD) esté mediada por factores dependientes del complemento. Puesto que el C5a se genera con la activación del complemento, hemos relacionado la generación de C5a y el grado de leucopenia con diferentes membranas de HD.

10 pacientes fueron considerados para el estudio. De manera sucesiva se trataron con dializadores de Cuprofan (CU), policarbonato (PCM), polimetilmetacrilato (PMMA), y poliácilonitrilo (AN-69). A los 0, 15, y 60 minutos del comienzo de la HD, se determinaron el número de leucocitos y los niveles de C5a (Ria-doble AC), en la línea arterial y venosa.

RESULTADOS A LOS 15 MINUTOS.

	Leucocitos	Nivel C5a	Produc. C5a
CU	- 67 *	+ 27 *	+ 353 *
PCM	- 25 *	- 2	+ 85 *
PMMA	- 43	+ 4	+ 12
AN-69	- 5	- 5	+ 3

(Δ %, *p < 0.001)

La correlación entre leucopenia y producción de C5a neta solo fue significativa con CU, r=0.93, lo cual no se observó con las otras membranas (con PCM r=0.2). Sin embargo los resultados a los 60 minutos mostraron una producción significativa de C5a con PMMA (p < 0.02) sin provocar leucopenia.

Estos datos sugieren que la generación de C5a durante la HD constituye un factor relevante en la patogenia de la leucopenia. No obstante son necesarios otros mecanismos adicionales para la inducción de la leucopenia.

INVESTIGACION DE ANTICUERPOS AL VIRUS VIH EN UNA UNIDAD DE HEMODIALISIS.

R.Sánchez-Palencia, V.Borobio y A.Palma
 Hospital Universitario Sevilla

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es un problema médico que ha causado un gran impacto debido a la especial atención que le prestan los medios de comunicación. Entre las poblaciones en riesgo: toxicómanos, homosexuales y hemofílicos, estos últimos lo son en razón de su demanda de derivados sanguíneos. Los pacientes (pac) en hemodiálisis (HD) constituyen una población politransfundida bien por motivos terapéuticos, bien como preparación para trasplante. En este sentido hemos investigado la presencia de anticuerpos a VIH en los pac. de una unidad de HD hospitalaria. Se estudiaron 51 pac. (24 mujeres, 27 hombres) con edad media de 47 años y con una estancia media en HD de 36 meses. Todos los pac. habían recibido al menos una unidad de sangre, con una media de 7,5 unidades/pac. Los anticuerpos fueron investigados por método ELISA y en caso de positividad confirmados por Western-Blot. Todas las muestras analizadas fueron negativas excepto una que posteriormente también fue negativa por Western-Blot. El gasto total de la investigación ha sido de 30.000 pts.

Dada la potencial contagiosidad de los enfermos de SIDA, la especial sensibilización de la población en general, la existencia de medidas de aislamiento para el tratamiento dialítico y el costo no excesivo, consideramos aconsejable la determinación de anticuerpos al virus VIH en las unidades de hemodiálisis.

ENFERMEDAD POR DEPOSITOS DE SILICONA, EN HEMODIALISIS.

E. Andres, R. Martinez, R. Algarra, A. Martín-Malo, D. Castillo, E. Moreno, L.G. Burdiel, R. Perez, J. Gomez y P. Aljama.
 Hospital "Reina Sofía". Córdoba.

La existencia de partículas refráctiles en relación con granulomas, se han descrito en pacientes hemodializados, cuyas repercusiones clínicas no han sido suficientemente caracterizadas.

Se presenta el caso de una paciente hemodializada durante dos años, que presenta un cuadro de fiebre, hepatoesplenomegalia y ascitis. Junto a ello se objetivó un aumento acusado de la GGT y la fosfatasa alcalina. Su estado general se deterioró rápidamente, motivando su ingreso hospitalario para completar su estudio. Durante el mismo, fallece de muerte súbita durante una sesión de diálisis.

En la necropsia, se documentaron numerosos granulomas epitelioideos, conteniendo partículas no birrefringentes en diversos órganos. Estas partículas fueron identificadas como correspondientes a silicona, en virtud de sus características microscópicas.

Este caso ilustra la necesidad de valorar esta entidad en el diagnóstico diferencial de las hepatopatías crónicas del enfermo en hemodiálisis.

PARAMETROS NUTRICIONALES EN PACIENTES SOMETIDOS A DIALISIS.

Perez-Cerezal, M.; Muñoz Yribarren M.C.; Palma A. Hospital Universitario. Sevilla
 Hemos evaluado el estado de nutrición de un grupo de 30 pacientes uremicos varones (18 en DPAC y 12 en hemodiálisis) frente a 12 sujetos control con los siguientes parámetros: Peso, % Peso ideal, Índice de Masa corporal (BMI), Grasa corporal: pliegue cutáneo tricaptal (PCT), % de grasa, y peso de grasa; proteína muscular: circunferencia y área muscular del brazo (CMB y AMB); proteína visceral: albúmina, prealbúmina, transferrina y C3, proteínas totales.
 Se hallaron las medias y desviaciones standard de las variables y se aplicó el test T-student. No detectamos diferencias entre ambos grupos (pacientes y controles) en cuanto a peso y % PI. Sin embargo, si había una diferencia neta en el BMI ($p < 0,05$), PCT ($p < 0,00001$), % grasa ($p < 0,00001$) peso de grasa ($p < 0,0001$) así como en algunos parámetros de proteína visceral: prealbúmina ($p < 0,005$) y C3 ($p < 0,005$). La albúmina y las proteínas totales no mostraron diferencias, en tanto que los resultados de prealbúmina eran discordantes.
 Los parámetros de proteína muscular fueron menores en los paciente sin llegar a ser estadísticamente significativa la diferencia.
 Al comparar los dos grupos de pacientes (DPAC y HD) encontramos que los parámetros de proteína muscular (CMB y AMB) eran menores ($p < 0,05$) en el grupo de DPAC.
Conclusión: Los pacientes urémicos presentan una desnutrición de grasa y proteína visceral y en menor grado de proteína muscular. La pérdida proteica es mayor en pacientes en DPAC que en los de HD.

DIALISIS EN PACIENTES CON EDAD AVANZADA
Fco. Fdez. Montero, R. Fdez. Montero, José María Sillero. Centro Hospitalario "Princesa de España".

Entre la población sometida a HD por IRC en nuestra Unidad nos encontramos con un número elevado de pacientes con más de 55 años al comienzo de su tratamiento (36 paciente de un total de 59) desde el año 1975; de ellos 16 varones (45%) y 20 hembras (54%) y con edad comprendida entre 55 y 80 años; siendo la permanencia en la Unidad la comprendida en un período que se extiende desde 2 meses hasta 10 años y medio.
 Las principales causas de enfermedad renal fueron: enf. vascular hipertensiva (10), nefropatía intersticial crónica (9), glomerulonefritis crónica (8) y diabetes (5).
 La evolución de los accesos vasculares realizados a los mismos, fistulas arteriovenosas de Cimino-Brescia, fue buena excepto en 7 enfermos. El número de fallecimientos fue de 21 (36%) en un período comprendido entre 1 y 11 años, siendo las causas más frecuentes: enf. cardiovascular (10), Sepsis (3) y HDA (4).
 La supervivencia acumulativa del grupo total de enfermos de edad avanzada fue: 80%, 67%, y 48% respectivamente a los 2, 4 y 8 años.
 Creemos, por consiguiente, que la edad no es un inconveniente en el tratamiento con diálisis de estos enfermos; su calidad de vida es buena aunque se producen con relativa frecuencia ingresos hospitalarios, y que los principales factores de riesgos son la enfermedad vascular y las hemorragias gástricas.

CONTROL DE CALIDAD EN UN PROGRAMA DE HEMODIALISIS
ORTEGA RUANO, R., GONZALEZ MARTINEZ, J., RODRIGUEZ VILLARRREAL, I., ONAINDIA RICO, J.M., MOLAS COTEN, J.R.

A través del Programa de Insuficiencia Renal de la Junta de Andalucía se está efectuando un seguimiento de las unidades de hemodiálisis (UHD), obteniéndose datos cuantitativos de rendimiento al alcance de todos y de gran utilidad. Sin embargo hemos encontrado pocos datos cualitativos sobre el control de calidad en las UHD de Andalucía.
 Hemos revisado una serie de parámetros, objetivables por un observador imparcial, que podrían dar una idea de la calidad de un programa de hemodiálisis (HD).
 Se han revisado los pacientes dializados durante todo o parte del año 1.986 en el Hospital "Manuel Lois" y centro periférico de HD de Huelva. Se han dializado un total de 113 pacientes de los que 22 ingresaron en programa ese año, 4 fueron trasplantados y 11 fallecieron. El tiempo medio en HD de los enfermos incluidos en programa antes de enero de 1.986 era de 32'7 meses.
RESULTADOS: 1º.-Tasa de mortalidad: 9'73%. 2º.-Necropsias: 2 (18'1%). 3º.-Morbilidad: hubo 116 ingresos en 60 enfermos. La estancia media fue de 9'2 días. El índice de ingresos por enfermo/més de HD fue 0'89. La causa más frecuente de ingreso estuvo relacionada con el acceso vascular. 4º.-Complicaciones intradiálisis: dos hemólisis y una embolia aérea (0'19 complic. por mil HD). 5º.-La tasa de conversión de Ag AU negativo a positivo fue cero. Setenta y un enfermos (62'8%) tenían marcadores de hepatitis negativos. No se detectó ninguna Hepatitis B en el personal y el 80% tenían marcadores negativos. 6º.-Osteodistrofia invalidante: ninguna. 7º.-Polineuropatía severa: ninguna. 8º.-Grado de rehabilitación social: difícil de valorar dadas las actuales condiciones socioeconómicas.
CONCLUSIONES: Datos aislados de un año no tienen validez absoluta. Creemos importantes los estudios comparativos. Sería deseable conocer parámetros cualitativos de calidad de todos los centros que deseen ser acreditados.

BIOFILTRACION VERSUS HEMODIALISIS: EVALUACION BIOQUIMICA Y CARDIOVASCULAR

D. Castillo, M. Franco, F.M. Gonzalez, M. Jaraba, E. Andres, M.L. Hernandez, D. Fonseca, A. Martín-Malo R. Pérez y P. Aljama.
 Hospital Regional "Reina Sofia" Córdoba.

En los últimos años se han presentado un gran número de técnicas alternativas a la hemodiálisis convencional en un intento de mejorar la calidad y de reducir el tiempo de tratamiento de la insuficiencia renal crónica. Sin embargo la mayoría no han perdurado, quizás por no reunir ni solventar los mínimos exigibles. La Biofiltración es una nueva modalidad de tratamiento nacida en un buen momento de avances técnicos. Este trabajo analiza los aclaramientos (Cl) y corrección del equilibrio ácido-base (Eq A/B) junto a la tolerancia cardiovascular, en comparación con la HD.

10 pacientes estables fueron sometidos a una BF de 3 horas de duración, con una membrana capilar de 1 m² de superficie de AN-69s, líquido de diálisis con 35 meq/l de acetato y 3 litros de líquido de sustitución (Bicarbonato 0.1 molar); con una semana de intervalo se compararon con hemodiálisis convencional de 4 horas (Cuprofan 1m² y acetato).

Se estudiaron los aclaramientos de creatinina (ClCr) y de Urea (ClUr) en 1/semana; Δ % de pH, CO₂H- y presión arterial media (PAM). Se valoró la función ventricular mediante ecocardiografía modo M analizándose los Δ % de índice cardíaco (IC), velocidad de acortamiento circunferencial (Vcf) y fracción de eyección (FE).

	1/semana	ClCr	ClUr	Δ % pH	CO ₂ H-	IC	Vcf	FE	PAM
HD	88.5	99.9	+1.7	+19.3	-6.5	+12	-1.4	-4.1	
BF	81	93.9	+1.8	+59.3**	-14.1	+10	+1.1	-9.1	

** $p < 0,01$
 Con unos aclaramientos comparables, la biofiltración obtiene una corrección más adecuada del Eq A/B. La tolerancia cardiovascular de la BF es satisfactoria, a pesar de la aplicación de tasas más elevadas de ultrafiltración. La BF reúne las bases mínimas exigibles para su aplicación a largo plazo, presentando la ventaja de reducir el tiempo de tratamiento en un 25 % a cambio de una mayor complejidad técnica.

PERITONITIS EN C.A.P.D. SU INCIDENCIA SEGUN LOS DIFERENTES SISTEMAS COMERCIALES.

M. Rivero, M. Alonso, E. Aznar, M. Pérez Ruilópez y F. Tejuca.
Hospital Provincial de la Seguridad Social de Cádiz.

Desde 1.982 hasta Abril de 1.987, 65 enfermos afectos de Insuficiencia renal crónica han recibido tratamiento mediante C.A.P.D. Los 48 que han permanecido en programa mas de 6 meses han sido estudiados retrospectivamente en cuanto a la incidencia de Peritonitis y separados en tres grupos según el sistema comercial empleado.

En los años 82 y 83 utilizamos el sistema Travencol I. Se incluyeron 16 pacientes (33,3%). La incidencia de P. fue de un episodio cada 10,4 meses/paciente y fué causa de salida del programa en 4 (25%).

Del 84 al 86 utilizamos el sistema Fresenius, con el que se trataron 25 pacientes (50,4%) la incidencia de P. disminuyó a un episodio cada 14,58 meses/paciente, siendo causa de salida de programa en 4 (16%).

Finalmente en 1.986 se empezó a emplear el sistema Travencol H.V. con el que solo 7 pacientes llevan 6 meses de tratamiento. La incidencia de P. ha disminuido nuevamente a un episodio cada 30 meses/paciente, y ninguno de ellos ha salido del programa. Sin embargo el corto número de casos y el escaso tiempo de seguimiento impiden sacar conclusiones válidas. Encom se estos resultados como un informe preliminar atencion te satisfactorio.

En el caso de los tres que son sub-diabéticos no hubo diferencias en cuanto a edad, sexo y un paciente o no de diabéticos.

COMPLICACIONES EXTRARRENALES DE RECEPTORES RENALES. EXPERIENCIA DE 220 CASOS CONSECUTIVOS.

Sánchez Gomez E., Reina Ruiz C., Nieto J., Sanchez M., Martínez M., Montañes Medina P., Mateos Aguilar J. "C.S. V. del Rocio". Sevilla.

El objeto de la comunicacion es presentar la experiencia entre abril de 1978 y diciembre de 1986 en trasplantes de cadaver, de las complicaciones extrarrenales.

Aunque a lo largo de los años las infecciones bacterianas han disminuido de forma manifiesta continuan siendo una causa importante de morbi-mortalidad siendo un problema sobre el que se puede influir de forma favorable con las medidas adecuadas.

Otras complicaciones que se describen de naturaleza endocrinometabolicas, neurologicas, de aparato locomotor, digestivas hematologicas y neoplasicas asi como las infecciones viricas o micoticas se consideran mas dificiles de predecir y, por ahora, escapan mas facilmente a nuestro control.

Teniendo en cuenta la escasez de organos para trasplantes y la progresiva mejoría de los metodos de dialisis con mejor control de las lesiones mas incapacitantes, como la osteomalacia, el hiperparatiroidismo, la anemia, etc., y la disponibilidad de suficientes posibilidades de tratamiento de todos los pacientes con utillaje y membranas de mejores prestaciones se insiste en la necesidad de seleccionar cada vez de forma mas estricta los pacientes en lista de espera para trasplantes en contra de las todavia recientes tendencias de ofrecer trasplante como la mejor terapia para cualquier paciente incluidos los de alto riesgo o edad avanzada.

SARCOMA DE KAPOSI, LEUCOENCEFALITIS E INMUNODEFICIENCIA EN TRASPLANTE EN AUSENCIA DE HIV.

G. Rodríguez Algarra, P. Pereira Palomo, J. Fernandez Alonso I. Chinchón, I. Wichmann y J. Mateos Aguilar. V. de R. Sevilla

El angiosarcoma de Kaposi fue desde su descripción hasta años recientes una enfermedad rara, de personas adultas, especialmente italianos y judíos.

La primera descripción en pacientes trasplantados sometidos a inmunosupresión se hace en 1968. Con la eclosión del síndrome de inmunodeficiencia adquirida por retrovirus la enfermedad se hace mucho mas frecuente, entre cualquier raza y estrechamente relacionada con la infección por HIV. Se supuso que la afección era mas frecuente en cuanto a mortalidad en paciente DR 5.

El objeto de esta comunicacion es la presentación de: Paciente de 30 años, blanco que un año despues de recibir un injerto de cadaver con buena función renal, en tratamiento con CyA y dosis bajas de prednisona y que fue discontinuado desarrollo un cuadro caracterizado por una relación T4/T8 de 0,20, hipergammaglobulinemia, tolerancia del injerto, angiosarcoma de Kaposi sin afectación dérmica y visceras múltiples, asociado a infección difusa por herpes zóna, CMV y probable papovavirus encefálico.

Múltiples determinaciones en sueros antiguos pretrasplante, post-trasplante inmediato y finales así como suero del donante nunca demostraron la presencia de anticuerpos para el HIV tipo 1 ni la presencia de proteínas virales.

La inmunodepresión de algunos pacientes en diálisis crónica puede ser tan profunda de forma espontánea o con mínimas dosis de medicación que puede ser un factor de riesgo a tener en cuenta a la hora de seleccionarlo para recibir un injerto.

FALLO DE LA EFICACIA PERITONEAL EN CAPD.

E. Fernandez Giraldez, M. Ramos Diaz, J. Mateos Aguilar Cdad. San. "Virgen del Rocio". Sevilla.

La viabilidad a largo plazo del peritoneo sigue siendo una limitación de la técnica. Permanece la controversia sobre los cambios estructurales y funcionales con el tiempo en CAPD, así como sobre los factores desencadenantes de estos.

Hemos tratado a un total de 136 pac., de los cuales 7 (5,14%), han desarrollado Peritonitis esclerosante (grupo A) y 6 (4,41%) han abandonado la técnica por fallo de membrana (grupo B).

Los objetivos de esta revisión son:

- 1) Análisis de posibles causas (tiempo, nº de peritonitis, germen, etc., Betabloqueantes, P torpida ó recidivante, técnica).
- 2) Seguimiento de los pacientes del grupo B para determinar su posible evolución a PE.
- 3) Tratar de establecer medidas preventivas y de diagnóstico precoz.

-La persistencia de la inflamación en el curso de peritonitis torpida ó recidivante aparece como un factor común. (85,7%).

-El antecedente de pérdida de eficacia de membrana es frecuente. (57,14%).

-Ningun otro factor tuvo una incidencia significativa.

Se revisan mecanismos patogénicos y se proponen medidas prácticas para prevenir y conocer mejor el desarrollo de esta grave complicación.

1. Medidas periódicas de eficacia peritoneal.
2. Reposo del peritoneo ó cambio de técnica según resultados.
3. Identificar pacientes de alto riesgo.
4. Eliminar posibles fuentes de injuria.