

5. Franco A, Serrano R, Gimeno A, de Juan J, Merino E, Jiménez del Cerro L, et al. Estudio de carga viral y antigenemia como valores predictivos de recidiva de infección de CMV en el trasplante renal. *Nefrología*. 2007;27:202-8.
6. Roncero García-Escribano O, Legaz Huidobro M, Bernardos E, Sánchez Manajavacas N. Reactivación de CMV: ¿dónde está el límite del diagnóstico? *Enfermedad inflamatoria intestinal* al día. 2012;11:118-24.
7. Franco-Esteve A, Tordera-Fuentes D, Balibrea-Lara N, Merino E, del Pozo C, Olivares J. Enfermedad tardía gastrointestinal por citomegalovirus con carga viral indetectable, un nuevo reto en trasplante renal. *NefroPlus*. 2013;5:15-8.

Paula Martín Escuer, Sara Alvarez Tundidor*,
Carlos Ruiz-Zorrilla López, Ester Hernández García,
Victoria Oviedo Gómez y Fernando Sousa Pérez

Sección de Nefrología, Hospital Universitario Río Carrión, Palencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: salvtund@hotmail.com
(S. Alvarez Tundidor).

0211-6995/© 2016 Sociedad Española de Nefrología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.nefro.2016.10.009>

Enfermedad renal «oculta» en ancianos: ¿deja de ocultarse a los 10 años de seguimiento?

Hidden renal disease in the elderly is not longer buried after 10 years of follow up

Sr. Director:

La enfermedad renal «oculta» (ERO) se define por la presencia de un filtrado glomerular < 60 ml/min junto con creatinina sérica en rango normal. Pocos trabajos se han centrado en conocer qué ocurre a largo plazo con aquellos pacientes que son diagnosticados de ERO. Nosotros habíamos comunicado nuestros resultados del seguimiento durante un periodo de 5 años, concluyendo que la creatinina sérica se seguía manteniendo en rango normal con un filtrado glomerular disminuido (< 60 ml/min/1,73 m²), pero sin variaciones significativas respecto a sus valores basales¹. En el presente trabajo analizamos los resultados de la evolución a largo plazo.

Del estudio de «Ancianos con Enfermedad Renal Crónica del Hospital General de Segovia», que incluía a 80 ancianos, reclutados entre enero y abril de 2006, 38 pacientes tenían la creatinina sérica en rango normal de laboratorio ($\leq 1,1$ mg/dl)². De ellos, estudiamos en los pacientes diagnosticados de ERO sus características basales y su evolución al cabo de 10 años.

De los 80 pacientes, 18 (22,5%) de ellos podrían considerarse portadores de ERO, todas mujeres, con una edad media de 81,33 \pm 6 años. Un 33,3% eran diabéticas y un 83,3% estaban diagnosticadas de hipertensión arterial. Durante el seguimiento de estas 18 pacientes diagnosticadas de ERO, 12 fueron exitus. Las restantes 6 pacientes con vida, tenían una edad media a los 10 años de 87,33 \pm 6 años; no han presentado episodios de insuficiencia cardiaca ni de cardiopatía isquémica durante el transcurso del periodo de estudio. En ninguna de las 18 pacientes se ha constatado progresión de la enfermedad renal a nefropatía terminal, ni tampoco han precisado terapia de reemplazo renal.

Los datos analíticos basales y tras 10 años se presentan en la [tabla](#).

Un seguimiento durante un periodo de 10 años, podríamos considerarlo un tiempo prudente, para que una enfermedad renal dejara de ocultarse y comenzara a expresarse clínicamente: nuestras ancianas que continúan con vida, siguen presentando las mismas características que en el periodo basal, es decir un filtrado glomerular < 60 ml/min/1,73 m², pero estable, como *única manifestación renal*, manteniendo valores de creatinina sérica en rango normal. Y, también siguen sin presentar otras manifestaciones típicas de enfermedad renal como son la anemia ni la hipocalcemia. Por otra parte, nuestras ancianas con vida a los 10 años, tienen una media de edad superior a la esperanza de vida actual para mujeres³, se han encontrado asintomáticas respecto a enfermedad cardiaca y sin presentar progresión de la enfermedad renal a

Tabla 1 – Datos basales, y tras 10 años de seguimiento, de los 6 pacientes diagnosticados de enfermedad renal oculta que continúan con vida

	Basal	Diez años	Valor de p
Creatinina (mg/dl)	1,01 \pm 0,04	1,01 \pm 0,23	NS
Glucosa (mg/dl)	129,00 \pm 34	129,40 \pm 52	NS
Potasio (mmol/l)	4,18 \pm 0,38	4,86 \pm 0,60	0,018
Calcio (mg/dl)	9,56 \pm 0,42	9,30 \pm 0,77	NS
Hematocrito (%)	40,30 \pm 4	39,13 \pm 6	NS
MDRD (ml/min/1,73 m ²)	56,01 \pm 2	58,12 \pm 17	NS

NS: no significativo.

nefropatía terminal, que podríamos considerarlas paradigma de personas sanas y sin embargo, están diagnosticadas de enfermas en función del concepto de ERO.

En conclusión, nuestras pacientes ancianas no ocultan ninguna enfermedad renal; debería prescindirse del concepto de ERO, para definir la presencia de un —filtrado glomerular disminuido relacionado con la edad— en mujeres ancianas con creatinina sérica normal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Heras M, Guerrero MT, Sow A, Muñoz A, Ridruejo E, Fernández-Reyes MJ. Enfermedad renal oculta en ancianos: ¿continúa oculta a los cinco años de seguimiento? *Nefrología*. 2015;35:340–6.
2. Heras M, Fernández-Reyes MJ, Sánchez R, Guerrero MT, Molina A, Rodríguez MA, et al. Ancianos con enfermedad renal crónica: ¿qué ocurre a los cinco años de seguimiento? *Nefrología*. 2012;32:300–5.

3. Tablas de mortalidad de la población de España por año, sexo, edad y funciones [consultado 15 Sep 2016] Disponible en: <http://www.ine.es>

Manuel Heras^{a,*}, María Teresa Guerrero^b,
María José Fernández-Reyes^a y Angélica Muñoz^b

^a Servicio de Nefrología, Hospital General de Segovia, Segovia, España

^b Servicio de Geriátrica, Hospital General de Segovia, Segovia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mherasb@saludcastillayleon.es (M. Heras).

0211-6995/© 2016 Sociedad Española de Nefrología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).
<http://dx.doi.org/10.1016/j.nefro.2016.10.008>

Acute kidney injury secondary to diarrhea caused by “sprue-like” enteropathy associated with olmesartan

Daño renal agudo secundario a diarrea debido a enteropatía “sprue-like” asociada al olmesartan

Dear Editor,

Olmesartan is an angiotensin II receptor antagonist used for managing hypertension. Despite being an effective and secure drug, several reports have shown that olmesartan treatment can induce “sprue-like” enteropathy.¹ Histological studies of kidney tissue from patients have often shown duodenal villous atrophy, increased intraepithelial lymphocytes and collagen depositions.² The pathophysiological mechanisms causing the olmesartan-induced sprue-like enteropathy (OSLE) are not fully elucidated, but recent observations suggest a cell-mediated hypersensitivity reaction³ possibly related to the haplotype DQ2/DQ8.⁴ Persistent diarrhea often accompanies enteropathy due to olmesartan use, which could have an impact on renal function. Indeed, three previous reports have shown renal involvement secondary to diarrhea due to olmesartan-related enteropathy.^{5–7} Here we present a series of 19 cases of enteropathy related to olmesartan. Fourteen of these patients showed acute renal failure at admission, which was reverted after rehydration and discontinuing olmesartan.

Nineteen cases (9 females; median age 70, ranging from 56 to 88 years old) of OSLE were admitted to our hospital between September 2012 and June 2016. Patients went to the hospital due to persistent diarrhea that was non-responsive

to conventional treatment. Prior to admission, patients had been treated with olmesartan for an average of 30 months (9–84 months). Most patients were taking 40 mg/day olmesartan (10–40 mg/day). OSLE was diagnosed after ruling out other possible causes for enteropathy (seronegative for tissue transglutaminase antibodies) and determining that the patient fulfilled the criteria set by Rubio et al.¹ Sixteen patients needed hospitalization for a time period ranging from 1 to 35 days and one was treated in the intensive care unit. Treatment consisted of rehydration therapy and olmesartan discontinuation, which reverted the enteropathy and associated diarrhea. At the time of this publication histological analyses in 12 patients showed full tissue recovery.

None of the patients had previous history of chronic renal disease, and estimated glomerular filtrate was normal prior to injury (86.0 ± 17.4 mL/min/1.73 m²). At admission, electrolyte imbalance was observed (Table 1) while serum creatinine was considerably higher in comparison to previous values (Figure 1). Acute Kidney Injury Network (AKIN) classification⁸ showed 5 patients with no renal involvement, 3 patients at stage 1, 2 at stage 2 and 9 at stage 3. In addition, hypokalemia and metabolic acidosis was present in these patients (Table 1).

We have presented a series of cases (14 out of a total of 19) in which acute renal injury was secondary to dehydration due to OSLE. Renal involvement was severe in 11 patients (2