

dose estudios con TAC abdominal, con hallazgo incidental de teratoma ovárico que se extirpó, y cadenas ligeras libres en suero (κ 12 mg/dl, λ 57,8 mg/dl y cociente 0,207). La biopsia/aspirado de médula ósea identificó por citometría un clon productor de cadenas λ que suponía el 0,84% de la celularidad total. El posterior resultado de microscopia electrónica de la biopsia renal demostró depósitos glomerulares granulares, densos, irregulares, junto con otros fibrilares dispuestos al azar, rectos y finos de 10 nanómetros de diámetro. El diagnóstico final fue de GMSR, recibiendo tratamiento con bortezomib-dexametasona y posteriormente trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos. Dos años después del trasplante la función renal persiste normal y el síndrome nefrótico en remisión parcial.

En conclusión: 1) La GMSR constituye una causa de glomerulonefritis de depósito cuyo diagnóstico viene dado por los hallazgos histológicos, siendo difícil de establecer; 2) La ausencia de monoclonalidad en el inmunotipado no excluye el diagnóstico. 3) La determinación de rojo congo, la inmunofluorescencia y el diámetro fibrilar en la microscopia electrónica son clave para el diagnóstico diferencial. 4) El tratamiento ha de orientarse hacia la erradicación del clon celular patológico. 5) Quimioterapia y autotrasplante pueden revertir la afectación renal. 6) La colaboración multidisciplinar entre nefrólogos, hematólogos y patólogos es fundamental para el abordaje de estos casos.

<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2018.12.023>

Tiosulfato tópico como tratamiento de calcifilaxis

Carmen Cobelo¹, Alba García-Enriquez¹,
 Lourdes González-Tabares¹, Sonia Cillero¹, Jansen Quispe¹,
 Pablo Otero¹, Naiara Azkarate¹, María Luisa García-Merino¹,
 Secundino Cigarrán², Jesús Calviño¹

¹ Hospital Lucus Augusti, Lugo, España

² Hospital da Costa, Burela, Lugo, España

La calcifilaxis es una entidad infrecuente, caracterizada por necrosis grasa por hipoperfusión de los tejidos, que ensombrece gravemente el pronóstico de los pacientes con enfermedad renal crónica, fundamentalmente en tratamiento sustitutivo. El abordaje debe incluir la eliminación de factores predisponentes, asegurar una correcta nutrición y la administración de ciertos fármacos, como el tiosulfato sódico, no exento de complicaciones, y que habitualmente se administra por vía intravenosa.

Presentamos el caso de un varón de 72 años con enfermedad renal crónica y múltiples antecedentes, entre los que destacaba hiperparatiroidismo secundario mal controlado, cardiopatía hipertensiva y fibrilación auricular tratada con acenocumarol, hipertiroidismo por bocio multinodular y broncopatía crónica. Abandonó el seguimiento en las consultas de Nefrología y se reinició el mismo durante ingreso en situación de enfermedad renal terminal, requiriendo inicio de tratamiento sustitutivo con hemodiálisis aguda. Al alta hospitalaria, una vez en programa de hemodiálisis crónica, se aprecia desarrollo progresivo de lesiones ulcerosas y muy dolorosas en miembros inferiores sugestivas de dermatopatía isquémica. La radiografía de miembros inferiores mostró

datos de severa calcificación vascular. Ante la sospecha clínica de calcifilaxis se suspendió el tratamiento anticoagulante, hierro intravenoso y suplementos de vitamina D. Asimismo se intensificó el tratamiento con quelantes del fósforo, iniciándose también cinacalcet. Se realizó biopsia de las lesiones y, en espera de resultados, se inició tratamiento con tiosulfato sódico tópico. Tras 21 días de tratamiento, exclusivamente tópico, presentó una clara mejoría de las lesiones. Se decidió completar tratamiento con tiosulfato sódico intravenoso, inicialmente simultáneo al tópico, y luego únicamente intravenoso por abandono del paciente. Tras recibir en total 2 meses de tratamiento tópico y 4 meses intravenoso, se objetivó una resolución total de las lesiones.

En conclusión, el presente caso ilustra la utilidad del tratamiento con tiosulfato tópico en la calcifilaxis. Aunque hay más casos descritos en la literatura con el uso de este fármaco por vía tópica, suele reservarse para pacientes con mala tolerancia al tratamiento intravenoso (síntomas digestivos, cefalea, acidosis severa, hipocalcemia, etc.). Dada la importancia del tratamiento precoz de la calcifilaxis, además de la corrección de los factores predisponentes, el tiosulfato por vía tópica podría suponer una alternativa eficaz y bien tolerada como primera opción mientras se esclarece el diagnóstico.

<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2018.12.024>

Hiperinfestación por *Strongyloides stercoralis* en paciente con nefropatía lúpica inmunodeprimida

Giannina García Rodríguez, Helena Díaz Cambre,
 Marta Durán Beloso, Fernanda Arrojo Alonso,
 Pablo Bouza Piñeiro

Hospital Universitario Arquitecto Marcide, Ferrol, A Coruña,
 España

Strongyloides stercoralis es un nematodo que infecta a millones de personas anualmente alrededor del mundo. Es endémico en zonas tropicales y puede persistir durante años sin clínica aparente. El ciclo en humanos empieza cuando la larva filiforme penetra la piel y por la circulación migra hacia los pulmones y laringe, donde luego es deglutida, accediendo a la mucosa del duodeno y yeyuno. La larva adulta pone huevos que eclosionan en larvas rhabditoides que penetran la mucosa y generan autoinfección interna. La enfermedad diseminada tiene alta mortalidad y está descrita en pacientes inmunodeprimidos (VIH, quimioterapia y corticoterapia). La diseminación puede afectar el tubo digestivo, pulmones y LCR. Además, la penetración de la pared intestinal puede resultar en bacteriemia por introducción de la flora intestinal en la circulación.

A continuación se presenta un caso de hiperinfestación por *Strongyloides stercoralis* en una paciente con antecedente de nefropatía lúpica con tratamiento inmunosupresor con ciclofosfamida y corticoides.

Mujer de 65 años, procedente de Bolivia y con residencia en España desde hace más de 40 años.

Antecedentes de interés: HTA, dislipemia, LES con nefropatía lúpica biopsiada en 2003 (patrón proliferativo mesangial difusa) y múltiples tratamientos inmunosupresores; reinicio de ciclofosfamida y corticoides a dosis altas por sospecha de

brote lúpico en abril de 2017. ERC G3b-4A3, EPOC con múltiples ingresos por infecciones respiratorias, hipotiroidismo, urticaria crónica y enfermedad diverticular severa con tres diverticulitis, la última en 2014 complicada, precisando colectomía subtotal.

Ingresa en el servicio de Digestivo en agosto de 2017 por rectorragia y anemia severa (Hb 5,4 g/dl) con agudización de su ERC de base. Precisa transfusión de hematíes (8), con cese espontáneo de sangrado. Colonoscopia con abundante sangre y coágulos, sin evidencia de sangrado activo. No se realizó estudio digestivo alto. Se nos solicita traslado al presentar síndrome febril con evolución tórpida, tratada empíricamente con ceftriaxona y amoxicilina-clavulánico.

Se aísla *Enterococcus faecium* en sangre y orina, asociándose teicoplanina con mala evolución, por lo que se modifica cobertura con vancomicina, ceftazidima y fluconazol.

Coprocultivo con detección de *Strongyloides stercoralis*, y dada la evolución clínica, se sospecha de enfermedad diseminada, por lo que se solicita estudio de parásitos en esputo, visualizándose múltiples larvas. Se decide tratamiento con ivermectina con negativización de coprocultivo. Mejoría parcial con deterioro del nivel de consciencia y fiebre. Se realiza PL, compatible con meningitis, y cultivo positivo para *Enterococcus faecium* y CMV. Se asocia ganciclovir y se mantienen niveles valle de vancomicina > 15 µg/ml con evolución satisfactoria.

<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2018.12.025>

Puesta en marcha de un programa de tratamiento de insuficiencia cardíaca refractaria con diálisis peritoneal

Beatriz Millán Díaz¹, Lourdes González Tabarés², Carmen Cobelo Casas², Jesús Calviño Varela^{1,2,3}, Secundino Cigarrán Guldriés³, Cristina Pedrosa Fraga², Héctor Guerrero Sande², José Manuel Cerqueiro González², Emilio Casariego²

¹ Complejo Hospitalario Universitario Ourense, Ourense, España

² Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España

³ Hospital da Costa, Burela, Lugo, España

Introducción: La insuficiencia cardíaca refractaria (ICR) es un problema de salud creciente con elevada morbimortalidad. La mayoría presentan enfermedad renal crónica (ERC), lo que incrementa la estancia hospitalaria, la asistencia a urgencias y la necesidad de tratamientos ambulatorios en los hospitales de día. El síndrome cardiorrenal en su fase más avanzada asocia resistencia a diuréticos, por lo que hace necesaria la búsqueda de alternativas terapéuticas.

Objetivo: Evaluar la eficacia de la diálisis peritoneal (DP) en el tratamiento de ICR en cuanto a calidad de vida, hospitalización y mortalidad.

Método: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con ICR incluidos en el programa de DP entre enero de 2014 y abril de 2018. Se analizó la mejoría en la calidad de vida, asistencias al hospital, mortalidad y seguridad.

Resultados: Once pacientes (9 varones) con ICR se incluyeron en programa de DP. La edad media fue de 81,8 años al inicio. Las causas de ICR fueron: 7 cardiopatía isquémica, 2 miocardiopatía dilatada y 2 cardiopatía valvular. Todos pre-

sentaban ERC con estadios desde 3b hasta 5 (ninguno en diálisis) y 6 eran diabéticos. Los pacientes precisaron asistencia médica mediante ingreso hospitalario, asistencia a urgencias o tratamientos intravenosos en los hospitales de día por insuficiencia cardíaca en el año previo al inicio de DP, una mediana de 29,36 (4-62) días al año. Los 11 pacientes incluidos en el programa destacaron la mejoría en su calidad de vida. Solo un paciente falleció, por edema agudo de pulmón, en el contexto de transgresión hídrica y posible mal candidato a esta técnica. Cuatro pacientes fallecieron por deterioro progresivo tras 13,5 meses de media de permanencia en DP (0, 6, 23 y 24 meses). Un paciente falleció tras fractura de cadera. Cinco pacientes continúan en programa de DP con tiempo medio de seguimiento de 21,91 meses (4-82,5). Tres presentaron episodios de peritonitis secundarias a DP que se resolvieron satisfactoriamente. Dos precisaron ingreso hospitalario por agudización de IC, con 8 días de media de ingreso, y uno precisó asistencia en urgencias. Ninguno precisó rescate de diuréticos intravenosos, paracentesis ni toracocentesis terapéuticas. Ningún paciente falleció por causas derivadas de DP.

Conclusiones: La DP mejora el control de la sobrecarga de volumen, disminuye las hospitalizaciones y mejora la calidad de vida de los pacientes. La adaptación a la técnica es buena, con escasas complicaciones.

<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2018.12.026>

Protocolo de monitorización de accesos vasculares, experiencia inicial

Delfina Yetman Almiron, Jeanette Fernández Cusicanqui, José Sobrado Eijan

FRIAT-Os Carballos, Vigo, Pontevedra, España

Introducción: El funcionamiento adecuado del acceso vascular es imprescindible para una hemodiálisis correcta, considerándose como acceso ideal la fístula arteriovenosa nativa. Es de vital importancia para su supervivencia funcional realizar un seguimiento eficiente, detectar y corregir anticipadamente las disfunciones. De acuerdo con las nuevas guías de acceso vascular, se instituyó un protocolo de monitorización en la unidad de diálisis utilizando métodos de primera y segunda generación.

Objetivo: Evaluar la utilidad del nuevo protocolo de monitorización de accesos vasculares nativos.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de 9 meses de duración. Inclusión de 58 casos (FAV nativas). Monitorización: métodos de primera generación (examen clínico, presiones dinámicas e incidencias en sesiones, situación basal automatizada nefrosoft [medias presión venosa-arterial-kt con generación de alertas con 3 mediciones sucesivas fuera de rango]); de segunda generación: Nephroflow (flujo y recirculado). Realización de ecografía/fistulografía y tratamiento si se dan alteraciones en mediciones por dichos métodos.

Resultados: Datos demográficos. FAV: 74% sexo masculino, edad media 65,4 años, diabetes 29%. Distales 60%. Localización izquierda 77%. Radiocefálica 97% de distales y humerocefálica 90,5% de proximales.