

Es a su vez determinante de la aparición de cáncer renal, siendo el Microcarcinoma Papilar el más frecuente, a diferencia de lo que ocurre en población general, donde predomina el Carcinoma de Células Claras^{5,6}. En asociación con EQA hemos encontrado 5 casos descritos de Oncocitomas, 4 de ellos sobre pacientes en diálisis y uno en el riñón nativo de un paciente trasplantado, siendo el nuestro el primero descrito sin que medie la terapia sustitutiva⁷⁻⁹.

La asociación de GN extracapilar con neoplasias renales^{6,10} es muy conocida, siendo dudosa su relación con Oncocitoma¹¹, tumor raro que suele asociarse a otras extirpes tumorales. Aquí guardaría más probable relación con el Microcarcinoma Papilar.

Como enseñanza práctica, recomendamos que en pacientes con enfermedad glomerular crónica bajo fármacos inmunosupresores, el despistaje de tumores renales debiera ser el mismo que el realizado sobre pacientes trasplantados.

ted with acquired cystic disease of the kidney (ACKD): a case report. *Hinyokika kyo* 2005; 11: 747-749.

9. Riehl J, Schmitt H, Fritz A, Fuzesi L, Sieberth HC, Renal Oncocytoma on the native kidney after renal transplantation. *Am J Nephrol* 1998; 2: 160-163.
10. Kai H, Yamagata K, Usui J, Shimizu Y, Hirayama A, Yoh K, Mase K, Hirayama K, Nagase S, Nagata M, Kawai K, Akaza H, Koyama A. Crescentic glomerulonephritis associated with renal cell carcinoma after cancer immunotherapy. *J Nephrol* 2005; 18 (4): 436-41.
11. Feriozzi S, Giannakakis K, Ranalli TV, Pofi E, Gomes V, Ancarani E. Renal Oncocytoma associated with Necrotizing Glomerulonephritis. *Renal Failure* 2006; 28: 181-83.

A. Pobes Martínez De Salinas, A. M. Suárez Laurés, L. Quiñones Ortiz, C. L. Menéndez Fernández*

Sección de Nefrología y Servicio de Anatomía Patológica* Hospital de Cabueñes (Gijón)

Correspondencia: Alfonso Pobes Martínez de Salinas. 985277891@infonegocio.com. H. Cabueñes. Camino de los Prados, 395. 33203 Gijón. Asturias.

Insuficiencia renal aguda tras venografía

Nefrología 2008; 28 (3) 357-358

Sr. Director: La venografía es una técnica realizada para conocer la localización de las venas del brazo, con el fin de elegir cual es la mejor opción de ellas para la realización de la fístula arteriovenosa, necesaria para la hemodiálisis. Presentamos el caso clínico de una paciente de 73 años, entre cuyos antecedentes personales destacaba diabetes mellitus e hipertensión arterial ambas de 20 años de evolución, fibrilación auricular, estenosis mitroartótica, anemia crónica e insuficiencia renal crónica diagnosticada hace cinco años y en seguimiento en nuestro servicio de nefrología con una creatinina de 3 mg/dl y acalamamiento de 15 ml/min. Su tratamiento habitual era insulina, acenocumarol, seguril, hierro oral, doxazosina, atenolol, parches de dinitrato de isosorbide, ácido fólico y omeprazol. La paciente acude al hospital porque desde hace 24 horas presentaba oligoanuria (150 ml/24 h), tras la realización de una venografía, la paciente no presentaba otro desencadenante de su oligoanuria.

En la exploración física la paciente estaba afebril, con tensión arterial 130/60, AC: Rítmica. AP: murmullo vesicular conservado. EEII: No edemas, ni signos de TVP. En la analítica presentaba fórmula leucocitaria normal, Hemoglobina de 8.9, Plaquetas de 159.000. Urea 104, creatinina 7.2, Sodio 128, Potasio 4.6, LDH 564, Orina elemental: ph 5, densidad 1005, proteínas de tres cruces, sodio en orina 13 mEq/l y Potasio en orina de 53 mEq/l. En el ECG presentaba una fibrilación auricular con re-puesta ventricular controlada a unos 80 lpm, en las radiografías de tórax y abdomen no se observaba ninguna alteración radiológica. Durante su ingreso la paciente recibió tratamiento con sueroterapia intravenosa, diuréticos y n-acetilcisteína, presentando a los tres días del ingreso creatininas basales de 4 mg/dl.

La insuficiencia renal desencadenada por contraste intravenoso, tras la realización de una venografía es muy poco frecuente pero esta descrito como una de sus complicaciones^{1,2}. La insuficiencia renal aguda causada por contraste se define de forma absoluta como un aumento de 0,5 mg/dl y de forma relativa como un incremento del 25% de los niveles de creatinina tras 48-72 h de su administración³.

La insuficiencia renal por contraste es mas frecuente en pacientes que previamente presentan algún grado de insuficiencia renal, pacientes con estado prediabético, en aquellos que tienen diabetes mellitus de años de evolución⁴ o en aquellos pacientes que presentan hiperuricemia⁷ (cifras mayores de 7 mg/dl para varones y de 5,9 mg/dl para mujeres). Su manifestación clínica más frecuente es la oligoanuria, por deterioro de la función renal, como consecuencia de la vasoconstricción renal y de la hipoperfusión medular⁸. La toxicidad por el contraste no presenta un tratamiento definido y hay distintas teorías de cual es el tratamiento más adecuado, en la literatura se describen tratamientos eficaces con sueroterapia y n-acetilcisteína⁹, pero también se describen artículos que no demuestran beneficio en el uso de estos tratamientos¹⁰.

1. Allon M, Robin ML. Increasing arteriovenous fistulas in hemodialysis patients: Problems and solutions. *Kidney international* 2002; 62: 1109-1124.

1. Vozmediano C, Sánchez de la Nieta, González L, Álvarez T, De la Torre M, Blanco J, Nieto J, Rivera F. Membranous nephropathy and crescentic glomerulonephritis. *Nefrología* 2005; 25 (3): 328-31.
2. Tse WY, Howie AJ, Adu D, Savage CO, Richards NT, Wheeler DC, Michael J. Association of vasculitic glomerulonephritis with membranous nephropathy: a report of 10 cases. *Nephrol Dial Transplant* 1997 May; 12 (5): 1017-27.
3. Nahm AM, Ritz E. Acquired renal cysts. *Nephrol Dial Transplant* 2001; 16: 1506-1508.
4. García MJ, Sánchez MC, Borrego FJ, Liébana A, Pérez-Bañasco V. Malignización precoz de la enfermedad renal quística adquirida. *Nefrología* 1994; 6: 711-714.
5. Peces R, Martínez-Ara J, Miguel JL, Arrieta J, Costero O, Górriz JL, Picazo ML, Fresno M. Renal cell carcinoma co-existent with other renal disease: clinico-pathological features in pre-dialysis patients and those receiving dialysis or renal transplantation. *Nephrol Dial Transplant* 2004 Nov; 19 (11): 2789-96.
6. Tickoo KS, De Peralta-Venturina MN, Harik LR, Worcester HD, Salama ME, Young AN, Moch H, Amin M. Spectrum of epithelial neoplasm in end-stage renal disease. *Am J Surg Pathol* 2006 Feb; 30 (2): 141-153.
7. Fachal C, Carretero L, Coma del Corral MJ, Fernández G, Gutiérrez E. Renal oncocytoma in acquired cystic diseases. *Actas Urol Esp* 1993; 5: 333-336.
8. Hashimoto T, Togo Y, Yasuda K, Fukui K, Nagkai J, Nakao A. Oncocytoma associ-

2. Asif A, Cheria G, Merrill D, Cipleu CD, Takwokol JB, Epstein DL, Lenz O. Venous mapping using venography and the risk of radiocontrast-induced nephropathy. *Semin Dial* 2005; 18: 239-242.
3. Mehran R, Nikolky E. Contrast induced nephropathy: definition, epidemiology, and patients and risk. *Kidney Int Suppl* 2006; 100: S11-5.
4. Toprak O, Cirit M, Yesil M, Bayata S, Tanrisev M, Varol U, Ersoy R, Esi E. Impact of diabetes and prediabetic state on development of contrast induced nephropathy in patients with chronic kidney disease. *Nephrol Dial Transplant* 2007; 22: 819-26.
5. Asif A, Preston RA, Roth D. Radiocontrast induced nephropathy. *Am J Ther* 2003; 10: 137-147.
6. Parfrey PS, Griffiths SM, Barret BJ, Paul MD, Genge M, Withers J, Farid N, McManamon PJ. Contrast material induced renal failure in patients with diabetes mellitus, renal insufficiency, or both. A prospective controlled study. *N Engl J Med* 1989; 320: 143-9.
7. Toprak O, Cirit M, Esi E, Postaci N, Yesil M, Bayata S. Hiperuricemia as a risk factor for contrast induced nephropathy in patients with chronic kidney disease. *Catheter Cardiovasc Interv* 2006; 67: 227-235.
8. Erley CM. Does hydration prevent radiocontrast induced renal failure? *Nephrol Dial Transplant* 1999; 14: 1064-6.
9. Recio-Mayoral A, Chaparro M, Prado B, Cozar R, Méndez I, Banarjee D, Kaski JC, Cubero J, Cruz JM. The reno-protective effect of hydration with sodium bicarbonate plus N-acetylcysteine in patients undergoing emergency percutaneous coronary intervention: the RENNO Study. *J Am Coll Cardiol* 2007; 49: 1283-8.
10. Chong E, Zed PJ. N-acetylcysteine for radiocontrast induced nephropathy: Potential role in the emergency department? *CJEM* 2004; 6: 253-8.

J. J. Castellanos Monedero¹,
A. Carreño Parrilla², M. Arambarri
Segura² y G. Caparrós Tortosa²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital La Mancha Centro. Alcázar de San Juan. ²Servicio de Nefrología. Hospital General de Ciudad Real.

Correspondencia: Jesus Javier Castellanos Monedero. castellanosvela@hotmail.com. Hospital General de Ciudad Real.

Asepsia y diálisis peritoneal automatizada

Nefrología 2008; 28 (3) 358

Sr. Director: La asepsia es fundamental en diálisis peritoneal para evitar complicaciones infecciosas.

Habitualmente en los pacientes que realizan diálisis peritoneal automatizada (DPA), el riesgo de peritonitis es menor que en DPCA^{1,4}. Pero el líquido de drenaje se almacena en una garrafa abierta y a temperatura ambiente. Esta garrafa se limpia a diario con hipoclorito sódico (lejía) diluido.

OBJETIVOS

Determinar el estado de contaminación del líquido de drenaje recogido en la garrafa.

Ver si este método de almacenamiento del líquido supone riesgo de infección para el paciente.

Ver si el método habitual de desinfección de las garrafas es efectivo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se tomaron muestras para realización de gram y cultivo microbiológico en medios habituales y en medios de hemocultivos de los pacientes en DPA de nuestra unidad. En todos los casos se recogió una muestra drenada manualmente y que nos serviría de control.

Además en un subgrupo de pacientes se tomaron muestras seriadas para ver el tipo de flora y si ésta era sensible a la desinfección habitual.

La desinfección de la garrafa de drenaje se realizó con lejía diluida.

RESULTADOS

Estudiamos 9 casos de pacientes en DPA. Cuyas garrafas se limpiaron diariamente.

El líquido de la garrafa estuvo contaminado por un germen en 5 casos (55,5%), por 2 en 2 casos (22,2%) y por más de 2 gérmenes en otros 2 casos (22,2%).

Se identificaron 10 tipos de gérmenes diferentes, de un total de 15 gérmenes. El 60% fueron gérmenes gram negativos y el 40% gram positivos.

En el líquido de la garrafa encontramos gérmenes gram negativos en 5 casos, en 3 gram positivos y en un caso ambos.

Los gérmenes más frecuentes fueron *Serratia marcescens*, *Pseudomonas putida*, *Streptococcus agalactiae*, *Enterobacter cloacae* y *Staphylococcus epidermidis* identificados en 2 ocasiones, mientras que el resto de gérmenes sólo apareció en una ocasión.

Las enterobacterias supusieron más del 40%, siendo el resto, principalmen-

te, gérmenes del medio que proliferan a temperatura ambiente.

En 4 casos se seriaron las muestras, recogidas transcurridas 24 horas, vimos que en el 50% de los casos se repetía algún germen.

En todos los casos el cultivo control fue negativo.

CONCLUSIONES

Todos los líquidos de la garrafa estuvieron contaminados.

El 40% de los contaminantes fueron enterobacterias.

Es cuestionable que la lejía elimine los gérmenes contaminantes.

Ni la garrafa ni el líquido de drenaje contaminado produjeron infección en los pacientes.

La garrafa es un modelo seguro aunque no totalmente aséptico.

1. Oo TN, Roberts TL, Collins AJ. A comparison of peritonitis rates from the United States Renal Data System Database: CAPD versus continuous cycling peritoneal dialysis patients. *Am J Kidney Dis* 2005; 45 (2): 372-80.
2. Huang JW, Hung KY, Yen CJ, Yen CJ, Wu KD, Tsai TJ. Comparison of infectious complications in peritoneal dialysis patients using either a twin-bag system or automated peritoneal dialysis. *Nephrol Dial Transplant* 2001; 16 (3): 604-7.
3. Rodríguez-Carmona A, Pérez Fontán M, García Falcón T, Fernández Rivera C, Valdés F. A comparative analysis on the incidence of peritonitis and exit-site infection in CAPD and automated peritoneal dialysis. *Perit Dial Int* 1999; 19 (3): 253-8.
4. Korbet SM, Vonesh EF, Firanek CA. Peritonitis in an urban peritoneal dialysis program: An analysis of infecting pathogens. *Am J Kidney Dis* 1995; 26 (1): 47-53.

A. Sastre López, M.^a R. Bernabéu Lafuente y J. M. Gascó Company
Servicio de Nefrología. Hospital Son Llàtzer.
Palma de Mallorca

Correspondencia: Aránzazu Sastre López. aranchasastre@hotmail.com. Hospital Huca. Avda. Fernández Ladreda, 30. 24005 León.

Enfermedad de Bechet en un paciente en hemodiálisis

Nefrología 2008; 28 (3) 358-359

Sr. Director: La enfermedad de Bechet es un raro desorden inflamatorio de causa desconocida definido por la pre-