

23 - 24 y 25
setiembre
de 2015



VIII

Congreso Paraguayo de Nefrología



V Congreso de Enfermería y Técnicos en Diálisis.

— Hotel Sheraton Asunción —

Temas Libres



TITULO:

Síndrome Nefrótico Primario (SNP): Aspectos Clínicos y del Tratamiento

AUTORES: García V, Gotz S, Florentin L, Franco M, Fretes J, Peiró A.

Introducción:

El SNP más frecuente es por cambios mínimos, corticosensibles y de buen pronóstico, aunque las recaídas suelen ser la regla.

Objetivos:

General: Evaluar aspectos clínicos y del tratamiento específico de pacientes con SNP. Específicos: Evaluar el motivo de consulta, estado nutricional, prevalencia de sensibilidad y resistencia a los corticoides, número de recaídas, tratamiento con otros inmunosupresores.

Material y Métodos:

Observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal, desde 7/12 a 5/14, con revisión de historias clínicas de pacientes internados con SNP.

Resultados:

Población total 38. Sexo femenino: 23 (60,5%). Edad al primer episodio R: 11 m-192m (16años), x: 5,9 años. Motivo de consulta: sin datos 8/38, edema 23/30 (76,6%): leve 10/23 (43,2%), anasarca 8/23 (34,7%), moderado 5/23 (21,7%); remitidos 6/30 (20%), fiebre y diarrea 1/30(3,3%).

Estado Nutricional:

sin datos 6/38, eutróficos 19/32(59,3%), desnutridos 13/32(40,6%): DCP I 9/13 (69,2%), DCP II 4/13 (30,7%). Respuesta a los corticoides: sin da-

tos 4/38, sensible 23/34 (67,6%), resistente 10/34 (29,4%), sensible-resistente 1/34. Por grupos etáreos: < 2 años 5/34, >8 años 7/34, 2 a 8 años 22/34. Recaídas 14/38 (36,8%): un episodio 9/14 (64,2%), dos episodios 3/14 (21,4%) y tres episodios 2/14 (14,2%): Corticosensible 10/14 (71%), corticore-sistente 4/14 (28,9%). Inmunosupresores 11/38 (28,9%): Ciclofosfamida 7/11 (63,6%), micofenolato 2/11 (18,1%), ciclosporina 2/11 (18,1%).

Conclusiones:

La consulta más frecuente fue por edema leve, aunque un tercio en anasarca lo que evidenció la consulta tardía. Casi la mitad estaba con Desnutrición. La mayoría fue corticosensible, asumidos como Cambios Mínimos. Un paciente inicialmente sensible, en recaídas posteriores se volvió resistente, con biopsia de GN Proliferativa Mesangial. Los corticosensibles tuvieron más recaídas, sin evidenciar peor evolución. La ciclofosfamida sigue siendo el inmunosupresor más utilizado.



TITULO:

NEFROPATIA TUBULOINTERSTICIAL

AUTORES: Gotz S, Fretes J, Peiro A, Franco M, García v, Florentín de Merech L.

Introducción:

La NTI asociada a fármacos es la segunda causa de NTI en niños y adolescentes, generalmente se asocia a un deterioro brusco de la función renal, pudiendo ser primaria o asociada a infecciones, fármacos, alteraciones inmunológicas o idiopáticas. También puede producir un deterioro renal crónico especialmente en caso de ingesta de ciertos medicamentos de forma prolongada.

Objetivo:

compartir adolescente con NTI crónica secundaria a AINES, confirmada por biopsia renal.

Caso Clínico Paciente de sexo femenino, actualmente con 16 años de edad con antecedentes a los 12 años de dismenorrea y dolor lumbar importante intensa, con consumo de AINES por indicación médica clínica (diclofenac) 50 mg cada 8 horas por q mes. Al mes presenta fiebre inespecífica, acompañado de cefalea frontal, y es internada en Pediatría con diagnóstico de pielonefritis aguda que se descarta ante urocultivo negativo. (Hb 11,8 g/dl, Hto 34% GB 11800/mm³ N 85% L 15% urea 138 g/dl y creatinina 7,57 g/dl >100 hematias/campo, >100 leucocitos/campo), AntiDNA ANA C3 y C4 negativos. Examen físico 50 kg Talla 150 cm Eutrófica, lucida, compensada, normo tensa PA 118/64. Recibió 4 pulsos de metilprednisolona mas prednisona vía oral 60mg/m²/día por 3 meses, con normalización de la función renal) urea 26,3 g/dl y creatinina 0,58g/dl).Paciente luego abandona tratamiento y control médico. Acude 18 meses después con edema de miembros inferiores, hipertensión arterial (140/100 mmHg), urea 56 g/dl, creatinina 1,25g/dl y proteinuria masiva (164mg/kp/día). Se reinicia pulsos de metilprednisolona, posteriormente prednisona vía oral 60mg/día sin mejoría. Ecografía renal Riñón Derecho 123x59

mm, Riñón izquierdo 127x47 mm, diferenciación cortico medular y seno parénquima conservado. Biopsia renal a los 2 años 10 meses del inicio del cuadro 30/5/2014 que informa glomérulos esclerosados en su mayoría, no se observa esclerosis focal ni engrosamiento de asas capilares, intersticio con infiltrado inflamatorio crónico multifocal más en tejido cortical de predominio linfocitario. Atrofia tubular tipo endocrino e hiperplasia tubular compensadora. Datos compatibles con nefritis tubulointerstitial crónica con afectación del 70-80% del parénquima y glomerulonefritis crónica. Inmunofluorescencia y microscopia electrónica no disponible. Laboratorio actual Hb 10 g/dl HTo 29% GB 14000/mm³ N 80% L 14% calcio sérico 11mg/dl fosforo 4,6mg/dl proteinuria masiva 1687mg/24 horas, clearance de creatinina 54mg/min/1,73m². Tratamiento enalapril 10mg/día, Losartàn 50mg/día, y calcio vía oral.

Conclusión:

El uso prolongado y a altas dosis de diclofena ha desarrollado en la adolescente NTI aguda con buena respuesta al tratamiento corticoide. La falta de seguimiento por inasistencia a los controles no ha permitido medidas de protección renal, desarrollando a corto plazo una enfermedad renal crónica.



TITULO

DETECCION DE FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD RENAL Y CARDIOVASCULAR EN POBLACIÓN DEL ÁREA DE INFLUENCIA DEL HOSPITAL DE LOMA PYTA - ASUNCION 2015

Autores: Barreto,S; Leon,D; Mendieta, D; Rojas,R; Alvarez,A; Lopez, O; Cuevas,A; Gaona,Y; Delvalle,N; Rivarola,N; Mencia,G; Gonzales,C; Ramirez,D; Alum,D

Unidad de Salud Familiar de Loma Pyta: Las Colinas, Arcoiris, Viñas Cue, Aldea S.O.S, Perpetuo Socorro 1 y 2

INTRODUCCION:

Los factores de riesgos para enfermedad renal y cardiovascular siguen en aumento en el país. La detección es el primer paso a llevar a cabo para luego tratar de endentecer su evolución. El Instituto Nacional de Nefrología esta abocado a esta tarea. El trabajo se realizó con el Hospital de Loma Pyta y sus redes, que corresponden a las 6 Unidades de Salud Familiar, con las cuales se fijo estrategias para el manejo adecuado y oportuno.

Objetivo:

Detectar factores de riesgo para enfermedad renal y cardiovascular en población del área de influencia del hospital de loma Pyta- Asunción

Materiales y Métodos:

Estudios descriptivo, corte transverso realizado entre mayo a agosto 2015 en las 6 unidades de Salud Familiar del Hospital Loma Pyta. La muestra fue de 173 pobladores de ambos sexos ≥ 18 años de edad. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, consumo crónico de AINES, exposición a agrotóxicos, glicemia, perfil renal y lipídico, Índice de Masa Corporal (IMC), presión arterial, glucosuria, proteinuria por tira reactiva, Filtrado glomerular (FG) por MDRD-4

Resultados:Sexo femenino 79%, edad $43,84 \pm 15,71$, (mayor porcentaje 42-52 años) Entre los antecedentes: Diabetes mellitus 22% HTA: 27% IVU 2% sin patología: 86%. El IMC mayoritario fue de obesidad grado 2 en 42%, Grado 1 35%. La mayoría (80%) refirió NO consumir en forma crónica

los AINES (3 veces por semana), tampoco estuvieron expuestos a agrotóxicos (91%). La presión arterial clasificada según JNC/ fue: Sistolica normal (40%) Pre hipertensión (38%). La Diastolica: Normal (42%) y Pre hipertensión (43%).FG normal: 53 pacientes (31,36%)

Estadios de ERC: Estadio 1 = 54,43% (n=92): DM: 32,6%; HTA: 48,91%; IVU: 2,27% y Cardiopatía isquémica: 1,08%) Estadio 2:14,79% (n=25): DM: 28%;HTA: 32%; Obesidad: 12% y proteinuria: 8% Estadio 3: 0,59% (n=1).Glicemia normal (78%) y superior a 110 mg/dl (13%). Colesterol total deseable (48%), Moderado (24%) superior a 240 mg/dl (12%). Trigliceridos normal (57%) superior a lo normal (27%). Proteinuria Positivo (26 %).

Conclusión:

Elevada frecuencia de diabetes mellitus 22% (13% con glicemia elevada) y de HTA 27%, que son factores de riesgo para la ERC y cardiovascular. Pacientes con algún estadio de enfermedad renal crónica: 69.81% de los cuales el 54,43 se encuentra en Estadio 1; el 14,79 en Estadio 2 y el 0,59% en estadio 3. Presencia de Obesidad 77%, dislipidemia, estos pacientes necesitan un seguimiento estrecho, educación y medicación adecuada para evitar la progresión de la enfermedad renal crónica y problemas cardiovasculares.



TITULO:

Síndrome Nefrótico en Adulto Joven. Reporte de Caso.

AUTORES: Acosta J, Penayo P, Giménez E, Romero MC, Nunez MC. Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Servicio de Nefrología.

Introducción:

La nefropatía membranosa es el fenotipo histológico más frecuentemente asociado al síndrome nefrótico en el adulto y si bien globalmente la sobrevivencia renal a 10 años es del 70%, su evolución en el paciente individual depende de la función renal en el momento del diagnóstico, la naturaleza y extensión del daño glomerular y túbulo-intersticial, la presencia de hipertensión y la magnitud de la proteinuria.

Cuadro Clínico:

Paciente de sexo masculino, 19 años, de Villarrica. Sin patología de base. Ingresó con edema de MMII. Laboratorio: Hb: 12 g/dl. Hto: 38,9. Plaquetas: 282000. Perfil renal normal. Albumina: 1,9 g/dl. Triglicéridos: 566 mg/dl. Colesterol total: 422 mg/dl. Serología viral negativa. ANA (-), Anti DNA (-). C3 y C4 normales. c-ANCA, p-ANCA, Anti MBG (-). Crioglobulinas (+). PCR (-). Orina simple: densidad 1010. Proteínas +. Sangre en forma de HB (+). Leucocitos: 2-4/C, HEM: 1-2/C, CEP: 2-4/C, CILINDROS GRANULOSOS 0-1/C. Urocultivo (-). Proteinuria 7 g/24 horas. Se realiza PBR bajo pantalla ecográfica.

Anatomía Patológica:

Parénquima renal en el que se observan hasta 15 glomérulos, todos ellos presentan engrosamiento difuso, delgado, algo inhomogéneo de la pared capilar glomerular, que en algunas áreas es de aspecto rígido. Hipertrofia de podocitos. Hiperplasia mesangial segmentaria y discreto ensanchamiento de la matriz. No se identifican lesiones necrotizantes ni proliferación celular extracapilar. Túbulos atróficos en dos focos microscópicos aisla-

dos cilindros hialinos. Intersticio acúmulo pequeño de infiltrado inflamatorio crónico mononuclear y fibrosis leve. Vasos sanguíneos sin alteraciones. Espículas. **IFD:** Imágenes positivas intensas (+++) IgG en asas capilares granulares, globales y difusas. Fig. 1.

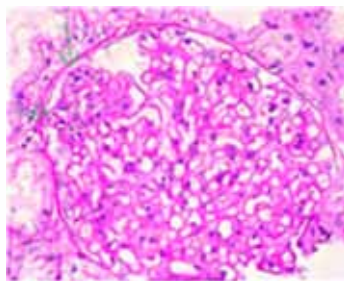


Fig. 1:
Tinción de PAS.

Diagnóstico:

Glomerulonefritis Membranosa.

Conclusión: El caso corresponde a Nefropatía Membranosa Idiopática, habiéndose descartado infecciones, enfermedades autoinmunes y neoplasias.



TITULO:

Prevención renal desde la infancia: Evaluación de daño renal en monorrenos. Dpto de Nefrología Pediátrica Hospital de Clínicas FCM UNA Paraguay.

AUTORES: Franco M, García V, Fretes J, Peiró A, Gotz S, Florentin de Merech L

Introducción:

La pérdida de masa renal funcionante deja al resto la carga funcional del riñón anulado, con aumento de la presión capilar glomerular al inicio benéfica, luego con hipertensión y albuminuria por hiperfiltración, con esclerosis glomerular progresiva. La detección precoz de daño renal permite implementar medidas de protección inherentes a prevenir el daño renal crónico en el futuro.

Objetivos:

General:

Prevención renal desde la infancia.

Específicos:

Evaluar afectación renal en pacientes monorrenos congénitos o adquiridos, por clínica, laboratorio e imágenes.

Describir el manejo de los pacientes.

Población:

ambos sexos, desde el periodo neonatal hasta los 18 años de edad, monorrenos.

Material y método: estudio observacional descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. Selección de historias clínicas de ptes monorrenos, de los archivos del Dpto. de Nefropediatria, de 08/12 a 02/15. Variables: peso, talla, TA, urea, cr, electrolitos, índices Alb/Cr ur, Pr/Cr ur. Ecografía renal. Manejo nutricional y protección renal.

Resultados.

Total monorrenos 38/936. (4%). (consultas y/o internados). Masculino 24/38(63%), resto femenino. Edad R 8DDV a 17 años. Media 5,5 años. M. congénitos 33/38(86%): Displasias Renal Multiquistica(DMQ)(19/38)50% y Agenesia Re-

nal 14/38(36%) . M. Adquiridos 5/38(14%): nefrectomía por uropatías 3/5, nefrectomía por Wilms :2/5. Eutróficos 31/38(82%), sobrepeso 5/38(13%), obesidad 2/38(5%). TA normal 38/38(100%).FG normal (Schwartz): 38/38 100%.

Con marcadores de daño renal: 22/38 (58 %). Marcadores normales 10/22 pacientes (45%), alterados 12/22(55%). De los pacientes con valores alterados, con albuminuria 9/12(75%) con proteinuria 3/12(25%). Ecografía: Con hipertrofia compensadora del riñón remanente 11/38(29%), por índice tamaño/talla P>95 curva de Dinkel, Ertel, todos congénitos, con Agenesia Renal 7/11(63%) y DMQ 4/11(37%).Hipertrofia compensadora + marcadores aumentados 4/11(37%) , siendo Pr 2 y Alb 2. Dieta controlada en proteínas (RDA) 12/22(50%). Mas enalapril 5/12(41%).

Conclusiones:

La mayoría de los pacientes son eutróficos, algunos obesos o con sobrepeso pero todos normotensos y con FG normal. Dos tercios de los ptes, todos de causa congénita, tienen hipertrofia compensadora. De los pacientes con estudios de marcadores, la mayoría tiene albuminuria y en menor porcentaje proteinuria, en estos se implementó dieta controlada en proteínas y protector renal. Un tercio de los pacientes con hipertrofia compensadora tiene también proteinuria o microalbuminuria. Es mandatorio programar un control y seguimiento a corto, mediano y largo plazo de la población estudiada, como forma de prevención renal.



TITULO:

FRECUENCIA DE LA ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN PARAGUAY ESTUDIOS PRELIMINARES

AUTORES: Dra. Susana Barreto¹, Dra. Alicia Lird², Dr. Celso Mora², Dr. Hector Garcia¹, Univers. Jorge Gavilan¹Univers. Eduardo Insfran¹, Univers. Cesar Cisa¹, Univers. Barrios Escobar FE¹, Univer. Franco Argüello AB¹, Univers. Franco Barrios MB¹, Univers. Rojas Loreiro RD¹. Dr. Francisco Santa Cruz¹
1 Cátedra de fisiopatología Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional de Asunción
2 Cátedra de Bioquímica Universidad Católica "Nuestra Señora de la Asunción", Campus Guaira

Introducción: La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) aquella con Filtrado Glomerular (FG) <60ml/min) es una epidemia mundial, de la cual Paraguay no se halla exento, actualmente existe en el país 1124 pacientes en diálisis crónica (165/millón). La prevalencia de IRC en Latinoamérica que están publicadas varía de 10% en Uruguay, Chile 12,1%, hasta 17% en la Argentina, no tenemos datos de la frecuencia de ERC en la población general en el país

Objetivo: Evaluar la frecuencia de Insuficiencia Renal Crónica (FG <60ml/min) en tres barrios urbanos en Asunción, Villarrica y Capiatá utilizando la fórmula MDRD⁴

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, ambos sexos ≥ 18 años, muestra no probabilista, visitando casa por casa, en tres barrios urbanos en Asunción (bañado sur) en Villarrica (Barrio San Miguel) y en Capiatá (Barrio Santa Ana) Variables: Edad, sexo, peso, talla, antecedentes personales de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus, obesidad, patología renal, Creatinina sérica y proteinuria por tiras reactivas. Se determinó el filtrado glomerular aplicando la fórmula de MDRD-4 y se utilizó la clasificación de ERC de 1 a 5 según FG

Resultados: Se evaluaron en total 320 personas en los tres Barrios, edad promedio: $39,4 \pm 15,52$ años Femenino: 67,18% (n=215) Masculino: 32,81% (n=105). En Estadio 1 (E1): 50% (n=160); Estadio 2 (E2): 36,57% (n=117), Estadio 3 (E3): 12,5% (n=40) y Estadio 4 (E4): 0,9% (n=3). En IRC (FG < 60 ml/min/1,72 m²) fueron 13,43% (n=43), edad: $53,65 \pm 15,33$ años; Femenino: 74,4% (n=32), Masculino: 25,6% (n=11); de los cuales

el 32,5% con DM, 18,6% con HTA, con obesidad 20,9% y sin patología aparente el 28% (n=12)

Conclusión: La frecuencia de IRC fue del 13,43 % más frecuente en el sexo femenino y edad 53 años promedio, siendo la diabetes y la HTA las más frecuentes etiologías.

Llamativo la presencia de 20,9% con obesidad como factor de riesgo, un 28% con disminución del FG pero sin patología aparente que es necesario investigar. Se deben realizar más estudios en otras regiones del País para poder evaluar la prevalencia global de la ERC en el país.



TITULO:

Tuberculosis Extrapulmonar en ERC en Hemodiálisis. Reporte de Caso.

AUTORES: Acosta J, Villalba MC, Giménez E, Cazó M, Naveira J, Romero MC.
Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Servicio de Nefrología.

Introducción: La tuberculosis (TB) genital femenina es una localización poco frecuente de la enfermedad. Estudios de autopsias demostraron que 4 al 12% de mujeres que murieron por TB pulmonar, tenían localización genital. El órgano más frecuentemente afectado es la trompa de Falopio (95%), produciendo salpingitis y esterilidad. Otras veces, los síntomas iniciales son dolor abdominal o pélvico y trastornos del ciclo menstrual. En los casos más avanzados están comprometidos, además de las trompas, el endometrio y los ovarios.

Caso Clínico: Mujer, 49 años, peruana, ERC en HD trisemanal de etiología no filiada, ingresa por fiebre acompañado de escalofríos predominio vespertino, dolor abdominal y ascitis. Laboratorio: anemia, VSG acelerada, leucopenia, urea: 150 mg/dl. Creatinina: 8 mg/dl. Hepatograma normal. Hipalbuminemia. Serología viral normal. Ecografía Abdominal: hepatomegalia. Líquido libre en fondo de saco de Douglas. PPD positivo. Inicia tratamiento TBC buena respuesta clínica.

Anatomía Patológica: Trompa uterina con presencia de numerosos granulomas, algunos con necrosis central focal que se extienden a todo el espesor de la pared tubárica, incluyendo a la mucosa, compatible con salpingitis crónica granulomatosa. Se observa además ovario con numerosos cuerpos albicans, folículos quísticos, zonas de hemorragia antigua y numerosos granulomas en región subcortical. ZN BAAR: (-). **Fig. 1**

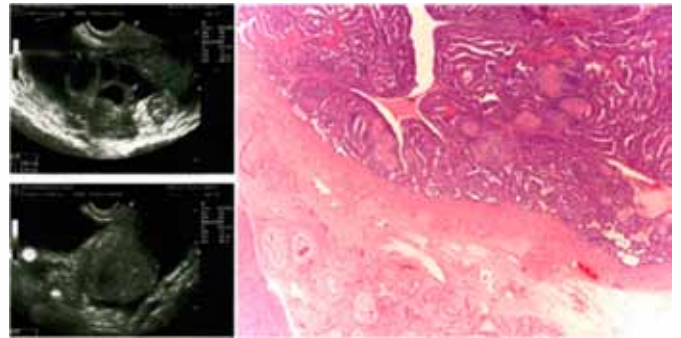


Fig.1

Conclusión: A pesar de constituir una localización infrecuente, podríamos pasar por alto sino pensáramos en ellas.



TITULO:

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL (ERCT) DE ETIOLOGÍA DIABÉTICA EN PACIENTES DE LA SALA DE HEMODIÁLISIS PERMANENTE DEL DPTO. DE NEFROLOGÍA DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS

AUTOR: Marcos E. Martínez P.

INTRODUCCIÓN: La DM es una de las enfermedades no contagiosas más frecuentes del mundo, entre 20 y 40% de los diabéticos tipo 2 desarrollarán nefropatía diabética a lo largo de la evolución de su enfermedad; el tratamiento de la ERCT es la terapia de sustitución renal (TSR), siendo por lejos la HD el tratamiento al cual accede el paciente.

OBJETIVOS:

1. Identificar las características demográficas de los pacientes diabéticos sometidos a HD permanente del Dpto. de Nefrología del Hospital de Clínicas en tratamiento en el año 2013.
2. Conocer el tiempo de inicio de TSR desde el diagnóstico de la DM,
3. Pesquisar indicación de interconsulta con Nefrología.

MATERIALES Y MÉTODOS:

El estudio es de diseño transversal descriptivo. La población enfocada fueron los pacientes con ERCT de etiología diabética que fueron tratados durante el año 2013 en la sala de HD permanente del HC, la población accesible fueron 9 pacientes de esa población, de ambos sexos, que accedieron a participar del estudio. El muestreo fue no probabilístico. Las características demográficas fueron determinadas a través de la historia clínica del paciente; el inicio de HD post diagnóstico de DM y la indicación de interconsulta con nefrología fueron recopiladas a través de una entrevista con preguntas estructuradas a cada paciente.

RESULTADOS:

Sexo: 56% del sexo masculino y el 44% del sexo femenino. Edades: 44% se encuentra en las edades de 51 y 60 años, seguido de un 33% entre 61 y 70 años, finalmente comparten un 11% las edades que van entre 40 y 50 años y 71 y 80 años. El tiempo de inicio de HD posterior al diagnóstico de DM, se verifica que la mayoría, el 33% de la muestra ha iniciado HD en el rango que comprende entre 14 y 18 años post diagnóstico de DM. Indicación de interconsulta con Nefrología: 7 de los 9 pacientes encuestados se les ha indicado, sin embargo a 4 de los 7 pacientes que fueron derivados al Nefrólogo antes de la HD, que representan el 57% de los mismos, han sido remitidos a Nefrología entre 1 a 3 meses antes de iniciar HD. Por otro lado 2 pacientes han consultado 2 años antes y sólo 1 paciente 8 años antes de iniciar HD

CONCLUSIÓN:

La distribución por sexos es ligeramente superior en hombres. La mayoría inicia HD entre 14 y 18 años después del diagnóstico de la DM. La derivación de los pacientes al especialista en Nefrología antes del requerimiento dialítico fue realizada en 7 de 9 pacientes (72 %) y de estos, 4 (57%) entre 1 a 3 meses antes del inicio de la HD, 2 (29 %) 2 años antes y 1 (14 %) 8 años antes de iniciar HD; por lo que concluimos que el inicio del tratamiento y la derivación a nefrología deben ser tempranos.



TITULO:

GLOMERULOPATIAS PRIMARIAS EN EL HOSPITAL DE CLINICAS

AUTORES: Jimenez M; Brítez M; Vazquez C; Barrios M; Chamorro A; Arévalos N; Kang A; Nunes M; Stanley I.

INTRODUCCION: Las glomerulopatías primarias (GP) constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades. La introducción de la punción biopsia renal (PBR) y su clasificación, permitió el estudio más adecuado de las GP, las cuales son causa importante de enfermedad renal crónica (ERC). Conocer la epidemiología de las GP permitirá plantear estrategias de diagnóstico y tratamiento a fin de controlar el impacto de estas enfermedades en la progresión a estadios terminales. El objetivo principal de este trabajo es conocer los Tipos de GP, observados; al reiniciar el plan de PBR en el País, en pacientes adultos atendidos en el Hospital de Clínicas, durante el último año.

OBJETIVOS

- Conocer los tipos de GP más frecuentes en el Hospital de Clínicas FCM-UNA.
- Evaluar la forma de presentación y correlación clínico-patológica de las GP en el Hospital de Clínicas.
- Determinar indicaciones más frecuentes para PBR.

MATERIALES Y METODOS:

Estudio retrospectivo, descriptivo de corte transversal, revisamos 38 historias clínicas e informes de PBR efectuadas en el Hospital de Clínicas FCM-UNA en adultos mayores de dieciséis años, desde octubre 2014-agosto 2015. Se excluyeron 19 biopsias de glomerulopatías secundarias. Se registraron: edad, sexo, motivo de biopsia, y complicaciones. Además: creatinina, clearance de creatinina, proteinuria de 24 hs, presencia de micro y/o macrohematuria, hipertensión arterial y hallazgos anatomopatológicos con microscopia óptica (MO) e inmunofluorescencia (IF). Las PBR se realizaron con pistola automática y agujas 18G. bajo guía ecográfica.

RESULTADOS:

Las GP representan el 42% del total de biopsias realizadas. La edad media $35,3 \pm 14,6$ años, 62% sexo femenino. Presentaban HTA 75%, el promedio de creatinina fue de 2,1 mg/dL, y clearance, de 80,6 \pm 34,6 mL/min (mediana: 89,5 mL/min; rango: 5-130 mL/min). Indicaciones para PBR: síndrome nefrótico (SN) 69%; síndrome nefrítico 13%; insuficiencia renal aguda más Sx nefrótico 12%, hematuria 6%. El 75 % no presentó complicaciones; 13%, macrohematuria de resolución espontánea y 12% desarrolló hematoma perirrenal mínimo. Diagnósticos: glomerulonefritis membrano-proliferativa (GNMP) 37%, nefropatía membranosa (GNM) 25%, esclerosis focal y segmentaria (GEFYS) 19%; nefropatía IgA 13%, enfermedad por cambios mínimos (CM) 6%. Forma de presentación: GNMP: 67% Sx Nefrótico; 17% IRA + Sx nefrótico; 16% como Sx Nefrítico. GNM: 50% como Sx Nefrítico, 25% Sx Nefrítico, 25% como IRA + Sx Nefrítico. GN-FYS: 100% como SN; CM: SN 100%; GP IgA: 50% SN y 50% Microhematuria.

CONCLUSION: La PBR se comportó, como un método seguro de diagnóstico de las GP, con un bajo porcentaje de complicaciones, todas ellas de resolución espontánea, y con alto rendimiento diagnóstico, habiéndose obtenido un número promedio de 21 glomérulos. A diferencia de otras series, hubo más mujeres que hombres. La indicación más frecuente de PBR en nuestro grupo de GP fue el SN, dato similar al hallado en estudios multicéntricos latinoamericanos sobre GP. La GNMP resultó el tipo histológico individual más prevalente, presentándose con una forma clínica de Sx nefrótico en el 50% de los casos.



TITULO:

COMPLICACIONES AGUDAS EN UNA PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO.

AUTORES: Cáceres Nara, López M, Cazo M, Ríos M C
Departamento de Nefrología. Hospital Nacional de Itauguá.

INTRODUCCION

La Nefritis Lúpica afecta a más de la mitad de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). Su presencia aumenta la morbimortalidad e implica pronóstico, por el riesgo de enfermedad renal crónica con necesidad de tratamiento sustitutivo, en alrededor del 25% y las diferentes complicaciones asociadas a la misma. La nefritis Lúpica es entre las primeras causas de enfermedad sistémica con afección renal secundaria.

CASO CLINICO

Paciente, sexo femenino, 24 años, estudiante, procedente de Caaguazú. Ingresó al servicio de Urgencias del HNI en abril del 2015 por vómitos y deposiciones líquidas. Conocida portadora de LES desde hace 4 años aproximadamente tratada con prednisona 60mg/ día y azatioprina 50mg/día con posterior abandono del tratamiento. Acude por cuadro de varios días de evolución con vómitos precedido de náuseas en varias oportunidades, acompañado de deposiciones líquidas, en moderada cantidad sin gleras ni estrías de sangre. Con hallazgos de analítica y sedimento urinario alterado se interpreta como Nefritis Lúpica y recibió tratamiento con bolos de Metilprednisolona y posteriormente Ciclofosfamida. A los 15 días posterior a su ingreso presentó episodios convulsivos, con valores elevados de urea y creatinina ,se realizó TAC de cráneo que no arrojó datos positivos. Inicia hemodiálisis con buena tolerancia, permaneciendo por seis semanas, recuperando función y quedó en tratamiento médico. Al mes de ingreso la paciente presentó dolor en hemiabdomen su-

perior, con amilasemia y lipasemia elevadas y se realiza TAC, se diagnostica Pancreatitis Aguda (Baltazar B).

Posteriormente presentó un cuadro con ICC aguda , se constata con Ecocardiografía , Miocardiopatía dilatada con HTP severa, FE conservada, y derrame pericárdico moderado. Además, la paciente presentó pancitopenia por lo cual fue evaluada por hematología, se realizó PAMO, lo cual no arrojó datos positivos de valor, en tratamiento con GSF con buena respuesta. Días más tarde la paciente presentó Insuficiencia Respiratoria Aguda, constatándose una neumonía intrahospitalaria a *Acinetobacter Baumannii*, con buena respuesta al tratamiento.

Paciente fue dada de alta con clearance de creatinina: 16 ml/min, en tratamiento médico.

Se presenta el caso de esta paciente con Nefritis Lúpica, para resaltar las diferentes complicaciones agudas durante su internación.



TITULO:

NEFROTOXICIDAD POR SULFONAMIDAS

AUTORES: Barrios A, Ortega E, López M, Cazó M, Ríos M C

Departamento de Nefrología y Clínica Médica del Hospital Nacional de Itauguá

Introducción

La Injuria Renal Aguda se caracteriza por una disminución abrupta de la función renal que se mantiene por períodos variables, resultando en la inhabilidad de los riñones de ejercer sus funciones básicas de excreción y mantenimiento de la homeostasis hidroelectrolítica del organismo.

La causa más común de daño tubular es de origen isquémico o tóxico. La reversibilidad del daño celular dependerá de la intensidad, de la duración y del tipo de evento desencadenante.

Caso Clínico

Paciente sexo masculino, 27 años, procedente de Naranjal. Acudió a Urgencias en agosto del 2015, por dolor lumbar y anuria. Seis días antes del ingreso, presentó dolor en región lumbar, que irradia a flancos e hipogastrio, con disminución progresiva de la diuresis. En la consulta es medicado y fue dado de alta. Empeora el cuadro, con sensación febril, vómitos en abundante cantidad y anuria, se constató valores elevados de urea y creatinina, y es remitido al servicio.

Dos semanas antes del ingreso se diagnosticó de toxoplasmosis ocular, iniciando tratamiento con Pirimetamina 100mg/día, Sulfadiazina 9gr/día, Prednisolona 50mg/día y Acido folínico. Sin otros antecedentes patológicos personales. Ingresó con valores elevados de urea y creatinina e inició tratamiento hemodialítico, que dializó en 4 oportunidades, posterior a esto, recuperó función renal, con poliuria y se suspende diálisis, se recibió informe de ecografía abdominal: riñones globulosos. Es evaluado por Oftalmología, que diagnosticó uveítis por toxoplasmosis.

Tras evaluación por Infectología se inició Clindamicina vía oral con buena respuesta.

Lo importante del caso, es resaltar que aún teniendo conocimientos suficientes sobre enfermedades, tratamiento de las mismas, siempre debemos tener en cuenta dosis acumulativa de medicamentos, buscar factores de riesgo en todo paciente y no olvidarnos de la susceptibilidad que tiene cada paciente, en forma independiente.



TITULO:

REPORTE DE CASOS: HEMORRAGIA ALVEOLAR EN NEFRITIS LUPICA Y VASCULITIS ASOCIADO A ANCA.

AUTORES: Acosta, J. Cazo, M. Giménez, E. Romero, M. Ayala, R. Servicio de Nefrología. Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Asunción, Paraguay.

Caso 1:

JZ, femenino, 37 años, LES 10 años tratamiento irregular con Hidroxicloroquina 400 mg/día, Prednisona 10 mg/día. Abandonó un año. Ingresa oliguria, edema MMII, disnea, leucopenia, anemia, hepatograma alterado, Test de Coombs ++/++++. ANA: 1/160 patrón moteado. Anti DNA: +. C3: disminuido. C4: normal. CLE: +. Hematuria microscópica. TAC Tórax compatible Hemorragia alveolar. Recibe Bolos de Metilprednisolona 5 gr, Bolo de Ciclofosfamida, mala evolución, requiriendo ARM, ascenso perfil renal, TSR HDI 11 sesiones, NAV a A. baumannii, falleciendo a los 20 días.

Caso 2:

FM, masculino, 57 años, hipertenso 5 años, Telmisartan 80 mg/día, TBC Pulmonar (1993). Disnea, hemoptisis, anemia, VSG 130, PCR: 24 mg/l, hipalbuminemia. ANA: -. Anti DNA: -. C3: normal. C4: normal. ANCA P: + 100 U/ml. PCR TBC: -. Hematuria microscópica. GNRP. TAC Tórax compatible Hemorragia alveolar. Recibe Bolos Metilprednisolona 5 gr, Bolo Ciclofosfamida, TSR trisemanal, buena evolución.

Caso 3:

LS, femenino, 20 años, Nefritis Lúpica IIIA, tratamiento irregular, Prednisona 10 mg/día, Azatioprina 150 mg/día. Convulsiones tónicas clónicas, leucocitosis, neutrofilia, anemia, uremia. ANA: + 1/160 patrón moteado, AntiDNA: +, C3: Disminuido, C4: Normal. Hematuria microscópica. ARM. TAC Tórax: infiltrado radiopaco difuso bilateral, aspecto alveolo intersticial, fibrobroncoscopia, mucosa eritematosa abundantes costras, restos

hemáticos. Bolos Metilprednisolona 5 gr, Inmunoglobulina Humana. TSR. Evolución tórpida.

Discusión.

La hemorragia alveolar difusa, emergencia, requiere diagnóstico oportuno, tratamiento agresivo, factores asociados a mortalidad, ventilación mecánica, gravedad APACHE II, procesos infecciosos.

Alta mortalidad en Nefritis Lúpica, añadiendo, reto diagnóstico, terapéutico multidisciplinario. Asociada a ANCA menor mortalidad.

Conclusión.

La hemorragia alveolar presenta pronóstico desfavorable, coincidiendo con los casos presentados, vasculitis asociada a ANCA evolucionó favorablemente.



TITULO:

SINDROME FEBRIL PROLONGADO EN PACIENTE RENAL CRONICO EN HEMODIALISIS

AUTORES: Duarte S., López N., Cáceres N., López M., Cazó M., Ríos M

INTRODUCCION:

la espondilodiscitis es la inflamación del disco vertebral. El origen mas frecuente de la discitis es la extensión local de una osteomielitis vertebral. La infección por vía hematogena es más frecuente en el niño, ya que en el adulto el disco apenas está vascularizado. Los cocos gram positivos son los más frecuentemente implicados.

CASO CLINICO:

Paciente masculino de 55 años conocido del servicio, que inició TSR hace 6 meses por FAV, Hipertenso en tratamiento regular con nifedipina, no portador de otra patología de base.

Internación en nuestro servicio 2 meses antes por síndrome febril prolongado (1 mes de evolución, sin foco), durante la cual se aísla en hemocultivos y urocultivo: Burkholderia cepacia, recibió antibioticoterapia dirigida con buena respuesta.

Consulta por dolor lumbar de 3 meses de evolución, que cede parcialmente con analgésicos comunes. Al cuadro acompaña sensación febril no graduada sin predominio de horario, en forma esporádica.

El dolor lumbar es persistente, aumenta de intensidad y con el correr de los días dificulta la deambulación, acude a consulta en varias oportunidades, se realiza radiografía de columna en la cual no hay evidencia de lesiones, recibe tratamiento sintomático para lumbalgia con mejoría parcial del cuadro.

10 días antes del ingreso el dolor lumbar se hace incapacitante por lo que consulta nuevamente a nuestro servicio donde ingresa afebril, sin déficit motor ni sensitivo, aquejando intenso dolor lum-

bar, que limita la motilidad, sin evidencia de tumoración u eritema sobre la columna vertebral.

Se realiza RMN dorsolumbar que evidencia hiperseñal heterogénea de disco L3-L4, con captación de gadolinio, se realiza TAC simple de columna con reconstrucción en 3D, en la misma se evidencian lesiones líticas en cuerpos vertebrales L3 y L4.

Se plantea diagnóstico de espondilodiscitis, se inicia antibioticoterapia empírica con meropenem y vancomicina ajustados a clearance previa toma de nuevos cultivos, los cuales retornan negativos. Actualmente se encuentra en su tercera semana de ATB, con buena evolución.

Se presenta este caso ya que es poco frecuente, la sospecha clínica se basa en los datos de la historia clínica y la presencia de factores predisponentes, y el pronóstico depende de la precocidad del diagnóstico e inicio de tratamiento del paciente.



TITULO:

REPORTE DE CASO: GLOMERULOESCLEROSIS FOCAL Y SEGMENTARIA.

AUTORES: Acosta, J. Cazo, M. Giménez, E. Ayala, R. Romero, MC. Nunes, MC. Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Servicio de Nefrología.

INTRODUCCIÓN.

La Glomeruloesclerosis segmentaria y focal es la enfermedad glomerular primaria que ha experimentado un mayor aumento en su incidencia en las últimas décadas.

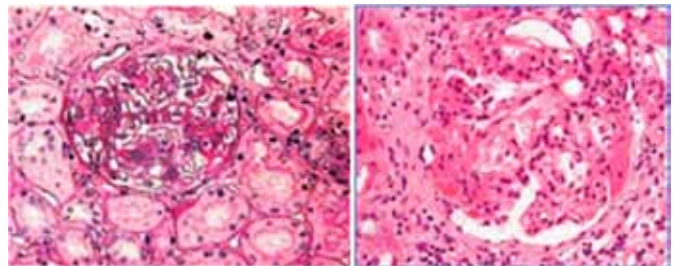
Las lesiones histológicas son variables, no permiten diferenciar las formas primarias de las secundarias. Debemos ayudarnos en hallazgos clínicos, laboratorio, alteraciones en otros compartimientos histológicos del tejido (vasos, intersticio y túbulos).

CASO 1: RR, femenino, 33 años, Asunción, tiempo de enfermedad de 4 semanas de evolución.

Esclerodermia. Anti-Scl-70: 80 U. Proteinuria 1,4 g/24 horas. Hb: 14 g/dl. Urea: 36 mg/dl. Creatinina: 1 mg/dl. ANA: (-). Anti DNA: (-). C3: normal. C4: normal. Serología viral negativa. Ecografía renal: dentro de límites normales. **CASO 2:** ED, femenino, 54 años, San Lorenzo, HTA larga data, Glomerulonefritis crónica 6 años, Ciclosporina 1 cc/12 horas. Prednisona 10 mg/día. Alérgica a la Penicilina. Proteinuria 3 g/24 horas. Hb: 12 g/dl. Urea: 40 mg/dl. Creatinina: 1,1 mg/dl. ANA: (-). Anti DNA: (-). C3: normal. C4: normal. Serología viral negativa. Ecografía renal: dentro de límites normales.

PBR: Obliteración de luces capilares, ensanchamiento de la matriz mesangial, aparente aumento de la celularidad a ese nivel, escasos neutrófilos e incipiente esclerosis evidenciable solo con la coloración de Tricrómico de Masson. No se identifican lesiones necrotizantes ni engrosamiento de la pared capilar glomerular sin proliferación celular extracapilar. Túbulos tumefactos. Intersticio sin fibrosis ni infiltrado inflamatorio.

Hiperplasia moderada de la capa muscular y escasos depósitos PAS +. Fig. 1-2



CONCLUSIÓN.

Si bien la paciente solo manifestó proteinuria, en el primer caso no se inició tratamiento, solo para enfermedad reumatológica de base, debido al reciente diagnóstico, sin embargo en el segundo caso la paciente se encontraba recibiendo ciclosporina, pero la proteinuria oscilaba entre 2-3 g/24 horas.



TITULO:

MUJER JOVEN CON FALLA RENAL AGUDA. DESCRIPCION DE UNA ASOCIACION PATOLÓGICA POCO FRECUENTE

Losanto. Jhonatan., Román. Lourdes., Acosta. Colmán. María., Ávila. Gabriela., Duarte. Margarita. Departamento de Reumatología. Hospital de Clínicas. Universidad Nacional de Asunción.

Introducción: La Glomeruloesclerosis Focal y Segmentaria (GEF y S) es un síndrome clínico patológico asociado a lesiones progresivas en el riñón, de esclerosis focales y segmentarias, que llevan a una pérdida de la capacidad de filtrado glomerular. La causa de la glomeruloesclerosis focal y segmentaria generalmente se desconoce, no obstante se la ha relacionado a problemas genéticos, drogas, medicamentos, infecciones, endocrinopatías, colagenopatías y a la anemia drepanocítica entre otras.

Caso Clínico: Paciente de sexo femenino de 21 años de edad, con antecedente de Anemia Hemolítica Autoinmune de 12 años de evolución, tratada en dos ocasiones con dosis altas de corticoesteroides y seguida por hematología. Hace 6 meses presenta internación hospitalaria por crisis hipertensiva, en la analítica laboratorial llamaba la atención cifras de urea (70 mg/dl) y creatinina (1,6 mg/dl), sin controles previos en los últimos dos años. Presentaba una ecografía renal con doppler de arterias renales dentro de los límites normales pero con diferenciación corticomedular alterada. En el perfil inmunológico; ANA positivo 1: 160 patrón homogéneo, anti DNA negativo, anti Ro, Anti La negativo y anti Sm negativos, Anti coagulante lúpica negativo, anti Beta 2 glicoproteínas positivo, Anti cardiolipina positivo. Los complementos retornaron C3 ligeramente disminuido y C4 en rango normal. Los valores de la proteinuria en la orina de 24 horas estaban elevados (500 mg en 24 hs) Al examen físico llamaba la atención palidez de piel y mucosas, ligero eritema malar, y deformidades en manos tipo artropatía de jaccoud, resto del examen físico normal. Se realizó el diagnósti-

co de Lupus Eritematoso Sistémico con probable compromiso renal versus compromiso renal por SAF. Por la alteración de la función renal se decide realizar una biopsia renal. En la anatomía patológica no se constató lesiones activas y ni depósitos sub-endoteliales, sin embargo se observó escasos depósitos en la inmufluorescencia directa, positivas para depósitos de IgM, IgA, C3 y C1q en mesangio, focales, segmentarios y granulares cuyo patrón se correspondía a una Glomeruloesclerosis focal y segmentaria, con 53,84% de ovillos esclerosados y arterioesclerosis moderada. La paciente recibió previa biopsia tres bolos de metilprednisona por sospecha de nefritis lúpica, pero con los resultados de la biopsia y ausencia de actividad del LES se inició un descenso rápido de corticoides y se inició IECA con una mejoría parcial de la proteinuria y de la creatinina a los tres meses de seguimiento.

Conclusión: Los casos reportados de GEF y S en pacientes con lupus son sumamente infrecuentes, y los pocos casos aislados publicados se han visto en pacientes con LES sin nefritis lúpica. Además de la infrecuente asociación presentada en esta paciente, con este caso se incita a recordar la importancia, ya conocida, de la realización de la biopsia renal para lograr un diagnóstico preciso y definir la terapéutica apropiada de manera a cambiar en lo posible el curso de la enfermedad.



TITULO:

Hematuria Microscópica. Presentación de Caso Clínico.

AUTORES: Acosta J, Cuevas D, Ayala R, Romero MC, Nunes MC. Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Servicio de Nefrología.

Introducción:

La Nefropatía por IgA es la glomerulonefritis primaria más frecuente del mundo, particularmente en Asia y Australia. Evoluciona hacia enfermedad renal terminal del 20-40% de los casos en 20 años. Generalmente se presenta por hematuria y proteinuria subnefrótica, algunos pacientes presentan hematurias macroscópicas recurrentes. Una minoría puede presentar síndrome nefrótico o glomerulonefritis semilunar. El diagnóstico definitivo requiere de biopsia renal y el sello es la presencia de depósitos de IgA en el mesangio de pacientes afectados.

Caso Clínico:

paciente de sexo masculino, 36 años, de Capiatá, casado, docente, portador de colagenopatía indiferenciada desde hacía 5 años en tratamiento con hidroxiclороquina 200 mg/día, enalapril 10 mg/día. Fue derivado a nuestro servicio por hematuria microscópica persistente. El hemograma, perfil renal, lipídico, hepático y proteico estaban dentro de rango. El perfil colagénico y las serología virales eran normales. El nivel sanguíneo de IgA estaba aumentado y la microhematuria era persistente.

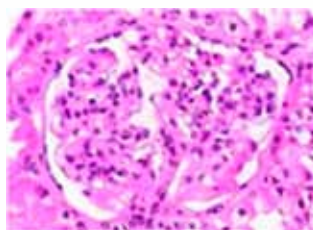
A la ecografía los riñones eran de tamaño normal, de contornos regulares, parénquima homogéneo y ecogenicidad normal. El espesor del parénquima era de 19 mm y la diferenciación cortico-medular normal. No presentaba signos de obstrucción y litiasis.

Se practicó punción biopsia renal con control ecográfico sin inconvenientes.

Anatomía Patológica:

muestra con 18 glomérulos, se observa proliferación e hiperplasia mesangial,

había proliferación endocapilar ni presencia de semilunas ni necrosis. A la inmunofluorescencia directa se observaron imágenes granulares, difusas y globales de IgA positivas mesangiales de moderada intensidad (++) y en paredes capilares escasas (+). También imágenes granulares, difusas y globales de IgG positivas de moderada intensidad (++) en paredes capilares y escasas en mesangio. Fig. 1.



Conclusión:

El caso clínico correspondió a una presentación asintomática, ya que el único síntoma presente fue la hematuria microscópica durante varios años. El paciente presentó buena respuesta a la terapia anti-proteinúrica sin inmunosupresión.



TITULO:

QUE TIENEN EN COMUN LA DIARREA CRONICA Y LA ASCITIS EN UNA MUJER JOVEN. DESCRIPCIÓN DE UN CASO.

Losanto. J., Barrios. M., Riquelme.S., Aquino. A., Acosta. M., Jiménez. M., Barreto. L., Román. L., Centurión.C., Stanley. I., Duarte. M.

Hospital de Clínicas. Departamento de Reumatología. Departamento de Nefrología.

Introducción:

La enfermedad celíaca (EC) es una entidad relativamente frecuente. En su patogenia intervienen factores genéticos y ambientales con alteraciones de la inmunidad humoral y celular frente a determinados antígenos de la proteína denominada gluten. La EC aparece a cualquier edad y se puede asociar con otras enfermedades autoinmunes y enfermedades renales, entre las que destacan las glomerulonefritis, especialmente las nefropatías con depósitos mesangiales de IgA.

Caso:

Mujer de 29 años, celiaca, no tratada, con historia de 4 meses de edema de miembros inferiores, llegando a la anasarca, anorexia, náuseas, vómitos, distensión abdominal y deposiciones oleosas. Ingresa con signos vitales normales, abdomen distendido, edema biperforal, ascitis, miembros inferiores con edema Godet +++, ruidos cardiacos con ritmo regular, no soplos cardiacos, se encontraba lucida sin déficit motor ni sensitivo. En la analítica sanguínea, anemia leve, perfil renal y hepático normal, albumina baja, amilasa en rango, leve hipertrigliceridemia, proteinuria de 9 gr, leucocitos y hematíes en sedimento urinario. En ecografía abdominal, riñones y resto de los órganos normales, liquido libre en cavidad, en la ecocardiografía, leve derrame pericárdico, con ANA, anti DNA, FR negativos, C3 y C4 en rango, ANCA C-P y anti MBG negativos, anticardiolipinalgA levemente positivo, Anticoagulante lúpica negativo, TransglutaminasalgA-IgG positivos, en la biopsia

duodenal se vio atrofia total y difusa de vellosidades intestinales, hiperplasia criptal mas infiltrado linfoplasmocitario en lámina propia. En la biopsia renal, glomerulonefritis focal y segmentaria. Los hallazgos histopatológicos más la inmunofluorescencia, se corresponderían a una nefropatía IgA. Actualmente con buen resultado al tratamiento con corticoides e inmunosupresor.

Conclusión:

La aparición de la enfermedad renal en la población de pacientes celíacos es baja y viceversa. La principal asociación entre EC y enfermedad glomerular es, con mucho, la nefropatía IgA. Si bien se ha descrito que en un gran porcentaje de los pacientes con nefropatía IgA, presentan anticuerpos antigliadina de tipo IgA, sin embargo pocos de ellos llegan a presentar EC, de igual manera se maneja siempre la hipótesis sobre un nexo patogénico común, dos caras de una misma moneda, todo esto, vuelve interesante este caso, de manera a refrescar en nuestra memoria esta asociación poco descriptas en nuestro medio.



TITULO:

Nefritis Lúpica refractaria al tratamiento convencional. Reporte de Caso.

AUTORES: Acosta J, Cuevas D, Giménez E, Ayala R, Romero MC, Nunes MC. Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Servicio de Nefrología.

Introducción:

A pesar de los importantes avances en el manejo de pacientes con nefritis lúpica (NL), una proporción significativa no responden a la primera línea de inmunosupresores (ciclofosfamida o MMF) o presentan recaída después de haber logrado remisión inicial. El término "nefritis refractaria" se usa para denominar a estos pacientes. Las terapias alternativas incluyen "terapia multidiana" y productos biológicos que se dirigen contra linfocitos B, T o citocinas.

Caso Clínico:

Mujer de 35 años, de Encarnación, con NL desde 2 años atrás en tratamiento con ciclofosfamida IV. Por actividad fue derivada al HC-IPS. Ingresó hipertensa, taquipneica, afebril, edematosa. Laboratorio: Hb: 10,5 g/dl, urea 151 mg/dl. Creatinina 1,76 mg/dl, albúmina 2,1 g/dl. ANA (+) 1:240 patrón homogéneo, anti DNA (+), C3 consumido, c-ANCA y p-ANCA (-). Coombs directo (-), aFL y anti B2 GPI (-). Proteinuria: 14 g/24hs. Orina 1,030; pH: 5, proteínas (++) , leucocitos: 2-4/c, cilindros hialinos 0-2/c. Heces (+) para Áscaris, Uncinaria, Strongyloides, Blastocystis, Giardia, Iodamoeba y Entamoeba. Tratamiento inicial Metilprednisolona 1 gramo/5 días + MMF 3 gramos/día.

Anatomía Patológica: con 20 glomérulos, proliferación mesangial y expansión de la matriz mesangial difusas. Exudado neutrofilico > 50% de los glomérulos. Engrosamiento de la pared capilar glomerular con "asa de alambre". Diez glomérulos

con necrosis fibrinoide, exudado de fibrina, proliferación celular extracapilar con semilunas. Intersticio: infiltrado inflamatorio mixto. IFD: depósitos de IgG (++) , IgM (++) , C1q (+++), C3 (+).

Diagnóstico y evolución:

Glomerulonefritis lúpica proliferativa difusa con 50% de semilunas celulares (clase IV (A) ISN/RPS). Fue tratada con 3 bolos de metil prednisolona y 4 dosis semanales de rituximab a 375 mg/m². Recuentos pretratamiento: leucocitos 8600/mm³, linfocitos 1548 mm³ (1600-2400) 0 18% (28-39) y postratamiento CD20 15 mm³ (122-632) 0 1% (10-31). Presentó reducción de proteinuria a 0,5 g/día y mejoría de la función renal, además de neumonía y herpes zoster con buena respuesta al tratamiento antiinfeccioso.

Conclusión:

este caso demuestra que debe utilizarse en nuestro medio el RTX como alternativa en casos de NL refractaria.



TITULO:

REPORTE DE CASO: CALCINOSIS TUMORAL EN DP.

AUTORES: Acosta, J. Battaglia J. Naveira, J. Ayala, R. Romero, M.

La calcinosis tumoral es una rara enfermedad caracterizada por depósitos de fosfato de calcio en tejidos blandos periarticulares, previamente sanos.

Se describe como una complicación en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis.

Caso clínico:

FV, sexo masculino, 59 años, Concepción, IRC etiología desconocida, ingresa DPCA 5/09/11. Total de 4 recambios/día dextrosa. Ingresa por tumoración en los 4 miembros a nivel de manos y pies. La exploración clínica reveló tumoración dolorosa, firme, no móviles de 1 cm de diámetro con limitación funcional. Hb 6,6 g/dL, urea 125 mg/dl, creatinina 9,19 mg/dl, calcio 8,8 mg/dl, fósforo 7,5 mg/dl, fosfatasa alcalina 368 U/L, PTHi 571,8 pg/mL. Tac simple cráneo, cuello, tórax, abdomen: calcificaciones groseras arrosariadas de partes blandas en región del hombro bilateral, supra e infra escapular en vara interna, externa, deltoides a predominio izquierdo. Fractura costal no consolidada en la 6° costilla derecha, pseudo artrosis en 6° costilla izquierda. **Fig. 1-2.** Calcificaciones groseras de ambos glúteos. **Fig. 3.** Biopsia región pulgar derecho: Calcinosis Tumoral. Abundante depósito de material cálcico rodeado por una empalizada de células epitelioides y células gigantes multinucleadas de tipo reacción a cuerpo extraño. **Fig. 4-5.**

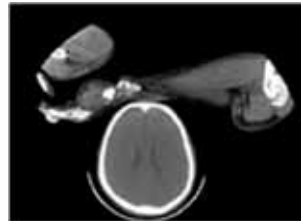


Fig. 1

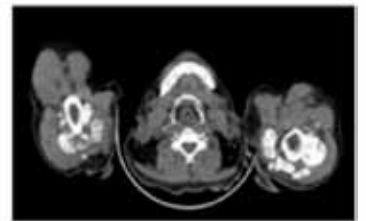


Fig. 2

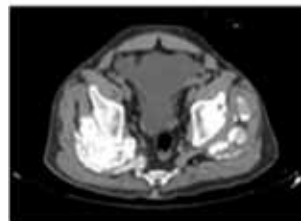


Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5

Conclusión.

La alteración fosfocálcica evidencia una diátesis de patogenia multifactorial,



TITULO:

EPIDEMIOLOGÍA DE LA ERC DE LOS PACIENTES DIALIZADOS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE ITAUGUÁ, AGOSTO 2015

AUTORES: López Mirian, Cazó Marta, Ríos G Ma Concepción

INTRODUCCION

En los últimos años, el aumento de las enfermedades crónicas es uno de los cambios significativos del perfil epidemiológico mundial.

Entre estas la Enfermedad Renal Crónica (ERC), es un problema emergente en todo el mundo, siendo la Diabetes Mellitus, la Hipertensión Arterial, las causas principales de ingreso a diálisis. Debemos tener en cuenta que la prevalencia de la ERC aumenta con el envejecimiento de la población, esto significa que cada año habrá nuevos pacientes para ingresar a la diálisis.

De ahí la importancia de conocer las características de la ERC y buscar formas efectivas de prevención de la misma.

OBJETIVOS: Determinar las características epidemiológicas de los pacientes dializados

MATERIAL Y METODOS

Diseño: Estudio observacional, descriptivo tipo trasversal, de todos los pacientes que dializan 12 hs semanales, en el Hospital Nacional de Itauguá, en el mes de agosto del 2015. Reclutamiento: los datos de los sujetos se obtuvieron de una base de datos del Dpto. de Nefrología, que se actualiza mensualmente. Variables: demográficas (sexo, edad, procedencia), etiologías, tiempo de hemodiálisis, acceso vascular, uso de agentes estimulantes de eritropoyetina, uso de hierro sacarato, niveles de PTH. RESULTADOS: El sexo masculino representa 70 % de los pacientes; la etiología de

causa desconocida(27%), nefropatía diabética(25%), nefropatía obstructiva(17%), nefroangiosclerosis(13%); el grupo etario entre 40 y 59 años, es (46%); el tiempo de diálisis entre 24 y 60 meses, es de (35%); (60%) de los pacientes proceden de Asunción y zona Central; (88 %) usan EPO; (49%) con Fe sacarato; (90%) tienen FAV; y según los niveles de PTH,(50%) de los pacientes tienen hiperparatiroidismo secundario.

Conclusión:

Podemos concluir que existe diferencia con otros países latinoamericanos en cuanto a causas de ingreso a diálisis, nos demuestra que la prevención es deficiente aún en nuestro país. Debemos resaltar que la mayoría de estos pacientes son menores de 60 años.



TITULO:

EVALUACIÓN DEL NIVEL DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS - SAN LORENZO, AGOSTO 2015

AUTORES: Jarolin, Magali; López, Catalina; Machuca, Mercedes; Urizar, César

Tutora: Prof. Dra. Idalina Stanley

INTRODUCCIÓN:

La depresión y la ansiedad son muy frecuentes en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis debido a los cambios en el estilo de vida y la adaptación que estos deben sufrir. Como se trata de una enfermedad crónica es necesario el acompañamiento, la contención tanto del personal médico como de los familiares.

OBJETIVO:

Determinar el nivel de depresión y ansiedad en pacientes dializados con Insuficiencia Renal Crónica del Hospital de Clínicas, San Lorenzo.

PACIENTES Y MÉTODOS:

Estudio observacional descriptivo de corte transversal con componentes analíticos con muestreo no probabilístico a conveniencia. Para la comparación de grupos, se consideró $p < 0,05$ como significativo. Fueron incluidos un total de 33 pacientes con una edad de $40,88 \pm 15,20$. Para evaluar el nivel de ansiedad utilizamos el Cuestionario de HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale, de Zigmond y Snaith). Para el nivel de depresión utilizamos la adaptación española del Inventario de Depresión Beck (BDI). Para el análisis de datos se utilizó Windows Versión 10 con el programa Microsoft Excel 2007 y las variables fueron analizadas con el paquete informático SPSS versión 15.

RESULTADOS:

Del total de pacientes incluidos en el estudio, con el inventario de Depresión de Beck, el 21,21% no presentó ningún tipo de trastorno depresivo, el 21,21% presentó un ligero trastorno emocional, 18,18% presentó depresión clínica, 15,5% una depresión moderada y el 24,24% no pudieron ser evaluados.

Con respecto al test HADS en la subescala de depresión que fue aplicado a los pacientes que formaron parte del estudio, el 45,45% se encontraron dentro de un rango normal, el 21,21% presentaron un caso probable de depresión, el 9,09% presentó depresión y un 24,24% no pudieron ser evaluados. En cuanto a la subescala de ansiedad, el 45,45% se encontró dentro de un rango normal, el 18,18% dentro de un caso probable de ansiedad, el 12,12% presentó ansiedad y el 24,24% no pudieron ser evaluados. Entre las variables analizadas alcanzaron un nivel de significancia la edad y el diagnóstico etiológico del paciente ($p=0,033$).

CONCLUSIÓN:

El nivel de depresión y ansiedad en pacientes dializados con Insuficiencia Renal Crónica del Hospital de Clínicas, San Lorenzo fue del 54,55% y 30,31% respectivamente.

PALABRAS:

Depresión, Ansiedad, Insuficiencia Renal Crónica, Diálisis, Beck, HADS



TITULO:

Causas de Insuficiencia Renal Crónica en pacientes hemodializados

Servicio de Nefrología del Hospital Central de I.P.S. Paraguay-Enero del 2013 a Enero del 2014

AUTORES: DR. CARLOS ROMAN, DR. RUFO CENTURION, DRA. CELESTE VILLALBA, DRA. VALERIA CAREAGA, DR. PABLO PENAYO, DRA. MARIA DEL CARMEN ROMERO.

Introducción:

La Insuficiencia Renal Crónica, es el resultado final de una serie de situaciones patológicas que finalmente ocasionan un daño irreversible sobre las diversas estructuras del riñón y la pérdida progresiva de la función renal hasta ocasionar la muerte del paciente, si éste no recibe tratamiento de reemplazo renal o trasplante renal.

Objetivo:

Determinar las causas más frecuentes de la insuficiencia renal en pacientes adultos hemodializados en el servicio de Nefrología del Hospital Central del Instituto de Previsión Social durante Enero del 2013 a Enero del 2014. Metodología: Estudio Observacional, retrospectivo, descriptivo de corte transversal. En pacientes adultos hemodializados en el Servicio de Nefrología del Hospital Central del IPS.

Resultados:

De 246 pacientes el sexo predominante es el masculino 141 (57,3%), referente a la edad el rango de 62 a 72 fue la superior en 82 (33,3%), en relación a la procedencia el departamento central fue la predominante en 149 (60,6%), el estadio 4 fue el rango predominante en 139 representando el 56,5% de los casos. las patologías asociadas de mayor frecuencia, las Cardiovasculares por HTA fue la de mayor presentación en 201 pacientes (53%), la vía de acceso en la mayoría fue AFV en 149 pacientes (60,6%),

Conclusión:

Las causas más frecuentes de la insuficiencia renal crónica fue la nefroangioesclerosis. Los diferentes estadios de los pacientes con IRC fueron Estadio IV y V. Las patologías más frecuentes que originan la Insuficiencia Renal Crónica fueron la HTA en mayor porcentaje seguida de la Diabetes. La hemodiálisis es la regulación hidroelectrolítica de la sangre del paciente y su depuración de desechos tóxicos, pero además de la hemodiálisis preciso utilizar una terapia farmacológica acompañada de recomendaciones dietéticas. El tratamiento del paciente con I.R.C conjuntamente con la hemodiálisis requiere la administración de las hormonas producidas por el riñón así como de otros tratamientos para corregir ciertas alteraciones inducidas por la propia insuficiencia. Pero no debemos olvidar que el fin último de la hemodiálisis es mantener a los pacientes con vida a la espera de un trasplante renal. Los pacientes en estudio fueron con una predominancia del sexo masculino con una edad media de 66 años y del departamento central en mayor porcentaje.



TITULO:

Abscesos múltiples por *Acremonium* en paciente trasplantado renal.

AUTORES: Acosta J, Mayor M, Jara P, Wasmuth N, Colarte J. Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Servicio de Trasplante Renal.

Introducción:

La incidencia de infecciones por hongos filamentosos distintos al *Aspergillus* ha sufrido un incremento considerable en cierto tipo de pacientes en las últimas décadas. Los factores de predisposición más comúnmente asociados son neutropenia prolongada, terapia con corticosteroides, quimioterapia citotóxica y terapia inmunosupresora del trasplante.

Caso Clínico:

masculino, 46 años, de Coronel Oviedo, trasplantado renal donante cadavérico, noviembre/13, tratamiento Tacrolimus 4 mg/día. Azatioprina 50 mg/día. Prednisona 10 mg/día. Losartán 100 mg/día. Amlodipina 10 mg/día. Alfa Metil Dopa 1500 mg/día. Valganciclovir 900 mg/día. TMP-SMX ½ comprimido/día. Omeprazol 20 mg/día. Ácido Fólico 10 mg/día. Sulfato Ferroso 200 mg/día. EPO 8000 UI/SEM. Acude por lesión eritematosa tumefacta en dorso de pie derecho de 9 días de evolución, dolorosa. Examen físico: lesión eritematosa de 14,5 x 7 cm, dolorosa, bordes sobre elevados, calor local, sobre la misma asientan nódulos en número de 4, no fluctuantes. Laboratorio: leucopenia severa por lo que se inicia Filgastrim. PAMO: normal. Ecografía de partes blandas: imagen hipoecogénica, parcialmente definida, contorno irregular, extendiéndose al plano celular subcutáneo superficial respecto a los tendones extensores de 25x28x9 mm (3,2 ml). Fig. 1-2.

Anatomía Patológica:

hifas septadas abundantes y escasas levaduras en el espesor del tejido necrobiótico. Dx: Micosis profunda. Cultivo: *Acremonium*. Tratamiento. Des-

bridamiento y Anfotericina B. Cultivos VVC, Hemocultivos: *P. aeruginosa*, *S. epidermidis*. Recibe además vancomicina y meropenem 14 días. Evolución favorable. Alta con itraconazol 200 mg/día 6-12 meses. Fig. 3-4



Conclusión:

El *Acremonium*, constituye uno de los hongos menos frecuentes en la práctica médica. Identificarlo y tratarlo es una prioridad en el paciente trasplantado, ya que, aunque es infrecuente, puede contribuir al incremento de la tasa de morbimortalidad en estos enfermos.



TITULO:

EVALUACION DE LA FUNCION DEL INJERTO RENAL EN PACIENTES TRASPLANTADOS EN EL HOSPITAL NACIONAL DESDE EL AÑO 2012

AUTORES: Cazo M, López M, Ríos MC
Departamento de Nefrología del H Nacional

INTRODUCCION:

La sobrevivida del injerto renal depende de numerosos factores, inmunológicos y no inmunológicos ,entre los inmunológicos el rechazo mediado por Anticuerpos Donante Especifico es uno de los factores más importantes, aunque su detección aun no es de uso corriente en nuestro país

OBJETIVOS

Determinar al año y a los dos años la función del injerto renal en pacientes trasplantados en el Hospital Nacional desde el año 2012

MATERIALES Y METODOS

Diseño:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo

Muestra:

se tomaron todos los pacientes vivos trasplantados en el Hospital Nacional desde el año 2012 que cumplían una evolución de uno y dos años ,se excluyeron los pacientes fallecidos, y los que perdieron el injerto renal antes del año

Las variables examinadas: Edad del receptor y del donante, sexo , tipo de donante,creatinina, cl clearance de cr , Proteinuria de 24 hs

Los promedios fueron calculados con estadística descriptiva de la planilla Excel

RESULTADOS

Se evaluaron 12 pacientes en total ,8 mujeres y 4 varones con un promedio de edad de 31 ± 9 años en cuanto a los donantes 2 fueron con donante vivo y 10 con donantes cadavéricos La edad promedio de los donantes fue de 25 años 12 pacientes fueron evaluados al año y solo 7 pacientes a los 2 años.

Al año el promedio de cr :1,35 maximo:2,3 y mínimo: 0,9 Clcr:70 ml/min, max: 119 ,min:98

Proteinuria: 649 mg/24 hs , maximo:5500,min:47

A los dos años se evaluaron 7 pacientes promedio de CR:1,5 max:2,5, min:0,8

Cl cr: 54 ml/min , max: 106, min.:31

Proteinuria de 206 mg/24 hs max:533 min:89

CONCLUSION:

La función del injerto renal al año y a los dos años es relativamente buena , teniendo en cuenta el valor de la cr, sin embargo no se correlaciona con el CL cr calculado por CKD Epi que baja considerablemente al segundo año. El parámetro de la proteinuria no la podemos considerar ya que uno de los pacientes presento Sx nefrotico por una GN de Novo y altero los resultados



TITULO:

Evaluación de la Sobrevida de los Trasplantes Renales en el IPS en un periodo de 19 años

Mayor M., Jara P., Ayala R., Martinez A., Wasmouth N., Colarte J., Orué G., Acosta J

Introducción:

El trasplante renal es el tratamiento de elección para la insuficiencia renal crónica terminal, ya que se proyecta como la única solución integral, permitiendo una adecuada rehabilitación y una mejoría significativa en la calidad de vida.

Objetivo: Evaluar la sobrevida del injerto en los trasplantes renales del Hospital Central del IPS en los últimos 19 años.

Método:

estudio retrospectivo observacional, de pacientes adultos y pediátricos sometidos a trasplante renal en Hospital Central de IPS, desde el año 1996 a 2015. Definimos la pérdida del injerto como: el rechazo o la muerte del paciente con injerto funcionante. Análisis estadístico realizado con el programa informático Excel 2007 e incluyó promedios, porcentajes y prueba t.

Resultados:

Se realizaron 175 trasplantes renales en pacientes renales crónicos, en este periodo de tiempo. 72 mujeres y 103 varones con una media de edad de $38,48 \pm 13,42$ años. 96 trasplantes fueron con donantes cadavéricos (DC) y 79 con donantes vivos (DV), 57% de DVR y 43% de DVNR. La inducción fue realizada con anti CD25 en 21% de los trasplantados,

La pérdida global del injerto ha sido del 30%. La primera causa de pérdida ha sido la muerte del paciente con injerto funcionante (23%) y la segunda causa, el rechazo (5 %) siendo la mitad de ellos por nefropatía crónica y la tercera causa

(2%) el abandono de tratamiento. La causa más frecuente de muerte con injerto funcionante fue la infección, 20 pacientes (50% del total de fallecidos); causa cardiovascular, 10 pacientes (25%); CID como complicación del rechazo hiperagudo, 6 pacientes (10%); otras causas, 4 pacientes (15%). La sobrevida global del injerto fue en promedio de 6 años. La sobrevida al año fue de 85%, a los 5 años de 80%, a los 10 años de 18%, a los 15 años de 14%, y con más de 15 años, de 12%.

Conclusión:

La sobrevida global de nuestros pacientes ha sido de 6 años. La causa principal de pérdida del injerto ha sido la muerte del paciente por complicaciones infecciosas. La comparación de la sobrevida por quinquenios entre este estudio y otras las series publicadas no se constatan diferencias significativas



TITULO:

Arteriopatía hialina nodular como signo principal de toxicidad por anticalcineurínicos: ¿tiene siempre el mismo significado?

AUTORES: Lourdes Carolina Vázquez Jiménez(1,3), Alba Hernandez Gallego(2), Ana Patricia González(1), Dolores López(2), Bancu Ioana(1), Javier Juega(1), Laura Cañas(1), Josep Bonet(1), Ricardo Lauzurica Valdemoros(1)

(1)Servicio de Nefrología H. Germans trias i Pujol. , Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, Spain, (2) Servicio de Anatomía Patológica Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. (3) Servicio de Nefrología. Hospital de Clínicas. San Lorenzo-Paraguay.

La Arteriopatía Hialina nodular (AHN), en arterias preglomerulares es uno de los signos que se puede considerar "típico" de la toxicidad por anticalcineurínicos (ACN). Ante este hallazgo la actitud es minimizar o retirar el ACN.

El objetivo de este trabajo es analizar el "porque" pacientes con lesiones de AHN sugestivas de toxicidad en la biopsia renal (BR) a los que se les retira el ACN presentan una evolución "benigna" en comparación con los que presentan peor evolución.

Desde el 2011 se han realizado en nuestro centro 207 BR por indicación clínica en transplantados renales.

En trece pacientes con una edad media de 48 años, 10 varones, todos en tratamiento con triple terapia: corticoides, micofenolato y anticalcineurínicos(6 con tacrolimus retard y 7 con ciclosporina) que, en la BR presentaron signos de AHN y se optó por retirar el ACN.

La indicación de biopsia fue a los 87,23 (R:4-180) meses de media post TR y la cifra media de creatinina fue de 2.63mg/dl en el momento de la BR. Destacamos 2 grupos que se dividen en aquellos con evolución "benigna" vs "mala evolución". Cinco pacientes que presentaron un empeoramiento de la función renal (FR), llegando a precisar hemodiálisis.

Ocho presentaron buena evolución con estabilización-mejoría de la FR.

Retrospectivamente hemos analizado otros hallazgos de la BR etiquetados como "inespecíficos" la glomeruloesclerosis que fue similar en ambos grupos, la FIAT(fibrosis intersticial/Atrofia tubular) de porcentaje mayor en el grupo de mala evolución, infiltrado intersticial inflamatorio (Scores: Banff,FIAT y total).

Estos hallazgos se intentan sumar a posteriori en el diagnóstico de evolución benigna o mala evolución.

La AHN per se no es un signo de mala evolución de la FR en el trasplante renal. Datos de la BR que en muchas ocasiones se consideran como inespecíficos es preciso tenerlos en cuenta a la hora de decidir la retirada del ACN.



TITULO:

Eficacia y seguridad de los mTOR en terapia de mantenimiento del Trasplante Renal. Resultados preliminares al año de uso.

AUTORES: Mayor M, Jara P, Ayala R, Martínez A, Wasmouth N, Colarte J, Orué G, Acosta J

Introducción:

Los inhibidores de la Calcineurina (CNI) siguen siendo los mejores inmunosupresores para evitar el rechazo agudo en el trasplante renal, con la limitante de su nefrotoxicidad. Por ello los inhibidores de la mTOR, son una alternativa interesante y capaz de mejorar la función renal minimizando o suspendiendo los CNI.

Objetivo:

Evaluar la eficacia y seguridad del uso de mTOR en pacientes trasplantados renales que recibían CNI

Material y Métodos:

Diseño: Estudio prospectivo cuasi randomizado, comparativo de un mismo grupo de pacientes trasplantados. Seguimiento; 5 años (Abril del 2015 a Abril del 2019). Muestreo: aleatorio de casos consecutivos. Población: trasplantados renales seguidos en la Unidad de Trasplante Renal del IPS con tratamiento tradicional de CNI, ácido micofenólico y prednisona. Criterios de inclusión: más de 12 meses de trasplante, edad inferior a 65 años, Filtrado > a 40ml/min, proteinuria < a 1 g/d, Colesterol total < a 300 mg/dl, Triglicéridos < a 400 mg/dl y plaquetas > 90000/ mm³. Variables analizadas: creatinina, aclaramiento por MDRD4, proteinuria, glicemia, colesterol, triglicéridos, antes de iniciado el tratamiento y luego cada 3 meses. Efectos adversos, episodios infecciosos, pérdida del injerto y mortalidad.

Resultados:

Ingresaron al estudio 28 pacientes, 20 hombres y 8 mujeres con una media de edad de $44,6 \pm 11,1$ años. El tiempo de sobrevida del injerto fue de $42,2 \pm 25,7$ meses. 21 trasplantes fueron con DC y 7 DV. 12 pacientes recibieron inducción con Anti CD25. 14 pacientes recibieron Everolimus (E) y 14 pacientes Sirolimus (S). Antes de la rotación la Creatinina fue $1,36 \pm 0,4$ mg/dl, aclaramiento 64 ml/min $\pm 19,6$ mg/dl, proteinuria $310,92 \pm 143,6$ mg/24 hs, glicemia $96,3 \pm 49,09$ mg/dl, colesterol $230,8 \pm 196,4$ mg/dl, triglicéridos $168,8 \pm 81$, 1mg/dl.

Al año de tratamiento: creatinina $1,29 \pm 0,43$ mg/dl (p 0,4), aclaramiento $66,59$ ml/min $\pm 20,3$ mg/dl (p 0,2), proteinuria $263,92 \pm 59,1$ mg/24 hs (p 0,06), glicemia colesterol y triglicéridos sin cambios significativos. Como efectos adversos: aftas bucales en 8 pacientes, ningún rechazo, infecciones varias no graves en 20 pacientes y ninguna muerte.

Conclusión:

En el primer año de tratamiento, el uso de mTOR en estos pacientes ha mantenido la función renal pre-existente con una tendencia a mejorar el filtrado y la proteinuria. No se han constatado trastornos metabólicos, rechazos agudos ni incremento de los episodios infecciosos.



TITULO:

Ansiedad y Depresión en pacientes en programa de Hemodiálisis del Servicio de Nefrología del Hospital de Clínicas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

AUTORES: Alex Chamorro 1, María Fernanda Rojas 2, Carolina Vázquez Jiménez1, Milciades Jiménez 1, Michele Britez 1, Iván Barrios 2 Julio Torales 2I, Marcelo Barrios1 Norma Arévalos 1, Andrés Arce 2. Idalina Stanley 1

1. Departamento de Nefrología del Hospital de Clínicas de la FCM de la UNA.

2. Departamento de Psiquiatría del Hospital de Clínicas de la FCM de la UNA.

Introducción: Los pacientes en programa de HD (hemodiálisis) suelen presentar diversos grados de alteraciones emocionales, tales como ansiedad y depresión, asociadas a la sintomatología orgánica. La intensidad de las reacciones emocionales varía de un paciente a otro dependiendo de la valoración cognitiva que realice del impacto de la enfermedad renal y la HD.

Objetivo general: Conocer la prevalencia de la Depresión y Ansiedad de los pacientes con enfermedad renal crónica en HD (hemodiálisis) del Departamento de Nefrología del HC (Hospital de Clínicas).

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo, con componente analítico, de corte transversal con muestreo no probabilístico por conveniencia. La muestra estuvo compuesta por todos los pacientes en programa de HD crónica del Servicio de nefrología del HC que aceptaron de forma voluntaria participar en el estudio y que tenían al menos un mes en programa de hemodiálisis.

Se elaboró una encuesta semiestructurada para pacientes dializados con el fin de obtener información sociodemográfica. Para la valoración de la ansiedad y depresión se aplicó el cuestionario de HADS (The Hospital Anxiety and Depression Scale) autoaplicado de 14 ítems, integrado por dos subescalas de 7 ítems, una de ansiedad (ítems impares) y otra de depresión (ítems pares). La intensidad o frecuencia del síntoma se evalúa en una escala de Likert. Se proponen puntos de corte para las dos subescalas: 0-7 Normal, 8 -10 Dudoso, > 11 Problema clínico.

Para el análisis estadístico se usó la planilla de Microsoft Excel 2010, y el programa SPSS 15. Para el análisis de la asociación entre variables se utilizó la prueba de Chi cuadrado.

Resultados: La población estuvo compuesta por 30 pacientes, 60 % de ellos son de sexo masculino. El 46,7 % de los pacientes se encuentran casados/as, le siguen solteros/as en un 30 %.

En el rango etario de 51-66 años concentra a la mayor parte de la población estudiada (40%).

El 40 % de la población se encuentra desempleada.

Se observó una prevalencia de 16,7 % de Ansiedad y un 6,7 % de depresión. Teniendo en cuenta el sexo de los pacientes no se encontró significancia estadística para ansiedad, depresión y posible depresión. Existe una tendencia de mayor cantidad de casos de ansiedad y depresión entre los pacientes desempleados pero sin significancia estadística ($p: 0.164$).

Conclusión:

1. La ansiedad y la depresión son entidades frecuentemente observadas en pacientes con ERC en programa de Hemodiálisis.
2. La depresión es menos prevalente en el Servicio de Nefrología del Hospital de Clínicas que a nivel mundial.
3. Hay una tendencia de mayor cantidad de casos de ansiedad y depresión en los pacientes desempleados.
4. Es preciso establecer un screening anual de ansiedad y depresión a los pacientes de HD crónica.



TITULO:

ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES EN PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS CRÓNICA DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN.

AUTORES: Alex Chamorro¹, Ma. Victorina Bareiro Flecha², Carolina Vázquez Jiménez¹, Milciades Jiménez¹, Michele Britez¹, Norma Arévalos¹, Marcelo Barrios¹, Idalina Stanley¹.

1. Departamento de Nefrología Adultos del Hospital de Clínicas de la FCM de la UNA.

2. Departamento de Nutrición del Hospital de Clínicas de la FCM de la UNA.

INTRODUCCIÓN:

La malnutrición es un problema frecuente en los pacientes con enfermedad renal crónica. El deterioro del estado nutricional se ve en una evaluación nutricional; la desnutrición calórica-proteica es un fuerte predictor de mal curso clínico y morbi-mortalidad en el periodo pre dialítico y dialítico; existe una multicausalidad relacionada con enfermedades concomitantes, procesos inflamatorios y tratamientos sustitutivos de la función renal, a la que estos pacientes están expuestos que repercuten directamente en su estado de nutrición.

OBJETIVO GENERAL:

Determinar el estado nutricional en pacientes con ERC, que asisten al Programa de HD (hemodiálisis) del Hospital de Clínicas.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional analítico, con enfoque cuantitativo, por recolección de datos. Para la valoración del estado nutricional se realizó una anamnesis alimentaria mediante una encuesta realizada por la nutricionista del programa de nefrología como basal antes del inicio de intervención, se recolectaron además factores sociodemográficos, IMC, peso ideal, peso seco, registro alimentario y examen físico entre otros. Para valorar el examen físico se realizó una sumatoria considerando: cabello, dentición, piel, estado neurológico (habla, comprensión, sueño), uñas. Para el análisis estadístico se usó la planilla de Microsoft Excel 2010

RESULTADOS:

Los valores más significativos fueron los siguientes: según IMC: EL 5% de la muestra presentadelgadez; 60% tienen un IMC normal, 22,5% están consobrepeso, 12,5% son obesos.

Presenta algún grado de desnutrición el 25,5%. Teniendo desnutrición severa el 3%, desnutrición moderada 5% y desnutrición leve el 17, 5%.

Resultaron con grado de nutrición normal el 47,5%, sobrepeso el 10%, obesidad grado I el 15% y Obesidad grado II el 2,5%

Por Examen Físico se consideró 63% Malo, 15% Bueno, 22% Regular.

Por anamnesis alimentaria resalta el cambio en el apetito en 58% de la muestra y según registro alimentario se ve un déficit calórico en la ingesta en el 25% de los pacientes.

CONCLUSIÓN:

Hay un porcentaje elevado de desnutrición en los pacientes de HD del Hospital de Clínicas.

Es necesario una intervención nutricional y un seguimiento adecuado por parte de un nutricionista formado en el ámbito de la nefrología para los pacientes que se encuentran en programa de HD crónica.



TITULO:

Injuria Renal Aguda (IRA) en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Estudio Observacional Prospectivo.

AUTORES: Acosta J, Cuevas D, Cazó M, Romero DC, Molinas A. Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Servicio de Nefrología y Unidad de Terapia Intensiva de Adultos.

Introducción:

Antes se creía que la IRA era un trastorno completamente reversible. Datos recientes sugieren que los pacientes que desarrollaron IRA en la UCI y requirieron diálisis, 10-30 % pueden requerir diálisis de mantenimiento después del alta hospitalaria. Evaluar los factores demográficos clínicos, la gravedad de la enfermedad y el proceso de atención asociado con resultados favorables y adversos en pacientes de UCI con IRA se hace una necesidad.

Objetivo:

Determinar factores clínicos demográficos en pacientes que ingresan con IRA o la desarrollan en la UCI.

Materiales y métodos:

Estudio observacional prospectivo de pacientes ingresados en UCI multidisciplinar, desde el 1 de febrero al 31 de julio de 2015. Los criterios de inclusión fueron creatininemia > 2 mg/dl al ingreso o aumento del 50% sobre el valor basal.

Resultados: De 71 pacientes con IRA, 45 (63%) eran de sexo masculino, la edad era $63,2 \pm 14,4$ años, 63 (89%); tenían comorbilidades diabetes e hipertensión en el 76%, LES 4%, otras 18%. Etiología de la IRA pre-renal 43 (61%) casos, renal 25 (35%) y post renal 3 (4%). Presentación clínica no oligúrica 31 (44%) casos, oligúrica 20 (28%) y anúrica 20 (28%). Tuvieron falla multiorgánica (FMO) por sepsis 48 (68%) pacientes, con SOFA $9,2 \pm 3,9$ y APACHE II $22,4 \pm 7,6$. Requirieron diuréticos 63 (93%) casos, inotrópicos 60 (85%) y hemodiálisis 58 (82%).

Evolución:

La creatininemia al ingreso de UCI era $3,27 \pm 1,67$ mg/dl, al inicio de hemodiálisis fue $4,8 \pm 3,5$ mg/dl y al egreso de UCI $3,52 \pm 1,67$ mg/dl. Fallecieron 55 pacientes (77%), de los sobrevivientes recuperaron parcialmente la función renal 14 (89%). Conclusión: Nuestra población es añosa, con múltiples comorbilidades, la FMO por sepsis explica la mortalidad alta y baja tasa de recuperación completa de la función renal.



TITULO:

Uso del Conector Tego para prevenir infecciones relacionadas al Catéter de Hemodiálisis, octubre/14-marzo/15 en el HCIPS.

AUTORES: Acosta, J. Cazó, M. Giménez, E. Ayala, R. Romero, M. Servicio de Nefrología.

Introducción.

Las infecciones relacionadas al catéter de hemodiálisis son frecuentes en nuestro medio por diferentes factores, largo tiempo de permanencia del catéter del paciente, manejo en la conexión y desconexión, las altas temperaturas de nuestro medio, nivel sociocultural de los pacientes, factores que favorecen a que su prevalencia sea alta, es por eso que el dispositivo aislante libre de aguja como el Tego podría ser beneficioso en nuestro medio. Previniendo las infecciones relacionadas al catéter.

Objetivos.

Determinar la frecuencia de infecciones de catéteres de hemodiálisis en pacientes que poseen conector TEGO.

Determinar la frecuencia de infecciones de catéteres de hemodiálisis en pacientes que no poseen conector TEGO.

Materiales y métodos.

Estudio prospectivo, observacional y comparativo en pacientes en hemodiálisis del Servicio de Nefrología del HCIPS en los meses de octubre/14-marzo/15.

Resultados.

De los 40 pacientes que forman parte del proyecto de investigación TEGO, el 50% presenta catéteres permanentes y el 50% restante catéteres simples. 20 pacientes con el conector TEGO, el 90% presentaron cultivos negativos desde el inicio hasta la finalización del estudio.

20 pacientes sin conector TEGO, 30% presentaron

cultivos positivos durante la realización del estudio, gérmenes aislados staphylococcus coagulasa negativa y pseudomonas luteola.

Conclusión.

La permanencia del conector TEGO ha demostrado superioridad en la prevención de infecciones relacionadas al catéter de hemodiálisis.



TITULO:

Alteración OM en pacientes en DPCA en el HCIPS durante los años 2011-2014.

AUTORES: Acosta, J. Cazo, M. Naveira, J. Ayala, R. Romero, M. Servicio de Nefrología.

Introducción.

La Enfermedad Ósea Metabólica asociada con la Enfermedad Renal Crónica (EOM-ERC) es un problema de salud pública a nivel mundial, cuya prevalencia va en incremento junto con sus eventos adversos, observándose pérdida progresiva de la función renal, enfermedad cardiovascular y muerte prematura

Las calcificaciones vasculares no se presentan como un proceso pasivo. El incremento de los niveles de fósforo, calcio, mediadores inflamatorios y la uremia per se favorecen la transformación de las células musculares lisas en células de estirpe osteogénica, que producen matriz colágena que posteriormente se mineraliza.

Objetivos.

Determinar alteraciones óseo mineral en pacientes en DCPA en el HCIPS durante los años 2011-2014.

Determinar alteraciones en el nivel calcio, fosforo, PTHi y fosfatasa alcalina.

Determinar prevalencia de calcificaciones valvulares y cuáles son las más afectadas.

Determinar asociación EOA-DM tipo 2.

Materiales y Métodos.

Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional en pacientes en diálisis peritoneal del Servicio de Nefrología del HCIPS en el año 2011-2014.

Resultados.

Se estudiaron 33 pacientes sometidos a diálisis peritoneal de los cuales el 39% corresponde al sexo femenino y 61% al masculino. La edad media fue de 62,1 años (DE \pm 9,81). Promedio de calcio 9,33

mg/dl (DE \pm 1,10), fosforo 6,01 mg/dl (DE \pm 2,59), PTHi 280,44 pg/ml (DE \pm 256,17), fosfatasa alcalina 185,54 U/L (DE \pm 126,64). Promedio de tiempo de diálisis fue de 17, 21 meses (DE \pm 14,84).

36% de los pacientes presento nivel de PTHi menor a 150 pg/ml, 36% presento niveles entre 150-300 pg/ml, 9% niveles entre 301-500 pg/ml, 15% niveles entre 501-800 y 4% mayor o igual a 801 pg/ml.

La prevalencia de calcificaciones valvulares fue de 26%, siendo las predominantes las válvulas mitrales y aortica.

No se encontró asociación significativa entre enfermedad ósea adinámica y diabetes mellitus (p: 0,71).

Conclusiones.

Los pacientes sometidos a diálisis peritoneal diabéticos se encuentran con mayor prevalencia que podría corresponderse a EOA según parámetros bioquímicos.

El 26% de los pacientes sometidos a diálisis peritoneal presentaron calcificaciones valvulares, predominando la mitral y aortica.



TITULO:

Insuficiencia Renal Aguda en el postoperatorio de niños con cardiopatías congénitas.

AUTORES: Gotz S, Fretes J, Peiro A, Franco M, García v, Florentín de Merech L.

Introducción:

Las cardiopatías congénitas en su postoperatorio constituyen un riesgo de FRA, por la respuesta inflamatoria aguda, inestabilidad hemodinámica postoperatoria, isquemia, endotoxinas, mioglobina, hemólisis postoperatoria y daño renal. Raro a CC especialmente cianótica.

Objetivos: 1. Evaluar evolución clínica y manejo de niños, con CC y FRA en su postoperatorio inmediato. 2. Consensuar con cardiología la participación multidisciplinaria, para manejo adecuado de estos niños.

Población:

RN a 18 años de edad, ambos sexos, operados de CC cianótica o no cianótica, con FRA.

Material y método: estudio retrospectivo, observacional, de corte transversal, con evaluación de historias clínicas del Dpto. de Cardiología Infantil FCM UNA, del 01/2009 a 12/2014. Variables: edad, peso, talla, TA, tipo de cardiopatía congénita, edad a la cirugía, circulación extracorpórea, diálisis o ultrafiltración. Urea s y Cr s pre quirúrgica, pre diálisis y postdiálisis

Resultados:

Población total: 23 ptes con FRA, de 428 cirugías cardíacas (5,3%). Con CCC 14/23 (61%), resto acianótica. Edad R<1 mes–180 meses. X 20 meses, M 1 mes. CEC 18/23 (78,3%). DP 13/23 (56,52%), duración DP 1-19 días, \bar{x} 3,3 días. Sin DP 6/23 (26,08%). Con ultrafiltración 4/23 (17,39%). Pre quirúrgico: Urea 12/23 (52%), Cr 8/23 (36%). Pre diálisis:

Urea 18/19 (95%). Urea normal 1/19 (5%). Cr 15/19 (79%). Postdiálisis: Urea 9/10 (90%) y Cr 7/10 (70%). Óbitos 14/23 (60,86%), de los que 8/14 (57%) eran CCC y 6/14 (43%) acianóticas. Con CEC 10/14 (71%), con DP 8/14 (57%), 4/14 (28%) sin diálisis y con ultrafiltración 2/14 (15%). Sobreviven 9/23 (39,1%), 8/9 (89%) tienen Clcr alterado. Alta con urea normal 5/9 (56%) y urea 4/9 (44%). Cr normal 6/9 (67%) y Cr 3/9 (33%). Sin control nefrológico 23/23 (100%)

Conclusión:

En el postquirúrgico 5% de las CC presentaron FRA tanto las formas cianóticas como acianóticas. Dos tercios tuvieron CEC, la mitad DP (X 3,3 días de duración) y un tercio ultrafiltración. Previa a la cirugía, la mayoría tuvo urea y Cr normales. Post cirugía, la mayoría curso fallo renal. Alta mortalidad postoperatoria, aún con DP. En casi todos los sobrevivientes, persiste Clcr alterado. Ningún pte tuvo control ni derivación a nefrología.



TITULO:

Cefalea como síntoma de debut de enfermedad sistémica. Reporte de Caso.

AUTORES: Acosta J, Cuevas D, Romero MC, Nunes MC. Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Servicio de Nefrología.

Introducción:

Las manifestaciones neuropsiquiátricas del LES son frecuentes, varían de leves a graves, son difíciles para diagnosticar y distinguirlas de otras enfermedades. Cualquier parte del sistema nervioso puede estar afectado con síntomas y signos que van desde la disfunción cognitiva leve a convulsiones y coma. La American College of Rheumatology las agrupó en 19 síndromes. Los más prevalentes son cefalea (24-72%), ansiedad y trastornos del humor (24-57%) y alteraciones cognitivas (3-54%).

Caso Clínico:

Mujer, 17 años, de Asunción, consultó por cefalea y fotofobia de dos meses de evolución sin sensación febril. La analítica de rutina era normal. Su perfil colagénico: ANA: 1:240 patrón moteado grueso, anti DNA 1:20, C3 y C4 consumidos. Anticuerpos anti Ro y anti La positivos. Los anti RNP, c-ANCA, p-ANCA y anti MBG negativos. La proteinuria era de 1,4 g/día con sedimento urinario normal. Se realizó biopsia renal bajo control ecográfico.

Anatomía Patológica:

Parénquima cortical, 21 glomérulos, uno de ellos esclerosado. Los restantes presentaban engrosamiento difuso, homogéneo de la pared capilar glomerular, las luces capilares estaban abiertas con aspecto rígido y congestión. Se veía prominencia de podocitos. Diez glomérulos tenían ensanchamiento segmentario de la matriz mesangial, discreta hiper celularidad sin exudado neutrofilico ni

imágenes de doble contorno. El intersticio tenía un foco mínimo de infiltrado inflamatorio crónico sin fibrosis. La tinción de Jones mostró imágenes de espículas. IFD: Depósitos de IgG intensos (+++) en asas capilares, globales, difusos y granulares. Depósitos de IgA y C1q moderados (++) , de IgM, C3 y fibrinógeno (+) escasos, globales y difusos.

Diagnóstico:

Glomerulonefritis lúpica proliferativa focal (clase III ISN/RPS).

Conclusión:

La cefalea es un síntoma frecuente y a menudo banal. Detrás de ella podrían coexistir enfermedades sistémicas que podrían no diagnosticarse si no pensáramos en ellas.



TITULO:

PREVALENCIA DE PERITONITIS EN PACIENTES SOMETIDOS EN DIALISIS PERITONEAL EN EL HOSPITAL CENTRAL DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL.

AUTORES: Acosta, J. Battaglia, J. Naveira, J. Ayala, R. Romero, M. Servicio de Nefrología. Asunción, Paraguay.

Introducción.

La peritonitis infecciosa es la inflamación de la membrana peritoneal causada por una infección de la cavidad peritoneal. Los pacientes tratados con diálisis peritoneal están expuestos a una posible infección de la cavidad peritoneal debido a la comunicación no natural de esta cavidad con el exterior mediante el catéter peritoneal y a la introducción reiterativa de las soluciones de diálisis. La morbilidad puede ser grave y el riesgo de muerte es mayor, sobre todo en aquellos pacientes con episodios frecuentes y peritonitis graves con evolución tórpida.

Objetivos.

Determinar la tasa de peritonitis/pacientes/año, recuento bacteriológico y factores predisponentes.

Materiales y métodos.

Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional en pacientes en diálisis peritoneal del Servicio de Nefrología en el año 2010-2014

Resultados.

Se observaron 43 casos de peritonitis en un total de 35 pacientes sometidos a diálisis peritoneal. Por lo tanto la tasa de episodios de peritonitis/pacientes/año es de 0,2.

Los gérmenes más frecuentes fueron Estafilococos coagulasa negativos con un 37%, Streptococcus sp 5%, Enterococcus sp 5%, Staphylococcus aureus 2%; Gramnegativos: 16%; cultivos negativos: 28%. Hongos 7%.

Conclusión.

La tasa de peritonitis se mantiene en 0,2 episodios de peritonitis/pacientes/año tiempo mayor con respecto a la literatura probablemente por la concomitancia de diabetes mellitus e hipoalbuminemia.

Estafilococo coagulasa negativa ocupa el primer como germen causante de peritonitis.



TITULO:

Encefalitis recurrente a virus distintos en paciente trasplantado renal

Autores: Acosta, J, Mayor M, Jara P, Wasmuth N, Colarte J. Hospital Central Del Instituto de Previsión Social. Servicio de Trasplante Renal.

Introducción: Las infecciones son una de las causas más frecuentes de morbilidad en pacientes con trasplante renal. El tratamiento inmunosupresor condiciona la epidemiología de dichas infecciones, modulando tanto el tipo de germen como el tiempo de aparición y su presentación clínica.

Caso clínico: femenino, 41 años, Asunción. Trasplantada Renal, donante cadavérico, julio/13. Alérgica a la Vancomicina. Tratamiento inmunosupresor: Tacrolimus 7 mg/día. Ácido Micofenólico 720 mg/día. Prednisona 10 mg/día. Agosto/13. AEA: 48 horas antes del ingreso moderada cefalea holocraneana. 8 horas antes exacerbación de la cefalea, fiebre, espasmos tónicos generalizados. Examen físico: somnolienta, respuesta a estímulos verbales, marcha dificultosa, tono y fuerza conservados, pares conservados. Glasgow 14/15. No rigidez de nuca. PCR-LCR POSITIVO Herpes I/II. Aciclovir 21 días. Levetiracetam. Diciembre/14: AEA: deposiciones diarreicas varias oportunidades, náuseas, vómitos, decaimiento del estado general de menos de 12 horas de evolución. Ingresa somnolienta, desorientada, febril, HDE. Taquicardica. Glasgow 11/15. O: 3, M: 5, V: 3. Rigidez de nuca. Lab: hipopotasemia, hipomagnesemia, hipocalcemia e hiponatremia severa. Tac simple de cráneo: normal. Punción lumbar. Aspecto turbio. Ligera-mente hemorrágico. Coagulación presente. Hipoglucoorraquia. Hiperproteinoorraquia. PCR POSITIVO Enterovirus. Aciclovir 4 días. Buena evolución en ambos episodios.

Conclusión: La familia de los herpes virus es la responsable de la mayor parte de las infecciones virales en pacientes trasplantados. La encefalitis causada por enterovirus es un cuadro bien definido y cuando se presenta con signos precisos de focalización neurológica, no difiere mayormente en sus manifestaciones de la encefalitis herpética.



TITULO:

VARON JOVEN CON ARTRITIS E INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, DESCRIPCIÓN DE UN CASO

Román. L., Losantos. J., Aquino. A.,Baumann. K., Cabrera. W., Duarte. M.

INTRODUCCIÓN:

La gota es una enfermedad producida por el depósito de cristales de urato monosódico (UMS) en zonas articulares, periarticulares, y subcutáneo. El depósito de cristales de UMS está condicionado por la presencia de hiperuricemia mantenida. La vinculación de gota y función renal es muy estrecha, y abarca varios aspectos, como, el transporte renal de urato como principal determinante en la eliminación de ácido úrico y la relación mutuamente causal de la gota y la insuficiencia renal crónica. La existencia de nefropatía por acidourico es actualmente motivo de discusión; debido a la alta relación de gota, hiperuricemia y factores de riesgo cardiovascular y por lo tanto renal. La incidencia de nefropatía gotosa es muy baja y su diagnóstico es aún controversial.

CASO: Paciente masculino de 25 años de edad, deportista, que consulta por cuadro de dolores articulares de 1 año de evolución, que se cede con la ingesta de AINES, acude por cuadro actual de dolor e inflamación de rodilla derecha que se acompaña de impotencia funcional, niega fiebre. Como antecedentes familiares de valor refiere padre y abuelo con hiperuricemia.

Al examen físico se constata PA: 110/80 y sinovitis a nivel de la rodilla izquierda, resto del examen físico es negativo. Se recibe el líquido articular compatible con artropatía por cristales, además de hiperuricemia de 10,7, el hemograma, perfil renal y hepático y reactantes de fase aguda normales, se inició colchicina 2mg/día por 2 semanas, y luego se agrega febuxostac 40mg/día, el paciente permanece asintomático, y en análisis de control posteriores se constata persistencia de hiperuricemia,

dislipidemia a expensas de LDL elevado y HDL disminuido e hipertrigliceridemia, además de un perfil renal alterado, con clearance de creatinina disminuido, y proteinuria normal, el perfil inmunológico es negativo. En ecografía abdominal se constata nefropatía bilateral difusa con tamaño renal normal y sin evidencia de alteración a nivel de arterias renales, datos compatibles con nefropatía por ácidoúrico.

CONCLUSIÓN: Se presenta el caso de un varón joven dislipidémico con antecedente de artritis por ácido úrico, que presenta alteración de la función renal con clearance de creatinina bajo, sin otros factores cardiovasculares asociados, el cuadro se presenta clínicamente como una insuficiencia renal crónica por ácido úrico. Nos parece importante resaltar que la insuficiencia renal crónica y la hiperuricemia se dan por lo general en otro perfil de pacientes, y en este caso, habiéndose descartado otras causas de nefropatía, se destaca la importancia de la hiperuricemia sostenida, que llevó a la insuficiencia renal, y cuyo pronóstico está por verse.



TITULOS:

IRA por Mordeduras de Serpientes. Presentación de Casos Clínicos.

Acosta J, Careaga V, Cuevas D, Giménez E, Ayala R. Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Servicio de Nefrología.

Introducción: Las serpientes que causan IRA pueden ser miotóxicas o hemotóxicas causando rabdomiólisis, hemólisis intravascular, CID o hemorragia. La incidencia de la IRA por serpientes varía de 5 % - 29 % según especie de serpiente y gravedad del envenenamiento. La duración de IRA es 2 - 3 semanas en promedio. IRA prolongada con oligoanuria se observa en pacientes con necrosis cortical o NTA asociada con nefritis intersticial. La recuperación de la función renal es la regla exceptuando aquellos con necrosis cortical. La mortalidad por IRA por ofidismo va del 1 % - 20 %. En nuestro país casi todos los casos registrados son por géneros *Bothrops* y *Crotalus*.

Caso clínico 1: Varón, 70 años, de Concepción, hipertenso controlado, acudió por lesión en pie derecho de 9 días de evolución, dolor a nivel de la herida, intenso, urente, irradiaba a muslo con rubicundez y edema. Concurrió al IPS de Concepción, internado por 5 días, recibió suero antiofídico, antibiótico, vacuna antitetánica. En el HC-IPS se constató anemia, trombocitopenia, síndrome urémico, hematuria macroscópica. Se inició hemodiálisis, con franca mejoría y recuperación total de función renal a las 6 semanas.

Caso clínico 2: Varón, 67 años, de Ypacaraí, acudió por mordedura de serpiente en talón derecho con dolor intenso, edema, gingivorragia. En el Instituto de Medicina Tropical recibió suero antiofídico. Se trasladó al HC-IPS, hemoptisis, oliguria, hematuria macroscópica, melena. Se constató anemia, trombocitopenia, síndrome urémico, TTPA prolongado. Requirió ARM, con anuria por 3 semanas, luego re-

cuperó diuresis, recuperación total de función renal a las 8 semanas.

Conclusión: Ambos casos corresponden a perfiles de pacientes con ofidismo de Paraguay, cursando un cuadro moderado y de escasa mortalidad luego de la aplicación del suero antiofídico IV. Tal vez la edad de los pacientes retrasó la recuperación de la función renal.



TITULO:

Monitoreo de anticuerpos anti-HLA en pacientes con insuficiencia renal crónica en lista de espera para trasplante renal en Paraguay.

AUTORES Dra. Fernanda Prieto , Bqca. Claudia Cabañas, Dra. Verónica Villagra

Introducción El estudio de anticuerpos anti-HLA en el suero del paciente en lista de espera para trasplante renal es fundamental para evitar un rechazo hiperagudo. Estos anticuerpos pueden encontrarse de manera pre-existente al trasplante como resultado de exposición del individuo a transfusiones sanguíneas(1), embarazos y trasplantes previos(2). El grado de sensibilización contra antígenos de HLA es estimado mediante el Porcentaje de Anticuerpos Reactivos contra el panel (PRA). Cuanto mayor sea el porcentaje de PRA, mas sensibilizado se encuentra el paciente (3) y menores la probabilidad de encontrar un donante con antígenos de HLA para los cuales el receptor no tenga anticuerpos(4).

Materiales y Métodos En este estudio fueron incluidos 254 pacientes en lista de espera para trasplante renal que acudieron al Laboratorio Central de Salud Pública entre julio de 2013 y julio de 2015. A todos los pacientes se le realizó un test de Screening de Anticuerpos anti-HLA por la técnica de ELISA, que determina presencia o ausencia de anticuerpos anti-HLA en suero del paciente. Posteriormente, a los pacientes con resultado positivo en el test de Screening, se los estudió con otro test de ELISA que determina el porcentaje de anticuerpos reactivos contra el panel (PRA).

Resultados De los 254 pacientes estudiados, 59% fueron del sexo masculino. Del total de pacientes, 33,5% presentaron anticuerpos anti HLA (valor de PRA \geq 10%). El evento sensibilizante más significativo fue la exposición a un trasplante previo, presentando anticuerpos anti-HLA el 84% de los candidatos a retrasplante ($p < 0,05$). En segundo lugar

se encuentran las mujeres multíparas (con 3 o más embarazos), presentando un PRA positivo el 78% de ellas ($p < 0,05$). Por último, solo el 28% de los pacientes poli-transfundidos (3 o más transfusiones) presentaron anticuerpos anti HLA ($p < 0,05$).

Entre julio del 2013 y julio del 2015 fueron trasplantados 51 pacientes renales, de los cuales un solo paciente presentaba anticuerpos anti HLA, con un PRA= 37%.

Conclusiones La incidencia de inmunización frente a antígenos de HLA en la población de pacientes en lista de espera para trasplante renal es significativa. Los factores que se asocian a la inmunización son el retrasplante, los embarazos y las transfusiones. Esta inmunización representa una barrera para el acceso al trasplante que solo podrá superarse con nuevas políticas de adjudicación de órganos y con el uso de fármacos para protocolos de inducción.



TITULO:

HIPERTENSION ARTERIAL EN EL TRASPLANTE RENAL INMEDIATO

AUTORES: Brítez M; Vázquez C; Barrios M; Jimenez M; Chamorro A; Arévalos N; Daponte F; Stanley I.
Departamento de Nefrología. Hospital de Clínicas. FCM-UNA

INTRODUCCION:

La frecuencia de hipertensión arterial sistémica (HTA) en el período postrasplante inmediato es de aproximadamente 80%. Durante este período, en un gran número de los pacientes trasplantados las cifras de presión arterial sistémica y el requerimiento de fármacos antihipertensivos disminuyen gradualmente conforme se reduce la dosis de esteroides. Habitualmente la HAPT es de grado moderado a leve, sin embargo en algunas series se ha informado HAPT grave o acelerada hasta en 10 a 20% de los casos.

OBJETIVOS:

Conocer la prevalencia de la HAPT inmediato en la población de pacientes con trasplante renal del Hospital de Clínicas. Investigar cuáles son los factores de riesgo asociados al desarrollo de HAPT

MATERIALES Y METODOS:

Estudio retrospectivo, descriptivo de corte transversal, revisamos 21 historias clínicas de pacientes con trasplante (Tx) renal, mayores de 18 años, realizados en el Hospital de Clínicas FCM-UNA; desde noviembre 2014-agosto 2015. Se recabó información sobre la presencia de HTA previa al Tx renal, y se recolectaron variables con probable repercusión en la presión arterial sistémica (PAS), con la finalidad de determinar posible relación entre estas variables y la presencia de HAPT. Se analizó la evolución de la (PAS) en el post operatorio inmediato en dos etapas: Fase A primeras 72hs (estadía en UCIA) y Fase B evolución en sala, hasta el día del alta (5 a 8 días); se obtuvo información sobre el requerimiento antihipertensivo en ambas Fases, en cuanto al número de fármacos utilizados para el control de las cifras tensionales.

RESULTADOS: El 81% sexo masculino, edad promedio 36,8 años (± 14), Etiología de la ERC: 81% No filiada; 9% DM2; 5% poliquistosis; 5% displasia renal.

Tiempo en diálisis previo al Tx renal con una media de 15,7 meses (± 16). El 67% corresponden a donante vivo relacionado; 24% cadavérico, 9% vivo no relacionado. El 86% presentaba HTA previo al Tx renal; Sobrepeso en 10%; retardo en la función del injerto 19%; estenosis de la arteria del injerto 19% de los cuales 75% fueron leve, 25% moderada. Requerimiento de NTG 76% en las primeras 72hs post tx renal. Controlan PA con Grupo 1 de antihipertensivos (aldopa, nifedipina): 26%, Grupo 2 (nifedipina): 21%; Grupo 3 (aldopa, nifedipina, terazosina): 16%; Grupo 4 (aldopa, nifedipina, atenolol): 32%; Grupo 5 (aldopa, nifedipina, terazosina, atenolol): 5%. El 100% utilizó los 3 bolos de MTP 250mg/día; luego prednisona a 1mg/kg/día máx 60mg. Más tacrolimus y micofenolato como terapia antirechazo.

CONCLUSION: Hemos observado una elevada prevalencia de HAPT inmediato de difícil manejo hasta en el 76% de los pacientes, que llegaron a requerir dosis altas, incluso máximas de NTG durante las primeras 48hs post tx renal en la mayoría de los pacientes. El 32% requirió hasta 3 antihipertensivos vía oral. Entre los que utilizaron 3 y 4 antihipertensivos vía oral se observó que el 90% presentaba HTA previo al Tx renal como factor predisponente, más la suma de un 2do o 3er factor como estenosis de la arteria renal y retardo en la función del injerto que resultaron ser de más difícil manejo. No obstante el requerimiento de fármacos antihipertensivos disminuyen gradualmente conforme se suspenden la dosis altas de esteroides EV, como describe la bibliografía revisada.

