

Nefrología

Nephrology

NF-1

RECIRCULACION DE CALCIO: UNA CAUSA OLVIDADA DE DISFUNCION DEL CIRCUITO EN TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CONTINUA

ALZA JHONGERT, MOLANO A, DORIA C, WANCJER B.

Departamento de Medicina interna, Universidad del Rosario- Fundación Cardioinfantil, Instituto de Cardiología. Departamento de Nefrología, Fundación Cardioinfantil Instituto de Cardiología, Bogotá, Colombia.

Introducción. Dentro de las complicaciones en la terapia de reemplazo de renal continua (CRRT), se encuentra la obstrucción o disfunción temprana del circuito, contribuyendo a un acortamiento en la vida media de este, que por lo general es atribuido más frecuentemente a trombosis.

Reporte de caso. Hombre de 73 años ingresa a urgencias en quien se diagnostica, sepsis grave, presentando lesión renal aguda, y requiriendo CRRT, quien presenta disfunción repetida de los hemofiltros, descartándose todas las causas conocidas de obstrucción del circuito. Finalmente, tras toma de radiografía de tórax, se evidencia catéter central de inserción periférica de administración de Calcio en contacto con catéter de circuito, procediéndose a retiro, y obteniendo mejoría de vida media de filtro, atribuyéndose por tanto la disfunción recurrente del hemofiltro a la recirculación del calcio parenteral.

Discusión. Teniendo en cuenta el calcio como factor de la coagulación, se toman medidas tales como la anticoagulación que se implementan para quelar el calcio y con ello impedir activación de la coagulación, sin embargo dicho citrato no es administrado de forma sistémica, sino casi directamente al filtro, por consiguiente, como se vio en nuestro caso, el contacto de calcio con el catéter de CRRT podría haber superado la capacidad del citrato para quelarlo, y por ende contribuyendo a la obstrucción del filtro. Por tal razón, se debería recomendar la reposición de calcio a circulación sistémica, en una vía separada a la del retorno venoso del circuito de CRRT, debido a potencial incremento en formación de trombos a dicho nivel.

Conclusión. Se debe tener precaución en cuanto al posicionamiento de los catéteres, para con ello, evitar obviar condiciones clínicas como la presentada, que pueden tener consecuente impacto en la sobrevida del paciente, estancia hospitalaria, toma exámenes innecesarios, y así mismo en los costos al sistema de salud.

NF-2

ARTERIOLOPATIA UREMICA CALCIFICANTE / REPORTE DE CASO CLINICA DE LA COSTA

JUAN GABRIEL MERCHÁN, CAMPOS C, BARÓN F, CANO E, MARTÍNEZ E, CADENA AA, CAMARGO T.

Clínica de La Costa, Universidad Simón Bolívar, Colombia.

Diseño. Reporte de caso

Introducción. La calcifilaxis o arteriopatía urémica calcificante es una entidad con mal pronóstico por la elevada tasa de mortalidad, se debe a la calcificación vascular que provoca isquemia y necrosis a nivel de la piel, el tejido celular subcutáneo y los músculos a veces produce miopatía inflamatoria dolorosa con rabdomiolisis, en ocasiones no acompañado de lesión cutánea además, puede haber afectación ocular, cardíaca, pulmonar, pancreática o intestinal

Caso Clínico. Paciente de género masculino de 47 años con cuadro clínico de aproximadamente 2 meses de evolución caracterizado por presencia de lesiones cutáneas múltiples en miembros inferiores de predominio en pierna izquierda con progresión de las mismas hasta presentar úlceras con exposición tendinosa en tercio distal de pierna izquierda con presencia de dolor de intensidad 7/10 en escala analoga del dolor asociada a fiebre no cuantificada

Antecedentes. enfermedad renal crónica estadio v – diálisis peritoneales desde hace 6 años, hipertensión arterial, hiperparatiroidismo, farmacológicos: metoprolol tóxicos no fumo, alto consumo de alcohol, antecedentes familiares: padre, madre y hermanos diabéticos e hipertensión arterial

Conclusión. Aunque se han visto casos aislados de lesiones de calcifilaxis en pacientes sin deterioro de función renal por ejemplo con hiperparatiroidismo primario, cáncer, enfermedad inflamatoria intestinal, entre otras, esta entidad es casi exclusiva de pacientes con insuficiencia renal diálisis (1–4%), prediálisis y trasplantados y es una enfermedad con alta mortalidad dado el compromiso sistémico teniendo en cuenta la rápida progresión de la enfermedad.

NF-3

NEFROPATIA POR IgA MAS QUE UNA ENTIDAD PRIMARIA

CONTRERAS KATEIR, BOTERO J, BERNAL S.

Departamento de Medicina Interna y Nefrología, Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

Introducción. Se trata de una paciente que cursa con nefropatía por IgA paraneoplásica secundaria a un tumor del sitio de inserción placentaria, haciéndolo un caso interesante a tener en cuenta por aspectos epidemiológicos, pues es un tumor infrecuente y el compromiso paraneoplásico tipo nefropatía por IgA no está descrito en la literatura asociado a tumores ginecológicos.

Diseño. Reporte de caso.

Métodos. se plantea un reporte de caso de una nefropatía por IgA paraneoplásica.

Caso. Mujer de 23 años, quien cursaba con amenorrea de 15 semanas y prueba de embarazo positiva es admitida al servicio de urgencias por presentar síndrome edematoso, refiriendo haber presentado cuadro diarreico días atrás y aparición de Hematuria macroscópica una semana antes de la aparición de los edemas.

En la evaluación inicial en el servicio de urgencias se encuentra paciente con cifras tensionales de 164/110, Considerando descartar causas de hipertensión temprana en el embarazo y evaluar embarazo actual se realiza ecografía obstétrica transvaginal que no evidencia saco gestacional, documentandose una lesión quística.

Dada la historia clínica de la paciente consistente en cuadro de hipertensión, edemas, cambios macroscópicos de la orina se realizan estudios de síndrome edematoso orientado a compromiso renal y estudio de la lesión uterina con legrado; con hallazgos de un sedimento telescopado e hipoalbuminemia.

Dado que los estudios y la clínica mostraban compromiso tipo nefrótico/nefrítico es llevada a biopsia renal, la paciente recibe manejo con diurético, esteroide y antihipertensivo tipo IECA, presentando evolución favorable luego de haberse documentado por biopsia reporte de nefropatía por IgA.

Posteriormente se obtiene reporte de histopatología uterina con tumor del sitio de inserción placentario.

Resultados. ante el reporte de patología uterina; se considera todo el cuadro es secundario a manifestación paraneoplásica, cambiando por ende el tratamiento a brindar en esta paciente considerando dar manejo a la causa de base, se le realiza histerectomía abdominal total con vaciamiento ganglionar y se retiran los esteroides. Posterior al manejo brindado, la paciente presenta evolución clínica favorable continuando seguimiento por oncología clínica y por el grupo de gineco-oncología.

Conclusión. El tumor del sitio de inserción placentario es un tumor infrecuente con pocos series de casos en las cuales se encuentran muy pocas descripciones de manifestaciones paraneoplásicas principalmente a nivel renal, por esto y por lo infrecuente de la nefropatía por IgA en paraneoplásicos de tumores ginecológicos es un caso de sumo interés la publicación y divulgación de un caso clínico que expone una nefropatía en la que antes que considerar primaria es importante en el contexto de los pacientes definir la probabilidad de ser un epifenómeno neoplásico.

NF-4

SINDROME DE SAGLIKER: UNA COMPLICACION POCO FRECUENTE

MURGUEITIO C, DÍAZ D, GARCÍA V, CASTAÑO O, CASANOVA MARIA EUGENIA, OCAMPO JM.

Universidad Libre, Centro Medico Imbanaco y Universidad Javeriana, Cali, Colombia.

Introducción. La enfermedad renal crónica (ERC) está relacionada directamente con un deterioro progresivo de la homeostasis mineral ósea, estos cambios se hacen evidentes a medida que disminuye la tasa de filtración glomerular. Esta alteración conlleva a la aparición de un hiperparatiroidismo secundario que al no ser tratado adecuadamente genera el síndrome de Sagliker el cual se caracteriza por desarrollar múltiples cambios esqueléticos que afectan la apariencia facial, disminución de estatura, mandíbula sobresaliente, anormalidades dentales, cambios en la punta de los dedos y trastornos psicológicos.

Diseño. Estudio descriptivo de caso.

Metodología. Se revisó retrospectivamente la historia clínica de un paciente hospitalizado en la Clínica Imbanaco. Se revisó la literatura y se desarrolló el caso.

Resultados. Masculino de 45 años con ERC secundaria a hipertensión arterial de larga data, en hemodiálisis, trastorno mineral óseo, hiperparatiroidismo secundario e historia de fracturas patológicas a repetición, ingresa por fractura femoral derecha. El examen físico mostro cuello corto, prominencia de maxilares, anormalidades dentales, tórax en quilla y deformidades de cadera izquierda. Los laboratorios evidenciaron PTH, fosforo, calcio iónico elevado e hipoalbuminemia. Por hallazgos clínicos y de laboratorio se consideró síndrome de Sagliker. Se realizó paratiroidectomía presentando hipocalcemia severa con síndrome de hueso hambriento. Se controlaron los niveles de calcio y se dio alta.

Conclusión. El síndrome de Sagliker es una entidad desconocida, que resulta del tratamiento inadecuado de la enfermedad renal crónica en hemodiálisis; sus características principales son deformidades óseas secundarias al trastorno mineral óseo. Es una enfermedad prevenible que se debe tener en cuenta para evitar el deterioro de la calidad de vida de los pacientes.