

Nefrología

Nephrology

NF- 1

GLOMERULOPATIA MEMBRANOSA CON CRESCENCIAS: UNA ASOCIACIÓN INFRECUENTE

CONTRERAS KATEIR, OROZCO V, RUIZ P.

Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

Introducción. Es inusual la coexistencia de glomerulopatía membranosa y crecencias, en ausencia de enfermedad autoinmune o infección crónica. Los casos reportados, con frecuencia se asocian a vasculitis ANCAS y/o a enfermedad antimembrana basal glomerular y confieren, pero pronóstico a quienes lo presentan. El tratamiento es más agresivo, dado el riesgo de no respuesta con la terapia convencional, indicada en glomerulopatía membranosa primaria. No hay estudios que hayan estudiado específicamente este escenario, dada su baja frecuencia.

Métodos. Presentamos el caso de una mujer de 30 años, con antecedente de hipotiroidismo, obesidad grado I y preeclampsia en primera gestación; consulta por poliartralgias y síndrome edematoso, Ingresa normotensa, en anasarca, sin lesiones en piel, sin sinovitis activa, con paraclínicos que informan creatinina de 1,1mg/dL, uroanálisis con proteinuria, hematuria microscópica y leucocituria, proteínas en orina de 24 horas en 12 gramos, hipoalbuminemia y dislipidemia, con riñones normales. Se confirma diagnóstico de síndrome nefrótico y se solicita biopsia renal que reporta hallazgos de nefropatía membranosa, con componente agudo necrotizante de proliferación extracapilar. Perfil inmunológico con C3 y C4 normales, ANAs negativos, ENAs negativos, ANCAS p y c negativos, Anti MPO y PR3 negativos. Perfil viral para hepatitis B, hepatitis C, VIH y sífilis negativo. No cumple criterios para lupus eritematoso sistémico, Se inicia tratamiento con metilprednisolona 500mg por 3 días y ciclofosfamida endovenosa. Evoluciona favorablemente, sin deterioro de la función renal y con mejoría de proteinuria.

Conclusiones. La presencia de semilunas es una rara complicación (0,4%) de la glomerulopatía membranosa y confiere mal pronóstico. El inicio oportuno del tratamiento impacta en la preservación de la función renal, como en el caso expuesto. Siempre debe descartarse la presencia de infecciones y autoinmunidad asociados.

NF-2

ENFOQUE DEL PACIENTE CON ORINA AZUL, A PROPÓSITO DE UN CASO

VARGAS DIANA, BOHÓRQUEZ L, RIVILLAS V, HERRERA C, ÁLVAREZ J.

Universidad de la Sabana, Chía, Colombia.

Hospital Universitario La Samaritana, Bogotá, Colombia.

Introducción. El síndrome de la “bolsa de orina azul” es un hallazgo infrecuente en la práctica diaria. Se han descrito factores de riesgo como el uso prolongado de sonda vesical e infección de vías urinarias recurrente, enfermedad renal crónica, diabetes mellitus, hiperplasia prostática, estreñimiento y dieta rica en proteínas (niveles elevados de triptófano). Entre los casos relacionados con infección se encuentran más frecuentemente *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella pneumoniae*, *Morganella morganii*, *Escherichia coli*, *Providencia*, *Enterococcus*.

Diseño y Métodos. Estudio descriptivo del tipo reporte de caso

Resultado: Masculino de 65 años con antecedente de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, enfermedad renal crónica en hemodiálisis e hiperplasia prostática portador de sonda vesical, con una semana de evolución de dolor abdominal en hipogastrio asociado a disuria, coloración azul de la orina, fiebre y escalofrío. Al examen físico se encontraba febril, taquicárdico, con palidez mucocutánea, deshidratado, dolor a la palpación en hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal con sonda vesical a dispositivo de reservorio con orina azul.

Paraclínicos con leucocitosis y neutrofilia, PCR elevada, uroanálisis con pH de 8, leucocituria, bacteriuria, nitritos negativo y gram de orina con bacilos gram negativos. Se consideró sepsis de origen urinario, manejo antibiótico empírico con piperacilina/tazobactam y cambio de la sonda vesical por urología.

El paciente presentó mejoría de la sintomatología urinaria, resolución de la fiebre, aclaramiento del color de la orina y disminución de los reactantes de fase aguda. Como limitante mencionamos que el urocultivo y hemocultivos fueron negativos, sin lograr aislamiento microbiológico, pero dada la respuesta clínica favorable se decidió continuar el manejo antibiótico por 10 días.

Conclusión. El enfoque del paciente con orina púrpura – azul incluye la evaluación de los factores de riesgo y los estudios iniciales incluyen el uroanálisis, gram de orina y urocultivo para descartar la etiología infecciosa principalmente por enterobacterias. Asimismo, su presentación se ha relacionado con deterioro agudo/crónico de la función renal, y se debe interrogar una posible enfermedad renal asociada. En el uroanálisis es importante determinar la presencia de hemoglobinuria o hematuria, en cuyo caso se debe ampliar el diagnóstico diferencial a urolitiasis, hemoglobinopatías, hemólisis intravascular e ingesta de medicamentos, ausente en nuestro caso.

NF-3

USO DE INHIBIDORES DE BOMBA DE PROTONES Y PROGRESION DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN MAYORES DE 65 AÑOS

MIRANDA MACHADO PA, ARIZA GARCÍA AM.

Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

Introducción. En los últimos años algunos estudios observacionales han sugerido la asociación entre el uso de inhibidores de bomba de protones (IBP) y el riesgo de enfermedad renal crónica (ERC). En este estudio hemos tratado de estimar la asociación entre el uso IBP y la progresión de la ERC en un grupo de pacientes ancianos.

Diseño. Estudio observacional analítico de cohorte prospectivo no concurrente.

Métodos. Se incluyeron pacientes mayores de 65 años pertenecientes a un programa de nefroprotección y se les realizó seguimiento durante 12 meses. Se registraron las variables de interés (edad, sexo, antecedente de diabetes mellitus, creatinina inicial y al final del seguimiento, uso de antihipertensivos e IBP). Se estimó la tasa de filtración glomerular (TFG) al inicio y al final del seguimiento y se estableció la progresión de la ERC.

Resultados. 200 pacientes fueron incluidos con una media de edad de 78.9 ± 7.6 años, 51% (102) de sexo femenino, 33% (66) con antecedente de diabetes mellitus, con una media de TFG inicial 38.8 ± 12.1 ml/min/1.73 m² y el 49% (98) usaban IBP. La media de la TFG final fue de 36.4 ± 11.0 ml/min/1.73 m², el 17.5% (35) presentó una disminución $\geq 25\%$ de la TFG inicial (progresión) y un 37.5% (75) presentó una disminución ≥ 5 ml/min/1.73m²/año (progresión rápida). La progresión y la progresión rápida no se asociaron significativamente con el uso de IBP.

Conclusiones. En nuestro estudio, la progresión de la ERC en mayores de 65 años, no se asoció significativamente con el uso de IBP.