

## Nefrología ~ Presentación oral

132

## HIPERTENSION RENOVASCULAR

Hospital Militar Central

1989 - 1991

Martínez María Elvira, Serna John, Kalahr Enrique, Lichtenberger Andrés, Vanegas Diego- Servicios de Nefrología y Medicina Interna- Hospital Militar Central.

Se realizó un estudio retrospectivo para elaborar un protocolo para el estudio de pacientes hipertensos con sospecha de Hipertensión Arterial Renovascular. Así mismo se pretendía conocer la incidencia, los métodos diagnósticos, evolución y tratamiento de esta entidad en nuestra institución.

Se seleccionaron 395 historias clínicas de pacientes hipertensos a quienes en algún momento de su evolución se les solicitó renograma basal y/o con Captopril por sospecha de hipertensión de origen renovascular entre Enero de 1989 y Diciembre de 1991.

Se seleccionaron según los criterios recomendados por la Sociedad Americana de Hipertensión para el diagnóstico de Hipertensión Arterial Renovascular.

Tan sólo 29 pacientes (7%) cumplieron con al menos un criterio de sospecha. El diagnóstico arteriográfico de compromiso renovascular se demostró en 14 de los 29 pacientes (3.5%) el renograma con captopril anormal se documentó en 4 de los 14 pacientes con arteriografía renal patológica.

La incidencia de Hipertensión Arterial Renovascular del 3.5% está de acuerdo con la informada por otros autores.

El renograma basal es una prueba sensible pero no específica mientras el renograma post-captopril no demostró una sensibilidad y especificidad adecuada para el diagnóstico final de Hipertensión Arterial Renovascular en nuestro estudio.

La Hipertensión Arterial Renovascular es una enfermedad presente en nuestros pacientes y requiere de un estudio cuidadoso y ordenado para su detección, así como la realización de arteriografía renal con toma de reninas para el diagnóstico definitivo.

133

**TRASPLANTE RENAL EN PACIENTES MAYORES DE 50 AÑOS.**  
Arbeláez M, Henao JE, García LF, Arango JL, Mejía G, García A, Restrepo J, Velásquez A. Grupo de Trasplantes. Universidad de Antioquia - Hospital San Vicente de Paul, Medellín.

Los pacientes de mayor edad son tradicionalmente considerados como de riesgo aumentado para cualquier tipo de Trasplante (Tx) dado que pueden presentar simultáneamente compromiso de otros órganos y sistemas que incrementan su morbi-mortalidad. Presentamos nuestra experiencia con 64 Tx renales realizados a pac mayores de 50 años, (8.3% de 768 Tx). Edad: 55.4 ± 4.6 años (rango 51-72). Sexo masculino: 49 (77.8%). Donante intrafamiliar (IF): 23 (36%). Donante de cadáver (DC) 41 (64%). Seguimiento: 23 ± 24.7 meses. Tiempo de espera para Tx 11.7 ± 16.5 meses. Causas de IRCT: hipertensión 27%, desconocido 25.4%, glomérulo-nefritis crónica 15.9%, diabetes 12.7%, R. poliquísticos 9.5%, nefritis túbulo-intersticial 3.2%, y otros 4.8%. La supervivencia actuarial del injerto fue:

	Seguimiento (meses)							
	12		24		36		48	
	n	%	n	%	n	%	n	%
IF :	16	81	12	74	7	63	4	63
DC :	31	79	19	62	11	57	6	48
Total:	47	80	31	66	18	59	10	53

La supervivencia actuarial de pac a los 48 meses fue: IF 70%, DC 48% y total 55%. Fallecieron 21 (32.8%): por falla del injerto por rechazo crónico 3 (4.7%), causas cardio-vasculares 7 (10.9%), infecciosas 6 (9.4%), metabólicas 3 (4.7%), cáncer 2 (3.1%) y otras 3 (4.7%). Complicaciones no fatales: obstrucción vascular 4, angina 1 y tromboflebitis 1.

Conclusión: Los Tx en pac mayores de 50 años tienen una evolución y un pronóstico aceptables dadas sus condiciones especiales y representan una alternativa terapéutica que debe proveerse, excepto en casos de muy alto riesgo.

134

**ENFERMEDAD RENAL TERMINAL EN EL INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES. ANALISIS DEMOGRAFICO Y FACTORES PRONOSTICOS 1,986 - 1,990.**

López V. C., Rodríguez J., Uribe L. J.

Escuela Colombiana de Medicina - Instituto de Seguros Sociales. Seccional Cundinamarca y Bogotá, D.C.

La enfermedad Renal Terminal se produce como consecuencia de una serie de afecciones sencillas, fáciles de prevenir y tratables con gran eficacia cuando se afronta en la etapa de atención primaria. Su diagnóstico y tratamiento en la etapa de atención secundaria son mucho más complejo.

Esta investigación se realizó con los objetivos de caracterizar desde el punto de vista demográfico a los Pacientes con enfermedad Renal Terminal y de identificar en ellos factores pronósticos para la muerte.

Se revisaron las historias clínicas y protocolos de tratamiento de 762 pacientes atendidos entre los años de 1986 a 1990 en la Clínica San Pedro Claver y siete de los centros de atención renal vinculados al Instituto de Seguros Sociales en Bogotá, D.C.. Se presentaron los resultados del estudio de 633 de ellos de los cuales pudo ser tomada información de todas las variables de interés para su estudio. Fueron calculadas frecuencias absoluta y relativas de los distintos factores estudiados. Se realizó análisis de sobrevida con la intención de identificar variables asociadas con la mortalidad. Las curvas de sobrevida obtenidas fueron comparadas entre sí estadísticamente para poder determinar las categorías con más o menos riesgo para la sobrevida. La edad promedio fue de 36 años.

El 29.7% del total falleció durante el período de estudio.

Se sometieron a transplante renal sólo el 15.3% de los enfermos. El diagnóstico del proceso causal hace de las enfermedades glomerulares primarias o secundarias las más frecuentes. El 38.4% de los pacientes llegaron a diálisis sin diagnóstico. Los pacientes de 50 y más años presentaron la sobrevida más baja. El sexo no resultó ser un factor pronóstico importante para la muerte. La Diabetes mellitus conllevó el peor pronóstico dentro de los diagnósticos seguidos por la hipertensión arterial. El transplante renal mejoró ostensiblemente el pronóstico. Los resultados de este trabajo permiten identificar los grupos de población susceptible con el fin de hacer más útiles los programas de prevención de la Enfermedad Renal Terminal.

135

**INSUFICIENCIA RENAL AGUDA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMON GONZALEZ VALENCIA DE BUCARAMANGA.**

Gamarra G, Baéz I.P., Sus A., Aldana M., Ordoñez A.

Unidad de Nefrología. Hospital Universitario Ramón González Valencia. Facultad de Salud. Universidad Industrial de Santander.

Con el objeto de conocer las características clínicas y epidemiológicas de la Insuficiencia Renal Aguda (I.R.A.) se realiza el presente estudio descriptivo de casos que incluye 136 pacientes que presentaron I.R.A. durante un período de 10 años (1981 a 1990) y fueron atendidos en la Unidad de Nefrología del Hospital Universitario Ramón González Valencia de Bucaramanga.

Se observó un número decreciente de casos de I.R.A. a través del tiempo, a pesar de que el número de pacientes atendidos en la Institución tiende a incrementar. La edad osciló de 7 a 86 años con predominio del sexo femenino en 53.2% de los pacientes.

La etiología fue: Médica 42.9%; Gineco-obstétrica 23.7%; Quirúrgica 10.8%; Trauma 10.3%; Tóxica 5.9%; Obstruccion 4.8% y Quemaduras 1.6%.

El curso de la I.R.A. fue oligúrico en el 79%; requiriendo diálisis 51% de los casos.

La supervivencia varió de acuerdo a la causa en la siguiente forma: Médica 71.2%; Gineco-obstétrica 79.5%; Quirúrgica 55%; Trauma 57.9%; Tóxicos 54.5%; obstruccion 100% y Quemados 0%.

La mortalidad global fue 30.7%.

Cuando se analizan los factores que determinan el pronóstico de la enfermedad se encontró que la presencia de dos o más complicaciones asociadas al ingreso del paciente, el curso oligúrico, la necesidad de tratamiento dialítico y la presencia de infección y/o hemorragia durante la evolución se encuentran relacionados con la severidad del cuadro clínico y por ende inciden directamente en el resultado final.

136

#### UTILIDAD DE LOS INDICES URINARIOS EN EL DIAGNOSTICO DE INSUFICIENCIA RENAL AGUDA.

Enriquez J., Mejía J., Cañas L., Muñoz J.  
Departamento de Medicina Interna. Unidad de Nefrología.  
Hospital Universitario San José de Popayán. Universidad del Cauca.

Se revisó 275 casos de Insuficiencia Renal Aguda, diagnosticados en el periodo de 1987 a 1991. OBJETIVO: Demostrar la utilidad de los índices urinarios en el diagnóstico de insuficiencia renal aguda, en nuestro medio.

**MATERIAL Y METODOS:** Estudio descriptivo retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas, y se registraron los datos en un formulario específico. Se incluyeron casos de insuficiencia renal aguda sin patología renal previa diagnosticada, pertenecientes a todos los servicios del Hospital Universitario San José de Popayán.

**RESULTADOS:** En 240 casos de Necrosis Tubular Aguda, la densidad urinaria fue  $< 1.015$  (59% de los casos), sensibilidad 59.2% y especificidad 99.9%. Osmolaridad urinaria  $< o$  igual 450 mOsm/Kg (93% de los casos), sensibilidad 92.9% y especificidad 99.9%. Sodio urinario  $> o$  igual 40 meq/L (78% de los casos), sensibilidad 77.9% y especificidad 44.1%. FENA  $> 3\%$  (83% de los casos), sensibilidad 63% y especificidad 99.9%. Cilindros hemático pigmentarios en el sedimento urinario (46% de los casos), sensibilidad 46% y especificidad 99.9%.

**CONCLUSIONES:** De los índices urinarios evaluados en la insuficiencia renal aguda por necrosis tubular aguda, la osmolaridad urinaria fue la prueba más sensible y específica. Dentro de los índices urinarios más específicos, encontramos: osmolaridad urinaria, densidad urinaria, FENA y los cilindros hemático pigmentarios en el uroanálisis.

Los datos anteriores sugieren que el uso de osmolaridad urinaria conjuntamente con el uroanálisis (densidad, sedimento urinario) tienen gran sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de necrosis tubular aguda.

138

#### EL VALOR DIAGNOSTICO DE LA BIOPSIA RENAL

Díaz A., Sanabria M., Pineda L.F., Lozano A., Camacho L.  
Unidad Renal. Servicio de Nefrología Y Medicina Interna  
Dpto. Médico. Escuela Militar de Medicina. Hospital Militar Central.

Con el propósito de evaluar la incidencia de las diferentes nefropatías en el Hospital Militar Central, realizamos un estudio retrospectivo de los diagnósticos histopatológicos de 488 biopsias renales realizadas de enero de 1980 a noviembre 1991. Las indicaciones de biopsia incluyeron síndrome nefrótico, hematuria de etiología no aclarada, nefropatía clínica asociada a enfermedad sistémica, alteración de la función renal post-transplante y en algunos casos insuficiencia renal aguda de causa no establecida o curso atípico.

La nefropatía lúpica ocupó el primer lugar con 49 casos (13%), seguidos por glomerulonefritis (GMN) focal y segmentaria 48 (12.8%), nefropatía por IgA 46 (12.3%), enfermedad de cambios mínimos 44 (11.8%), glomerulonefritis membranoproliferativa tipo I 36 (9.6%), GMN membranosa 35 (9.3%), GMN mesangial 29 (7.8%), GMN post-infecciosa 22 (5.9%), GMN rápidamente progresiva 22 (5.9%), rechazo trasplante renal 21 (5.6%), enfermedad membrana basal 8 (2.1%) nefropatía diabética 7 (1.9%) GMN membranoproliferativa tipo II 4 (1%), amiloidosis 2 (0.5%). Fueron categorizadas como no clasificables 48 biopsias. La población infantil constituyó el 17.8% del total de la muestra y la edad con mayor incidencia fue la del grupo de 15 a 44 años (48%) seguidas por población de 45-64 años (21%) y mayores de 65 años (3.2%).

Al igual que en otros estudios, en nuestra serie la nefropatía lúpica ocupó el primer lugar, siendo esta enfermedad sistémica una de las indicaciones más frecuentes para la biopsia renal. La información derivada de este estudio es de importancia para establecer la incidencia discriminada de las diferentes enfermedades renales en nuestro medio.

137

#### BIOPSIAS RENALES EN PACIENTES CON HEMATURIA

Importancia de la Inmunofluorescencia (IF) y de la Microscopía Electrónica (ME)

Andrade R. E., Ramírez J., García C.F., García D., Carrizosa E.  
Departamento de Patología y Laboratorios y Sección de Nefrología. Fundación Santa Fé de Bogotá. Instituto Carlos Ardila Lülle

El estudio clínico de los pacientes con hematuria es dispendioso y largo. Después de descartarse patología de las vías urinarias un grupo significativo de pacientes es sometido a biopsia renal para descartar patología glomerular. De las 202 biopsias recibidas entre 1990-1992, 54 (26.7%) correspondieron a hematurias monosintomáticas o acompañadas de proteinuria no nefrótica. Hubo 37 adultos y 17 niños, con predominio masculino 1.6:1, obteniéndose los siguientes resultados

Nefropatía por IgA	21	38.8%
Enfermedad de Membrana Basal Delgada (EMBD)	9	16.6%
Síndrome de Alport (SA)	4	7.4%
Sin anomalías por ML, IF, ME	6	11.1%
Sin anomalías por ML, ME, IF: C3 en pared vascular	6	11.1%
Otros:	6	11.1%
Inadecuado	2	3.7%

En el estudio de los Hematurias monosintomáticas es indispensable el análisis simultáneo de la ML, IF y ME. La ML aislada no tiene utilidad pues no muestra cambios en más del 50% de los casos. La IF es diagnóstica (IgA) en el 38.8%, a pesar de que el 20% de estos son normales a la ML. La presencia de C3 en la pared de los vasos es interesante y de significado indeterminado observado en el 11.1% de los casos. La ME es fundamental para el diagnóstico definitivo en el 46.2% de las biopsias, pues permite determinar las anomalías estructurales de la membrana basal en la EMBD y SA (24%) o confirmar la ausencia de daño glomerular en aquellas sin anomalías por IF y ML (22.2%).

139

#### NEFROPATIA LUPICA: CORRELACION CLINICO PATOLOGICA Y RESPUESTAS AL TRATAMIENTO CON CICLOFOSFAMIDA.

Pinto P. L. F., Senior S. J. M.,  
Universidad de Antioquia

Con el objeto de conocer el comportamiento clínico de los diferentes tipos de glomerulopatía lúpica en nuestro medio, se hizo un análisis retrospectivo de las historias clínicas de 64 pacientes con diagnóstico clínico e histológico de nefropatía lúpica seguidos en el servicio de reumatología del Hospital Universitario de San Vicente de Paul de Medellín.

Con el fin de evaluar la experiencia local con el uso de ciclofosfamida (CFM) en la reforma de pulsos, se seleccionaron 20 pacientes con un mínimo de 9 pulsos y se hizo un análisis comparativo de los principales parámetros de función renal antes del inicio de la terapia y al final del periodo de seguimiento; se hizo además, un diseño retrospectivo de casos y controles en el cual estos pacientes fueron comparados con 20 controles seguidos antes de 1986 (sin pulso de CFM).

Los resultados muestran un franco predominio de las formas proliferativas (63.1%) con un comportamiento clínico particularmente agresivo. En el grupo tratado con pulso de CFM, hubo gran mejoría o estabilización de los parámetros funcionales renales (La Proteiluria disminuyó 49%, la Hematuria disminuyó 48% y la depuración de creatinina aumentó 23% con  $P < 0.05$ ).

Se observó una disminución y retardo de la presentación de insuficiencia renal crónica terminal (30% en el grupo control y 5% en el grupo tratado) y una franca tendencia a la estabilización de la función renal.

Los resultados corroboran en nuestro medio, los obtenidos en otros países y demuestran la utilidad de la ciclofosfamida en pulsos en el tratamiento de la Nefropatía Lúpica.

140

**ERITROPOYETINA (EPO) EN EL TRATAMIENTO DEL SINDROME ANEMICO DEL PACIENTE RENAL: EFECTIVIDAD, EFECTOS SECUNDARIOS, CAMBIOS MEDULARES.**

Villegas J.E; González M.C; Mercado R. Servicio de Hematología y Nefrología. Clínica San Rafael. Escuela de Medicina Juan N. Corpas.

Se administra eritropoyetina a cinco pacientes con IRC durante tres meses para observar los cambios a nivel de hemoglobina, reticulocitos, población eritroide de la médula, efectos secundarios en potasio, TA y plaquetas. Todos presentaban hemoglobinas menores de 8 g/dl sin deficiencia de hierro, vitamina B 12, ácido fólico e hiperparatiroidismo. Se administró una dosis de EPO de 50 U-k tres veces por semana durante cuatro semanas, adicionándose 25 U-k por dosis hasta llegar a una hemoglobina de 10 g/dl; la dosis máxima administrada fue de 100 U-k y la de mantenimiento de 25 U-k dos veces por semana. Se evidenció incremento de hemoglobina a partir de la sexta semana con normalización de valores (10 g/dl) a la novena semana de tratamiento. La dosis promedio fue de 50-75 U-k, excepto en un paciente que requirió 100 U-k. Estadísticamente no se encontraron alteraciones significativas en las cifras de potasio, TA, plaquetas y reticulocitos. Se valoró la relación M/E en el mielograma, incrementándose la serie eritroide en todos los pacientes, la coloración de Perls mostró a nivel medular consumo de hierro libre macrofágico. Se concluye que la EPO es una droga segura, fácil de administrar y efectiva para el manejo de anemia en pacientes con IRC, mientras se tengan en cuenta las contraindicaciones de su uso.

142

**TRATAMIENTO DE LA GLOMERULONEFRITIS MEMBRANOSA IDIOPATICA (GNMI) CON DOSIS ALTERNAS DE CLORAMBUCIL/PREDNISOLONA.**

García A., Arbeláez M., Mejía G., Henao J.K., Arango J.L., Builes M. Sección de Nefrología, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Unidad Renal, Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín.

La presentación clínica más común de la GNMI es el síndrome nefrótico (SN). Su pronóstico depende en parte de la remisión del SN y su terapia continúa siendo muy controvertida. Recientemente se ha visto que el uso de inmunosupresores y prednisona (PD) puede tener acción benéfica. Entre agosto 89 y febrero 92, evaluamos la efectividad de un protocolo para producir remisión del SN y/o evitar el deterioro de la función renal en 12 pac. con GNMI. El tratamiento consistió en metilprednisolona 10 mg/k/día (3 dosis) y clorambucil (Cl) 0.3 mg/k interdiarios (ID) por 30 días, alternándolo cada mes con PD 0.5 mg/k/día ID, hasta completar seis meses. Ocho (67%), pertenecieron al sexo masculino; su edad fue 28 ± (SD) 14, (rango 18-52) y el 11 (92%) consultaron por SN. Cinco presentaban hipertensión leve y 3 ya habían recibido PD. A todos se les practicó biopsia renal percutánea (Bx), con 15 ± 8 glomérulos (rango 5-34), en la cual se determinó la presencia nefritis túbulo-intersticial (NTI), glomeruloesclerosis, compromiso vascular, atrofia tubular y patrón de inmunofluorescencia. Dos pac. fallecieron, uno por trombosis generalizada y otro por GN rápidamente progresiva. No hubo cambios significativos en los promedios de PA, peso, creatinina, depuración, leucocitos, plaquetas. La proteinuria inicial fue 11 ± 7 g/24h y disminuyó a 4 ± 4, (P < 0.01). La albuminemia inicial fue 1.9 ± 0.2 g/dl y aumentó al final a 3.1 ± 0.6 (P < 0.001). Hubo remisión del SN en 6 pac. (50 %), total en 4 y parcial en 2 (P < 0.02). En el análisis de multivariadas, la falta de remisión del SN se correlacionó con la presencia de NTI, atrofia tubular o glomeruloesclerosis en la Bx; las demás variables no tuvieron cambios significativos. En conclusión, la remisión del SN secundario a la GNMI con dosis alternas de Cl/PD, depende de la presencia o no de marcadores de cronicidad en la Bx.

141

**EXPERIENCIA CLINICA CON NORFLOXACINA EN EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO.**

Roca Vides R., Ucros G., Trout G., Fajardo A. Departamento Medicina Interna, Hospital Metropolitano, Barranquilla.

Las Infecciones del tracto Urinario son una causa común de morbilidad en humanos especialmente en mujeres. Las quinolonas (fluoroquinolonas) tienen actividad excelente contra enterobacterias. La Escherichia Coli es el patógeno responsable en el 80-90% de los casos de infecciones de las vías urinarias. En estudio se demuestra la condición de la sensibilidad in vitro de las bacterias que infectan el tracto urinario a la Norfloxacin y el efecto in vivo.

Se tomaron pacientes sintomáticos desde el punto de vista urinario entre Enero 1990 y Octubre 1991 solicitándoles urocultivo y antibiograma.

De 644 muestras (pacientes), 206 resultaron positivas. La distribución por grupos etareos fue más frecuente entre los 31-45 años con un porcentaje de 44.37% en mujeres y 19.50% en hombres. El agente etiológico más común fue la Escherichia Coli con 51.2% correspondiendo a las mujeres en un 57.4%.

De los 206 urocultivos, en 205 agentes fueron sensibles a la Norfloxacin y el resistente se informó como Stafilococcus Aureus coagulosa negativa, manitol positivo.

La mayor resistencia a antibióticos se presentó al Trimetropin Sulfametoxazol en 31% siendo el germen la Escherichia Coli.

La mejoría clínica en promedio se presentó entre el cuarto y sexto día de iniciado el tratamiento con Norfloxacin. Un solo paciente presentó prurito.

Se demuestra con este estudio en nuestra población la alta incidencia de Infección de Vías Urinarias y los resultados en cuanto grupos etarios, agente causal y sensibilidad a los antimicrobianos y respuesta clínica concuerda con lo reportado en la literatura médica previa.

#### COMPLICACIONES POST-IMPLANTE DE CATETERES DE DIALISIS PERITONEAL CRONICA.

Lombo MR., Delgado V., Paredes D., D'Achiardi R., Mora JM.

Servicio de Nefrología, Departamento de Medicina Interna, Hospital de San Ignacio, Universidad Javeriana. Santafé de Bogotá.

Objetivos: Se revisan las complicaciones relacionadas con la colocación de 59 catéteres para diálisis peritoneal ambulatoria crónica (DIPAC) en el Hospital de San Ignacio entre Julio 01 de 1.987 y Mayo 15 de 1.992, observando las diferencias entre los catéteres colocados por técnica o por visualización directa.

Materiales y Métodos: se estudiaron 54 pacientes (33 hombres) distribuidos por edades así: 11 entre 13 y 30 años (22.9%), 12 entre 31 y 45 (25%), 10 entre 46 y 60 (20.8%) y 15 mayores de 60 años (31.2%). La enfermedad de base fue nefropatía diabética en 43.7%, glomerulonefritis crónica 18.7%, nefrosclerosis hipertensiva 10.4%, causas varias 14.8% y de etiología no establecida en 12.4%.

Resultados: Se implantaron 36 catéteres (63.1%) por técnica percutánea, con complicaciones en 12 de ellos (33.3%) que fueron: peritonitis 6 pacientes, mala posición 2, apertura de la herida, fuga de líquido y hemorragia cada una en una ocasión. Por visualización directa se colocaron 21 catéteres (36.9%) presentando complicación 11 de ellos (52.3%): peritonitis 2 pacientes, mala posición 6, hemorragia, dolor e infección de herida una vez cada una.

Conclusiones: Aunque existen menos complicaciones en los catéteres colocados por técnica percutánea, ésta diferencia puede deberse en parte a que en varios de los casos se decide utilizar la técnica de visualización directa por alteraciones previas en la cavidad abdominal que implican una mayor complejidad en el procedimiento.

#### UTILIDAD DE LOS CAMBIOS UNGUEALES PARA EL DIAGNOSTICO DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA AVANZADA.

Paredes D., D'Achiardi R., Mora JM, Delgado V.

Servicio de Nefrología, Departamento de Medicina Interna-Hospital de San Ignacio. Universidad Javeriana. Santafé de Bogotá. D.C.

Objetivos: Las enfermedades sistémicas pueden producir cambios en las uñas que son ampliamente reconocidos (e): líneas de Mehrke del síndrome nefrótico), pero los observados en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal (IRC) no han sido bien estudiados y se ignoran en el examen físico rutinario. El presente trabajo evaluó la sensibilidad y especificidad del cambio del lecho ungueal denominado uñas "mitad y mitad" en el diagnóstico de la IRC.

Material y métodos: Se estudiaron 400 pacientes entre Enero de 1.991 y Abril de 1.992, 100 con IRC todos en terapia dialítica de cualquier modalidad y 300 pacientes (hospitalizados y del Servicio de Consulta Externa) sin patología renal. Se consideró diagnóstico de uñas "mitad y mitad" cuando presentaban lechos ungueales con un arco distal transverso de color pardo o rojizo, claramente resaltado y entre 20 y 60% de la longitud total de la uña, con la porción proximal de aspecto blanquecino. Se calculó la sensibilidad y especificidad de dicho hallazgo.

Resultados: En 100 pacientes con IRC, 32 de ellos mujeres, con edades entre 15 y 65 años y diversas etiología de su falla renal, se encontró positivo el cambio de las uñas en el 66%: 26 mujeres (81%) y 40 hombres (59%) siendo más frecuente en la nefropatía diabética (83%) y riñones poliquísticos (100%), aunque se presentan en más del 50% de los pacientes con otra causa de IRC. De 300 pacientes control, 150 de ellos mujeres, con edades entre 15 y 70 años, sólo se encontraron cambios en dos casos: 1 con diabetes mellitus y otro con lupus eritematoso sin compromiso renal evidente por clínica o laboratorio. La sensibilidad del signo fue del 66% y la especificidad del 99%.

Conclusiones: La presencia de uñas mitad y mitad aunque no es patognomónica de la IRC, si es un dato clave del examen físico para alertar al clínico sobre la posibilidad de esta patología en el diagnóstico diferencial.

#### HEMODIALISIS CRONICA EN 106 PACIENTES DEL HOSPITAL DE SAN IGNACIO

Paredes D., D'Achiardi R., Mora JM., Delgado V.

Servicio de Nefrología, Departamento de Medicina Interna-Hospital de San Ignacio, Universidad Javeriana, Santafé de Bogotá, DC.

Objetivos: El tratamiento con hemodiálisis (HD) para la insuficiencia renal crónica (IRC) está cada vez más al alcance de un mayor número de pacientes en nuestro país, independiente de su etiología. Se revisó nuestra experiencia en HD para calcular la supervivencia de los pacientes.

Material y Métodos: Se analizaron los pacientes de HD crónica tratados en el servicio entre Enero de 1.988 y Diciembre de 1.991 y se calculó la supervivencia de acuerdo con la Tabla Actuarial.

Resultados: Se estudiaron 106 pacientes (73 hombres), edad promedio: 49.9 años (18-78) para hombres y 44.27 años (19-83) para mujeres. Las causas fueron glomerulonefritis crónica 23.6%, nefropatía diabética 21.6%, nefrosclerosis hipertensiva 18%; causas varias 21.8% y de etiología no aclarada 15%. El 96.6% eran de raza mestiza y 3.4% raza negra. El 90.6% pertenecían al seguro social y un 9.5% a empresas. Antes de ingresar a HD 72 pacientes estaban trabajando, manteniendo su estabilidad laboral al egreso, o al final del estudio el 62.5%. Los que perdieron su empleo eran principalmente obreros 30%, que fueron retirados de sus puestos. Los que no tenían trabajo al ingresar eran diabéticos en un 69.5% y con nefropatía hipertensiva en un 21%. La supervivencia fue de 93.3%, 88.17%, 78.7%, y 73% a 05, 1, 2 y 3 años, considerando el análisis desde el momento en que el paciente inició diálisis y de 89.2%, 81.7%, 78.19% y 72.3% respectivamente cuando se analiza el procedimiento desde el momento al ingreso del programa del HSI. Las causas de muerte fueron: infecciones 32%, de origen cardíaco 21% y súbitas 14%, con mayor mortalidad en el grupo de diabéticos (47.8% fallecieron).

Conclusiones: La supervivencia del paciente en HD en el HSI fue mayor del 73% a los 3 años, excepto para el grupo de pacientes diabéticos que tuvieron la mayor mortalidad. En general, la estabilidad laboral fue buena.

#### TRASPLANTE RENAL EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS (DM)

Arbeláez M, Henao JB, García LF, Mejía G, García A, Arango JL, Restrepo J, Velásquez A: Grupo de Trasplantes. Universidad de Antioquia - Hospital San Vicente de Paúl. Medellín.

Los Pacientes (pac) con Nefropatía Diabética Terminal (NDT) usualmente tienen compromiso de otros órganos y sistemas y por tanto durante mucho tiempo no fueron considerados buenos candidatos a Trasplante Renal (Tx). Con la introducción de la Ciclosporina A a la terapia inmunosupresora se pudo reducir el uso de esteroides disminuyendo así las complicaciones inherentes a ellos, al punto de que en países desarrollados el 30 % de los candidatos a Tx tienen DM. En los últimos 19 años, 28 de 768 Tx (3.6%) se practicaron en diabéticos. Todos fueron primeros Tx. Nueve (32.1 %) recibieron Tx de donante intrafamiliar (IF) y 19 (67.9 %) de cadáver (DC); en 7 (36.8 %) se realizó Tx simultáneo páncreas-rinón. Edad: 42.7 ± (SD) 11 años (rango 24-66). Sexo masculino: 21 (75 %). Seguimiento: 22.3 ± 17.9 meses. Tiempo de espera para Tx: 8.4 ± 8.2 meses. La supervivencia actuarial de los injertos hasta los 36 meses fue:

	Seguimiento (meses)					
	6	12	18	24	30	36
Tx IF :	100	88	88	88	88	88
Tx DC :	73	73	67	59	59	59
Total :	82	78	73	68	68	68

La supervivencia actuarial de los pac a 36 meses fue: Tx IF 88%, Tx DC 65% y total 72%. Ocho pac fallecieron: por neumonía 2 y por infarto miocárdico, ACV, muerte súbita, desequilibrio hidroelectrolítico, hipoglicemia y edema pulmonar 1 c/u. Un pac perdió el injerto por rechazo crónico.

Así, aun cuando el manejo del Tx renal en diabéticos es más complejo que en no diabéticos, es una alternativa terapéutica que debe brindarse a estos enfermos, y el Tx páncreas-riñón debe limitarse a casos seleccionados.



147

**CUANTIFICACION DE COBERTURA PARA EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN MEDELLIN.**

Mejía G, Ramirez ID, Restrepo A, Arbeláez M, Henao JE, García A, Arango JL.  
Sección de Nefrología, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia y Unidad Renal, Hospital Universitario San Vicente de Paul, Medellín.

Actualmente una alta pero indefinida proporción de la comunidad está enterada de la existencia de la terapia de remplazo renal y la demanda. No obstante, a pesar de que la mayoría de los pacientes institucionales tiene acceso a ella, un gran número de los llamados clasificados económicos no puede ser admitido en estos programas con la consecuente mortalidad implicada. Empezamos el estudio para tratar de cuantificar con mayor exactitud las dimensiones de este fenómeno y poder así, intentar enfrentarlo en una forma más apropiada. Durante los meses de Febrero a Abril de 1992, evaluamos prospectivamente todos los pac con IRC que consultaron al HUSVP y que requerían este tratamiento, pero que por cualquier razón no pudieron recibirlo. Encontramos 28 de ellos, 18 hombres (64%), edad  $31 \pm 2$  años (rango 13-63), 50% solteros y 50% casados. Procedencia: Medellín 9, resto del Valle de Aburrá 3, resto de Antioquia 11 y otros depts 5; 17 eran del área urbana (61%). Número de hijos  $1.4 \pm 0.3$ . Oficio: hogar 6, agricultor 4, vendedor ambulante 2, lavandera 1, administrador de heladería 1, estudiante 1, ninguno 2 y desempleados 11. Etiología de la IRC: desconocida en 18 casos (61%), hipertensión 3, diabetes mellitus 2, y otras nefropatías 5. Cifras de función renal: BUN  $137.5 \pm 13$  mg/dl (rango 60-200) y creatinina  $16.3 \pm 1.8$  mg/dl (5.2-27.8). En todos los casos, la razón para no poder ser admitidos al programa de Tx o diálisis fue la precaria situación socio-económica. Durante el mismo lapso fueron recibidos 2 pac, lo que representa una cobertura de 1 por cada 15 casos. A pesar del esfuerzo que implica la realización de 80 a 90 Txs y de 6000 diálisis al año, nuestro trabajo enfatiza la pobreza de la cobertura que alcanzamos a proporcionar y la magnitud del problema que no logramos manejar en los enfermos sin seguridad social.

149

**DOPAMINA EN EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA RENAL AGUDA.**

Enríquez J., Mejía J., Cañas L., Muñoz J.  
Departamento de Medicina Interna, Unidad de Nefrología, Hospital Universitario San José de Popayán, Universidad del Cauca.

En 240 casos de Insuficiencia Renal Aguda por Necrosis Tubular Aguda (NTA), diagnosticados entre 1987 y 1991, se analiza el uso de dopamina. OBJETIVO: Evaluar la utilidad de la dopamina en el tratamiento de la insuficiencia renal aguda (NTA). MATERIAL Y METODOS: Estudio descriptivo retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas y se registraron los datos en un formulario específico. Se incluyeron los casos de insuficiencia renal aguda, cuya etiología fue NTA y se excluyeron otras causas. Los pacientes pertenecían a los diferentes servicios del Hospital. RESULTADOS: Se encontró 240 casos con NTA, 136 hombres y 104 mujeres, edades desde recién nacidos hasta > de 45 años. Oligúrica 83% y no oligúrica 37%, distribuidos anualmente así: 58 (1987), 23 (1988), 23 (1989), 63 (1990) y 73 (1991). Se usó dopamina dentro del tratamiento farmacológico en el 20.6% (1987), 17.4% (1988), 47.8% (1989), 60.3% (1990) y 67.1% (1991). La dosis osciló entre 1 y 5 ugr/Kg/, infusión continua por un promedio de  $3.8 \pm 0.5$  días SD. Se encontró que durante 1987 a 1989 (104 casos NTA) el 24% necesitó terapia dialítica y durante 1990 a 1991 (136 casos NTA), el 8.8% necesitó terapia dialítica (valor de  $Z = 3.14$  para  $p = 0.0007$ ). La mortalidad registrada por años tiene un promedio de 32.5%; durante 1987 a 1989 fué de 41.6% y durante 1990 a 1991 fué de 29% (valor de  $Z = 1.8$  para  $p = 0.035$ ). La estancia hospitalaria por NTA fué durante 1987 a 1989 de  $10 \pm 5$  días SD y durante 1990 a 1991 de  $8 \pm 3$  días SD. CONCLUSIONES: Dentro del tratamiento médico de la NTA, el incremento en el uso de dopamina a dosis promedio  $2.9 \pm 0.46$  ugr/Kg/, se encontró una disminución estadísticamente significativa de la terapia dialítica aguda y la mortalidad. La estancia hospitalaria fué más corta. Estos hallazgos sugieren que el uso de la dopamina en el tratamiento médico de la insuficiencia renal aguda puede modificar la historia natural de la enfermedad.

148

**INSUFICIENCIA RENAL AGUDA POR PICADURA MULTIPLE DE ABEJAS AFRICANIZADAS.**

Mejía G, Arbeláez M, Henao JE, García A, Arango JL.  
Sección de Nefrología, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia y Unidad Renal, Hospital Universitario San Vicente de Paul, Medellín.

Entre Enero/82 y Abril/92 estudiamos prospectivamente 25 pac. para determinar mejor la historia natural y la fisiopatología de esta entidad: 22 (88%) fueron hombres; edad  $55 \pm$  (ESM) 5 a. (rango 3-86), 17 (68%) >50 a. Procedencia de área rural: 23 (92%). Número estimado de picaduras: 900. Síntomas iniciales: hipotensión 7 (28%), hematuria 22 (88%) y oliguria 24 (96%). La atención inicial en hospitales locales incluyó líquidos IV, esteroides, adrenalina, anti-histamínicos y diuréticos. Intervalos accidente/ oliguria y acid./remisión a HUSVP:  $1 \pm 0.2$  y  $2 \pm 0.2$  días. En 22 (88%) se hizo tratamiento con diálisis (HD 19, peritoneal 3). Número de diálisis fué  $4.3 \pm 0.5$  (1-9). Intervalo acid./diuresis:  $11.4 \pm 1$  días (2-20). La hospitalización duró  $17 \pm 1.8$  días (1-39). Curación (función renal normal) ocurrió en 14 (56%),  $1.3 \pm 0.2$  meses post-accid. (0.25-2). Mejoría de la función con pérdida de seguimiento sin llegar a normalizarse: 6 casos (24%). Mortalidad: 5 pac. (20%), edad ( $75 \pm 3.5$  a.), causada por alteraciones electrolíticas, falla respiratoria, sepsis, acidosis metabólica y encefalopatía hipertensiva; 2 de éstos no fueron dializados. El laboratorio al ingreso mostró: creatinina  $5.9 \pm 0.7$  mg/dl (1.5-13.7), BUN  $103 \pm 15.2$  mg/dl (31-264),  $K^+$   $5.56 \pm 0.24$  mmol/L (4.4-7.6), TGO  $745 \pm 91$  U/L (40-2.404), TGP  $274 \pm 18$  U/L (50/539), CPK  $5.175 \pm 1.887$  U/L (34-28.280), DHL  $1.830 \pm 373$  U/L (906-4.240); las cifras fueron anormales en 92% para creatinina, 64% para  $K^+$ , 93% para TGO, 94% para CPK y 100% para BUN, TGP y DHL. Hubo trombocitopenia en 62%, leucocitosis en 86% y neutrofilia en 100%.

En conclusión, la mortalidad de 20% no es muy alta dada la edad avanzada de la mayoría de los pacientes y se compara favorablemente con la de 36% correspondiente a la IRA en general. Las alteraciones enzimáticas refuerzan la hipótesis de que la fisiopatología en estos casos está relacionada con nefrotoxicidad inducida por la rabdomiolisis.

150

**CONCORDANCIA ENTRE LA DEPURACION DE CREATININA CALCULADA Y MEDIDA EN 2 Y 24 HORAS**

Paredes D, Ruiz A, Vega C, Suárez I, D'Achiardi R.  
Servicio de Nefrología, Departamento de Medicina Interna-Hospital de San Ignacio, Universidad Javeriana. Santafé de Bogotá.

**Objetivos:** Poco se conoce sobre la comparabilidad entre la depuración de creatinina (DC) en 24 horas y de la DC calculada con métodos rápidos, que pueden facilitar la detección temprana de cambios en la función renal y las decisiones terapéuticas. Se estudió la concordancia entre la DC de 2 y 24 horas y la calculada con la fórmula de Cockcroft:

$$DC = \frac{(140 - \text{edad}) \times \text{peso}}{\text{creatinina sérica} \times 72}$$

**Material y métodos:** En 157 muestras tomadas en sujetos que no recibían diuréticos, no tenían oliguria y no estaban en diálisis, se obtuvo DC en orina de 2 y 24 horas que se comparó con la DC calculada. Se estudiaron la correlación (coeficiente de Pearson "r") y la consistencia (coeficiente de correlación intraclass Ri).

**Resultados:** Se estudiaron 80 sujetos (46 hombres y 34 mujeres), 40 pacientes y 40 controles, con edad promedio de 40 años en ambos grupos (15-81). La correlación (r) fué de 0.78 para DC de 2h y 0.532 para DC calculada ( $p < 0.001$ ). La concordancia (Ri) fué 0.8 ( $p < 0.001$ ) para DC de 2h y 0.63 ( $p < 0.05$ ) para DC calculada. Se obtuvieron iguales resultados entre pacientes y controles, así como cuando se analizaron según el nivel de DC, edad y sexo.

**Conclusiones:** La DC de 2h representa bien la de 24h y es más práctica. La calculada, aunque rápida, no da valores tan cercanos, pero permite evaluar tendencias y no puede reemplazar al estándar usual cuando se necesita conocer con certeza la DC.

151

**HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO (HAP).**

Varón D., Domínguez L., Carrizosa E., Altahona H., Barreto F. Unidad Renal, Hospital de San José. Santafé de Bogotá.

Se presentan 2 casos y se revisa la literatura.  
 Caso 1: Mujer de 29 años con hipertensión arterial (HTA) de 6 meses de evolución e hipokalemia, aldosterona basal 30 ng/dl y post-infusión de solución salina 37 ng/dl. TAC de suprarrenales normal. Se confirma y localiza aldosteronoma en suprarrenal izquierda por medición de aldosterona en venas suprarrenales (VSI 538 ng/dl; VCI 49,9 ng/dl; VSD 31,4 ng/dl). Prueba postural con aldosterona basal de 45 ng/dl y post deambulación 7,4 ng/dl. Se practicó suprarrenalectomía izquierda encontrándose masa de 6 mm que histológicamente correspondió a un adenoma suprarrenal. La hipokalemia y la hipertensión desaparecieron en las tres primeras semanas del postoperatorio.  
 Caso 2: Hombre de 58 años con HTA refractaria de 10 años de evolución, en los últimos 2 años parálisis periódica, apraxia, disfagia y disartría, poliuria y polidipsia, e hipokalemia persistente. Aldosterona basal 121,8 ng/dl y postdeambulación 26 ng/dl. TAC mostró masa de 22 mm en suprarrenal derecha. CLCr: 48 ml/min. La suprarrenalectomía evidenció masa que histológicamente correspondió a un adenoma suprarrenal. Los síntomas musculares desaparecieron la HTA se tornó más fácilmente manejable. Los síntomas neurológicos no desaparecieron por cambios crónicos y secuelas inducidas por la hipertensión a nivel del S.N.C.  
 Característicamente es un estado hipervolémico sin edemas con alcalosis metabólica e intolerancia a los carbohidratos. Los tipos más frecuentes son: Aldosteronoma (54 - 70%) y la hiperplasia suprarrenal idiopática (26 - 45%). El tratamiento del primero es la suprarrenalectomía (respuesta del 70%) en el segundo caso el tratamiento es farmacológico, ya que solo el 19% responden al tratamiento quirúrgico; de ahí la importancia de diferenciar estas dos formas de HAP en el período preoperatorio.

153

**SINDROME DE BARTTER ASOCIADO A SINDROME DE SJÖGREN.**

Rosselli C., Romero D., González P., Altahona H., Carrizosa E., Barreto F. Servicio de Nefrología. Hospital de San José. Universidad del Rosario. Bogotá.

Se presenta el caso de una paciente de 41 años quien desde hace 10 venía presentando síntomas neuromusculares dados por mialgias y contracturas espásticas de los dedos de las manos; con diagnóstico de polimiositis era manejada sin mejoría. Se reevalúa el caso encontrándose hipopotasemia asociada a hiperaldosteronismo hiperreninémico con hipomagnesemia compatibles con síndrome de Bartter. Como hallazgo adicional se documentó disfunción salivar secundaria a síndrome de Sjögren.

Se revisa el enfoque de los pacientes con hipopotasemia y la fisiopatología del s. de Bartter. Se hace un comentario de la biopsia renal realizada.

Tratándose de un síndrome poco frecuente en la práctica médica se debe resaltar la importancia del estudio de los electrolitos en los trastornos neuromusculares.

En la literatura revisada se encuentra la asociación del s. de Bartter con tiroiditis y otras enfermedades autoinmunes, pero no se menciona con s. de Sjögren.

152

**TOXICIDAD UROLOGICA DE CICLOFOSFAMIDA. UTILIDAD DE CITOLOGIA URINARIA.**

Latorre M.C., Cabrera M., Plazas L., Ossa J., Valle R. Servicio de Reumatología, Patología y Urología. Hospital Militar Central.

La ciclofosfamida constituye una alternativa terapéutica utilizadas frecuentemente en pacientes con enfermedades no malignas como el LES. Presentando como limitante, complicaciones urológicas como la cistitis hemorrágica y el carcinoma de vejiga. La citología es útil en la detección de alteraciones uroepiteliales. Se practicó citología urinaria y biopsia vesical a 14 pacientes con LES, con y sin tratamiento con ciclofosfamida; 12 de sexo femenino, edad promedio 38,7 años; 8 con tratamiento con prednisona 10 a 30 mgrs/día, y ciclofosfamida IV con dosis total en rango de 2 a 12 grs (Grupo I) 4 pacientes recibían prednisona y 2 de éstos también cloroquina (Grupo II). El grupo I presentó: hematuria 50%, disuria 25% otros síntomas 10%. En la citología con dosis menores de 3 grs: PMN aumentados, y células anucleadas el 1 caso. Con dosis mayores de 4 grs se presentó microvacuolización en el 50%, alteración del patrón de cromatina, agrandamiento celular e inclusiones citoplasmáticas eosinofílicas. En el Grupo II: 30% hematuria; 1 paciente presentó microvacuolización, con alteración de la relación núcleo citoplasma. 1 citología demostró carcinoma de células transicionales. Las biopsias en 43% de los casos mostraron cistitis crónica. El monitoreo de los pacientes con LES, en tratamiento con ciclofosfamida, podría incluir como método no invasivo, la citología urinaria, con el fin de determinar en forma precoz los cambios celulares uroteliales, eventualmente premonitores de transformación neoplásica.

154

**HIPOTIROIDISMO PRIMARIO EN FALLA RENAL CRÓNICA**

Paredes D., Pacharri R., Delgado V., Mora J.I.

Servicio de Nefrología, Departamento de Medicina Interna, Hospital de San Ignacio Universidad Javeriana. Santafé de Bogotá.

**Objetivos:** La dificultad en el diagnóstico de hipotiroidismo en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) se debe a una superposición considerable en los hallazgos clínicos de las dos entidades. Aún más, en la IRC se describe una disminución en los niveles séricos de tiroxina total (T4) y triyodotironina (T3). El estudio comprende 12 pacientes con IRC e hipotiroidismo primario (HIP).

**Materiales y métodos:** Se estudiaron 210 pacientes con IRC terminal en programa dialítico (hemodiálisis-DHPW), tratados en el servicio entre enero 01 de 1.988 y Abril 30 de 1.992. Se seleccionaron aquellos pacientes con sospecha clínica de hipotiroidismo primario y se analizaron los que tuvieron diagnóstico confirmado, dado por hormona estimulante del tiroides elevada (TSH) y T3 baja.

**Resultados:** Se atendieron 12 pacientes 5,7% del grupo total y 60% de los que tenían sospecha de HIP; 4 en hemodiálisis y 8 en CAPD; de los cuales 7 eran hombres y 5 mujeres, con edades promedio de 56,6 (35-78) y 46 (25-57) respectivamente. La etiología de la IRC fue: diabetes mellitus 41,6%, glomerulonefritis crónica 25%, nefropatía hipertensiva 16,6% y otras 16,6%. El cuadro clínico se caracterizó por edemas severos (75%); letargia, fatigabilidad (100%); depresión 66,6% y al examen físico presencia de xerosis y piel fría 100%, con hocio palpable en sólo 2 pacientes (16,6%). Los resultados promedio de las pruebas de función tiroidea fueron al momento del diagnóstico: T3: 0,42 ug/dl (VN 0,8-2,0) con rango de 0,1 a 0,9; T4: 3,89 ug/dl (VN 4,3-12,5), rango 2 a 8,7 y TSH 78,4 u IU/ml (VN 0,3-4,5) rango 10 a 125. Todos recibieron suplementación con levotiroxina y lioironina sélica en relación 1:4; en dosis ajustada a la severidad del cuadro clínico y a la presencia o no de complicaciones cardíacas; con mejoría clínica dada por resolución de los edemas, de la letargia, los cambios de piel y normalización de las pruebas tiroideas.

**Conclusiones:** El hipotiroidismo es una entidad relativamente frecuente en los pacientes con IRC, que debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de síntomas y signos que son comunes tanto al HIP como a la uremia.

155

REDUCCION DE LOS FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES COMO ALTERNATIVA EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL (HTA) ESENCIAL LEVE.

Botero G. C., Tamayo M. J.

Hospital Manuel Uribe Angel-Regional de Envigado, Antioquia. Servicio Seccional de Salud de Antioquia.

Se captaron 58 pacientes hipertensos esenciales leves nuevos con el fin de comparar 2 modalidades de tratamiento durante 6 meses; la farmacología utilizando 25 mg. diarios de hidrocloreotiazida y la no farmacológica modificando los factores de riesgo para HTA tales como sedentarismo, obesidad, dieta rica en sal y grasas saturadas, tabaquismo, alcohol, estrés y calidad de vida.

Hubo predominio del sexo femenino en ambos grupos y la edad promedio fué de 47 años. Se presentaron reducciones significativas de la presión arterial (PA) diastólica al final del estudio de un 12% en el grupo farmacológico (A) y 13% en el grupo no farmacológico (B). El grupo A presentó el doble de abandonos durante el estudio comparado con el B.

En cuanto a los factores de riesgo modificables para HTA al final del estudio vemos como la calidad de vida aumentó un 9% al final del estudio en el grupo B comparada con un 3% en el grupo A. El colesterol total mostró una reducción del 13% en el grupo B comparada con un 8% en el grupo A y éste grupo presentó mayores índices de alcoholismo al final del estudio.

Se concluye que el tratamiento no farmacológico es la alternativa más racional para iniciar el manejo del paciente hipertenso esencial leve que constituye la gran mayoría de los pacientes hipertensos.

156

AMILOIDOSIS RENAL PRIMARIA.

Rosselli C., Carrizosa E., Marulanda M., Altahona H., Barreto F., Cadena D., Andrade R.

Servicio de Nefrología. Hospital de San José. Universidad del Rosario, Bogotá. Servicio de Patología. Fundación Santa Fé de Bogotá y Hospital de San José.

Se describe el caso clínico de una paciente de 47 años, quien desde Diciembre de 1990 presenta edema de miembros inferiores e hiperlipidemia, tratada con diuréticos e hipolipemiantes orales, es remitida un año y medio después al Servicio de Medicina Interna ante la presencia de disnea de medianos esfuerzos y anasarca. Durante la hospitalización se documenta s. nefrótico con aumento importante de la velocidad de sedimentación globular. Con riñones de tamaño normal se le practicó biopsia renal donde se apreció lesión esclerosante glomerular con depósitos nodulares y difusos de un material eosinófilo negativo para inmunofluorescencia, rojo congo y luz polarizada. Se observó además nefritis intersticial y atrofia tubular. La ultraestructura es de una amiloidosis renal.

Se investiga compromisos de otros órganos y causas secundarias de amiloidosis llegando a la conclusión que se trata de un caso de amiloidosis renal primaria.

Se describe la fisiopatología de ésta entidad, los elementos para sospecharla y los métodos para el diagnóstico, igualmente se hace los comentarios de la biopsia renal del presente caso.