

Tabla 1

	Pretrasplante	Postrasplante	Al ingreso	Al alta
Triglicéridos	186	165	306	169
Colesterol total	204	239		247
Albumina	3.680	—	—	—
Calcio	9,8	10	10	10,3
Fósforo	4,4	2,1	2,3	2,9
Producto Ca × P	43,12	21	23	29,87
PTH	288	144	137	
Dosis de Hierro iv	No, en el último mes	—	—	—
Ferritina	936	990	—	—
Diabetes	Si	Si	Si	Si
Tratamiento	Fosrenol 750 mg/ 8 h	—	—	Mimpara 60 mg Tiosulfato sódico 25%12,5 g (3 días/semana)

iv: vía intravenosa.

## Coma hiperosmolar: sospecha y actitud terapéutica<sup>☆</sup>

### Hyperosmolar coma: diagnostic suspicion and therapeutic approach

### Koma hiperosmolarra: susmoa eta jarrera terapeutikoa

S. Director:

La intoxicación por metanol es poco frecuente pero de una gran morbimortalidad, por lo que el diagnóstico y el tratamiento temprano son fundamentales en la evolución de estos pacientes.

<sup>☆</sup>Comunicaciones de los médicos residentes a la Sociedad Norte de Nefrología. Noviembre, 2008. Pamplona. Coordinador: Nuria García.

Presentamos el caso de una mujer de 59 años, bebedora activa, con antecedentes de cirrosis OH Child A y síndrome depresivo, trasladada a la unidad de cuidados intensivos de nuestro hospital desde el Hospital de Mendara, con el diagnóstico de fracaso multiorgánico por descompensación hepática secundario a intoxicación por etanol frente a sepsis. A su llegada, se objetivó un importante deterioro neurológico asociado a acidosis metabólica severa con GAP aniónico y osmolar muy elevado, por lo que se inició tratamiento empírico con etanol y HDFVV ante la sospecha de intoxicación por metanol.

M. Porto-Bujía

Servicio de Nefrología, Hospital de Cruces, Baracaldo, Vizcaya, España

Correo electrónico: josejulian.ocharancorcuera@osakidetza.net

## Técnica de HDFVVC en paciente sometido a trasplante de médula ósea<sup>☆</sup>

### Continuous venovenous hemodiafiltration in a patient undergoing bone marrow transplantation

### HDFVVC teknika, hezur-muineko transplantea duten gaixoetan

S. Director:

Presentamos el caso de un varón de 63 años, hipertenso de años de evolución, sin tratamiento farmacológico, fumador

<sup>☆</sup>Comunicaciones de los médicos residentes a la Sociedad Norte de Nefrología. Noviembre, 2008. Pamplona. Coordinador: Nuria García.

y bebedor moderado. Episodio de cólico nefrítico hace 20 años sin otros antecedentes de interés.

Ingresa en diciembre del año 2006 por insuficiencia renal severa de causa no filiada y se realizó hemodiálisis urgente. Tras objetivarse proteinuria de Bence-Jones positiva con cadenas Kappa 288 mg/dl y banda monoclonal IgA 1,89, se realizó un aspirado de médula ósea y se confirmó el diagnóstico de mieloma múltiple de Bence Jones (+), con infiltración plasmocitaria de médula ósea > 70%. En la serie ósea se observó una lesión lítica en 7.ª costilla sacra derecha y en el cráneo, sugestivas de afectación ósea por mieloma.

Se mantuvo la terapia renal sustitutiva con hemodiálisis a días alternos, presentando una aclaramiento de creatinina de 4,8ml/min y función renal residual (1.000 ml/24 h).

Se inició tratamiento con dexametasona, seguido de ciclos de quimioterapia tipo VAD. Tras el cuarto ciclo presentó una respuesta parcial a nivel hematológico (descenso de ca-

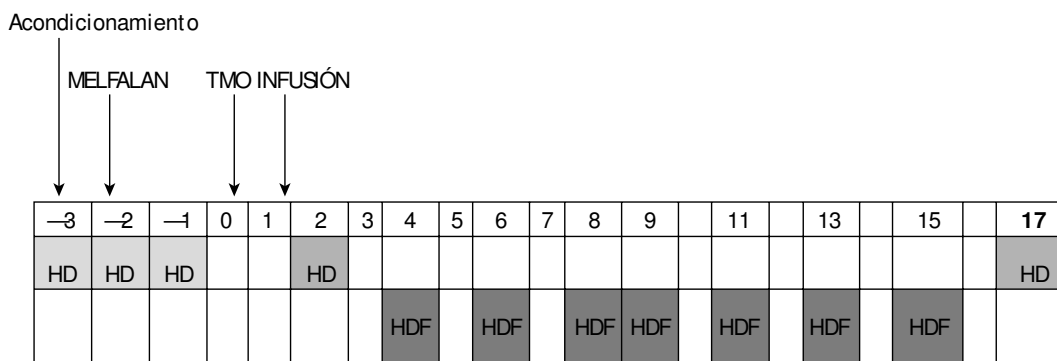


Figura 1

A table showing clinical results. At the top, 'TMO' is in a box with a downward arrow pointing to a shaded box in the middle column. The table has four columns: Resultados, Entrada en HD (diciembre de 2006), Salida de HD (octubre de 2007), and Seguimiento (julio de 2008). The rows show Ccr and Cadenas kappa values.

Resultados	Entrada en HD (diciembre de 2006)		Salida de HD (octubre de 2007)	Seguimiento (julio de 2008)
Ccr	4,8 ml/ min		28 ml/ min	28 ml/ min
Cadenas kappa	288 mg/ dl		52,3 mg/ dl	2,65 mg/ dl

Figura 2

denas kappa a 12 mg/ dl) y se decidió realizar un autotrasplante de médula ósea con MF 140 mg/ m<sup>2</sup> y soporte de CPSP (julio de 2007).

El período de aislamiento tras el TMO se caracterizó por:

- Ambiente próximo a la esterilidad.
- Necesidad de monitor de diálisis que no precisara conexión a red de agua.
- Monitor Fresenius Multifiltrate.
- Inicio de HDFVVC el día (+) 4 post.: pauta: catéter Hickman yugular derecha. Qs 300 ml/ min. QLD 1.000 ml/ h. QLR 2000 ml/ h. Q Hep 0,8-1 cc/ h (800-1.000 U/ h). UF según balances hídricos.

En análisis del desarrollo de HDFVVC durante el trasplante y posterior aplasia medular se presenta en la figura 1.

Se presentaron las incidencias siguientes: síndrome febril con foco en catéter central de sueroterapia (positivo a *Staphylococcus epidermidis*), cultivos del catéter Hickman negativos, buena evolución (antibioterapia según protocolo de hematología); sin complicaciones en relación a técnica de HDFVVC; la función renal residual permitió buen control de

volumen durante la terapia y la pauta de HDF a días alternos (fig. 2).

Podemos concluir que la HDFVVC es un tratamiento eficaz como terapia sustitutiva en la insuficiencia renal a pacientes que precisan aislamiento protector porque:

- Se aplica de manera individualizada.
- Es una terapia bien tolerada hemodinámicamente.
- Es imprescindible la coordinación de los servicios implicados.
- Existen experiencias previas en la misma línea con resultados positivos en cuanto a mejoría de la función renal tras TMO, sin especificar en dichos estudios los métodos de diálisis empleados no se han especificado.

O. Larrañaga

Servicio de Nefrología. Hospital Donostia, Donostia, San Sebastián, España

Correo electrónico: josejulian.ocharancorcuera@osakidetza.net