

IMÁGENES EN NEFROLOGÍA

CALCIFILAXIS EN HEMODIÁLISIS

CALCIPHYLAXIS IN HEMODIALYSIS

Liliana Andrade, Edgardo Mojico, María I. García, Marcelo Serrano, Mabel Fogliati, Ricardo Martínez

Complejo Médico Churruca Visca, Buenos Aires

Nefrología, Diálisis y Trasplante 2015; 35 (2) Pág. 119 a 120

Se presenta el caso de una paciente de 47 años afectada de IRC estadio 5d secundaria a Enfermedad de Alport diagnosticada en 1996, por punción biopsia renal y que progresa hasta requerir tratamiento sustitutivo renal en 2005.

Como único antecedente hipertension arterial controlada. Desde el inicio en hemodiálisis presento valores elevados de fósforo y calcio y al cabo del año incremento PTH, no logrando controlar el metabolismo fosfocálcico.

Laboratorio: fósforo 7 mg PTH 547ug, Calcio 10mg. HB 10,3g/dl.

El informe del centellograma paratiroideo con TC99 Sestamibi y la ecografía paratiroidea evidenciaron Hiperplasia Glandular. Se instaló tratamiento médico con Carbonato de Sevelamer, dieta baja en fósforo, aumento de las horas de diálisis para formalizar hiperfosfatemia, luego Calcitriol, sin respuesta terapéutica adecuada. Se decidió Paratiroidectomía hallándose en el acto quirúrgico nódulo de Tiroides que ablacionaron arrojando la AP el diagnóstico de Ca de Tiroides, por lo que se la trató con I131 y thyrogen. Durante su evolución en diálisis intercorre con HDA llegándose al diagnóstico de Angiodisplasia duodenal, controlada con esclerosis con argón por vía endoscópica. Al año presenta nódulos dolorosos en falanges de dedo medio y anular de mano derecha, que evolucionan a úlceras necróticas sobre una base eritematosa con zona de necrosis central.

Se realizan estudios en busca de calcificaciones con Rx y dopler no evidenciando patología alguna.

No se realizó biopsia de borde de lesión ulcerosa por lo controvertido de su evolución ya que puede precipitar la infección y muerte por sepsis. Se instala tratamiento con cura plana, antibióticos, diálisis diaria, carbonato de Sevelamer y vasodilatadores.

En seguimiento multidisciplinario por los Servicios de Dermatología, Infectología y Cirugía Vasculat.

La paciente evoluciona tórpidamente con rápida progresión de las lesiones y ausencia de respuesta al tratamiento decidiéndose la amputación de las falanges. Hasta la fecha no logró estabilizar los valores de fósforo, presentando en la actualidad nuevas calcificaciones metastásicas.

La calcifilaxis, también conocida como arteriopatia calcificante urémica, fue reportada por primera vez en 1898 por Brian y Whites y posteriormente descrita por Seyle. Es una vasculopatía caracterizada por la calcificación de la capa media de los vasos de pequeño y mediano calibre con proliferación intersticial, fibrosis y trombosis que conducen a la necrosis cutánea y formación de úlceras. Es una enfermedad grave con pronóstico infausto dadas las escasas opciones terapéuticas y la alta tasa de mortalidad. Puede tener afectación cardíaca, ocular, intestinal pulmonar y pancreática. Como patogenia se acepta alteración del metabolismo fosfocálcico y alteraciones de la pared vascular por factores locales de tipo traumático.

Se exacerba en caso de perfusión vascular deficiente, obesidad, diabetes, hipertensión y uso de dicumarínicos. Como tratamiento específico re-

conoce Tío sulfato sódico que disuelve los depósitos calcícos depositado en los vasos Bifosfonatos: inhiben la resolución ósea, disminuyen Ca y la secreción de citó quinas pro inflamatorias. Cáma-

ra hiperbárica para aumenta pO₂ tisular favoreciendo angiogénesis y la triada de carbonato de Sevelamer, Paricalcitol y Calcimiméticos para el control del desorden mineral y óseo.



BIBLIOGRAFÍA

1. Torregrosa JV, Bover J, Cannata Andía J, Lorenzo V, De Francisco AL, Martínez I, et al. Spanish Society of Nephrology recommendations for controlling mineral and bone disorder in chronic kidney disease patients (S.E.N.-M.B.D.). *Nefrología*. 2011;31 Suppl 1:3-32.
2. Sood AR, Wazny LD, Raymond CB, Leung K, Komenda P, Reslerova M, et al. Sodium thiosulfate-based treatment in calcific uremic arteriolopathy: a consecutive case series. *Clin Nephrol*. 2011;75(1):8-15.
3. Ng AT, Peng DH. Calciphylaxis. *Dermatol Ther*. 2011;24(2):256-62.
4. Budisavljevic MN, Cheek D, Ploth DW. Calciphylaxis in chronic renal failure. *J Am Soc Nephrol*. 1996;7(7):978-82.
5. Smiley CM, Hanlon SU, Michel DM. Calciphylaxis in moderate renal insufficiency: changing disease

concepts. *Am J Nephrol*. 2000;20(4):324-8.

6. Weenig RH, Sewell LD, Davis MD, McCarthy JT, Pittelkow MR. Calciphylaxis: natural history, risk factor analysis, and outcome. *J Am Acad Dermatol*. 2007;56(4):569-79.

Recibido en su forma original: 11 de junio de 2015
 Aceptación final: 20 de julio de 2015
 Dra. Liliana Andrade
 Complejo Médico Churruca Visca
 E-mail: lj.andrade@hotmail.com