

OSAKIDETZA

2018ko otsailaren 14ko 171/2018
Erabakiaren bidez, egindako
Oposaketa-Lehiaketarako deia
(EHAA 45 Zkia. 2018ko
martxoaren 5ekoa)

Concurso-Oposición
convocado por Resolución
171/2018 de 14 de febrero de
2018 (B.O.P.V. N° 45 de 5 de
marzo de 2018)

KATEGORIA: FAK. ESP. NEFROLOGIAKO MEDIKUA

CATEGORÍA: FAC. ESP. MÉDICO NEFROLOGÍA

Proba eguna: **2018ko maiatzaren 27a**
Fecha prueba: **27 de mayo de 2018**

2 ariketa / 2 ejercicio

CASO PRÁCTICO N° 1

Paciente que acude por primera vez a nuestra consulta de Nefrología a los 22 años de edad para estudio de posible Poliquistosis Renal Autosómica Dominante (PQRAD).

Antecedentes Familiares

Abuelo materno fallecido a los 60 años por uremia

Madre con diagnóstico de PQRAD y enfermedad renal crónica (ERC) Tío materno en hemodiálisis desde los 58 años por la misma patología

Padre con diagnóstico de HTA

Antecedentes Personales

Alergia a ácaros en la infancia, resto sin interés

Enfermedad Actual

El paciente acude a nuestra consulta para estudio, con el fin de descartar o diagnosticar PQRAD. Desde hace 3 meses se ha detectado HTA

No refiere ninguna sintomatología relativa a la posible enfermedad renal ni a ninguna otra patología

Exploración

Consciente, orientado. PA 145/91 mmHg sin tratamiento . Peso 78 Kg.

Talla 181cm, IMC 23.8

Tórax: Sin hallazgos y auscultación normal

Abdomen: Normal, no masas ni megalias

Extremidades normales

Analítica

Hemograma, iones, perfil lipídico y hepático normal, creatinina 0.9 mg/dl, GFR por CKD-EPI 98 ml/min. Orina y sedimento normal, no proteinuria

Ecografía abdominal: Normal, sin quistes renales ni hepáticos

PREGUNTAS:

1.- Se puede hacer el diagnóstico de PQRAD en este paciente?

- a) Si, no tiene quistes y por tanto es sano
- b) No tiene quistes, pero presenta HTA y por tanto tiene la enfermedad
- c) No tiene PQR, porque a esa edad, según los criterios de Ravine debería tener 1 quiste en cada riñón o 2 quistes en uno de los riñones
- d) En este momento, al paciente solo se le puede realizar un diagnóstico cierto de PQRAD por estudio genético

2.-Se estima que, antes de presentar un deterioro de la función renal, los pacientes con PQRAD padecerán HTA

- a) el 100%
- b) el 60%
- c) el 45%
- d) La HTA no es complicación de la PQRAD

3.- Se estima que de los pacientes con PQRAD tipo 1, que llegan a los 70 años de edad padecen ERCT

- a) el 100%
- b) el 75%
- c) el 50%
- d) el 25%

4.-Los pacientes con PQRAD tienen mayor mortalidad que la población general

- a) casi 3 veces superior
- b) la causa es siempre renal
- c) la causa es siempre neurológica y cardiovascular
- d) todas son ciertas

5.-El estudio TEMPO mostró las ventajas del tratamiento con tolvaptan enlenteciendo el deterioro de la función renal. Debe usarse en pacientes que reúnan varios criterios, entre ellos

- a) mayores de 50 años
- b) con filtrado glomerular mayor de 40 ml/min
- c) a y b son falsas
- d) a y b son ciertas

CASO PRÁCTICO N° 2

Mujer de 30 años con HTA diagnosticada hace 3 meses y en tratamiento con enalapril 20 mg + HCTZ 12,5 mg, con adherencia irregular.

Remitida a Urgencias de Oftalmología por visión borrosa y cefalea, de varios días de evolución, apreciando edema de papila bilateral y algunos exudados retinianos. No signos de cruce vascular.

TA 185/110. No cardiomegalia en RX ni sobrecargas en ECG. Función renal normal, con K 2,3, bicarbonato 41, y albuminuria de 70 mg/dL. Sedimento normal.

Reinterrogada, refiere no hacer dieta hiposódica, olvidos de medicación en el 50% de las tomas. Aficionada a infusiones diversas que no precisa. IMC 24.

A.F.: Padre hipertenso desde los 40 años.

PREGUNTAS:

6- El diagnóstico inicial es de HTA acelerada pero destaca la alcalosis hipopotasémica.Cuál es el enfoque diagnóstico que sugiere?

- a) HTA secundaria a hiperaldosteronismo primario, que se ha malignizado (acelerado)
- b) HTA probablemente esencial en fase acelerada, que justifica un hiperaldosteronismo hiperreninémico (secundario)
- c) HTA acelerada en paciente tomadora de infusiones probablemente diuréticas que explican la alcalosis hipopotasémica.
- d) HTA acelerada con vómitos y fracaso renal que justifican la alcalosis hipopotasémica.

7- Qué exploración propone como la más resolutiva en cuanto a diagnóstico en este caso?

- a) Un AngioTAC abdominal.
- b) Unos iones urinarios
- c) Una determinación del cociente Aldosterona / Renina en plasma.
- d) Una determinación de Aldosterona en sangre y orina tras normalizar el K.

8- El Na Urinario al ingreso fue de 150 mmol/L mientras que el Cl Urinario era 100 mmol/L. ¿qué te sugiere?

- a) Ingesta de diuréticos no prescritos, o de productos de herboristería con ese efecto.
- b) Síndrome de Gitelman.
- c) Síndrome de Liddle.
- d) Bicarbonaturia.

9- Si encontramos un AngioTAC normal, pero la Renina es 0 y la Aldosterona es también baja, cómo lo interpreta?

- a) Que toma o se aplica Glucocorticoides exógenos
- b) Pseudohiperaldosteronismo.
- c) Renina y aldosterona suprimidas a causa de la hipopotasemia y el fracaso renal.
- d) Nódulo suprarrenal maligno productor de un mineral-corticoide diferente de la Aldosterona

10- En un caso que sugiera pseudohiperaldosteronismo, como diferenciarías un Síndrome de Liddle de una ingesta habitual de regaliz?

- a) Un tratamiento de prueba con Eplerenona baja la TA sólo en el Liddle
- b) Mediante la respuesta a la retirada del regaliz.
- c) El Cl urinario es inferior a 40 en el Liddle
- d) La terapia con Amiloride solo normaliza la TA y la Renina en la HTA por regaliz.

CASO PRÁCTICO N° 3

Mujer de 51 años de edad diagnosticada de trastorno bipolar que acude a urgencias por síndrome general, diarrea moderada de 5 días de evolución, disminución de la diuresis en las últimas 48 horas y deterioro cognitivo leve. En pruebas analíticas destaca: Litemia de 3,2 mEq/L, creatinina sérica 4,8 mg/dL; urea 188 mg/dL; Calcio 9,8 mg/dL; fósforo 5,9 mg/dL; pH 7,20; bicarbonato 15 mEq/L; potasio 3,1 mEq/L y sodio 148 mEq/L; hemoglobina 10 g/dL; hematocrito 30%. La paciente ingresa en cuidados intensivos (UCI) para vigilancia neurológica e inicio de tratamiento de depuración extracorpórea. En relación a este caso clínico, responda a las siguientes

PREGUNTAS:

11- En la Insuficiencia Renal Aguda Prerenal se favorece la retención renal de Na⁺ y/o de agua por diferentes mecanismos. ¿Cuál de los siguientes NO es correcto?:

- a) actividad nerviosa simpática renal aumentada
- b) la Angiotensina II favorece la reabsorción de Na⁺ a nivel del túbulo proximal al activar de forma directa el intercambiador sodio-hidrógeno
- c) cierre del canal epitelial de sodio en el túbulo colector, favoreciendo así un potencial electropositivo en la luz tubular a este nivel
- d) aumento de liberación de hormona antidiurética y catecolaminas, especialmente noradrenalina

12- Se prescribe un tratamiento con Hemodiafiltración Veno-Venosa Continua (HDFVVC) con los siguientes parámetros: Flujo de sangre (Q_b)=150 mL/min; Flujo de dializante (Q_d) = 2.000 mL/h; Flujo de reposición en post-dilución o postfiltro (Q_{r-post}) = 2.000 mL/h; Balance Negativo (BN) = 200 mL/h. Flujo de heparina 700 UI/h (7 mg/h). Con esta pauta se consigue una Fracción de Filtración (FF) de 35%. La sangre del circuito se coagula cada 6-8 horas, obligando al cambio de filtro y líneas. Qué estrategia considera más eficaz, manteniendo el resto de parámetros, para reducir la FF por debajo del 25%

- a) subir Q_b a 200 mL/min y reducir Q_d a 1.000 mL/h
- b) reducir Q_{r-post} a 1.500 mL/h
- c) cambiar Q_{r-post} a Q_r en pre-dilución (Q_{r-pre})
- d) subir Q_b a 200 mL/min y pasar a Q_{r-pre}

13- A pesar de la reducción en la FF el set de hemodiafiltración no alcanza una duración de 24 horas. El tiempo parcial de tromboplastina activada (tiempo de cefalina) en este momento es de 43" (control 31") y el recuento de plaquetas 68.000/mm³. Que estrategia de las siguientes considera más indicada para mejorar la eficiencia de esta terapia:

- a) incrementar la dosis horaria de heparina sódica de 10 a 20 UI/kg
- b) administrar Antitrombina III, porque se sospecha falta de eficacia de la heparina para formar complejo antitrombina III-heparina-trombina
- c) administrar epoprostenol (prostaciclina) al inicio del circuito a dosis de 5 ng/(kg·min)
- d) anticoagular con citrato, sustituyendo el líquido de diálisis con bicarbonato (32 mEq/L) por otro con calcio (3,8 mEq/L) y lactato (40 mEq/L)

14- ¿Con cuál de las siguientes pautas conseguiríamos mayor aclaramiento extracorpóreo de Litio en 24h? (p.m. carbonato de litio 74 Da; ligazón a proteínas 0%; volumen de distribución 0,6 L/kg).

- a) Con una sesión de Hemodiálisis Convencional de 4h; Q_b 300 mL/min; Q_d 500 mL/min (Filtro de poliamida-polyaryletersulfona de 2,1 m² con aclaramiento de urea de 275 mL/min para estos flujos)
- b) Con Hemodiálisis Venovenosa Continua (HDVVC) durante 24h, con Q_d 2,5 L/h y balance negativo de 200 mL/h
- c) Con Hemodiafiltración Venovenosa Continua (HDFVVC) durante 24h, con Q_d 1 Litro a la hora y Q_r en post-dilución Q_r -pos de 1,5 L/h y sin balance negativo
- d) Con Hemofiltración Venovenosa Continua (HFVVC) 24 horas, con reposición en predilución con Q_r -pre 2 L/h y un balance negativo de 200mL/h

15- Trascurridos cinco días de evolución en UCI, la paciente no presenta mejoría de la función renal. Se realiza una biopsia renal que evidencia glomerulonefritis focal y segmentaria necrotizante, con 80% de semilunas celulares extracapilares; en inmunofluorescencia (IF) se ve patrón lineal periférico de IgG⁺⁺⁺. La evaluación de autoinmunidad resulta positiva para Anticuerpos contra la cadena α -3 de Membrana Basal Glomerular. Se administran inmunosupresores (corticoides y ciclofosfamida intravenosos en bolos) y se pautan 5 recambios plasmáticos diarios, seguidos de otros 5 a días alternos. ¿Cuál de lo siguiente NO le parece correcto en una pauta de plasmaféresis?

- a) la dosis de recambio por sesión se calcula: entre uno y 1,5 volúmenes de plasma del paciente, porque más cantidad no resulta eficiente
- b) la Presión Transmembrana (PTM) debe estar comprendida entre 100 y 300 mmHg para evitar hemólisis; porque en este rango la relación es lineal (consiguiéndose mas plasma filtrado cuanto mayor sea la PTM)
- c) la anticoagulación regional con citrato se basa en infundir citrato (citrato-ácido cítrico-dextrosa; ACD-A) a un ritmo 1:25 a 1:40 del flujo de sangre para descender en el circuito el calcio iónico (Ca^{++}) a valores $<0,4\text{mMol/L}$ ($<1,6\text{ mg/dL}$), precisando infundir gluconato cálcico al final del circuito o por vía sistémica para conseguir Ca^{++} en el rango $1-1,2\text{mMol/L}$ ($4-4,8\text{mg/dL}$)
- d) la reposición por lo general se realiza con albúmina al 5%, excepto si la indicación es por púrpura trombocitopénica trombótica (PTT) u otras coagulopatías, porque el plasma fresco congelado es más costoso de conseguir, influye el grupo sanguíneo y puede producir reacciones anafilácticas

CASO PRÁCTICO N° 4

Consulta una mujer de 68 años por edema bilateral en ambas extremidades inferiores. Niega fiebre, anorexia, pérdida de peso, sudores nocturnos, erupción cutánea, dolor en las articulaciones o cambio en el color de la orina. Antecedentes personales: Exfumadora, osteoartritis e hiperlipidemia. Niega medicamentos ni productos de herboristería

Su historia familiar es negativa para enfermedad renal, pero su madre había muerto de neoplasia de colon y su hermana tiene un cáncer uterino.

TA 110/70

-Pruebas complementarias: Hb 13.1g/dL, Cr 0.9 mg/dl, FG 68 ml/min. Ionograma normal, Colesterol 313mg/d, HDL colesterol 84mg/dl, LDL 212.6 mg/dl, TG 82 mg/dl, PT 4.8 g/L, albúmina 2.6 g/dL, Proteinuria 6.2 g/24h; sedimento no patológico y urocultivo negativo. Resto de bioquímica normal.

En estudio inmunológico se objetiva: C3 y C4 del complemento normales, dosificación de inmunoglobulinas: IgG 337, resto de IgS normales. ANAS y ANCAS negativos. Crioglobulinas en rango normal. Marcadores tumorales normales. Marcadores VHB, VHC y VIH negativos.

-Ecografía abdominal: riñones de tamaño y estructura normal. Resto de vísceras abdominales normales se descarta trombosis de la vena renal, y la ecografía de las piernas no mostró trombosis venosa profunda.

-Se realiza biopsia renal: cilindro renal con 12 glomérulos de los cuales uno está esclerosado y el resto muestra un engrosamiento homogéneo y difuso de las paredes capilares sin aumento de celularidad, los vasos túbulo e intersticio no muestran alteraciones relevantes. Rojo congo negativo, IF: demuestra positividad granular para IgG y C3.

PREGUNTAS:

16- ¿Qué entidad sospecharía como primera opción?

- a) Nefropatía IgA
- b) Nefropatía membranosa
- c) Glomeruloesclerosis focal y segmentaria
- d) Amiloidosis

17- ¿Cuál es el próximo paso más apropiado para manejar a esta paciente?

- a) Solicitar pruebas de estudio genético
- b) Descartar patología tumoral
- c) Comenzar anticoagulación profiláctica con warfarina
- d) Iniciar terapia inmunosupresora

18- ¿Qué afirmación orienta más a una patología primaria que secundaria del caso?

- a) Predominio de depósito de la subclase IgG4 en la IF
- b) Depósito de inmunocomplejos en mesangio y subendotelio
- c) Presencia de proliferación celular glomerular
- d) Presencia de estructuras tubuloreticulares en células endoteliales

19- Sobre los antígenos podocitarios y patogenia relacionados con esta patología señale lo FALSO:

- a) La “Thrombospondin type-1domain-containing 7A” (THSD7A) puede ser responsable de un 10% de los casos negativos para anti-PLA2R
- b) Se ha sugerido el papel patogénico de la “aldosa oxidasa” y “magnesio superóxido dismutasa”
- c) Otro antígeno podocitario: “neutral-endopeptidasa” se ha asociado a síndrome nefrótico infantil
- d) El sistema del complemento ejerce un papel patogénico importante en esta entidad

20- Se inicia tratamiento con ARA-2, estatina y furosemida. A los 6 meses presenta proteinuria 9gr/24h, creatinina 1.02 mg/dl, albúmina 2.6 g/dL

¿Según las “guías KDIGO 2012”, cuál sería el tratamiento indicado en este caso?

- a) Esteroides en monoterapia
- b) Esteroides y agentes alquilantes
- c) Esteroides y Micofenolato
- d) Rituximab

CASO PRÁCTICO Nº 5

Paciente varón de 74 años de edad con antecedentes de Enfermedad renal crónica secundaria a Nefroangioesclerosis no biopsiada que inicia hemodiálisis el 13/03/2017

Hipertensión arterial de más de 25 años de evolución, hiperlipidemia en tratamiento médico, remitida a Consultas de Nefrología en junio 2016 con Cr 2,8 (FGe 22 ml/min/m²) por Cardiología.

Cardiopatía isquémica con infarto agudo de miocardio 7 años antes del inicio de la hemodiálisis, y posteriormente 3 cateterismos cardiacos con angioplastias coronarias tras ingresos por angor inestable. En tratamiento antiagregante con ácido acetil salicílico 100 mg al día y nitritos

Tratamiento actual:

Enalapril 10 mg en desayuno

Manidipino 20 mg/comida

Carvedilol 25 mg 1-0-1

AAS 100 mg/ en la comida

Nitroglicerina parche 10 mg cada 24 horas retirando a la noche

Atorvastatina 40 mg 0-0-1

Carbonato de Lantano 500 mg 1-1-1

Omeprazol 20 mg 1-0-0

Tras 2 años en consulta inicia programa de hemodiálisis con la siguiente pauta:

Técnica: HD convencional

Tiempo: T 240 min, lunes, miércoles y viernes mañanas

Dializador : polisulfona de 1.8 m²

Acceso vascular : FAV protésica humeroaxilar recta en brazo izquierdo tras fallo de dos FAVi en brazo izdo (FAVi radiocefalica y FAVi humerocefalica)

Flujo sanguíneo: 300 ml/min (FAVi con correcto funcionamiento)

Flujo del líquido de diálisis: 500 ml/min (bicarbonato 37 mmol/l)

Anticoagulación: HBPM , enoxaparina 40 mg al inicio

Peso seco: 72 kg, UF habitual < 1000 ml por sesión por mantener diuresis residual de 1200 ml/24 horas

Talla : 172 cm

TRATAMIENTO INTRADIALISIS:

- EPO 2000/UI/sesión
- Hierro 100 mg. 1 vial/15 días
- Paricalcitol 5mcg/ IV / sesión

Tras dos meses de la inclusión en programa de hemodiálisis el análisis de la adecuación era: Kt/V : **1** (monocompartimental) **0.88** (bicompartimental) PRU: **59%** con urea pre 168 urea post 69 , diuresis residual de 900 ml con aclaramiento residual de 1.67 ml/min

PREGUNTAS:

21- ¿Cuál sería la actitud a seguir respecto a la pauta?

- a) Mantendría la misma pauta pues cumple las recomendaciones de adecuación
- b) Al mantener diuresis pautaría diuréticos como primer paso para mejorar la adecuación dado que los actuales son subóptimos
- c) Aumentaría el Qs y/o la superficie del dializador y/o tipo de dializador para optimizar el tratamiento
- d) Aumentaría el flujo del líquido de diálisis como principal medida para mejorar la adecuación

22- En ese control en la analítica se objetiva hemoglobina 10,3 g/dl hto 30% VCM, CHM y CHCM normales, plaquetas 178.000, leucocitos normales con fórmula normal en hemograma y B12 455 pg/ml fólico 5.6 ng/ml hierro 127 mcg/dl ferritina 257 ng/ml transferrina 309 mg/dl, saturación de transferrina 43%

- a) Suspendería el aporte de hierro
- b) Añadiría ácido fólico al tratamiento
- c) Aumentaría la dosis de EPO ya que las dosis de eritropoyetina no son plenas (el IRE es de 8 y me permite aumentarlo) manteniendo hierro y vería la repercusión de la mejora de adecuación
- d) Realizaría transfusión para subir la hemoglobina a > de 11 g/dl que es el objetivo que marcan las guías

23-En esa misma analítica aparece calcio 10.5 mg/dl P 5.7 mg/dl PTH 396 pg/mL, qué actitud considera es la más adecuada

- a) Aumentaría el quelante carbonato de lantano doblando la dosis porque suele ser muy bien tolerado
- b) Aumentaría la dosis de paricalcitol posthemodialisis
- c) Añadiría cinacalcet para intentar controlar el hiperparatiroidismo secundario antes de que se haga autónomo y además lograr bajar la cifra de calcio y tendencia a calcificación
- d) Dado que se trata de un hiperparatiroidismo secundario no controlado indicaría paratiroidectomía subtotal

24- Respecto al ACCESO VASCULAR ¿considera adecuado el plan realizado?

- a) Estoy de acuerdo porque tras intentar una FAVi radiocefálica y otra humero cefálica se ha realizado la FAVi protésica en el brazo no dominante
- b) Creo que antes de realizar una FAV protésica se debería haber explotado todas las posibilidades de las nativas incluidas las de brazo dominante previamente
- c) Al tratarse de un paciente con antecedentes vasculares (renales, cardiacos) no debería haberse intentado hacer ninguna FAVi nativa ya que se podía presuponer no iban a ser funcionantes, sólo se ha perdido el tiempo
- d) La FAVi protésica le aporta una menor tasa de complicaciones que la nativa en este tipo de pacientes añosos y vasculares

25-La monitorización de los parámetros del acceso vascular han mostrado:

- **Al inicio de diálisis con un flujo de bomba de 400 ml/min tiene una presión venosa (PV) de 165 mmHg, presión venosa dinámica (PVD) (Qb 200 mmHg, agujas 15 G) de 110 mmHg, y presión arterial (PA) de -100 mmHg**
- **Un año después, durante varias sesiones se comprobó aumento de PV (hasta 220-230 mmHg) no atribuido a malposición de las agujas. La PVD en ese momento era de 160 mmHg. Se solicitó una recirculación del AV (Bp 137 arteria 103 venosa 57) que daba 42%**

¿qué actitud cree es la adecuada como screening?

- a) Solicitaría una nueva FAVi al cirujano vascular por la elevada recirculación del AV
- b) Solicitaría un angioTAC de troncos supraaorticos para valorar venas centrales
- c) Solicitaría una ecografía como método que confirme la sospecha clínica de trombosis en el sector venoso que es la lesión más frecuente en las protésicas y en caso positivo solicitar una fistulografía diagnóstica y terapéutica
- d) Solicitaría una arteriografía que me valore la arteria humeral y su posible patología.

CASO PRÁCTICO N° 6

Paciente de 27 años, con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal por nefropatía IgA en tratamiento renal sustitutivo mediante diálisis peritoneal desde hace 3 años con buena situación actual (trabaja e incluso juega al golf de forma ocasional), con pauta actual de 3 recambios/día de 2,5L de 1,5% con ultrafiltraciones habituales de $\pm 800-900$ ml/día y diuresis residual de 1 litro, con aclaramiento renal (medio) de creatinina de 2.1 ml/min y KTV total de 2.03, sin edemas y con tensión arterial controlada con enalapril 20 mg/12h y furosemida 1 comprimido/día.

Acude a la unidad de diálisis peritoneal refiriendo que en la última semana ha disminuido de forma llamativa el drenaje de líquido peritoneal, con efluente claro, llegando a hacer balances neutros e incluso ligeramente positivos. No presenta edemas en tobillos ni disnea y la tensión arterial ha subido a 160/100 refiriendo ansiedad por la situación actual.

PREGUNTAS:

26- Cuál de los siguientes posibles diagnósticos cree más probable?

- a) Hidrotórax
- b) Fallo de ultrafiltración tipo I
- c) Fuga de pared abdominal
- d) Infección peritoneal.

27- Si el paciente padeciera un hidrotórax, cuál de las siguientes actitudes sería más correcta?

- a) Paso a diálisis peritoneal nocturna intermitente
- b) Maniobra alfa para recolocar el catéter de diálisis peritoneal
- c) Sellado del defecto en el diafragma a través de la cavidad peritoneal.
- d) Paso a hemodiálisis.

28- Si fuera un fallo de ultrafiltración y finalmente padeciera peritonitis esclerosante, qué tendría que hacer?

- a) Mantener en diálisis peritoneal con cicladora.
- b) Cambiar a líquidos sin bicarbonato.
- c) Usar prednisona y tamoxifeno
- d) Trasplantar porque mejora con el tacrolimus.

29- Si fuera una fuga de pared abdominal, pericatóter, cuál de las siguientes afirmaciones correspondería?

- a) El edema comenzaría en ambas extremidades inferiores.
- b) Habría edema escrotal ipsilateral por paso a través conducto peritoneo-vaginal.
- c) Suelen debutar con insuficiencia respiratoria
- d) suele haber edema de pared y respeta línea media.

30- En este paciente y considerando el diagnóstico más probable, ¿qué actitud terapéutica tomaría?

- a) Disminuir el volumen/recambio
- b) Administrar antibióticos.
- c) Pasar a cicladora con última infusión de 3 litros.
- d) Administrar amchafibrin.

CASO PRÁCTICO N° 7

Varón de 49 años de edad, pielonefritis crónica. Trasplante renal de donante vivo (padre) que fracasa a los 10 años por deterioro crónico sin diagnóstico histológico.

Segundo trasplante, de hermano HLA-haploidéntico. A los dos años, glomerulopatía del trasplante, con C4d siempre negativo o limitado a capilares glomerulares, luminex con PRA 2% sólo para clase II, sin anticuerpos donante-específicos.

A los 7 años la proteinuria alcanza 4 gr/24 hr, luminex positivo con un DSA anti DR (MFI 7000). Tratamiento con Rituximab (600mg) y una dosis de IVIG (1 gr/kg).

Evoluciona desfavorablemente con FG 15 ml/min y se plantea la posibilidad de un tercer trasplante renal anticipado con la esposa ABO-compatible. Presenta tres incompatibilidades HLA, cross-match CDC y citometría de flujo negativos, PRA calculado 2% sólo para clase II y sin DSA.

31- REVISANDO LA EVOLUCIÓN DE LOS TRASPLANTES FRACASADOS, ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CIERTA?

- a) No debe realizarse un trasplante con un donante hermano, salvo que sea HLA-idéntico
- b) El segundo trasplante debería haberse realizado tras esperar un año en diálisis
- c) El segundo trasplante debería haberse pospuesto hasta realizar nefrectomía del primer injerto
- d) Ninguna de las afirmaciones es cierta

32- SEÑALE LA AFIRMACIÓN CORRECTA:

- a) La glomerulopatía del trasplante casi nunca se asocia a rechazo crónico
- b) Las dosis altas de corticoides son el mejor tratamiento para el rechazo crónico mediado por anticuerpos
- c) La conversión a un inhibidor de mTOR es la mejor solución para el rechazo crónico mediado por anticuerpos
- d) El rechazo crónico mediado por anticuerpos no tiene un tratamiento efectivo a día de hoy

33- ¿QUÉ ACTITUD DEBE ACONSEJARSE PARA ESTE POSIBLE TERCER TRASPLANTE RENAL?

- a) Rechazar a la esposa dado que ya han fracasado dos trasplantes de vivo previamente
- b) Aceptar a la esposa y realizar un trasplante anticipado dado que es inmunológicamente compatible
- c) Iniciar hemodiálisis, retirar la inmunosupresión y repetir todo el estudio inmunológico con la esposa
- d) Realizar nefrectomía del injerto y posteriormente el trasplante de donante vivo

34- ¿CUÁL SERÍA EL MANEJO INMUNOSUPRESOR ACONSEJABLE EN CASO DE REALIZAR EL TRASPLANTE CON LA ESPOSA?

- a) Terapia triple (tacrolimus, micofenolato y corticoides) sin inducción con anticuerpos
- b) Antes del trasplante realizar desensibilización con recambios plasmáticos, inmunoglobulinas y rituximab
- c) Timoglobulina, tacrolimus, micofenolato y corticoides
- d) Timoglobulina, tacrolimus, micofenolato y corticoides, con retirada rápida de corticoides en la primera semana

35- SEÑALE LA AFIRMACIÓN CORRECTA:

- a) Si se dispone de un posible donante vivo, el trasplante anticipado es una excelente opción
- b) El trasplante de donante vivo entre cónyuges ofrece similares probabilidades de supervivencia que entre genéticamente relacionados (padres, hermanos no HLA-idénticos, etc.)
- c) Los trasplantes entre hermanos HLA-idénticos son la mejor opción para pacientes de alto riesgo inmunológico
- d) Todas las afirmaciones son ciertas