



# Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición: Casos Clínicos.

Comunicaciones del XXI Congreso Latinoamericano de Nefrología e Hipertensión & VII Congreso Nacional de Nefrología e Hipertensión. Sociedad Ecuatoriana de Nefrología, Diálisis y Trasplante. Guayaquil, 27 al 30 de agosto de 2025.



## SLANH 2025

Submission Deadline

**June 13, 2025**

**Recibido:** Julio 2, 2025.

**Aceptado:** Agosto 2, 2025.

**Publicado:** Agosto 7, 2025.

**Editor:** Dr. Franklin Mora B.

### Como citar:

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición: Casos Clínicos. Comunicaciones del XXI Congreso Latinoamericano de Nefrología e Hipertensión & VII Congreso Nacional de Nefrología e Hipertensión. Sociedad Ecuatoriana de Nefrología, Diálisis y Trasplante. Guayaquil, 27 al 30 de agosto de 2025. REV SEN 2025;13(S1):315-341.

DOI: <http://doi.org/10.56867/133>

Sociedad Ecuatoriana de Nefrología, Diálisis y Trasplantes.

ISSN-L: 2953-6448



Copyright 2025, SLANH. This article is distributed under the [Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 Attribution License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/), which allows the use and redistribution of the article, citing the source and the original author for non-commercial purposes.

## Resumen

La hemodiálisis ha revolucionado el tratamiento de afecciones como la intoxicación, dislipidemias críticas, falla hepática y sepsis. Si bien su uso principal es la terapia de reemplazo renal, su rol en la detoxificación y el apoyo orgánico sigue siendo un campo de estudio activo, con numerosos reportes observacionales que exploran su aplicación en diversas situaciones. A continuación, presentamos casos clínicos de las secciones de Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición.

### Palabras claves:

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal, Nutrición, Reporte de casos.



## Efecto de la hemoadsorción de citoquinas en los niveles de triglicéridos en pancreatitis aguda severa no biliar.

Hemodiálisis

E-Poster

Caso clínico

**Marco Antonio Moises Dominguez Davalos**

Nefro-Perú/Clinica San Judas Tadeo, Perú.

marco.dominguez.d@upch.pe

**Jonathan Arturo Barraza Durand**

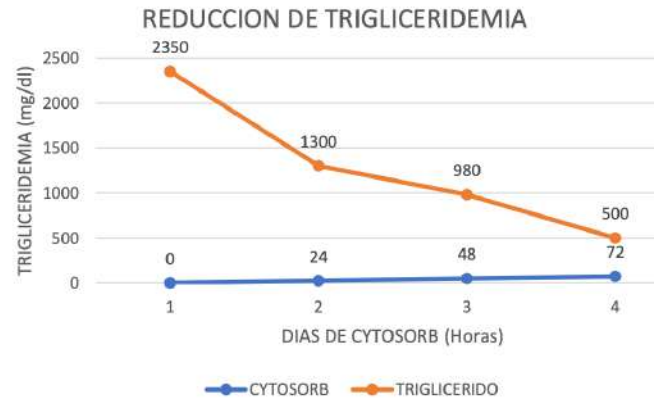
Nefro-Perú/Clinica San Judas Tadeo, Perú.

**Introducción:** La pancreatitis aguda no biliar por hipertrigliceridemia tiene una incidencia reportada menor al 5% y un manejo terapéutico no estandarizado; estudios observacionales consideran el recambio plasmático terapéutico para los casos graves con mala evolución. La hemoadsorción para la remoción de productos de la respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) en esta patología no está protocolizada. Se presenta un caso y se describe el efecto de la hemoadsorción en los niveles séricos de los triglicéridos en una paciente con pancreatitis aguda por hipertrigliceridemia, falla renal aguda y SIRS.

**Caso clínico:** Mujer de 44 años con antecedentes de diabetes tipo 2, obesidad grado 2 y dislipidemia mixta; acudió a urgencia con dolor abdominal tipo cólico, náuseas y vómitos de 12 horas de evolución. Al examen presentó dolor abdominal difuso a la palpación, incrementado en el cuadrante superior derecho y triglicéridos en 2350 mg/dl (tabla 1) y sin evidencia de litiasis vesicular. El manejo inicial fue hidratación con solución salina isotónica, analgesia e insulino terapia. A las 12 horas del ingreso presenta disfunción orgánica múltiple, inicio ventilación mecánica y vasopresores. A las 24 horas presenta shock distributivo refractario con lesión renal aguda oligúrica KDIGO 3 e inicio de diálisis sostenida de baja eficiencia continua (SLED) con cytosorb debido a cuadro inflamatorio sistémico con pancreatitis aguda severa.

A las 24 horas de SLED y cytosorb se logra estabilidad hemodinámica, reducción progresiva del uso de inotrópicos y una disminución del nivel de triglicéridos en un 45%. A las 72 horas de la terapia con hemoadsorción, la paciente continuó con mejoría hemodinámica con baja dosis de noradrenalina,

disminución de marcadores inflamatorios y reducción de la trigliceridemia (reducción total del 78,7%) (Gráfico 1).



Al 5.º día de terapia se evidenció midriasis con hiporreflexia, la tomografía evidenció edema cerebral difuso y sangrado subaracnoideo. Luego del manejo neurocrítico, al 8.º día con ausencia de reflejos troncales, la angiogramografía describió ausencia de flujo sanguíneo en gran parte del encéfalo, concluyéndose el diagnóstico de muerte cerebral.

	Ingreso	24h	96h	Rango normal
Hemoglobina	14.9	14.8	14.2	11-15 g/dL
Plaquetas	362	312	410	150-400 x 10 <sup>3</sup> µL
Leucocitos	26	24	8	5-10 x 10 <sup>3</sup> µL
Glucosa	369	280	140	75-110 mg/dL
Urea	31	73	79	15-36 mg/dL
Creatinina	0.47	1.9	3.39	0.7-1.2 mg/dL
Sodio	141	148	142	135-148 mmol/L
Potasio	3.5	5.7	5	3.5-5.3 mmol/L
Calcio	10.3	10.2	10	8.4-10.2 mg/dL
Fósforo	7.2	4.1	4.6	2.5-4.5 mg/dL
Magnesio	2.2	1.19	2	1.7 - 2.4 mg/dl
pH	7.51	7.36	7.38	7.35-7.45 S7U
HCO3-	19	14.7	23	21-26 mEq/L
Pco2	24	26	34	35-48 mmHg
PO2	100	tel:24%2026%2034%2035-48	108	108 mmHg
pO2/FIO2	476	285	310	>300 mmHg
Procalcitonina	5.9	20	1	ng/ml
PCR	9	200	95	mg/L
Hematuria	0-2 xc	0-1	-	NA
Triglicérido	2350	1300	500	<150mg/dL
APACHE II	-	13	7	
Insulinoterapia	Sí	Sí	Si	

**Discusión:** La reducción de la hipertrigliceridemia en la pancreatitis aguda severa es controversial, se aceptan niveles de seguridad menores a 1000mg/dl, está descrito el recambio



plasmático terapéutico y reportes de hemofiltración con hemoperfusión 2,3. La hemoperfusión permite el aclaramiento de moléculas hidrofóbicas, unidas a las proteínas y a lípidos como los triglicéridos. Los estudios controlados con hemoperfusión para el control de lípidos y triglicéridos excluyen a los pacientes con lesión renal aguda en diálisis 1.

Este caso describe la aplicación clínica y el uso eficiente de la hemoadsorción de citoquinas en la reducción de los niveles de triglicéridos y la disminución de la inflamación sistémica en pancreatitis grave en un paciente con KDIGO 3 y requerimiento de soporte dialítico 4.

**Conclusión:** El uso de hemoadsorción de citoquinas y SLED para el manejo de un paciente con pancreatitis aguda grave por hipertrigliceridemia y lesión renal aguda KDIGO 3 ayudo a brindar una terapia eficiente para el control de la disfunción orgánica múltiple y reducir drásticamente los niveles de triglicéridos, mayores estudios deben proponerse para evaluar el beneficio protocolizado de esta"

## Hemodiálisis y embarazo. A propósito de un caso.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Caso clínico

**Heldy Villanera**

Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti", Venezuela  
heldyvillanera@gmail.com

**Aracelis Márquez**

Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti", Venezuela

**Denia Arzola**

Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti", Venezuela

**Maribel Marcano**

Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti", Venezuela.

Femenino de 35 años de edad, hipertensa, con cardiopatía hipertensiva, antecedente de I gesta complicada con preeclampsia a los 21 años de edad, en TRR tipo hemodiálisis desde hace 8 meses, a través de fístula AV braquial izquierda aneurismática, interdiaria, con ganancia de peso interdialítica de aproximadamente 1 kg. Ciclos menstruales irregulares y patología ginecológica tipo miomatosis uterina, en control por ginecología. Consulta por presentar dolor pélvico, limitante, astenia y debilidad generalizada. Se realizan paraclínicos con evidencia de anemia severa (5 g/dL) y BUN elevado; y hallazgos ecográficos compatibles con: embarazo de 15 semanas por biometría fetal. En vista de las condiciones de la paciente, se decide hospitalización, con cumplimiento de concentrado globular y ajuste de tratamiento médico. Se decide abordaje multidisciplinario y mantener en plan de HD crónica con ajuste de prescripción: hemodiálisis diaria, flujo de dializado 300, tiempo: 3hrs, con monitoreo y vigilancia de signos de sobrecarga, además, control de PA, con uso de metildopa (dosis titulada según la necesidad de la paciente) y manejo de anemia con hierro EV, dosis altas de eritropoyetina y administración de concentrado globular. Se mantiene hipertensa durante las siguientes semanas, por lo cual, es necesario ajustar UF y manejo en conjunto con cardiología. Inicia trabajo de parto en la semana 33 de gestación (parto prematuro), obteniendo un niño varón de 1.850 g a través de parto eutócico simple, sin complicaciones.



## Hemoadsorción con filtro HA230 (Jafron®) en intoxicación aguda por amitriptilina: reporte de caso y análisis de evidencia.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

Concurso E-POSTER

Caso clínico

**Willan Robles Abarca**

Hospital General Ambato, Ecuador.

roblesnefro@yahoo.com

**Mario Orlando Lopez Ulloa**

Hospital General Ambato, Ecuador.

**Luis Vinicio Silva Naranjo**

Hospital General Ambato, Ecuador.

Israel Mauricio Zurita Altamirano

Hospital General Ambato, Ecuador.

**Fernando Xavier Vásquez Cepeda**

Hospital General Ambato, Ecuador.

**Introducción:** La amitriptilina, un antidepresivo tricíclico, presenta alta toxicidad en sobredosis debido a su unión >90% a proteínas plasmáticas y su volumen de distribución elevado (>15 L/kg), lo que limita la eficacia de técnicas de depuración convencionales. La hemoadsorción con filtros como el HA230 (Jafron®) ha emergido como alternativa complementaria en intoxicaciones graves.

**Caso clínico:** Varón de 38 años con antecedente de trastorno depresivo, ingresó a UCI por intento autolítico mediante ingesta de 40 tabletas de amitriptilina (1000 mg). Al ingreso presentaba depresión respiratoria severa, Glasgow 5T/15, acidosis metabólica (pH 7.1,  $\text{HCO}_3^-$  10 mmol/L) y requirió ventilación mecánica. Ante la falta de mejoría neurológica tras 48 horas, se inició terapia sustitutiva renal combinada: hemodiálisis + hemoadsorción con filtro HA230 durante 4 horas. Se observó mejoría neurológica significativa (Glasgow 11/15) tras la primera sesión y recuperación completa (Glasgow 15/15) tras la segunda, con posterior extubación y normalización del equilibrio ácido-base.

**Análisis:** La intervención precoz con hemoadsorción se asoció a mejoría rápida del estado neurológico y parámetros ácido-base. El filtro HA230 contiene resinas macro porosas capaces de adsorber toxinas lipofílicas y sustancias con alta afinidad por proteínas, como la amitriptilina.

**Discusión y evidencia actual:** Estudios recientes (Garrido et al., 2023; Nowack et al., 2022) han documentado el uso de hemoadsorción en intoxicaciones por sustancias altamente lipofílicas (benzodiazepinas, bloqueadores de canales de calcio, antidepresivos tricíclicos), resaltando su utilidad como terapia de rescate. Aunque no sustituye el soporte vital avanzado, ofrece una vía terapéutica en casos refractarios a medidas convencionales.

**Conclusión:** La hemoadsorción con filtro HA230 puede ser una herramienta útil en el manejo de intoxicaciones graves por amitriptilina, especialmente en pacientes con deterioro neurológico persistente y acidosis metabólica.

No se pudo abrir el archivo de imagen o tabla. El autor deberá enviar el archivo legible a [revista.sen.ec@gmail.com](mailto:revista.sen.ec@gmail.com) con referencia 133-Hemodiálisis, Diálisis, Nutrición: Sección Casos clínicos : Título del artículo, autor.



## Utilidad de la diálisis peritoneal en paciente con insuficiencia cardíaca y TRICVALV en unidad cardiorrenal.

Diálisis Peritoneal

E-Poster

Caso clínico

**Nicolas Eduardo Muñoz Flores**

Hospital de Clínicas. Unidad Académica Centro de Nefrología, Uruguay.  
nicolase.360@gmail.com

**Maria Soledad Lecueder Filippi**

Cosem, Uruguay

**Victoria Trelles**

Hospital de Clínicas. Unidad Médica de Insuficiencia Cardíaca, Uruguay.

**Gabriela Silvera**

Hospital de Clínicas. Unidad Médica de Insuficiencia Cardíaca, Uruguay.

**Virginia Estrago**

Hospital de Clínicas. Cátedra de Cardiología UDELAR, Uruguay.

**Ricardo Silvarino**

rsilvarino@gmail.com

Hospital de Clínicas. Unidad Académica Centro de Nefrología, Uruguay.

**Cecilia Baccino**

baccinocecilia@me.com

Hospital de Clínicas. Unidad Académica Centro de Nefrología, Uruguay.

**Sofía San Roman**

Hospital de Clínicas. Unidad Académica Centro de Nefrología, Uruguay.

**Introducción:** El síndrome cardiorrenal (SCR) comprende la interacción patológica entre el corazón y los riñones, en la cual la disfunción de uno afecta agudamente o crónicamente al otro. Las Unidades Cardiorrenales (UCR) permiten un abordaje integral mediante equipos multidisciplinarios, aplicando herramientas clínicas y ecográficas para optimizar el tratamiento. Caso clínico: Varón de 82 años con hipertensión arterial crónica, sin otros factores de riesgo vascular. En 2010 sufrió muerte súbita reanimada; la coronariografía mostró arterias sin lesiones significativas y se le implantó un cardiodesfibrilador como prevención secundaria. Evolucionó con fibrilación auricular y bloqueo AV, requiriendo cambio a marcapasos VVI. Tuvo reiteradas internaciones por anasarca atribuida a insuficiencia cardíaca derecha. El ecocardiograma mostró un ventrículo izquierdo con función sistólica levemente reducida (FEVI 40%), severa dilatación auricular, ventrículo derecho levemente dilatado con función conservada e insuficiencia tricuspídea severa de origen auricular, con signos de hipertensión pulmonar leve. Tenía enfermedad renal crónica estadio 3b, con creatinina de 2 mg/dL, vinculada a hipertensión arterial,

clasificada como SCR tipo 4. Esta situación limitó el uso completo del tratamiento farmacológico. Medicación habitual: rivaroxabán, bisoprolol, furosemida, hidroclorotiazida y amiodarona. Por persistencia de síntomas, en noviembre de 2024 se implantó el sistema TricValve, con mejoría clínica limitada y transitoria. Posteriormente, presentó nuevos episodios de congestión, con signos de fallo de ventrículo derecho, que motivaron nuevos ingresos. Durante la última internación, se abordó desde UCR con evaluación multiparamétrica, incluyendo POCUS, score VExUS, biomarcadores y peso diario. Se descartó trombosis del dispositivo, pero persistían la anasarca, VExUS grado 3 y biomarcadores elevados (CA-125: 147.2 U/ml, Pro-BNP: 14,844 pg/mL). La respuesta a tratamiento diurético intravenoso fue escasa, por lo que se inició diálisis peritoneal (DP). La DP generó una mejora clínica significativa: descenso del VExUS a grado 1-2, reducción progresiva de Pro-BNP y marcada caída de CA-125. La vena cava inferior permaneció dilatada (20 mm), probablemente por el TricValve. Discusión: La insuficiencia cardíaca aguda se asocia a deterioro renal y congestión venosa, lo que predice mal pronóstico. En este caso, el TricValve fue indicado para reducir la sobrecarga de volumen por insuficiencia tricuspídea. Sin embargo, la refractariedad a diuréticos motivó asistencia por UCR, optimizando el manejo de la congestión con bloqueo secuencial de la nefrona y determinando el momento de iniciar TRS. La DP permitió una adecuada descongestión, mejoró la tolerancia al tratamiento farmacológico y controló el medio interno. El descenso de CA-125 indicó alivio de la congestión tisular. Conclusiones: Este caso ilustra el desafío del manejo del SCR tipo 1 en un paciente añoso con enfermedad cardíaca compleja. La resistencia a diuréticos motivó el inicio de DP, con beneficios clínicos, ecográficos y bioquímicos. La VCI dilatada podría estar influenciada por el TricValve. El enfoque multidisciplinario continuo resulta clave para mejorar los resultados en estos casos.



## Terapias extracorpóreas guiadas por fenotipos en sepsis: serie de casos.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

Concurso E-POSTER

Caso clínico

**Maiko Alejandro Tavera Diaz**

Univalle, Bolivia.

[gilkita1919@gmail.com](mailto:gilkita1919@gmail.com)

**Annia Aguilar Loayza**

Univalle, Bolivia.

**Fernando Mamani Ochoa**

Univalle, Bolivia.

**Objetivo:** Demostrar la utilidad de la estratificación fenotípica en sepsis para guiar terapias extracorpóreas mediante biomarcadores accesibles. Métodos: Análisis de tres casos con fenotipos distintos clasificados por NLR, MLR, PLR, ferritina, fibrinógeno e IL-6.

**Resultados:** Caso 1 (MAS), Caso 2 (trombótico con respuesta excepcional a plasmaféresis), Caso 3 (inmunoparálisis, tratamiento conservador exitoso).

**Conclusiones:** La estratificación fenotípica optimiza la selección de terapias extracorpóreas mediante medicina de precisión.

**Introducción:** La sepsis afecta a millones de pacientes con mortalidad del 20-50%, siendo un desafío mayor en medicina crítica. El enfoque "one-size-fits-all" muestra limitaciones por la heterogeneidad del síndrome séptico. Fenotipos específicos incluyen inmunoparálisis, fenotipo trombótico, síndrome de activación macrófaga (MAS) y disfunción hepatobiliar. Las terapias extracorpóreas han mostrado eficacia variable, posiblemente por criterios inadecuados de selección. Hipotetizamos que la estratificación fenotípica optimiza resultados clínicos.

**Métodos:** Análisis retrospectivo de tres casos de sepsis (2024) con presentaciones fenotípicas distintas. Criterios: inmunoparálisis (NLR <10, MLR <0.70), trombótico (PLR >500, fibrinógeno >8000 mg/dL), MAS (ferritina >4420 ng/mL, IL-6 >1000 pg/mL). Terapias según fenotipo: plasmaféresis para hiperviscosidad, hemoadsorción para tormenta de citoquinas, conservador para inmunoparálisis. Variables: evolución biomarcadores, respuesta terapéutica, desenlaces.

**Resultados:** Caso 1: Mujer 70 años, choque séptico abdominal. MAS (IL-6: 5000 pg/mL, ferritina: 3000 ng/mL, INR: 6.08). Plasmaadsorción con respuesta limitada por intervención tardía. Desenlace: fallecimiento. Caso 2: Hombre 45 años, H1N1-ARDS. Trombótico severo (fibrinógeno: 10,010 mg/dL, PLR: 749, NLR: 32). Cinco plasmaféresis con respuesta excepcional: fibrinógeno redujo 64% (3,583 mg/dL), ferritina 78% (340 ng/mL), weaning vasopresores exitoso. Desenlace: egreso. Caso 3: Mujer 49 años, quemaduras 30%. Inmunoparálisis (NLR: 2.0, MLR: 0.3, ferritina: 188 ng/mL). Tratamiento conservador, recuperación satisfactoria.

**Discusión:** Esta serie valida la heterogeneidad fenotípica séptica con requerimientos terapéuticos específicos. Caso 2 demostró eficacia dramática de plasmaféresis en hiperviscosidad, con biomarcadores predictivos precisos. Caso 3 ilustró que reconocer inmunoparálisis evita intervenciones innecesarias, optimizando recursos. Caso 1 enfatiza la importancia de timing y control de foco. Biomarcadores accesibles (NLR, MLR, PLR, ferritina, fibrinógeno, IL-6) hacen factible la implementación universal. Representa un paradigma hacia la medicina personalizada, abandonando protocolos empíricos por terapias dirigidas. Limitaciones: muestra pequeña, naturaleza retrospectiva.

**Conclusiones:** Las terapias extracorpóreas son altamente efectivas aplicadas a fenotipos apropiados con criterios basados en evidencia. La estratificación fenotípica mediante biomarcadores accesibles permite medicina de precisión en sepsis, optimizando resultados y recursos. Apoya la integración de enfoques fenotípicos en guías clínicas. El futuro del manejo séptico reside en personalización terapéutica basada en comprensión mecanística de fenotipos individuales.

No se pudo abrir el archivo de imagen o tabla. El autor deberá enviar el archivo legible a [revista.sen.ec@gmail.com](mailto:revista.sen.ec@gmail.com) con referencia 133-Hemodiálisis, Diálisis, Nutrición: Sección Casos clínicos : Título del artículo, autor.



## DPMAS como tratamiento en una falla hepática aguda sobre crónica: serie de casos.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Caso clínico

**Mariana Zavala**

Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", México.  
mariana.zavala@udem.edu

**Paola Borbolla**

Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", México.

**Lilia Rizo Topete**

México.

**Ricardo Garza Treviño**

Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", México.

**Mara Olivo Gutiérrez**

Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", México.

**Juan Pablo Gómez**

dr.jpgv@gmail.com

Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", México.

**Rodrigo López**

rodrigolopezcontreras.1996@gmail.com

México.

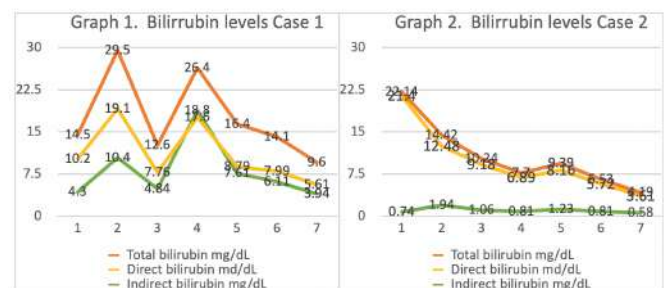
**Introducción:** El uso de sistemas de soporte hepático extracorpóreo (ECLS) ha evolucionado en los últimos años como puente hacia el trasplante hepático (TH) o la recuperación espontánea en pacientes con falla hepática aguda sobre crónica. Uno de estos métodos es el sistema de adsorción molecular doble en plasma (DPMAS), el cual combina la eliminación de toxinas con la reducción de mediadores inflamatorios. Presentamos dos casos clínicos tratados con DPMAS, que mostraron mejoría clínica y disminución significativa de bilirrubina e IL-6.

**Caso 1:** Paciente femenina de 55 años con antecedente de hepatitis autoinmune en tratamiento con inmunosupresores. Ingresó por ictericia mucocutánea, encefalopatía hepática grado I y ascitis. Presentó laboratorio alterado con INR elevado (2.84), bilirrubina total 14.5 mg/dL, y creatinina normal (0.73 mg/dL). Clasificada como Child-Pugh C y MELD 28. En el quinto día, con empeoramiento progresivo (Cr 1.71 mg/dL, BT 21.9 mg/dL), se inició tratamiento con DPMAS. Se realizaron 3 sesiones en días alternos, con filtros HA330 II y BS 330, flujo sanguíneo de 130–150 ml/min, volumen plasmático de 1.5 veces, y terapia renal continua (CVVHDF) asociada. Las sesiones duraron 6 horas cada una, con mejoría clínica progresiva y descenso de marcadores inflamatorios.

**Caso 2:** Paciente masculino de 51 años con hepatitis C crónica, ingresó por encefalopatía hepática grado II e ictericia. Al ingreso, bilirrubina total 22.14 mg/dL, INR 1.94 y creatinina 2.38 mg/dL. Ante el deterioro clínico en el tercer día de hospitalización, se iniciaron dos sesiones de MARS seguidas de dos sesiones de DPMAS. Cada sesión duró entre 6 y 8 horas. Al finalizar el tratamiento, el paciente presentó mejoría clínica y disminución de bilirrubina e IL-6.



Figure 1 and 2.  
1. Set-up of DPMAS therapy.  
2. Filter TPE 2000 and cartridges HA 330 and BS 330.



**Discusión:** El DPMAS es una técnica efectiva y segura para la depuración de bilirrubina y mediadores inflamatorios en pacientes con falla hepática. Su uso puede facilitar la estabilización clínica mientras se espera la recuperación hepática o el trasplante. En los casos presentados, se evidenció una mejoría significativa tras las sesiones, lo que respalda su utilidad como herramienta terapéutica en contextos de insuficiencia hepática aguda sobre crónica."



## Técnicas de purificación sanguínea, más allá del soporte renal: serie de casos.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Caso clínico

**Mariana Zavala**

Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", México,  
mariana.zavala@udem.edu

**Paola Borbolla**

Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", México,

**Ricardo Garza Treviño**

Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", México,

**Juan Pablo Gómez**

Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", México,

**Elisa Chinchilla**

Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", México,

**Introducción:** La TRRC se utiliza no solo para soporte renal, sino también para el soporte de otros órganos, modulación de la respuesta inmune o remoción de sustancias tóxicas. Por ejemplo, en sepsis, falla hepática, shock cardiogénico o pancreatitis aguda.

**Presentación de casos:** Presentamos una serie de casos de los diferentes usos de la TRRC, fuera del soporte renal. Dos pacientes con falla hepática aguda que requirieron soporte con DPMAS. Una mujer de 55 años con hepatitis autoinmune que desarrolló encefalopatía hepática, ictericia y ascitis, quien debido a tórpida evolución se adicionó DPMAS en 3 sesiones, más un filtro TPE2000, BSS330 y cartucho HA330. Masculino de 51 años con diagnóstico de hepatitis C crónica, quien recibió MARS y posteriormente el DPMAS en 2 sesiones. Un tercer caso de falla hepática por golpe de calor, rhabdomiólisis, LRA KDIGO 3 y una intensa respuesta inflamatoria, por lo que se opta por TRRC con filtro Oxiris y TPE en conjunto, e conexión en mismo catéter. Un último caso de masculino de 33 años con antecedente de SAAF que presenta rhabdomiólisis, trombocitopenia y LRA KDIGO 3, por dengue severo, se inició TRRC y TPE además de un cartucho HA380. Otro de los usos descritos, en pancreatitis por hipertrigliceridemia refractaria al tratamiento, se describe un caso de un masculino de 42 años que se realizan 3 sesiones de TPE. Finalmente, uno de los usos más descritos en una paciente de 24 años que presentó en el 8.º mes rechazo y se realizó TPE con filtro TPE2000 e inmunoglobulina intravenosa.

**Discusión:** Las EBP son un grupo de terapias avanzadas, las cuales se utilizan para remover o modular sustancias circulantes en sangre, y se pueden utilizar como terapias de soporte de un órgano específico o para desintoxicación.

**Conclusión:** Las EBP son técnicas innovadoras útiles en el paciente crítico el cual requiere soporte orgánico específico o remoción de toxinas.

## Vena cava inferior duplicada revelada por trayectoria anómala del catéter

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

Concurso E-POSTER

Caso clínico

**Luis Rafael Alvarez Velazquez**

Instituto Mexicano Del Seguro Social, México.

alvarezlr.65@gmail.com

**Sara Isabel Estrada Intriago**

Instituto Mexicano Del Seguro Social, México.

**Antecedente:** Las anomalías congénitas del sistema venoso, como la duplicación de la vena cava inferior (VCI), son infrecuentes y suelen ser asintomáticas. Sin embargo, pueden tener implicaciones clínicas relevantes durante procedimientos invasivos, como la colocación de catéteres venosos centrales en pacientes en hemodiálisis.

**Descripción del caso:** Varón de 28 años, con antecedentes de válvulas uretrales posteriores corregidas en el periodo neonatal, enfermedad renal crónica terminal y trasplante renal en 2002, que requirió reinicio de hemodiálisis en 2016 por disfunción crónica del injerto. Antecedentes adicionales: sindactilia, hipertensión arterial, múltiples accesos vasculares trombados y estenosis severa de la vena cava superior (VCS) sin signos clínicos de síndrome de VCS.

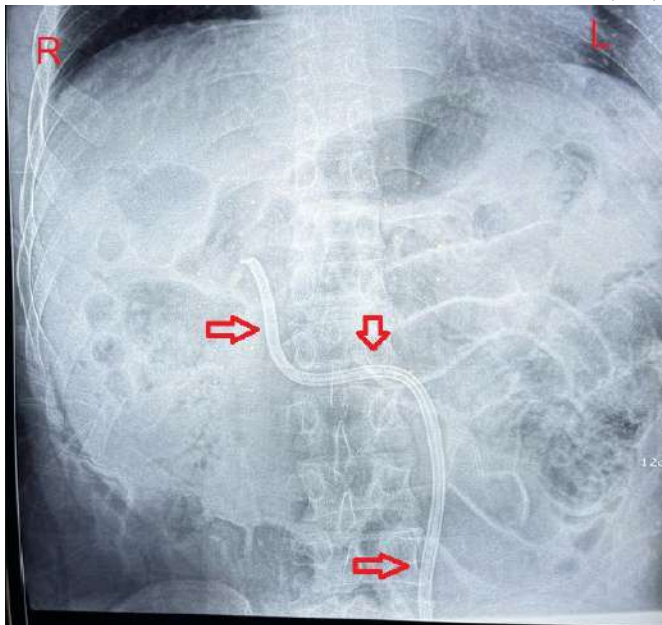
Tras disfunción de un catéter femoral tunelizado derecho, se implantó uno nuevo en la vena femoral izquierda. Una radiografía simple de abdomen mostró una trayectoria serpiginosa del catéter (Figura A). La tomografía computarizada (TC) contrastada en corte axial reveló una VCI duplicada con convergencia a nivel renal y estenosis severa de la VCS. La reconstrucción tridimensional (3D) por TC confirmó la terminación del catéter en la vena suprahepática derecha y evidenció la anomalía venosa (Figura B). El catéter permanece funcional,



pero el paciente está bajo estrecha vigilancia por su elevado riesgo trombótico.

**Discusión:** La VCI duplicada es una anomalía congénita rara, con una prevalencia estimada del 0,2–3% en la población general. Se origina por la persistencia de la vena supracardíaca izquierda durante el desarrollo embrionario (1). Aunque suele ser asintomática, puede diagnosticarse incidentalmente durante estudios de imagen o procedimientos venosos centrales.

En este caso, la trayectoria inusual del catéter motivó estudios adicionales que revelaron la duplicación de la VCI, evitando intentos innecesarios de reposicionamiento y posibles complicaciones. Reconocer este tipo de variantes anatómicas es fundamental para los nefrólogos e intervencionistas, especialmente en pacientes con accesos vasculares múltiples fallidos o anatomía venosa alterada (2–4).



**Conclusiones:** Las trayectorias inusuales de catéteres en imagenología deben hacer sospechar anomalías vasculares congénitas. La duplicación de la VCI, aunque rara y frecuentemente asintomática, puede tener implicaciones significativas durante el acceso venoso central. Reconocer estas variantes permite evitar errores diagnósticos y terapéuticos, y optimizar la planificación de accesos en pacientes con historia de múltiples trombosis o anatomía vascular compleja."



## El desafío de diagnosticar la comunicación pleuroperitoneal en un paciente con hidrotórax en diálisis peritoneal: informe de un caso y revisión de la literatura.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Caso clínico

**Daniela Ponce**

Hospital das Clínicas (HC-FMB) UNESP, Brasil.

[daniela.ponce@unesp.br](mailto:daniela.ponce@unesp.br)

**Marina Mello**

University of Sao Paulo State – UNESP, Brasil

**Elisa Marques Almeida Silva**

University of Sao Paulo State – UNESP, Brasil

**Krupskaya kasandra Pacheco Carhuarupay**

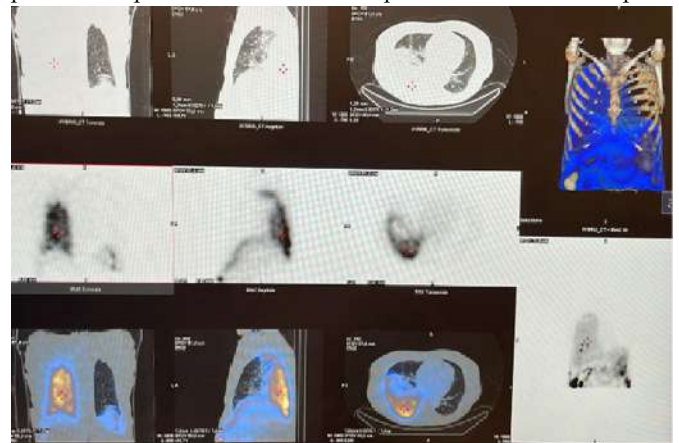
University of Sao Paulo State – UNESP, Brasil

**"INTRODUÇÃO:** A diálise peritoneal (DP) é um método de terapia renal substitutiva subutilizada no Brasil e no mundo. Tal achado pode ser explicado por fatores econômicos, pouca familiaridade dos Nefrologistas e enfermeiros com o manejo da técnica e suas complicações. No entanto, outros desafios menos frequentes se somam a esse cenário, tal como a comunicação pleuro-peritoneal que é uma complicação rara, com incidência entre 1,6 a 10%, porém associada a falência da técnica. Caracteriza-se por derrame pleural em que a concentração de glicose encontra-se (glicose pleural > sérica)..

**Material e métodos:** Os dados foram obtidos a partir de informações contidas em prontuário e em entrevista com a paciente.

**RELATO DO CASO (RESULTADOS):** L.D., sexo feminino, 51 anos, hipertensa e portadora de doença renal crônica secundária a doença renal policística autossômica dominante (DRPAD), em hemodiálise desde 2021, com exaustão de seus acessos vasculares. Optado por transicionar para DP de forma planejada em setembro de 2024, visando melhor adequação e possibilidade de priorização na fila de transplante. Após cerca de um mês em DPA (NIPD) paciente interna com quadro de dispneia, relatando diminuição da ultrafiltração (de 1600 para 200 ml nos últimos 3 dias). Ao exame físico apresentava ausculta abolida em 2/3 inferiores de hemotórax direito, sem

outros sinais de hipervolemia, normotensa, com necessidade de uso de 1 l de oxigênio. RX de tórax mostrou derrame pleural extenso à direita. Realizada toracocentese de alívio e diagnóstico, com glicose pleural de 114 mg/dL e sérica de 92 mg/dL. Após reiniciar a DP no ambiente hospitalar, a paciente manteve reduzida ultrafiltração, voltou a ter dispneia e refez o derrame pleural. Dessa forma, optado por realizar cintilografia peritoneal com estudo do shunt de Lee Veen com infusão peritoneal de MAA-99mTc. O exame demonstrou extravasamento de líquido peritoneal para a cavidade pleural direita. A paciente retornou para hemodiálise, foi priorizada para transplante renal e transplantada 1 mês depois.



**DISCUSSÃO E CONCLUSÕES:** A comunicação pleuroperitoneal é um dos diagnósticos possíveis para os pacientes em DP e com derrame pleural. Os diagnósticos diferenciais incluem: inadequação volêmica, insuficiência cardíaca, derrame parapneumônico, malignidades, entre outros. Os portadores de DRPAD têm risco aumentado de hidrotórax pela maior pressão intra-abdominal. Para o diagnóstico podem ser necessárias ferramentas laboratoriais e de imagem. Espera-se um líquido com características de transudato com concentração de glicose mais alta que a sérica, no entanto não há um ponto de corte definido. O tratamento pode ser conservador com redução dos volumes de infusão ou ainda cirúrgico por meio de pleurodese química. "



## Enterococcus gallinarum como causa infrecuente de infección asociada a catéter en hemodiálisis: un desafío diagnóstico y terapéutico inusual.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Caso clínico

**Erwin Campos**

Hospital Docente Salvador Bienvenido Gautier, República Dominicana.

[erwinivan@hotmail.com](mailto:erwinivan@hotmail.com)

**Rafael Martínez Peralta**

Hospital Docente Salvador Bienvenido Gautier, República Dominicana.

**Rigoberto Jimenez Ramirez**

Hospital Docente Salvador Bienvenido Gautier, República Dominicana.

**Antecedentes:** Las infecciones asociadas a accesos vasculares (IAAV) en hemodiálisis (HD) representan una causa importante de morbimortalidad. Los cocos grampositivos, en especial *Staphylococcus aureus* y estafilococos coagulasa negativos, son responsables del 40–80 % de los casos. Entre los *Enterococcus*, *E. faecalis* y *E. faecium* son los más frecuentes; sin embargo, especies emergentes como *Enterococcus gallinarum* comienzan a cobrar relevancia clínica. Esta especie forma parte de la flora intestinal de aves y mamíferos, y posee resistencia intrínseca a la vancomicina mediada por el gen *vanC*, lo que implica desafíos terapéuticos. La literatura sobre IAAV por *E. gallinarum* en Latinoamérica es escasa. Presentamos el primer caso reportado en la República Dominicana (RD) en una paciente con enfermedad renal crónica (ERC) en HD, más infección incidental por el virus de la hepatitis C (VHC).

**Descripción del caso:** Paciente femenina de 72 años, avicultora, con hipertensión arterial de 30 años de evolución y enfermedad renal crónica estadio G5 en HD desde octubre de 2024 con 3 sesiones semanales, mediante catéter yugular derecho no tunelizado (CYDNT). Se identificó infección por el virus de la hepatitis C (VHC) como hallazgo incidental. A los tres meses del inicio de HD, presentó astenia, anorexia, náuseas y secreción seropurulenta fétida por el sitio de inserción del catéter, sin signos de celulitis. Afebril al ingreso, con PA 140/80 mmHg, FC 90 lpm y FR 19 rpm. Los análisis de laboratorio (Tabla 1) y los hemocultivos del catéter fueron positivos para *E. gallinarum* (Imagen 1).

**Tratamiento y evolución:** Se inició tratamiento empírico con ceftriaxona 1 g IV/12 h y clindamicina 600 mg IV/8 h durante 72 horas. Tras la identificación del *E. gallinarum*, se ajustó a ampicilina 2 g IV/12 h por 14 días. Se efectuó recambio del catéter a la vena yugular izquierda. El ecocardiograma transtorácico descartó endocarditis. Hemocultivos de control resultaron negativos a las 72 horas de iniciada la terapia dirigida. La paciente egresó con resolución clínica y reanudación de su terapia dialítica habitual. Los laboratorios al alta se muestran en la Tabla 2.

**Discusión y conclusión:** Este es, hasta donde sabemos, el primer caso documentado en República Dominicana de una IAAV por *E. gallinarum*, un enterococo no-faecalis/faecium (NFF) con capacidad patogénica emergente. Su importancia radica en su resistencia intrínseca a vancomicina, lo que requiere atención especial en su identificación y manejo. Aunque *E. gallinarum* representa una baja proporción de bacteriemias enterocócicas (<5 %), su detección ha aumentado, especialmente en pacientes inmunocomprometidos o con comorbilidades, como los usuarios de HD o con VHC. La identificación precisa del agente y el ajuste del tratamiento según sensibilidad antibiótica son esenciales para evitar complicaciones. Este caso y la escasa literatura en Latinoamérica resaltan la necesidad de mayor vigilancia microbiológica y de estudios regionales sobre enterococos emergentes para mejorar estrategias de prevención y tratamiento en poblaciones vulnerables.

No se pudo abrir el archivo de imagen o tabla. El autor deberá enviar el archivo legible a [revista.sen.ec@gmail.com](mailto:revista.sen.ec@gmail.com) con referencia 133-Hemodiálisis, Diálisis, Nutrición: Sección Casos clínicos : Título del artículo, autor.



## Eficacia de Hemoadsorción en Intoxicación por Ertapenem. Primer caso reportado en la literatura.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

Concurso E-POSTER

Caso clínico

**Dario Jimenez**

DIALNEF, Ecuador.

[dxjimenezmd@gmail.com](mailto:dxjimenezmd@gmail.com)

**Jazmin Alejandra Jimenez Lopez**

DIALNEF, Ecuador.

**Jorge Huertas**

Hospital de las Fuerzas Armadas, Ecuador.

**Introducción:** Los carbapenémicos son asociados con efectos neurotóxicos, comúnmente utilizados para infecciones nosocomiales por organismos aeróbicos, anaeróbicos, especialmente enterobacteriáceas productoras de beta lactamasa de espectro extendido (BLEE). Ertapenem de peso molecular 497 Da, vida media extendida, con gran resistencia a hidrólisis por dehidropeptidasa renal (DHP), lipofílica y una carga neta negativa en pH fisiológico, ligadura proteica (85 a 90%), no dializable. La neurotoxicidad manifiesta por un cuadro de evolución de 3 a 7 días con encefalopatía y convulsiones con incidencia del 3 % que pueden resolverse en 2 días luego de suspender la prescripción, excepto en pacientes con Enfermedad renal Crónica Grado 5 en quienes los síntomas se prolongan por más de 2 semanas, aún con ajuste de dosis adecuado y bajo terapia dialítica trisemanal. La mayoría de los estudios publicados de carbapenémicos excluyen a pacientes en diálisis, por lo que el conocimiento de la toxicidad neurológica es desconocido y los reportes de tratamiento se circunscriben a mantener medidas de soporte y terapia dialítica con resolución de la sintomatología de 7 a 14 días.

**Objetivos:** Mostramos la eficiencia y resultado clínico de Hemoadsorción (HA) en un paciente masculino de 64 años, con ERC Grado 5 con rechazo crónico de trasplante renal sin necesidad de diálisis, TFG 5 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> con infección del tracto urinario en uso de Ertapenem 500 mg intravenoso cada 12 horas, quien a los 5 días de terapia desarrolló toxicidad neurológica con alucinaciones visuales, alteración cognitiva, disartria y mioclonías.

**Materiales y Métodos:** Se descartaron otras etiologías de neurotoxicidad (Tabla 1) y se realizaron sesiones de HA cada 24 h en un número de 3, flujo sanguíneo de 250 ml/min, cuatro horas, cartucho Jafron HA230 en la máquina de Hemoperfusión. Se evaluó la resolución del cuadro con respuesta clínica.

**Resultados y Conclusiones:** La encefalopatía fue resuelta en 4 días de evolución, la racionalidad en el uso de HA en intoxicación por Ertapenem y sus metabolitos radica en su farmacocinética y farmacodinamia, así como sus características de molécula no dializable por difusión o convección.

Este es el primer caso en la literatura mundial reportando la eficacia de HA en intoxicación por ertapenem y resolución de la neurotoxicidad en menor tiempo que los reportados en una revisión bibliográfica con otras técnicas dialíticas (Gráfico 1). Se sugiere el uso inmediato de Hemoadsorción en pacientes con signos de neurotoxicidad aún cuando estén bajo terapia dialítica para acortar el tiempo de evolución con mejoría clínica pronta, menor costo de hospitalización y menor riesgo de complicaciones derivadas de la presencia del fármaco circulante."

## Quiloperitoneo en diálisis peritoneal: Reporte de un caso

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Caso clínico

**Francesco Zurita Parodi**

Surhospital, Ecuador

[francesco\\_zurita@hotmail.com](mailto:francesco_zurita@hotmail.com)

**Sebastian Boubee**

Hospital Durand, Argentina.

**Denisse Paredes**

Hospital Durand, Argentina.

**Thayana Brasil**

Brazil

**Introducción:** El quiloperitoneo es una entidad poco frecuente, sin embargo, es una importante causa de morbimortalidad en pacientes en diálisis peritoneal. Una vez realizado el diagnóstico, se deben descartar causas secundarias tales como peritonitis, traumatismos, neoplasias, pancreatitis, cirrosis, obstrucciones linfáticas, uso de calcioantagonistas dihidropiridínicos. El tratamiento consiste en reposo peritoneal y administración de dieta con alto contenido de ácidos grasos de cadena media.



**Caso clínico:** Se presenta el caso clínico de un paciente de 52 años de sexo femenino con antecedentes de 4 gestas, 3 partos y 1 aborto. En el último embarazo hace 10 años complicó con feto muerto retenido con sepsis y enfermedad renal aguda con requerimiento de hemodiálisis por 1 mes. Además, presenta antecedentes de hipertensión arterial de 10 años de evolución con mala adherencia, hipotiroidismo, enfermedad de Chagas y litiasis biliar. Presentó neumonía por COVID-19 en donde requirió ventilación mecánica y presentó alteración de la función renal con requerimiento de hemodiálisis sin recuperación de esta. Luego de 4 meses, el paciente decide transferirse a diálisis peritoneal por selección positiva. Se coloca catéter Tenckhoff curvo tipo pigtail por vía abierta y durante el procedimiento quirúrgico se realiza una reparación de una hernia inguinal izquierda. Luego de 2 meses, inicia DPCA con esquema incremental con 3 cambios con dextrosa como agente osmótico (2 con dextrosa al 2.5% y 1 con dextrosa al 1.5%). En el PET se evidenció un promedio rápido transportador. Luego de 12 meses de haber iniciado DPCA, acude al hospital por presentar líquido peritoneal de color blanquecino de aspecto lechoso sin dolor abdominal, se realiza recuento celular de líquido peritoneal con leucocitos de 6 cél./mm<sup>3</sup> y triglicéridos 44 mg/dl. En suero presentaba triglicéridos de 122 mg/dl. Se descartan causas secundarias: el paciente no usaba bloqueantes cálcicos, se descartan procesos neoplásicos mediante estudios de imágenes, y se descarta pancreatitis por presentar amilasa y lipasa normales, definiendo el quiloperitoneo de posible causa idiopática. Se decide reposo peritoneal con transferencia transitoriamente a hemodiálisis y dieta con alto contenido de ácidos grasos de cadena media. Luego de 6 semanas se evidencia mejoría espontánea del color de líquido peritoneal y su fisicoquímico, por lo que retorna a DPCA.

**Conclusión:** Se reporta el caso clínico de una paciente de sexo femenino de 52 años con Enfermedad Renal Crónica probable causa hipertensiva (No biopsiada por atrofia renal en imágenes) quien presenta 12 meses después del inicio de DPCA, quiloperitoneo de causa idiopática, que mejora espontáneamente a las 6 semanas con reposo peritoneal y dieta con alto contenido de ácidos grasos de cadena media.

## **Bacteremia por *Ralstonia pickettii* asociada a cambio de unidad de hemodiálisis en paciente con enfermedad renal crónica: Reporte de un caso.**

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Caso clínico

**Williams César Felizola Díaz**

HRAE ISSSTE Centenario de la Revolución Mexicana, México.

barnada354@gmail.com

Las infecciones nosocomiales por bacterias gramnegativas no fermentadoras, como *Ralstonia pickettii*, representan un desafío clínico, especialmente en pacientes inmunocomprometidos sometidos a hemodiálisis. Se presenta el caso de un hombre de 68 años con Enfermedad Renal Crónica (ERC) en hemodiálisis que desarrolló bacteremia por *R. pickettii* después de recibir tratamiento en una unidad de hemodiálisis diferente a la de su adscripción. El paciente presentó escalofríos, febrícula, estridor laríngeo y disnea. El hemocultivo identificó *R. pickettii* sensible a ceftazidima. El tratamiento con ceftazidima resultó en la resolución de la bacteremia. Este caso subraya la importancia de la vigilancia y el control de infecciones para prevenir la diseminación de *R. pickettii* en unidades de hemodiálisis.

## **Trombofilia hereditaria como factor contribuyente en trombosis de accesos vasculares en hemodiálisis: reporte de caso**

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Caso clínico

**Ilen Corrales**

Davita, Ecuador

ilen.corrales1@davita.com

**Gabriela Tamayo**

Davita Ecuador

**Introducción:** Las complicaciones del acceso vascular (AV) representan una causa frecuente de hospitalización en pacientes en hemodiálisis. La trombosis es una de las más comunes,



generalmente asociada a estenosis y otros factores protrombóticos. El papel de los factores genéticos, como el polimorfismo del inhibidor del activador del plasminógeno (PAI-1) y del fibrinógeno beta (FGB), ha sido objeto de interés reciente.

**Caso clínico:** Paciente femenina de 70 años en hemodiálisis por enfermedad renal crónica secundaria a diabetes mellitus tipo 2. Antecedentes de hipertensión arterial y trombosis venosa previa. Se le confeccionaron múltiples accesos vasculares (entre fistulas arteriovenosas braquiocefálica, braquiobasílica y protésica fémoro-safena), todos con disfunción o trombosis precoz. Actualmente se dializa mediante catéter venoso central tunelizado. Estudios genéticos revelaron polimorfismo del gen FGB y del PAI-1 (variante 4G/5G).

**Discusión:** Diversos estudios han demostrado niveles elevados de PAI-1 en pacientes en hemodiálisis, con una posible asociación entre la variante 4G/5G y mayor riesgo de trombosis. El FGB también ha sido implicado como factor de riesgo cardiovascular. En este caso, la disfunción recurrente de accesos podría atribuirse a una predisposición trombofílica genética, sumada a factores propios de la insuficiencia renal.

**Conclusión:** En pacientes con trombosis repetida del acceso vascular, debe considerarse la evaluación de trombofilias hereditarias. Esto permitiría un abordaje más personalizado para prevenir complicaciones trombóticas y mejorar la sobrevida del acceso.

## Diálisis con albúmina de paso múltiple y recambio plasmático en falla hepática aguda asociada a mieloma múltiple refractario: reporte de caso.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Caso clínico

**Maiko Alejandro Tavera Díaz**

HOSPITAL, Bolivia

taveradiaz@gmail.com

**Fernando Mamani Ochoa**

Univalle, Bolivia

**Annia Aguilar Loayza**

Medico general, Bolivia

**Mariana Salazar Lazarte**

Hospital, Bolivia

**Introducción:** La Falla Hepática Aguda (FHA) constituye un síndrome devastador caracterizado por deterioración rápida de la función hepática en pacientes sin hepatopatía previa, definida por coagulopatía (INR  $\geq 1.5$ ) y encefalopatía en menos de 26 semanas. Su incidencia es de 1-6 casos por millón/año, con mortalidad del 40-80% sin trasplante hepático.

**Reporte de caso:** Presentamos el caso de una paciente femenina de 69 años con mieloma múltiple estadio 2A refractario, quien desarrolló FHA en contexto de shock séptico. Acudió a emergencias con cuadro de 5 días de tos, mialgias, astenia, oliguria, diarrea, malestar general y dolor abdominal. Al ingreso presentaba hipotensión (70/40 mmHg), fiebre (38.7°C), taquicardia (122 lpm), somnolencia e ictericia. La evaluación mostró consolidación pulmonar izquierda, alteraciones hepáticas (bilirrubina 6.2 mg/dL, AST 1250 U/L, ALT 980 U/L, INR 2.3), insuficiencia renal (creatinina 3.4 mg/dL), acidosis metabólica y pancitopenia.

Ingresó a UCI con diagnósticos de shock séptico, SDRA, lesión hepática y renal aguda (KDIGO 3), pancitopenia y mieloma refractario. A las 48 horas desarrolló colecistitis aguda que requirió colecistectomía urgente, complicada por coagulopatía severa y sangrado profuso que necesitó reintervención para hemostasia.

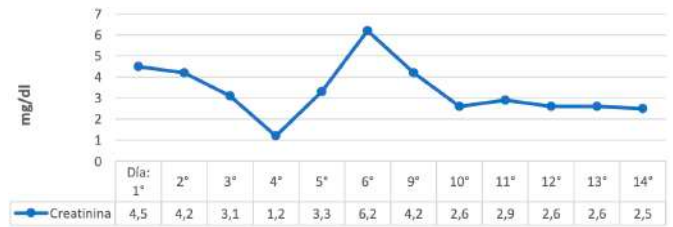
Su evolución posterior mostró mayor inestabilidad hemodinámica requiriendo altas dosis de vasopresores (norepinefrina 1



mcg/kg/min, adrenalina 0.5 mcg/kg/min), deterioro progresivo renal y hepático (creatinina 4.7 mg/dL, bilirrubina 12.5 mg/dL, INR 3.4), persistencia de pancitopenia, acidosis metabólica refractaria y fuga capilar. Se implementaron terapias de soporte extracorpóreo incluyendo diálisis con albúmina de paso múltiple (MARS) y terapia de recambio plasmático, realizándose 3 sesiones con mejoría significativa de parámetros bioquímicos (creatinina final 1.4 mg/dL, AST 120 U/L, ALT 98 U/L). A pesar de la aparente recuperación hepatorenal, al décimo día presentó súbitamente arritmia ventricular maligna refractaria a reanimación, falleciendo la paciente.

**Discusión:** La fisiopatología de la FHA en sepsis incluye alteraciones hemodinámicas con hipoperfusión hepática, respuesta inflamatoria sistémica exacerbada, toxicidad directa por endotoxinas, disfunción mitocondrial y colestasis intrahepática. El mieloma múltiple actuó como factor agravante por inmunosupresión, posible afectación hepática directa o indirecta, y hepatotoxicidad subclínica por quimioterapia previa.

El abordaje terapéutico se basó en tres pilares: tratamiento etiológico (control del foco infeccioso y colecistectomía), soporte multiorgánico (hemodinámico, ventilatorio, metabólico, hematológico) y terapias extracorpóreas (MARS y recambio plasmático).



**Conclusión:** Este caso demuestra que, aun logrando mejoría bioquímica mediante terapias avanzadas, el pronóstico en pacientes con sepsis y comorbilidades graves como neoplasias hematológicas sigue siendo sombrío. Entre las posibles causas de la arritmia fatal destacan alteraciones electrolíticas residuales, miocardiopatía séptica, complicaciones del mieloma (infiltración cardíaca, amiloidosis, hiperviscosidad) y efectos secundarios de las terapias de depuración.

La FHA representa una emergencia médica que requiere diagnóstico precoz, abordaje multidisciplinario y, en casos seleccionados, terapias extracorpóreas como puente a la recuperación o trasplante. Se necesitan más estudios para desarrollar algoritmos terapéuticos específicos para pacientes con neoplasias hematológicas y sepsis.

## Bacteriemia por Staphylococcus aureus con compromiso tiroideo en paciente en hemodiálisis: Reporte de caso.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición  
Concurso E-POSTER  
Caso clínico

**Mayte Fuentes**

Hospital San Martin de La Plata, Argentina.  
geydymaytefuentes@gmail.com

**Noelia Lafuente**

Hospital San Martin de La Plata, Argentina.

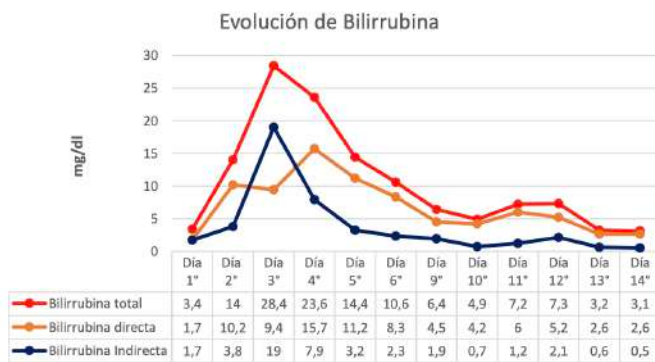
**María Elena Bruzzone**

Hospital San Martin de La Plata, Argentina.

**Silvina Maltas**

Hospital San Martin de La Plata, Argentina.

**Introducción:** Las infecciones en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis son una causa importante de morbimortalidad, siendo Staphylococcus aureus un patógeno frecuente con potencial para generar bacteriemia. Su diseminación a órganos como el corazón, los huesos o los tejidos



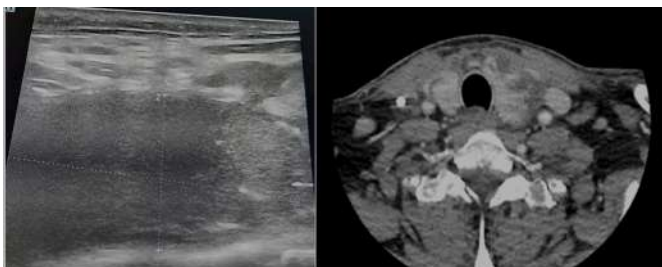
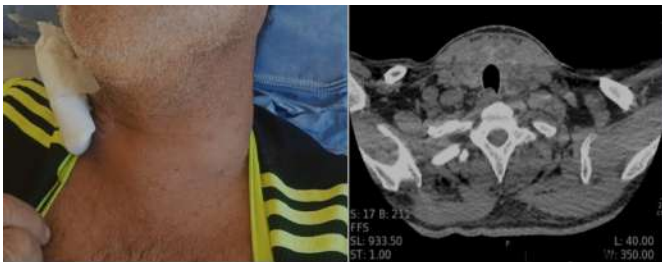


blandos es conocida; sin embargo, el compromiso tiroideo es excepcional.

**Objetivos:** Presentar un caso clínico de bacteriemia por *Staphylococcus aureus* meticilino sensible (SAMS) con afectación tiroidea en un paciente en hemodiálisis trisemanal, destacando su evolución clínica, abordaje diagnóstico y terapéutico.

**Materiales y Métodos:** Paciente masculino de 48 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, infección crónica por VHB y ERC en hemodiálisis, consulta por fiebre, odinofagia y aumento de volumen cervical. Se realizaron estudios clínicos, laboratoriales, de imágenes (ecografía, tomografía cervical) y microbiológicos. Se estableció manejo multidisciplinario con antibioticoterapia dirigida, control metabólico, drenaje quirúrgico y seguimiento especializado.

**Resultados:** Los hemocultivos y el material obtenido por PAAF confirmaron infección por SAMS con compromiso tiroideo y formación incipiente de absceso. El paciente recibió tratamiento con cefazolina, corticoides y propranolol, junto a adecuación del esquema de diálisis y drenaje quirúrgico de la colección. La evolución clínica fue favorable, con cultivos negativos al finalizar el tratamiento antibiótico (6 semanas), normalización de parámetros infecciosos y adecuada tolerancia oral.



**Conclusiones:** La tiroiditis supurativa asociada a bacteriemia por SAMS es una complicación inusual pero potencialmente grave en pacientes en hemodiálisis. El diagnóstico precoz, el abordaje multidisciplinario y la vigilancia estrecha son

fundamentales para lograr una evolución favorable. Este caso representa una contribución valiosa por su rareza y resolución exitosa."

## ¿Debemos utilizar creatina en los pacientes en diálisis?

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Caso clínico

**Ana Guerisoli**

Círculo Católico, Uruguay.

[ana.guerisoli30@gmail.com](mailto:ana.guerisoli30@gmail.com)

**Lucia Bonilla**

Círculo Católico, Uruguay.

**Andres Urrestarazú**

Círculo Católico, Uruguay.

**Xosé González**

Círculo Católico, Uruguay.

**Graciela Baz**

Círculo Católico, Uruguay.

**Introducción:** El uso de monohidrato de creatina no se debe limitar únicamente a deportistas por sus efectos ergogénicos, existiendo evidencia creciente respecto a sus efectos pleiotrópicos en enfermedades neuromusculares, miopatías, neoplasias y diabetes. La relación entre el consumo de creatina y el desarrollo de enfermedad renal a corto o largo plazo no está demostrada. A pesar de ello, la suplementación con creatina es controvertida especialmente en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC). El objetivo del trabajo fue evaluar los efectos de la suplementación con creatina sobre la composición corporal y el impacto en la calidad de vida de una paciente en diálisis.

**Reporte de caso:** Mujer de 49 años, ERC-D en terapia de sustitución renal desde los 6 años. Plan de Hemodiafiltración en línea (HDF-OL). Sin antecedentes de enfermedad oncológica, sin procesos infecciosos o insuficiencia cardíaca. Se inició suplementación con creatina monohidrato Creapure® 3 g/día previo consentimiento informado. Evaluación antropométrica, de la composición corporal con bioimpedancia (Fresenius MCP) y parámetros bioquímicos previos a la suplementación, semanas 4 y 16 (Tablas 1 y 2). Se realizó un cuestionario KDQOL-36™ para la valoración de la calidad de vida. La disminución en la concentración intramuscular de creatina y fosfocreatina en el paciente con ERC se debe a un descenso en su síntesis, restricción proteica (carne roja y pescado), y pérdidas en cada sesión de diálisis. La mejoría en sus niveles aumenta el



contenido energético mitocondrial, favoreciendo la ganancia de fuerza y aumentando la masa magra. La sarcopenia es muy prevalente en la ERC y es un predictor de morbimortalidad y estadía hospitalaria. A partir de la cuarta semana de tratamiento, nuestra paciente experimentó un aumento tanto en la masa muscular como en la masa grasa. Estos cambios están asociados a la suplementación con creatina según diversos estudios. El AMB es considerado uno de los mejores indicadores de la masa muscular magra, y mostró un aumento progresivo superando el estado inicial de desnutrición. Hubo un ascenso discreto en el peso e IMC, sin cambios en la distribución de los volúmenes corporales (Tabla 1, Figura 1). El ascenso en los valores de la creatinina y albúmina plasmática es compatible con un aumento en las reservas proteicas. Los valores de urea, Kt/V y fosforemia se mantuvieron dentro de límites adecuados (Tabla 2). La encuesta KDQOL-36™ es un cuestionario diseñado para evaluar la calidad de vida en personas con ERC. Este instrumento combina elementos generales de salud (componentes físicos y mentales), con aspectos específicos de la enfermedad renal (carga, síntomas y efectos de la ERC), proporcionando una visión integral del bienestar del paciente. Una puntuación más alta refleja una mejor calidad de vida. Según la encuesta, se objetivó una mejora en la calidad de vida, representada por el aumento de las puntuaciones en la gran mayoría de los aspectos antes mencionados (Figura 2). No se registraron efectos adversos gastrointestinales o necesidad de cambios en su plan de HDF durante el seguimiento.

	Semana 0	Semana 4	Semana 16
Peso (Kg)	45,5	45,8	46,5
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	21,3	21,6	21,8
PT (abs / p)	13 / < 5	13 / < 5	13 / < 5
PS (abs / p)	12,5 / <10	14 / 10	15,5 / <50
CB (abs / p)	23,5 / 10	25,5 / <50	26 / <50
AMB (abs / p)	20,2 / <5	21,5 / 5	22 / 10
ACT intracelular (L)	10,4	-	10,5
ACT extracelular (L)	9,3	-	9,4

Medidas antropométricas en centímetros: Valores absolutos (abs) y percentiles (p). IMC: Índice masa corporal. PT (perímetro tricipital), PS (pliegue subescapular), CB (circunferencia del brazo), AMB (área muscular braquial). ACT (agua corporal total medido por bioimpedancia).

Figura 1

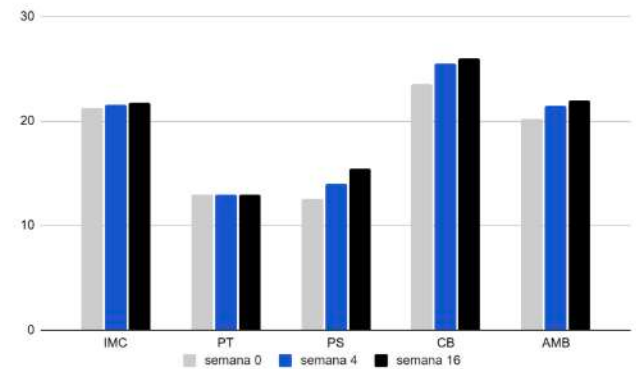


Figura 1. Medidas antropométricas en centímetros: Valores absolutos (abs), PT (perímetro tricipital), PS (pliegue subescapular), CB (circunferencia del brazo), AMB (área muscular braquial).

Tabla 2

	Semana 0	Semana 4	Semana 16
Creatinemia (mg/dL)	8,9	10	11
Albúmina (g/dL)	3,8	4,1	4,1
Urea (g/l)	1,18	1,6	1,62
Kt/V	1,95	1,87	1,64
Fósforo (mg/dl)	3,2	4,5	5,8

Figura 2

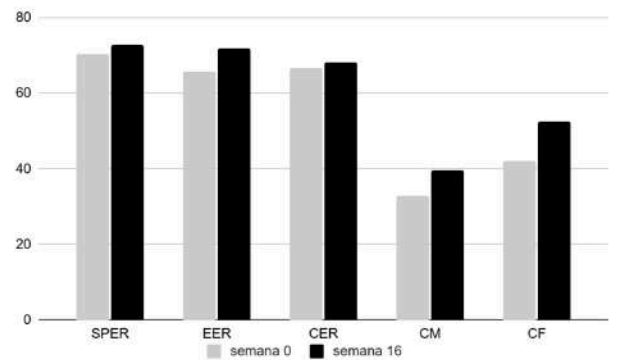


Figura 2. Resultados encuesta KDQOL-36. SEPR (síntomas y problemas de la ERC), EER (efectos de la ERC), CER (carga de la ERC), CM (carga mental), CF (carga física).

**Conclusión:** El consumo de creatina se asoció con un aumento de la masa muscular y grasa, redujo los síntomas vinculados a la ERC, mejorando su calidad de vida. La suplementación con creatina podría contribuir a mejorar la sarcopenia en pacientes con ERC-D, disminuyendo la morbimortalidad. Se requieren estudios con mayor número de pacientes para validar estos hallazgos.

Referencias:



1. David Garrido, et al. Patients on hemodialysis programs: A multicenter cross-sectional study. REV SEN [Internet]. 2025 Mar ;13(2):91-7. Doi: <https://doi.org/10.56867/106>
  2. Alemán-Iñiguez JM, Alemán-Iñiguez PJ. Lumbalgia atípica por plasmocitoma óseo solitario coexistente con absceso de psoas: dos entidades distintas en una misma localización. Rev Hematol Mex 2014; 15 (3): 129-136. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=52627>
  3. Alemán-Iñiguez J, Alemán-Iñiguez P. Higher prevalence of diabetic peripheral neuropathy associated with secondary hyperparathyroidism. Endocrinol Insights (2023) 18 (3-4): 143–148. <https://doi.org/10.26497/AO210011>
- 

## Nota del Editor

REV SEN se mantiene neutral con respecto a los reclamos jurisdiccionales sobre mapas publicados y afiliaciones institucionales.

---