

SOS Amenaza Lambda

Mario Blázquez Cosme, Tania Álvarez Kowolsky, Ángela Atochero Ballesteros, Salvador Fernández Gutierrez, Lucía López Rodríguez, Cristina González Amor

Hospital Universitario de Torrejón. Madrid. España

Introducción:

El mieloma múltiple (MM) consiste en la proliferación clonar de células plasmáticas que produce de forma descontrolada cantidades variables de Ig o sus cadenas (pesadas o ligeras), éstas quedan circulantes en sangre en forma de cadenas ligeras libres (CLL) y pueden eliminarse por la orina (proteinuria de bence-jones).

A nivel intratubular pueden producir fallo renal (nefropatía por cilindros, NC). Su incidencia es de 40/1.000.000 hab/año.

La IRA ocurre en un 50% de casos de MM, y el 10% va a terminar necesitando diálisis.

La NC ocurre en un 40/60% y ocasiona FRA en un 12/20%.

En base a esto se nos presentó en el hospital el caso siguiente:

Mujer de 71 años en seguimiento en hematología por MM IgG lambda en tratamiento quimioterápico para pacientes > de 65 años no candidata a trasplante.

Acude a recibir su octavo ciclo de quimioterapia y en analítica presenta IRA con creatinina de 4,6 mg/dl y urea de 109 mg/dl. Se decide ingreso para estudio.

JC: progresión de su enfermedad vs toxicidad farmacológica vs FRA prerrenal

Tras la valoración conjunta de hematología y nefrología, se descarta con eco el origen prerrenal, le retiran el tratamiento nefrotóxico y se detecta proteinuria de bence-jones.

JC final: necrosis tubular aguda establecida no oligúrica secundaria a depósito de cadenas ligeras. Se inicia 2ª línea de tratamiento sirviendo de apoyo la hemodiálisis de larga duración con filtros de alto cut-off (theralite).

Objetivo:

Valorar la importancia de un equipo multidisciplinar en la prevención de la IRC causada por la liberación de cadenas ligeras libres (CLL) provocada por cadenas lambda.

Material y Método:

Tras la colocación del catéter venoso central por parte de medicina intensiva y gracias a la colaboración entre los equipos multidisciplinares se inicia tratamiento de hemodiálisis, desarrollado por el equipo de enfermería. Dicho tratamiento se ejecuta con la siguiente pauta: HD convencional, con monitor 5008, dializador THERALITE, con pauta de heparina sódica al 1% inicial de 3000 ui y 1000/500 ui horaria durante 8 horas a flujo de 250 ml/min.

Se realiza analítica pre y post hemodiálisis para ajuste de electrolitos en el ácido (k 3 y Ca 2.5) al que se añadía fosfato monosódico, según necesidad y reposición de sulfato de Mg y albumina en la última hora de diálisis.

Tras 10 días de tratamiento la paciente se mantiene analíticamente estable evitando un FRA así como la entrada en IRC, gracias al seguimiento de todos los equipos implicados siendo dada de alta del servicio de nefrología.

Actualmente, la paciente continúa su tratamiento de quimioterapia con una vigilancia estrecha por parte de nefrología.

Resultados:

La eliminación de las CLL con hemodiálisis larga con filtros de alto cut-off junto con el tratamiento de quimioterapia ha evitado en nuestra paciente llegar a IRC mejorando su supervivencia.

Conclusión:

-El diagnóstico y tratamiento precoz interdisciplinar previene la IRC en el mieloma múltiple.

-La sincronización del equipo multidisciplinar optimiza la eficacia y eficiencia de los recursos sanitarios.