

XXXVIII REUNIÓ ANUAL

SOCIETAT CATALANA DE NEFROLOGIA

26 i 27 de maig de 2022

Universitat Pompeu Fabra
Barcelona School of Management
Auditori, Edifici Balmes



Toxicidad medular farmacológica en un paciente en programa de hemodiálisis

Jorge Mario Alfonso Julia; Anna Saurina Sole; Diana Oleas Vega; Vicent Esteve Simo; Irati Tapia Gonzalez; Monica Pou Potau; Veronica Duarte Gallego; Fatima Moreno Guzman; Maria Isabel Bolos Contador; Manel Ramirez De Arellano Serna
Servicio de Nefrología del Hospital de Terrassa

Introducción:

Los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) y en especial aquellos con ERC avanzada y/o en tratamiento sustitutivo renal (TSR), presentan un riesgo elevado para el desarrollo de toxicidad farmacológica. Describimos el caso de un paciente de 85 años con ERC G3 (Cr 147 mmol/L, FG 38 ml/min), HTA, dislipemia, neoplasia urotelial y polimialgia reumática (que requiere tratamiento con prednisona 10mg/24h para control de síntomas y metotrexate 15mg/sem como ahorrador de corticoides).

Durante ingreso hospitalario por cuadro séptico desarrolla lesión renal aguda de etiología multifactorial precisando de TSR, motivo por el cual se suspende el tratamiento con metotrexate. No recupera función renal y entra en programa de hemodiálisis crónica,

Posteriormente presenta agudización de su enfermedad inflamatoria con elevación de PCR, VSG, así como artromialgias muy limitantes que no respondió a analgesia ascendente y tratamiento con prednisona. Se reintroduce tratamiento con metotrexate, 50% de dosis habitual (recibe una única dosis de 7.5mg) y a las 24h de la misma desarrolla toxicidad medular grave que se manifiesta clínicamente como mucositis severa que imposibilita nutrición enteral por dolor y sangrado de mucosas. Analíticamente pancitopenia con Hemoglobina de 7.9 g/dL, Leucocitos $3.4 \times 10^9/L$ y Plaquetas $20 \times 10^9/L$. Se descarta infección intercurrente mediante hemocultivos y TAC toraco-abdominal. El paciente precisó colocación de catéter central periférico para nutrición parenteral, aumentar dosis de corticoides, tratamiento suplementario con ácido folínico y múltiples transfusiones sanguíneas. La evolución posterior es favorable con recuperación de las 3 series y mejoría clínica.

Conclusiones:

La pérdida de la función renal obliga a realizar una valoración integral del tratamiento del enfermo, ajuste de dosis de fármacos, revisión de potenciales interacciones e incluso suspensión o cambio de drogas potencialmente tóxicas. En nuestro paciente la administración de una única de metotrexate pudo desencadenar complicaciones potencialmente mortales.