

Tabla 1

	Pretrasplante	Postrasplante	Al ingreso	Al alta
Triglicéridos	186	165	306	169
Colesterol total	204	239		247
Albumina	3.680	—	—	—
Calcio	9,8	10	10	10,3
Fósforo	4,4	2,1	2,3	2,9
Producto Ca × P	43,12	21	23	29,87
PTH	288	144	137	
Dosis de Hierro iv	No, en el último mes	—	—	—
Ferritina	936	990	—	—
Diabetes	Si	Si	Si	Si
Tratamiento	Fosrenol 750 mg/ 8 h	—	—	Mimpara 60 mg Tiosulfato sódico 25%12,5 g (3 días/semana)

iv: vía intravenosa.

Coma hiperosmolar: sospecha y actitud terapéutica[☆]

Hyperosmolar coma: diagnostic suspicion and therapeutic approach

Koma hiperosmolarra: susmoa eta jarrera terapeutikoa

S. Director:

La intoxicación por metanol es poco frecuente pero de una gran morbimortalidad, por lo que el diagnóstico y el tratamiento temprano son fundamentales en la evolución de estos pacientes.

[☆]Comunicaciones de los médicos residentes a la Sociedad Norte de Nefrología. Noviembre, 2008. Pamplona. Coordinador: Nuria García.

Presentamos el caso de una mujer de 59 años, bebedora activa, con antecedentes de cirrosis OH Child A y síndrome depresivo, trasladada a la unidad de cuidados intensivos de nuestro hospital desde el Hospital de Mendara, con el diagnóstico de fracaso multiorgánico por descompensación hepática secundaria a intoxicación por etanol frente a sepsis. A su llegada, se objetivó un importante deterioro neurológico asociado a acidosis metabólica severa con GAP aniónico y osmolar muy elevado, por lo que se inició tratamiento empírico con etanol y HDFVV ante la sospecha de intoxicación por metanol.

M. Porto-Bujía

Servicio de Nefrología, Hospital de Cruces, Baracaldo, Vizcaya, España

Correo electrónico: josejulian.ocharancorcuera@osakidetza.net

Técnica de HDFVVC en paciente sometido a trasplante de médula ósea[☆]

Continuous venovenous hemodiafiltration in a patient undergoing bone marrow transplantation

HDFVVC teknika, hezur-muineko transplantea duten gaixoetan

S. Director:

Presentamos el caso de un varón de 63 años, hipertenso de años de evolución, sin tratamiento farmacológico, fumador

[☆]Comunicaciones de los médicos residentes a la Sociedad Norte de Nefrología. Noviembre, 2008. Pamplona. Coordinador: Nuria García.

y bebedor moderado. Episodio de cólico nefrítico hace 20 años sin otros antecedentes de interés.

Ingresa en diciembre del año 2006 por insuficiencia renal severa de causa no filiada y se realizó hemodiálisis urgente. Tras objetivarse proteinuria de Bence-Jones positiva con cadenas Kappa 288 mg/dl y banda monoclonal IgA 1,89, se realizó un aspirado de médula ósea y se confirmó el diagnóstico de mieloma múltiple de Bence Jones (+), con infiltración plasmocitaria de médula ósea > 70%. En la serie ósea se observó una lesión lítica en 7.ª costilla sacra derecha y en el cráneo, sugestivas de afectación ósea por mieloma.

Se mantuvo la terapia renal sustitutiva con hemodiálisis a días alternos, presentando una aclaramiento de creatinina de 4,8 ml/min y función renal residual (1.000 ml/24 h).

Se inició tratamiento con dexametasona, seguido de ciclos de quimioterapia tipo VAD. Tras el cuarto ciclo presentó una respuesta parcial a nivel hematológico (descenso de ca-