

TÍTULO:

CALCIFILAXIS EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS..

Autores:

Julen Ocharan-Corcuera

María del Carmen Natalia Espinosa-Furlong

Centro:

1.- Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Bizkaia. España.

2.- IMSS. Ciudad de México. México.

Correo electrónico: julenocharan@yahoo.es



Resumen:

Consiste en la aparición de calcificaciones extensas en las arterias de pequeño y mediano calibre debidas a un hiperparatiroidismo secundario severo e hiperfosforemia marcada. Clínicamente se manifiesta por la aparición de placas eritematosas violáceas (livedo racemosa) intensamente dolorosas, con necrosis central que luego evoluciona a úlcera profunda con tendencia al crecimiento y extensión. El tratamiento es la paratiroidectomía urgente.

Palabras clave:

Calcifilaxis. Hiperfosforemia. Hiperparatiroidismo. Paratiroidectomía. Úlcera.



CALCIFILAXIS EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS.

Consiste en la aparición de calcificaciones extensas en las arterias de pequeño y mediano calibre debidas a un hiperparatiroidismo secundario severo e hiperfosforemia marcada. Clínicamente se manifiesta por la aparición de placas eritematosas violáceas (livedo racemosa) intensamente dolorosas, con necrosis central que luego evoluciona a úlcera profunda con tendencia al crecimiento y extensión. La localización preferente es en los miembros inferiores de forma bilateral, aunque asimétrica, así como en otras zonas acras. La evolución es rápidamente fatal por sepsis o gangrena progresiva. Si existen dudas diagnósticas, una biopsia de piel afecta mostrará depósitos masivos de calcio a nivel arteriolar. El tratamiento es la paratiroidectomía urgente. Mientras se puede realizar es fundamental el control estricto de la fosforeigurosmia, que se llevará a cabo mediante diálisis intensiva con baño bajo en calcio y uso amplio de quelantes no cálcicos. Se emplearán, además, vasodilatadores, analgésicos, heparina y antibióticos. Si la cirugía está contraindicada, puede ensayarse la frenación de la PTH con calcitriol i.vi. (Calcijex®, 2ug postdiálisis) previo control riguroso de la fosforemia asociado de proteína S que evolucionó satisfactoriamente con el uso de heparina de bajo peso molecular (Faxiparina®, 15,000 U Axa Instituto Choay/ 24 horas) sin paratiroidectomía. También se han implicado como factores coadyuvantes el déficit adquirido de proteína C y el uso de carbonato cálcico como quelante.



Bibliografía:

- 1.- Haag-Weber M, Hörl WH. Uremia and infection: mechanisms of impaired cellular host defense. *Nephron*. 1993; 63: 125-31.
- 2.- Gupta KL, Radotta BD, Sakhuja V, Banerjee AK, Chugh KS. Mucormycosis in patients with renal failure. *Renal Failure*. 1990; 11: 195-9.
- 3.- Marigliano N, Covarsi A, Novillo R, Gómez-Martino JR. Piomiositis en hemodiálisis. Una complicación poco frecuente. *Nefrología*. 1995; 15: 88-9.
- 4.- Kessler M, Hoen B, Mayeux D, Hestin D, Fontenaille CH. Bacteremia in patients on chronic hemodialysis. *Nephron*. 1993; 64: 95-100.
- 5.- Mylotte JM, Aeschliman JR, Rotella DL. Staphylococcus aureus bacteremia. Factors predicting hospital mortality. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 1996; 17: 165-8.
- 6.- Flaherty JP, Garcia-Houchins S, Chudy R, Arnow PM. An outbreak of gram-negative bacteremia traced to contaminated o-rings in reprocessed dialyzers. *Ann Intern Med*. 1993; 119: 1072-8.
- 7.- Levin A, Mason AJ, Jindal KK, Fong IW, Goldstein MB. Prevention of hemodialysis subclavian vein catheter infections by topical povidone-iodine. *Kidney Int*. 1991; 40: 934-8.
- 8.- Mermel LA. Prevención de infecciones asociadas a catéteres intravasculares. *Infectious Diseases in Clinical Practice*. Ed Esp. 2: 53-60.
- 9.- Mansfield PF, Hohn DC, Fornage BD, Gregurich MA, Ota DM. Complications and failures of subclavian-vein catheterization. *N Engl J Med*. 1994; 331: 1735-8.



- 10.- Hung KY, Tsai TJ, Yen CJ, Yen TS. Infection associated with double lumen catheterization for temporary haemodialysis: experience of 168 cases. *Nephron Dial Transplant*. 1995; 10: 247-51.
- 11.- Capdevilla JA, Segarra A, Planes AM, et al. Sucesful treatment of haemodialysis catheter-related sepsis without catheter removal. *Nephron Dial Transplant*. 1993; 8: 231-4.
- 12.- Ramos B, Arqué JM, Calvar C, Fernandez-Gallego J, Valera A, Lopez de Novales E. Catéter de doble luz con túnel subcutáneo para hemodiálisis crónicas. *Nefrología*. 1992; 12: 143-8.
- 13.- Fridkin SK, Pear SM, Williamson TH, Galgiani JN, Jarvis WR. The role of understaffing in central venous catheter-associated bloodstream infctions. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 1996; 17: 150-8.
- 14.- Chaudhry A, Stone WJ, Breyer JA. Occurrence of pyuria and bacteriuria in asymptomatic hemodialysis patients. *Am J Kidney Dis*. 1983; 21: 180-3.
- 15.- Mathews M, Shen FH, Lindner A, Sherrard DJ. Septic arthritis in hemodialyzed patients, *Nephron*. 1980; 25: 87-91.

