

PROTOCOLO DE HEMODIÁLISIS DE HIGH CUT-OFF PARA EL MANEJO DEL MIELOMA MÚLTIPLE, ¿EL UMBRAL DE 500MG/L DE CADENAS LIGERAS ES EL INDICADO?

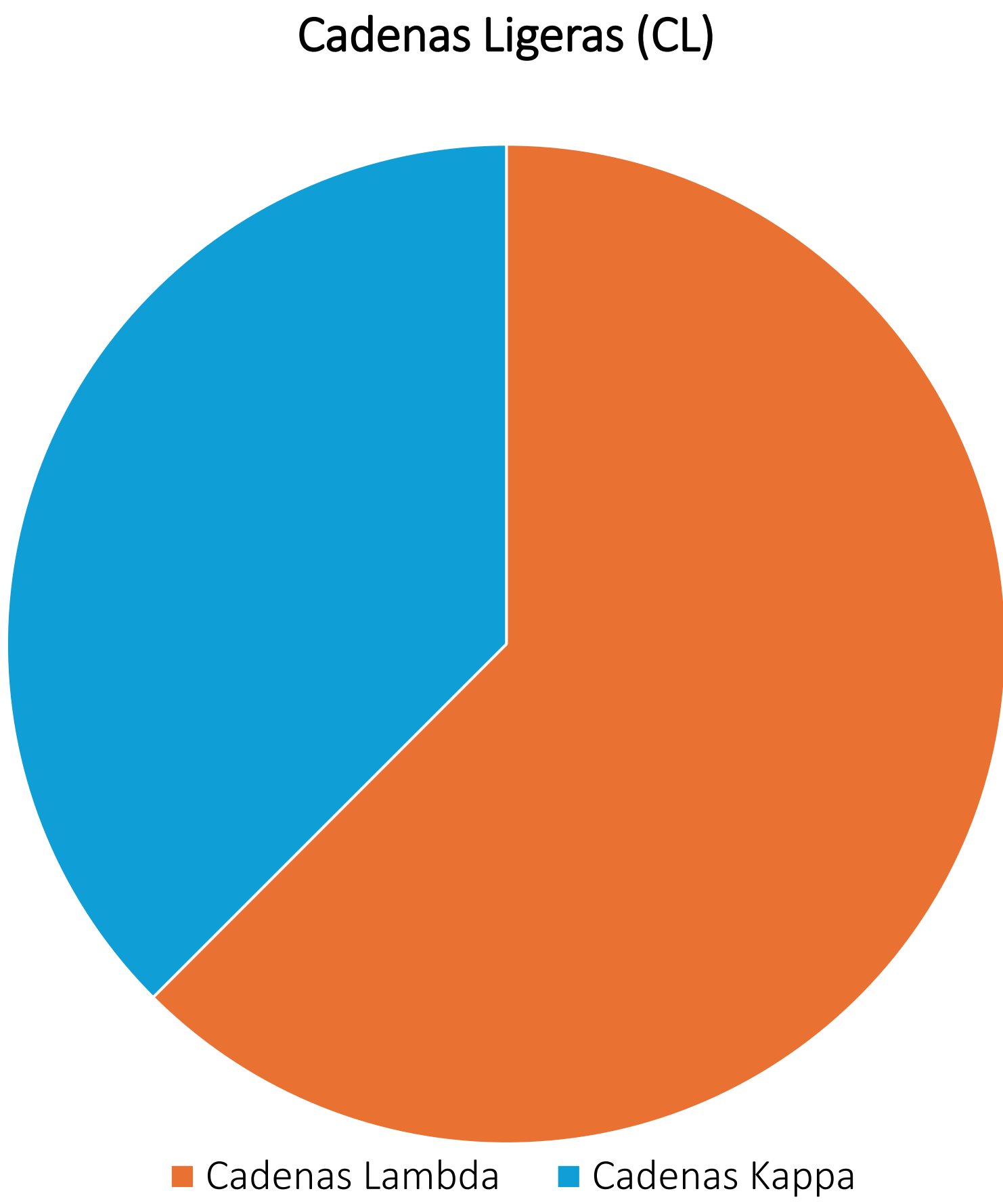
ND. Valencia Morales*; AR. Vallejos Núñez*; RK. Loayza López*; YY. Ruíz Durán*; KI. Membreño Blandón*; JJ. Muñoz López*; ML. Martín Conde*. Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida.

INTRODUCCIÓN

El fracaso renal agudo (FRA) incrementa la morbi-mortalidad en pacientes con mieloma múltiple (MM). Los efectos beneficiosos a nivel clínico y pronóstico de la hemodiálisis de high cut-off (HD-HCO) no han sido probados. El objetivo fue valorar la aplicación de un protocolo de HD-HCO, utilizado en una serie de pacientes con diagnóstico de MM con conteaje de cadenas ligeras (CL) en sangre >500mg/L. Se instauraron sesiones de HD-CHO de 6 horas con recambio de filtro y control analítico a mitad de sesión.

Creatinina basal (mg/dl)	FG basal (mL/min)	CAC basal (mg/g)	CPC basal (mg/g)	Tipo Cadena Pesada	Tipo Cadena Ligera
1,95	34			Ninguna	Lambda
99	99			IgD	Kappa
1,24	59	17		IgA	Lambda
1,26	56			IgG	Lambda
2,7	14			IgG	Lambda
2,5	21	900	1047	IgG	Kappa
0,98	73		80,9	Ninguna	Lambda
0,82	69			IgG	Kappa

TABLA Nº1. Características analíticas basales y tipo de Componente Monoclonal.



RESULTADOS:

Se obtuvieron 8 casos, 62,5% hombres, 37,5% diabéticos, 87,5% hipertensos, 50% presentaba ERC previa (37,5% estadio 3) con FG basal promedio 46,57ml/min; media de edad 62,8 años. El 65,5% presentó monoclonalidad para cadena lambda siendo IgG la cadena pesada más frecuente (50%) (Tabla Nº1-2). El promedio de CL séricas al diagnóstico fue de 4040,25mg/L. El porcentaje de células plasmáticas monoclonales en médula ósea se encontró entre un 9,28% a 56%. En el debut, todos los pacientes presentaron FRA, media de creatinina pico de 6,68mg/dl, el 50% presentó criterios de HD inmediatos.

CONCLUSIONES

La HD-HCO es eficiente para la depuración de CL siendo necesario el inicio concomitante de QT para mejorar el pronóstico vital. Se requiere realizar estudios más extensos para analizar la eficacia de implantar este protocolo con un corte de CL de >500mg/L.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo unicéntrico, se analizaron las características clínicas y demográficas, tipo de componente monoclonal, tipo de CL, cantidad de sesiones de HD-HCO, tiempo para la instauración del tratamiento, necesidades de TRS, realización o no de biopsia renal y sus hallazgos anatomopatológicos.

CM Debut (mg/l)	CP Anormales MO (%)	Criterios de TRS debut	Número sesiones HD-HCO	HD crónica	Bx renal
7532,00	43,00	NO	6	NO	SI
2798,00	56,00	NO	7	NO	SI
5088,00	21,00	SI	12	SI	NO
1244,00	20,00	NO	13	Exitus	SI
611,00	30,00	SI	11	NO	NO
1230,00	15,00	SI	5	NO	NO
136000,00	9,28	NO	4	Exitus	NO
219,00	21,80	SI	5	SI	SI

TABLA Nº2. Características analíticas debut y tratamiento depurativo. Componente Monoclonal (CM); Células Plasmáticas (CP); Terapia Renal Sustitutiva (TRS); Hemodiálisis (HD); Hemodiálisis de High Cut Off (HD-HCO); Biopsia (Bx).

RESULTADOS:

La media de sesiones de HD-HCO fue de 7,86 en un periodo de 12,5 días, todos los pacientes consiguieron CL <500mg/l, tras lo cual, se concluyeron las sesiones de HD-HCO, a excepción de 1 paciente que falleció por una sepsis por bacteremia de origen urinario. La quimioterapia(QT) más utilizada fue: bortezomib + daratumumab + corticoides, en el 50% de casos. Tras el tratamiento, el 50% no requirió HD crónica, con respuesta hematológica completa el 12,% y parcial el 24%. AL momento de la revisión, el 37,5% habría fallecido por infecciones graves. En el 50% se realizó biopsia renal con hallazgo en riñón del MM en todas ellas, asociado a GNMP secundaria al CM asociada a NTIA por lenalidomida en un caso.

