



Sr. editor:

Con respecto al caso clínico presentado en el número de noviembre, con el título "Lesión renal rápidamente progresiva como presentación de necrosis tubular aguda de origen incierto en un maratonista: Diagnóstico diferencial no siempre sencillo", cabe resaltar que el ejercicio extenuante en conjunto con el uso de analgésicos no esteroideos, en especial el ibuprofeno, sí está descrito como una causa de necrosis tubular aguda, y se presentan varios casos en la literatura, que cursan con dolor en la espalda, en muchos casos y síntomas inespecíficos, como cefalea, cansancio, náuseas o incluso elevaciones térmicas¹⁻⁶. Sería importante mencionar en este caso qué analgésicos no esteroideos estuvo consumiendo el paciente previo al desarrollo de su cuadro.

En el caso de los pacientes con riesgo o con lesión renal aguda ya diagnosticada es primordial ofrecer medidas de nefroprotección de acuerdo a las guías actuales, de manera secuencial de acuerdo con la gravedad de la lesión, iniciando en los pacientes con riesgo al eliminar agentes nefrotóxicos siempre que sea posible, asegurar volúmenes y presiones de perfusión, monitorización hemodinámica, monitorizar creatinina sérica y uresis, evitar hiperglucemia, y evitar medios de contraste radiológicos, en el estadio 1, iniciar protocolos diagnósticos no invasivos y considerar los invasivos, en el estadio 2 modificar dosis de fármacos, considerar terapia de reemplazo renal y considerar ingreso a UCI; finalmente, en el grado 3 evitar el uso de accesos vasculares subclavios⁷; el seguir este tipo de protocolos nos permite conservar en gran medida la función renal y evitar la progresión de la gran mayoría de las lesiones.

Extraído de la guía británica para púrpura trombocitoénica trombótica, en el caso de la microangiopatía trombótica, si bien solo un 20 a 30% presentarán la pentada clásica con esquistocitos, deshidrogenasa láctica elevada, hiperbilirrubinemia indirecta y trombocitopenia que no tenga otra causa evidente⁸. El uso del intercambio de plasma (no infusión de plasma) en caso de que el ADAMTS 13 tenga una actividad menor al 10%, a diferencia del paciente que cursó con una actividad de 115%⁹.

Resulta un poco confuso que pese a la aproximación

integral que se le dio, no se siguieran de manera adecuada los protocolos establecidos para el manejo de este tipo de pacientes, ni que se llevara a cabo una adecuada revisión de la bibliografía, pese a tratarse de un caso de interés por su aparente rareza. Si es que se descartó el síndrome de lesión renal aguda con dolor severo de espalda inducida por ejercicio, sería importante saber el protocolo que se llevó a cabo para descartar este cuadro, que coincide con el caso de manera casi perfecta.

Así mismo aclarar por qué el manejo fue dado pese a no contar con criterios para el mismo.

Dr. Ernesto Arriaga Morales

Especialista en Medicina de Urgencias, egresado del Hospital Juárez de México. Médico Adscrito al Servicio de Urgencias del Hospital San Ángel Inn Patriotismo. Ciudad de México, México.

REFERENCIAS

1. Sanders L. Exercise-induced acute renal failure associated with ibuprofen, hydrochlorothiazide, and triamterene. 2017. [Consultado: 27 noviembre 2017]. Disponible en: <http://jasn.asnjournals.org/content/5/12/2020.long>
2. Ohta T, Sakano T, Igarashi T, Itami N, Ogawa T. Exercise-induced acute renal failure associated with renal hypouricaemia: results of a questionnaire-based survey in Japan. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2004;19(6):1447-53.
3. Oh K, Lee H, Lee J, Chung W, Lee J, Kim S, et al. Reversible renal vasoconstriction in a patient with acute renal failure after exercise. *Clinical Nephrology*. 2006;66(10):297-301.
4. Ishikawa I. Exercise-induced acute renal failure (ALPE: Acute renal failure with severe Loin pain and Patchy renal ischemia after anaerobic Exercise). *Gout and nucleic acid metabolism*. 2010;34(2):145-57.
5. Ohta T, Sakano T, Igarashi T, Itami N, Ogawa T. Exercise-induced acute renal failure associated with renal hypouricaemia: results of a questionnaire-based survey in Japan. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2004;19(6):1447-53.
6. Hamilton R. Acute Tubular Necrosis Caused by Exercise-Induced Myoglobinuria. *Annals of Internal Medicine*. 1972;77(1):77.
7. Khwaja A. KDIGO Clinical Practice Guidelines for Acute Kidney Injury. *Nephron*. 2012;120(4):c179-c184.
8. Scully M, Hunt B, Benjamin S, Liesner R, Rose P, Peyvandi F, et al. Guidelines on the diagnosis and management of thrombotic thrombocytopenic purpura and other thrombotic microangiopathies. *British Journal of Haematology*. 2012;158(3):323-35.
9. Shah N, Rutherford C, Matevosyan K, Shen Y, Sarode R. Role of ADAMTS13 in the management of thrombotic microangiopathies including thrombotic thrombocytopenic purpura (TTP). *British Journal of Haematology*. 2013;163(4):514-9.