



<https://www.revclinesp.es>

V-194. - USO DE TOLVAPTÁN EN HIPONATREMIA SINTOMÁTICA EN PACIENTES CIRRÓTICOS

S. Piedrabuena García, I. Rodríguez Goncer, E. García Delgado, J. Ruiz Galiana

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Móstoles. Móstoles (Madrid).

Resumen

Objetivos: Describir características clínicas y epidemiológicas de pacientes con hepatopatía crónica, en los que se ha utilizado tolvaptan en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Móstoles. Valorar la respuesta de la natremia a los 4, 7 y 30 días tras la administración de tolvaptan, así como la recurrencia de la hiponatremia tras la suspensión del fármaco y la existencia de reacciones adversas.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de 7 pacientes, de los cuales 4 son varones, con hiponatremia hipoosmolar sintomática asociada a descompensación hidrópica a los que se administró tolvaptan desde enero de 2011 hasta abril de 2013. La edad media fue 59,71 años. Se administra tolvaptan en dosis de 15 a 30 mg diarios. Según la etiología de la hepatopatía: 3 tuvieron hepatopatía secundaria a VHC, 3 de origen enólico y 1 de origen no filiado. Con respecto a escala CHILD, grado C en el 71,4% de los pacientes estudiados y B en el resto. La creatinina media al inicio de tratamiento fue 1,3. Durante el ingreso en el que es iniciado el fármaco fallecen 3 pacientes. Las causas de muerte fueron: fracaso multiorgánico con fracaso renal agudo multifactorial; endocarditis bacteriana en el contexto de bacteriemia nosocomial en ingreso prolongado con múltiples complicaciones y shock séptico respiratorio secundario a neumonía aspirativa en el contexto de encefalopatía hepática. En los pacientes fallecidos la creatinina media fue 1,8.

Resultados: La natremia media al inicio del cuadro fue 120, a los 4 días del inicio del tratamiento con tolvaptan 123,8; a los 7 días 129,8 y en los pacientes en los que el tratamiento duró hasta 30 días 136. No hubo recurrencia de la hiponatremia a la semana de la retirada de fármaco. La recogida de datos sobre los efectos adversos al tratamiento es limitada al tratarse de un estudio retrospectivo, no obstante en tres de nuestros pacientes se produce sed que no fue tan severa como para justificar la suspensión del tratamiento. No se documentan otros efectos secundarios.

Discusión: La hiponatremia en cirróticos ha demostrado ser un dato ominoso de mal pronóstico en pacientes con complicaciones de cirrosis hepática avanzada. El uso de diuréticos acuaréticos como el tolvaptan ha demostrado un efecto beneficioso significativo para el tratamiento de la hiponatremia sintomática en pacientes con descompensación hidrópica en varios estudios publicados. Sin embargo en estudios donde se valora beneficio en la morbi-mortalidad de estos pacientes con el uso de estos fármacos no se ha demostrado una mejoría significativa. En nuestra experiencia, el tratamiento con tolvaptan aumenta las cifras de sodio de forma considerable normalizando los valores a los 30 días del inicio del tratamiento. La mortalidad en nuestros pacientes es alta dado que son pacientes con mucha comorbilidad, hepatopatía grave e hiponatremia muy severa casi siempre en el contexto de ascitis refractaria a diuréticos con insuficiencia renal asociada. La media de la natremia al inicio del tratamiento en los pacientes que fallecen es de 118. También la función

renal media está más deteriorada en los pacientes que fallecen. No se evidencian datos de recurrencia a la semana de suspender el tratamiento en los 3 pacientes en los que se mantiene el tratamiento durante 30 días.

Conclusiones: Es importante tener en cuenta que el uso de estos agentes se caracteriza por dificultades en la tolerancia del paciente, el gasto y la eficacia limitada. En nuestra serie el fármaco es bien tolerado y corrige la hiponatremia, a pesar de lo cual el desenlace final es fatal en 3 de nuestros pacientes. Las escalas de severidad de la hepatopatía crónica habituales no miden la variable natremia, lo que puede plantear nuevas modificaciones de las mismas incluyéndola como factor de mal pronóstico.