



## Principio Activo

Cisplatino

## Marca

Cisplatino Vial 10.50 y 100 mg

## Clase

Compuestos de Platino Inhibidores síntesis DNA

## Indicación

Ovario, pulmón microcítico y no microcítico, éls, escamosas de cabeza y cuello, testículo y vejiga

## Dosis

20-100 mg/m<sup>2</sup> pautas variables según protocolos

## Dosis Renal

FGe 46-60: bajar dosis un 25%  
FGe 10-45: bajar 50%  
HD: bajar 50% y dar post sesión  
CAPD: bajar 50%  
CRRT: bajar 25%

## Nefrotoxicidad

Provoca daño celular sobre todo en el segmento S3 del TP (Anatomía patológica: vacuolización del citoplasma, dilatación tubular, núcleos picnóticos, degeneración hidrópica), pero también a nivel de AH, TD y vasos (mecanismo dependiente de stress de retículo endoplásmico, disfunción mitocondrial, daño a nivel del DNA nuclear: ver imagen). Las vías finales del daño son la muerte celular por apoptosis y la inflamación dependiente del TNF alfa y otras citoquinas. Provoca un 20-30% de nefrotoxicidad, incluso tras una dosis única. Puede haber un FRA típicamente no oligúrico entre 3-5 días de la administración del fármaco. Puede darse lesión aguda con dosis superiores a 60 mg/m<sup>2</sup> por ciclo o con dosis acumuladas mayores de 300 mg/m<sup>2</sup>.

En pacientes con reserva funcional renal amplia podemos no encontrar aumento de creatinina en los primeros días, pero sí aumento de otros marcadores de daño renal (KIM-1).

Podemos encontrar:

- NTA. Daño vascular** (isquemia tubular, MAT),
- tubulopatía proximal tipo Fanconi**,
- descenso del FG** (suele recuperarse entre 1-4 semanas pero cerca de un 3% es grave, en rango de ERC G4),
- proteinuria tubular** (en torno a 0,5 gr/d),
- Hiponatremia** que puede determinar hipotensión ortostática en el contexto de sde. pierde sal (suele recuperarse en semanas) y/o SIADH,
- hipomagnesemia** (por encima de un 40%), que determina hipopotasemia, ATR distal, hipocalcemia, hipofosforemia y a medio/largo plazo: **fibrosis intersticial**.

En la serie de Latcha (2016), estudio retrospectivo sobre 859 pacientes que tuvieron una supervivencia al menos de 5 años se comprobó un descenso del FGe medio de 10 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>.

Mayor riesgo en (Matwani J Oncol Nephrol 2018): mayores de 60 años, dosis no fraccionada y mayor de 100 mg, HTA, hipoalbuminemia (

## Plan