

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Estenosis severa de arteria renal derecha

Romero Ramirez E¹, de la Cruz Serís-Granier C², Rivas del Valle PA³

¹FEA Nefrología en Hospital Punta Europa.

²MIR 2º año de MFyC. Hospital Punta Europa. Algeciras (Cádiz)

³Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Complejo Hospitalario de Granada

CORRESPONDENCIA

Esther Romero Ramirez

E-mail: eromeroramirez@gmail.com

Recibido el 07-11-2016; aceptado para publicación el 03/02/2017
Med fam Andal. 2017; 2: 182-185

RESUMEN

La prevalencia de la hipertensión arterial oscila en torno al 30%, si bien la hipertensión secundaria no supera el 5% de todas ellas. Una causa frecuente es originada por la lesión estenótica de una o ambas arterias renales denominada, hipertensión vasculorrenal, su prevalencia oscila entre 5-15%. No debemos olvidar que el diagnóstico de hipertensión arterial esencial es de exclusión, por ello en determinadas circunstancias clínicas se aconseja profundizar mas en el estudio etiológico: Hipertensión refractaria, sujetos menores de 35-40 años con hipertensión moderada o grave, mal control tensional en paciente previamente bien controlados con el tratamiento y en aquellos casos en los que la anamnesis, la exploración clínica o los análisis de rutina sean sospechosos de una hipertensión secundaria.

Se expone a continuación caso de mujer de 35 años con diagnostico reciente de hipertensión arterial con mal control de tensiones con dos fármacos y alteración de la función renal.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión vasculorrenal se define como la elevación de la presión arterial desencade-

nada por una estenosis en la arteria/s renal/es hemodinámicamente significativa (calibre de la estenosis superior al 75% de la luz del vaso, 50% con dilatación preestenótica) ⁽¹⁾.

Es la forma de hipertensión secundaria más frecuente, con una prevalencia que oscila entre 5-15%⁽²⁾.

Está provocada por una estenosis de la arteria renal, o de sus ramas, que provoca una hipoperfusión renal con la consiguiente activación del sistema renina-angiotensina y posterior aparición de hipertensión ⁽³⁾.

La enfermedad arteriosclerótica es la causa más común de de hipertensión renovascular y las lesiones suelen presentarse en los primeros centímetros de la arteria renal pudiendo comprender una gran extensión. La enfermedad fibromuscular es la causa más común de hipertensión renovascular en mujeres jóvenes y el diagnóstico debe ser considerado en pacientes con HTA de establecimiento temprano, hipertensión severa, aunque ocasionalmente es un hallazgo casual.

El diagnóstico de hipertensión vasculorrenal se basa en el grado de sospecha clínica ⁽⁴⁾. La arteriografía renal, es la prueba "gold estándar",

además de confirmar diagnóstico permite una actuación terapéutica en el mismo acto. La ecografía doppler, la angiografía con resonancia magnética o la angiografía con TC son nuevas opciones para la confirmación diagnóstica. No son necesarias realizar todas las pruebas, y en todo caso habrá que hacer análisis individualizado y aplicar los test más apropiados.

El objetivo fundamental del tratamiento de la hipertensión vasculorrenal es preservar o mantener la función renal, además de controlar la presión arterial.

La evolución natural de la estenosis de la arteria renal cursa con morbimortalidad considerables, por lo que se debe sospechar como causa de hipertensión arterial sistémica secundaria, especialmente en pacientes de riesgo, ya que es una causa de hipertensión potencialmente tratable. ⁽⁵⁾

El tratamiento será fundamentalmente revascularización, siempre que se demuestre que la estenosis de la arteria renal sea hemodinámicamente significativa (grado de estenosis superior al 60% luz). Es de elección la angioplastia transluminal percutánea, aconsejándose además implante de stent si la anatomía arterial lo permite para prevenir la reestenosis ⁽⁶⁾

La evolución de las técnicas endovasculares en los últimos años ha permitido una tasa elevada de éxitos en el manejo terapéutico de estos pacientes.

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de 35 años derivada a consulta externa de Nefrología para estudio de función renal.

Presenta los siguientes antecedentes personales; exfumadora de 3 cigarrillos/día desde hace 9 meses, hipertensa diagnosticada hace 2 años con regular control de tensiones con dos fármacos (IECA, antagonista del calcio). Síndrome mielodisplásico tipo policitemia vera con trombocitosis asociada en tratamiento con hidroxiurea, con descenso de VW secundario. Enfermedad renal crónica, estadio 3a, con creatinina basal de 1.2mg/dl (MDRD 49ml/min).A1.

Es remitida por elevación de creatinina al menos desde 2013, edemas que relacionó a manidipino, sin lesiones cutáneas, no alteraciones en orina, no consumidora de AINEs. Sin otros síntomas añadidos.

En cuanto a la exploración, la paciente presentaba buen estado general, estaba consciente, orientada, colaboradora, bien hidratada y perfundida, eupneica en reposo. Normocoloreada. Tensión arterial: 138/100mmHg, Frecuencia cardiaca: 87lpm.

Corazón rítmico, no soplos. Respiratorio buen murmullo vesicular. Abdomen: blando, deprimible, no doloroso, no masas ni megalias, con peristaltismo presente. No soplos vasculares abdominales. No edemas en miembros inferiores.

Pruebas complementarias:

Analítica: glucosa 71mg/dl, urea 45mg/dl, creatinina 1.22 mg/dl. MDRD 49ml/min. Urato 5.8 mg/dl. Colesterol total 165 mg/dl, Triglicéridos 86mg/dl. Calcio 9.2 mg/dl, Fósforo 3.5mg/dl. Proteínas totales 6.7mg/dl, potasio 4.6mEq/l, sodio 140 mEq/l. Sistemático orina: proteínas 75mg/dl. Microalbuminuria 190mg/dl. Albúmina/creatinina 112mg/g.

Hemoglobina 14.2g/dl, VCM 104fl, Leucocitos 10300. Plaquetas 520000. Sideremia 75 mcg/dl. Transferrina 260 mg/dl. IST 22%. Ferritina 21ng/ml.

En la ecografía abdominal se objetivo riñón derecho disminuido de tamaño y riñón izquierdo de aspecto vicariante.

El estudio gammagráfico renal mostró un riñón derecho con leve disminución de la perfusión y disminuido de tamaño, alteración importante del trazador con un tiempo máximo de eliminación elevado. Función relativa de 27.2%. Riñón izquierdo de morfología y tamaño conservado, sin alteraciones en el aclaramiento ni en la eliminación del trazador, con función relativa conservada del 72.8%.

Antes los hallazgos se sospechó de patología vasculorrenal y se solicitó una angioRMN de arterias renales que mostró una estenosis severa de arteria renal derecha a su salida de la aorta con riñón derecho (imagen 1)

Imagen 1. Diagnostico final de estenosis severa de arteria renal derecha



Se realizó de forma programada angioplastia de arteria renal derecha bajo anestesia local y vía femoral con técnica de Seldinger e introductor de 6F. Se realizaron series de aortografía objetivando estenosis

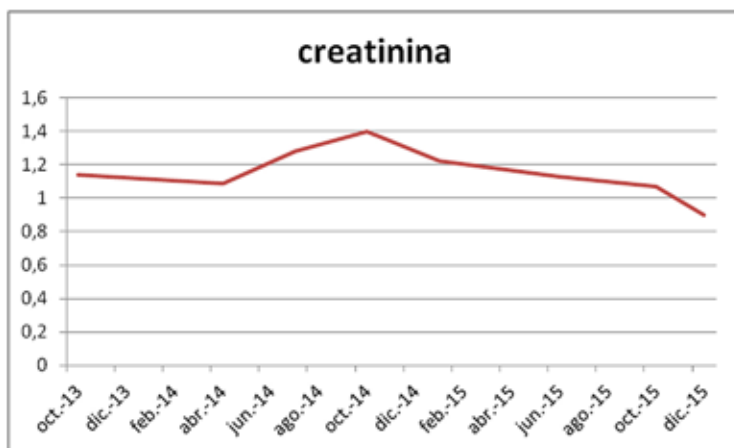
crítica corta en el origen de la arteria renal derecha y se dilató la estenosis con balones de 2 y 5 mm con buen resultado morfológico y de la permeabilidad (persiste estenosis residual inferior al 20% de la luz).

A la semana del procedimiento la paciente evolucionó favorablemente, manteniendo cifras de tensión arterial con buen control sin necesidad de fármacos antihipertensivos. La función renal mejoró (creatinina 0.9mg/dl, grafico 1), sin alteraciones del sedimento urinario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guidelines for the management of arterial hypertension. European Heart Journal. 2013; 34: 2159-2219.
2. Pullalerevi R, Akbar G, Teehan G. Secondary hypertension, issues in diagnosis and treatment. Prim Care. 2014; 41 (4): 749-64
3. Krijnen P, Steyerberg EW, Postma CT, Flobbe K, de Leeuw PW, Hunink MG. Validation of a prediction rule for renal artery stenosis. J Hypertens. 2005; 23: 1583-1588.
4. Moser M, Setaro JF. Resistant or difficult to control hypertension. N Engl J Med. 2006; 355:385-392.
5. Mark PB, Schiffrin EL, Jennings GL, Dominiczak AF, Wang JG, De Buyzere M, et al. Renovascular hypertension: to stent or not to stent? Hypertension. 2014; 64(6):1165-8.
6. The AZTRAL investigators. Revascularization versus Medical Therapy for Renal-Artery Stenosis. N Engl J Med. 2009; 361: 1953-1962. URL: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa0905368#t=article>

Gráfico 1. Evolución de creatinina



PREGUNTAS

1. **¿Cuál es la causa más frecuente de HTA secundaria?**
 - a. Feocromocitoma
 - b. Fármacos
 - c. Síndrome de Cushing
 - d. Estenosis arterias renales

2. **¿Cuál es la prueba “gold estándar” para el diagnóstico de hipertensión vascularrenal?**
 - a. Arteriografía renal
 - b. RMN
 - c. TAC
 - Ecografía doppler

3. **Para el diagnóstico de hipertensión vascularrenal, debe haber una estenosis del:**
 - a. 25% con dilatación preestenótica
 - b. 50%
 - c. 75%
 - d. 50% con dilatación preestenótica

4. **¿Qué característica clínica te haría sospechar una hipertension vascularrenal?**
 - a. HTA que comienza a partir de los 35 años
 - b. HTA bien controlada con fármacos
 - c. Agravamiento brusco de una presión arterial estable
 - d. HTA leve

5. **¿Qué tratamiento médico no prescribiría a un paciente con sospecha de estenosis de arteria renal?**
 - a. Betabloqueante
 - b. Calcioantagonista
 - c. IECA
 - d. Diurético