



160/1929 - Hipertensión renovascular. Cuando la terapia con IECAs no siempre es la mejor opción

A. Medvedeva^a, E. Trillo Calvo^b y E. Klusova^c

^aMédico de Familia. Hospital Quirón Marbella. Málaga. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Calanda. Aragón.

^cMédico Adjunto. Servicio Urgencias Hospital Universitario Can Misses. Ibiza.

Resumen

Descripción del caso: HTA es una de las patologías más frecuentes en Atención Primaria (AP). La HTA primaria representa 90-95% de todos los casos, es de causa desconocida. En AP la causa más frecuente de HTA secundaria es la ingesta de anticonceptivos hormonales, seguida de HTA producida por alteración renal. Varón 65 años, exfumador, acude por astenia e cifras tensionales elevadas desde hace 1 mes. No dolor torácico, no pérdida de peso, no aumento de disnea habitual, no cefalea, no refiere clínica miccional ni gastrointestinal. Afebril. Antecedentes personales. DMNID. EPOC. EAP. Medicación habitual: metformina 850 mg/12h, Tiotropio 18 mg 2 inh/24h.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: TA: 180/105 mmHg. ACP: Normal; salvo leve soplo sistólico carotideo izdo. de recién aparición. Resto anodino. IMC 23 kg/m². Exploraciones complementarias: ECG: sinusal, rítmico, sin alteraciones de ritmo y repolarización, 60 lpm. Glu 150 mg/dl, HbA1 7,6, cTotal 190 mg/dl, TG 130 mg/dl, cHDL 48 mg/dl, cLDL 125 mg/dl, Na 142 mEq/l, K 4,0 mEq/l, creatinina 1,5 mg/dl (aclaramiento de creatinina MDRD 48,6 ccs/min). ITB 0,8, 0,65. Rx tórax: Sin hallazgos. Se inicia tratamiento con 10 mg de enalapril/12h. Evolución: dos semanas después el paciente presenta TA 120/70 mmHg y su analítica muestra una creatinina de 2,9 mg/dl (aclaramiento de creatinina según MDRD 25,1 ccs/min). Teniendo en cuenta el desarrollo de una insuficiencia renal (IR) rápidamente progresiva después de instalar terapia con inhibidores de ECA sin evidencia de uropatía obstructiva el paciente se remite a la Unidad de HTA con la sospecha de HT secundaria. Tras realizar renograma isotópico y mediciones de renina plasmática tras administración de captopril se sospecha una estenosis bilateral de las arterias renales. La que se confirma mediante arteriografía renal bilateral.

Juicio clínico: El diagnóstico definitivo es la hipertensión renovascular (HTARV) aterosclerótica bilateral de reciente aparición e insuficiencia renal.

Comentario final: Las distintas formas de HTARV junto a las nefropatías parenquimatosas son las causas más frecuentes de HTA secundaria. La displasia fibromuscular, en pacientes jóvenes, y la enfermedad aterosclerótica a edades más avanzadas ocasionan la mayoría de los casos de HTA renovascular. Cuando la ateromatosis afecta a ambas arterias renales y produce una repercusión hemodinámica con insuficiencia renal se utiliza el término nefropatía isquémica. Este trastorno suele coexistir con la nefroangioesclerosis, por lo que ambos se engloban en el concepto de nefropatía vascular o enfermedad vascular renal. Se estima que este conjunto de lesiones macro y

microvasculares renales subyace en muchos casos de insuficiencia renal crónica achacada a la HTA y que es, por tanto, causa frecuente de necesidad de diálisis y trasplante renal, especialmente en pacientes de edad avanzada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guías NICE del NHS británico 2011, ATP IV.
2. 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8), <http://jama.jamanetwork.com>.
3. American Diabetes Association 2012.
4. Guía Española de Hipertensión Arterial 2005.
5. Control de la presión arterial en la población hipertensa española asistida en Atención Primaria. Estudio PRESCAP 2010 Medicina Clínica. 2012;139:653-61.