

**COMUNICACIONES DE LA SOCIEDAD NORTE DE NEFROLOGÍA
SESIÓN DE CASOS CLÍNICOS PRESENTADOS POR RESIDENTES**

PAPERS BY THE NORTHERN NEPHROLOGY SOCIETY

CLINICAL CASE SESSION PRESENTED BY RESIDENTS

IPARRALDEKO NEFROLOGIA ELKARTEAREN ADIERAZPENAK

EGOILIARREK AURKEZTUTAKO KASU KLINIKOEN SAIOA

**EFICACIA DEL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR EN TRES CASOS DE
HIPERTENSIÓN VASCULORRENAL**

MF. SLON, I. CASTAÑO, C. PURROY

Clinica Universitaria de Navarra. Pamplona. Navarra. España UE.

Introducción:

Se describen tres enfermos hipertensos con diferentes características clínicas, que presentan una estenosis de arteria renal.

La hipertensión vasculorrenal es una forma de hipertensión secundaria que se presenta en aproximadamente 5% de las personas hipertensas, aunque la prevalencia real es

desconocida por falta de diagnóstico. Por este motivo, la sospecha clínica es de suma importancia para plantear pruebas diagnósticas dentro de las cuales las pruebas de imagen tienen un papel fundamental. En nuestros casos, el diagnóstico se realizó mediante AngioRM y Arteriografía (sensibilidad ambas 100%).

El objetivo terapéutico debe ser no sólo el control de la presión arterial, sino la mejora o enlentecimiento de la progresión del deterioro renal.

Casos

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3
EDAD (años)	25	50	76
SEXO	Mujer	Varón	Varón
PA (mm de Hg)	195/120	160-170/110	230/110
FÁRMACOS HIPOTENSORES (antes del procedimiento)	1 (IECA)	3 (IECA, ARA II, Calcio antagonista)	5 (IECA, ARAII, Calcio antagonista, Alfa/beta bloqueante, Diurético)
RIESGO VASCULAR	Exfumadora Tx hormonal	Exfumador Déficit proteína C Sx antifosfolípido	HTA previa, Exfumador Diabetes Mellitus Insuficiencia cardiaca
CREATININA (mg/dl)	0,8	1,9	9,1
PROTEINURIA (mg/24 horas)	1251,6	109,2	618
ASIMETRÍA RENAL >1,5 CM	SI (disminución riñón derecho)	SI (disminución riñón derecho)	SI (disminución riñón derecho)
SOPLO ABDOMINAL	No	No	No
ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS	AngioRM Arteriografía	AngioRM Arteriografía	Ecografía doppler renal AngioRM, Arteriografía
HALLAZGO PRUEBA	Disminución 90% del calibre de Arteria renal derecha	Disminución 90% del calibre de Arteria renal derecha	Obstrucción severa por ateroma en Arteria renal derecha.
DIAGNÓSTICO	Hiperplasia fibromuscular	Estenosis Aterosclerótica	Estenosis Aterosclerótica
TRATAMIENTO	Angioplastia con balón	Angioplastia + Stent	Angioplastia + Stent
PA (mm de Hg) (posterior al procedimiento)	105/70	120/85	130/70
CREATININA (mg/dl) (posterior al procedimiento)	0,8	1,7	2,6
FÁRMACOS HIPOTENSORES (posterior al procedimiento)	0	0	2 (Diurético; Alfa/Beta bloqueante)

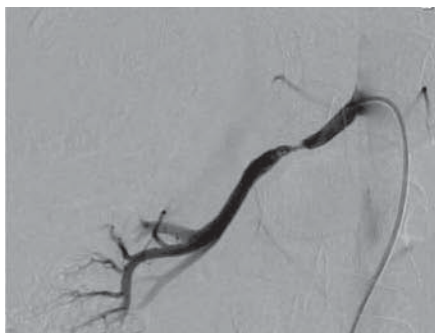
Conclusiones:

Puesto que el tratamiento farmacológico aislado no evita la progresión de las lesiones arterioescleróticas o fibrodisplásicas, la revascularización, siempre que sea posible, es el tratamiento definitivo de la hipertensión vascularrenal.

La revascularización mediante angioplastia determinó una mejoría significativa en el control de hipertensión arterial en nuestros 3 casos y de la función renal en los 2 afectados.

No existe evidencia que demuestre un mayor beneficio entre revascularización percutánea o quirúrgica. En cada caso, debe realizarse un análisis individualizado de riesgos y beneficios basándose en la experiencia de cada centro en ambas técnicas.

La hipertensión vascularrenal es una causa reversible de hipertensión arterial, por lo que es importante la sospecha clínica, el diagnóstico y tratamiento definitivo.



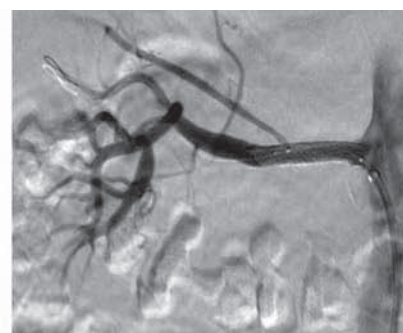
Paciente 1
(Pre y Post Angioplastia)



Paciente 2
(Pre y Post Angioplastia)



Paciente 3
(Pre y Post Angioplastia)



MIELOMA PARECE, NEFROCALCINOSIS ES.

J. Ruiz-Criado, M.I. Gago

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander, Cantabria, España UE.

Mujer 64 años hipertensa sin tratamiento y osteoporosis en tratamiento con carbonato cálcico, colecalciferol y calcifediol. Remitida a Nefrología en abril-07 por deterioro de función renal Cr 2,5 mg/dl U 104 g/l (función renal previa normal), hipercalcemia (Ca 14,9 mg/dl), anemia (Hgb 8g/dl Hto 22,7%) y VSG 103. Clínicamente con astenia, anorexia, pérdida de peso de 5kg en los últimos 3 meses y dolores óseos generalizados, sin otra sintomatología asociada. Exploración física: TA 170/80, soplo sistólico panfocal y el resto sin alteraciones. Se decide su ingreso para estudio. Se retira la Vit D y el calcio, iniciando hidratación intensa (sueroterapia iv) y furosemida. En las pruebas complementarias presentaba Ecografía renal: RDcho 9,4cm RIzqdo 9,9 cm con nefrocalcinosis cortical y medular. Rx tórax, Rx cráneo, serie ósea, gammagrafía pulmonar y osea normales. PTH

14pg/ml (<45), ECA 27U/l (8-52), Vitamina D 250 ng/ml (10-60), Ca y P orina, proteinograma, marcadores tumorales normales. Bence Jones y test de Schimer negativos. Descartamos así el diagnóstico de sarcoidosis, síndrome de Sjögren, hiperparatiroidismo, mieloma y otro proceso tumoral. Al alta Cr 2mg/dl (máxima 3,6mg/dl) y Ca 10,7mg/dl (máximo 14,9 mg/dl) llegando al diagnóstico de Fracaso renal agudo secundario a hipercalcemia por intoxicación por calcio y vitamina D y anemia ferropénica. Durante su seguimiento la paciente ha permanecido asintomática con Cr 1,8 mg/dl y Ca 10,9 mg/dl en su última revisión. Recomendamos un control estricto de todo paciente en tratamiento con vitamina D y calcio, dado el riesgo de presentar patologías asociadas al uso indiscriminado de dichos tratamientos en la osteoporosis.