

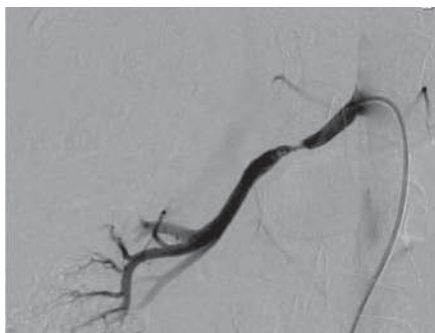
Conclusiones:

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.