



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

242/544 - UNA DIFÍCIL TAREA PARA EL MÉDICO, CONTROL DEL SÍNDROME CARDIO-RENAL

B. Guerrero Barranco^a, M. Sánchez Salvatella^b, L. López Puerta^c, L. Calvo Domínguez^d, J. Martínez Estévez^e y L. García Rebertos^f

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Poniente. Almería. ^bMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ejido Sur. Almería. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Roquetas Sur. Almería. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vícar. Almería. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vícar. Almería. ^fMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vícar. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 82 años, como antecedente personal destaca IAM inferior en 1991, triple bypass en 1997 e insuficiencia renal crónica secundaria a nefroangioesclerosis (creatinina habitual entorno a 2 mg/dL). Hasta hace 6 meses el paciente había permanecido asintomático desde el punto de vista cardiológico, pero al realizar cambio de tratamiento médico por nefrología debido al empeoramiento de la función renal ha sufrido una descompensación cardiaca, provocando disnea a mínimos esfuerzos y edemas de ambos MMII.

Exploración y pruebas complementarias: Ante esta situación se remite al paciente a Cardiología que dada la situación de ICC gravemente descompensada indica ingreso y posterior seguimiento del paciente por parte de Medicina Interna al considerar al paciente anciano y pluripatológico. Nefrología por su parte no lo valora hasta dentro de 8 meses, pero en el último informe consta la contraindicación de IECA y ARA II. Al inicio de este caso nos vimos totalmente sobrepasados, el reiniciar tratamiento con IECA o ARAII dañaría aún más un riñón con un FG entorno a 30, pero el hecho de no hacerlo iba a desembocar en que el paciente acabase en edema agudo de pulmón. Valorados los riesgos y beneficios decidimos suspender el bloqueante de los canales de calcio que estaba provocando aumento de edemas y reiniciar el IECA ya que consideramos que si se provocara un desarrollo nefasto del cuadro la función renal podría ser sustituible (ya sea con diálisis peritoneal/hemodiálisis) mientras que la cardíaca no. Estos pacientes tienen mal pronóstico y que es imperativo un cuidadoso monitoreo cardíaco y renal.

Juicio clínico: Síndrome cardiorrenal.

Diagnóstico diferencial: Insuficiencia cardíaca descompensada. Insuficiencia renal.

Comentario final: El síndrome cardiorrenal en la insuficiencia cardíaca implica el desequilibrio fisiopatológico entre el riñón y el corazón, en el cual la disfunción de uno promueve la disfunción del otro. Este concepto se aplica tanto para la disfunción cardíaca sistólica como la diastólica.

Bibliografía

1. Lloyd-Jones D, Adams R, Carnethon M, de Simone G, Ferguson T, Flegal K, et al Heart Disease and Stroke Statistics 2009 Update. A Report From the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Circulation. 2009;119:480-6.

Palabras clave: Insuficiencia cardiaca. Insuficiencia renal. Pluripatológico.