



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



204/92 - Insuficiencia Renal Aguda en Paciente Hipertensa. Pensemos en lo excepcional

M. Anta Fernández^a, J.M. Bravo González^b, C. Fernández Galache^c, A. García-Lago Sierra^d, D.M. Robaina Cabrera^e, B. Martínez Sanz^f, N. Guelai^d, L.P. Salag Rubio^e, I. Galán López^g y M. Gutiérrez Parra^e

^aMédico Adjunto de Medicina Interna. Hospital Sierrallana. ^bServicio de Urgencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ^cResidente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zapatón. Torrelavega. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Corrales. Los Corrales de Buelna. ^eMédico Residente Medicina Familiar y Comunitaria; ^fMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dobra. Torrelavega. ^gMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Salud Saja. Cabezón de la Sal.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 56 años, con antecedentes de HTA, tratada con IECAs. 4 meses antes comenzó con dolor lumbar. Consulta a su MAP por exacerbación en los últimos días, sin fiebre ni clínica urinaria. Con hiporexia, malestar general, febrícula y pérdida de unos 7 Kg.

Exploración y pruebas complementarias: Deshidratación mucocutánea, TA 180/98, Tª 37,4 °C, sin adenopatías, tiroides y arterias temporales: normales. ACP normal. Abdomen blando, depresible, no doloroso, sin masas o megalias, dolorosa palpación en flanco derecho, PPRD positiva. Inicialmente se interpreta como cólico nefrítico, deshidratación y mal control de HTA y se remite al S Urgencias hospitalario. Leucocitosis, VSG 98, urea 91, creatinina 4,7, iones normales. PCR 77. Hematuria leve. Ecografía/TAC abdomen: hidronefrosis grado 3 bilateral con dilatación proximal de ambos uréteres hasta la región centroabdominal, englobados por un tejido-masa que rodea la aorta, v. cava y a. ilíacas proximales. Vejiga normal.

Juicio clínico: Insuficiencia renal aguda en paciente hipertensa

Diagnóstico diferencial: Diferenciar el origen prerrenal de la insuficiencia renal aguda (deshidratación y tratamiento con IECAs) del origen renal (febrícula, MEG y hematuria orientarían a GN), o bien posrenal (dolor lumbar, febrícula y PPRD positiva a cólico nefrítico)

Comentario final: Los hallazgos del TAC fueron diagnósticos. La fibrosis retroperitoneal es poco frecuente, con una prevalencia de 1:100.000. En el 70% de los casos es idiopática, predomina en varones de edad media. El 30% es secundario a tumores (carcinoide, linfomas, sarcomas, colorrectal, vejiga, próstata y mama), TBC, radioterapia y cirugía previas, asbesto, tabaco y fármacos. De patogenia desconocida, se relaciona con respuesta inflamatoria exagerada a la aterosclerosis aórtica, o bien formando parte de una enfermedad autoinmune sistémica. Cuadro clínico: el dolor lumbar o en flanco, irradiado a inguinal, es el síntoma más frecuente (90% casos). Urgencia, frecuencia y disuria frecuentes. En un 60% asocia malestar general, astenia, anorexia,

pérdida de peso, fiebre, náuseas y vómitos. Insuficiencia renal frecuente (60%), EyS suele ser normal. VSG y PCR elevadas. Diagnóstico: hallazgos patognomónicos en TAC: tejido-masa que rodea la aorta, v. cava y a. ilíacas, englobando uréteres, uni o bilateralmente en el 75% de casos. Diagnóstico definitivo mediante biopsia. La obstrucción ureteral requiere técnicas de derivación si hay insuficiencia renal. El tratamiento médico de elección son los corticoides. Otros inmunosupresores se emplean como alternativa. Responden al tratamiento casi el 90% de los pacientes, con recaída en el 10-30%. El pronóstico depende de su tratamiento precoz.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vaglio A, Palmisano A. Clinical manifestations and diagnosis of retroperitoneal fibrosis. UptoDate, 2014
2. Vaglio A, Palmisano A. Treatment of retroperitoneal fibrosis. UptoDate, 2014.