



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

204/139 - NO SIEMPRE ES ESENCIAL

A. González San Emeterio^a, L. Belmar Vega^b, D. López Fernández^c, C. de León Rivas^a, R. Hernando Fernández^d, A. Robles Amieva^c, B. Sainz Santos^c y C. Fernández Pereda^e

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alisal. Santander. ^bMédico Residente de Nefrología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dávila. Santander. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Sardinero. Santander. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camargo Costa. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 78 años con antecedentes personales de dislipemia (2003), hiperuricemia sin gota, DM tipo 2 con control dietético, ACxFA (2012) e HTA (2006). Tratamiento habitual: bisoprolol 2,5 mg, olmesartan 40 mg, espironolactona 50 mg, pravastatina 40 mg, rivaroxaban 15 mg y allopurinol 100 mg. En últimos 8 años buen control de cifras tensionales por su médico de atención primaria con tres fármacos (ARA II, betabloquantes y tiazida). Sin embargo en el último año se produce un descontrol con cifras medias de 170-180/100-110. Revisando analíticas previas se observa un deterioro de la función renal desde 2012 con FG 58 ml/min en probable relación a nefroangiosclerosis, pero con empeoramiento en el último año con FG 41 ml/min con elemental y sedimento sin alteraciones. Dado el empeoramiento de la función renal y el descontrol de tensión arterial se derivó al paciente a Nefrología.

Exploración y pruebas complementarias: TA 194/102, FC 74, peso 91,5 Kg, talla 165, IMC 33,60, perímetro cintura: 112 cm, índice tobillo-brazo derecho 1,2, índice tobillo-brazo izquierdo 1,1. AC arrítmica, sin soplos. Resto de exploración sin hallazgos. Hemograma: sin alteraciones. Bioquímica: glucosa 106, urea 68, creatinina 1,61 mg/dl, FG 41,45 ml/min, Na 140, K 4,0, ácido úrico 7,8, colesterol 226, HbA1c 6,2. Proteinograma: sin alteraciones. Elemental y sedimento: normal. No proteinuria. ECG: ACxFA a 65 lpm. Ecocardiograma: HVI ligera con FE normal. VD normal. Fondo de ojo: retinopatía hipertensiva grado II. Ecografía doppler renal: Estenosis arteria renal izquierda con velocidad sistólica máxima 280 cm/s.

Juicio clínico: HTA por probable nefroangiosclerosis de años de evolución, con descontrol en último año por HTA secundaria a estenosis de arteria renal izquierda. Retinopatía hipertensiva. Enfermedad renal crónica estadio 3A. HVI leve.

Diagnóstico diferencial: Nefropatía diabética, hipertensión renovascular, coartación de aorta, hiperaldosteronismo, SAHS.

Comentario final: La enfermedad cardiovascular está condicionada por una gran variedad de factores de riesgo, de los cuales, uno de los más importantes es la HTA. La asociación entre HTA y EAR (estenosis de arteria renal) es una circunstancia clásicamente conocida, sin embargo es necesario que haya una estenosis significativa de al menos el 50% para que tenga una repercusión hemodinámica. En el contexto de pacientes con HTA, diabetes y enfermedad vascular a otros niveles se deben pensar en otros diagnósticos como la nefroangiosclerosis, aunque en estos casos el deterioro de la función renal suele ser más lento. Para el

diagnóstico, la arteriografía renal continúa siendo el gold estándar, aunque la ecografía doppler renal representa una técnica fiable y no invasiva. El tratamiento médico (antiagregante, hipolipemiantes y la cesación tabáquica) es fundamental en todos los casos, siendo menos evidente la utilidad de la revascularización sistemática de la EAR.

BIBLIOGRAFÍA

1. Armario P, Olivera A. Estenosis de arteria renal, hipertensión arterial y nefropatía isquémica. Barcelona, Elsevier.