

Varón de 63 años con hipertensión arterial vascularrenal de origen arteriosclerótico

P. Henares García

Médico residente de tercer año de MFyC. Centro de Salud Fuencarral. Área 5. Madrid.

INTRODUCCIÓN

La estenosis arteriosclerótica de la arteria renal es la causa más frecuente de hipertensión arterial (HTA) vascularrenal y una de las causas más frecuentes de HTA secundaria. El diagnóstico es difícil dado que sus manifestaciones clínicas son escasas o nulas, por tanto es fundamental que el médico de atención primaria sospeche esta enfermedad en los grupos de riesgo.

A continuación se presenta un caso clínico de HTA vascularrenal en un paciente de 63 años, en el que la mala respuesta de la HTA al tratamiento farmacológico, junto con el deterioro de la función renal al iniciar tratamiento con un IECA, dieron las claves para el diagnóstico.

CASO CLÍNICO

Varón de 63 años sin antecedentes familiares de interés. Como antecedentes personales presenta: fumador de 10 cigarrillos al día; diabetes mellitus tipo 2 diagnosticada hace 6 años, en tratamiento dietético y con buen control; HTA diagnosticada hace 5 años, mal controlada a pesar del tratamiento combinado con un diurético tiazídico más un bloqueador beta, por lo que recientemente se sustituyó este tratamiento por enalapril 20 (un comprimido al día). Acude a consulta para la revisión anual de la HTA y la diabetes, totalmente asintomático, dos meses después de iniciar el tratamiento con enalapril. La exploración física era completamente normal, con una presión arterial: 170/90 mmHg. Exploraciones complementarias: según la analítica completa todo era normal, excepto que se objetivó un ligero aumento de la creatinina (1,28 mg/dl) y la urea (68 mg) respecto a las cifras del año anterior, que eran de 0,8 mg/dl y 24 mg, respectivamente; ecografía, radiografía de tórax y fondo de ojo, normales. Al cabo de un mes se repite la analítica, apreciándose de nuevo un discreto aumento de la creatinina (1,34 mg/dl). Se pide el aclaramiento de creatinina (38,4 ml/min) y la microalbuminuria (negativa).

Se deriva al paciente al servicio de nefrología donde se le realiza una ecografía renal, objetivándose una disminución de tamaño del riñón izquierdo y posteriormente una

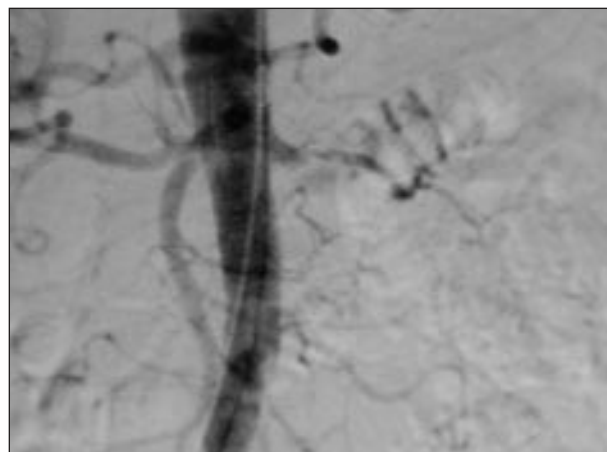


Figura 1. Imagen de arteriografía: estenosis importante de la arteria renal izquierda a 10 mm del ostium.



Figura 2. Imagen de arteriografía: aspecto de esta misma arteria tras la realización de la angioplastia con la colocación de endoprótesis.

eco-doppler y una angiorresonancia donde se aprecia una estenosis importante de la arteria renal del mismo lado. Ingresó en planta, con el diagnóstico de HTA vascularrenal de probable origen arteriosclerótico, para realización de arteriografía (fig. 1) y angioplastia con colocación de endoprótesis (fig. 2).

Han pasado 5 meses desde la angioplastia y actualmente la HTA persiste, con no muy buen control de la presión arterial sistólica (165/71 mmHg) a pesar de que el pacien-

Correspondencia: Dra. P. Henares.
Lirios, 5, portal 5, bajo B. 28925 Alcorcón. Madrid.

SEMERGEN: 2001; 27: 491-493.

te está en tratamiento con tres fármacos (torasemida, losartán y amlodipino).

DISCUSIÓN

La hipertensión vascularrenal está causada por una isquemia renal originada por una obstrucción de la arteria renal, que puede ser debida a:

- Displasia fibromuscular.
- Arteriosclerosis de la arteria renal: mucho más frecuente; representa el 70%¹ de los casos de HTA vascularrenal, por lo que nos vamos a referir sólo a ella.

- Es la responsable del 1-5% de los casos de HTA global y del 12%² de los casos de insuficiencia renal que acaban en hemodiálisis.
- Alta prevalencia en individuos con enfermedad vascular, tanto coronaria (11%) como periférica (42%).

La definición de HTA vascularrenal implica que la reperfusión del riñón debe originar la curación o una notable mejoría² de la HTA.

Fisiopatología

El mecanismo por el cual aumenta la presión arterial es la activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona, cuando la estenosis de la arteria renal alcanza un punto crítico, que parece ser a partir del 50%, aunque bastantes autores defienden que es del 75%²⁻⁴.

Historia natural de la enfermedad

Es una enfermedad progresiva y la velocidad de progresión hacia la oclusión de la arteria se correlaciona con el grado de estenosis inicial, de modo que cuanto mayor es la estenosis inicial (sobre todo a partir del 75%) más rápidamente progresa hacia la estenosis total. El deterioro de la función renal también es progresivo². Desafortunadamente, el buen control de la presión arterial no altera la progresión de la enfermedad.

Clínica

No aparecen signos o síntomas específicos y la mayoría de las veces es asintomática.

Podemos sospecharla ante^{3,4}:

- HTA refractaria (no responde a tres o más medicamentos).
- HTA acelerada o maligna.
- Deterioro de la función renal al iniciar tratamiento con fármacos antihipertensivos, sobre todo IECA.
- Cardiopatía isquémica.
- Enfermedad vascular periférica.
- Episodios inexplicables de edema pulmonar.
- Soplo abdominal o femoral.
- Retinopatía hipertensiva grado III-IV.

Diagnóstico

Es muy difícil debido a la escasez de datos clínicos. Debe comenzar por la historia clínica y la exploración física, y a aquellos pacientes con una historia sugerente les realizare-

mos una ecografía renal. Si la diferencia de tamaño entre ambos riñones es mayor de 1 cm, realizaremos una eco-Doppler, que es el mejor método de cribado⁴ (también se puede realizar angiorresonancia, escáner, gammagrafía, etc.). En los pacientes en los que éste sea positivo, realizaremos una arteriografía, pues es el único método que nos dará un diagnóstico definitivo⁵.

Tratamiento

Los objetivos del tratamiento son el control de la presión arterial y sobre todo la preservación de la función renal.

Existe mucho debate respecto a cuál es el tratamiento más adecuado para esta enfermedad¹, pues no hay ninguna opción que se presente claramente eficaz sobre el resto.

Podemos optar por:

- Tratamiento médico.
- Angioplastia con o sin endoprótesis,
- Cirugía revascularizadora.

Carmichael et al⁴, en abril de 1999, tras revisar varios trabajos realizados en este campo, exponen la opción más recomendable según las características del paciente:

- El tratamiento médico debería reservarse para aquellos pacientes que presentan contraindicaciones absolutas para la angioplastia o la cirugía, o aquellos cuya expectativa de vida está muy reducida debido a la presencia de otras enfermedades.

También debe aplicarse a aquellos pacientes en estadios precoces (con un grado de estenosis entre el 50 y el 75%), siempre que se logre controlar la presión arterial y se monitorice constantemente la función renal.

- Cirugía revascularizadora o angioplastia con o sin endoprótesis. Estas técnicas pueden ser curativas en el 7-15% de los pacientes. Se reservan para:

- Pacientes con enfermedad progresiva, es decir, con deterioro de la función renal.
- Pacientes con HTA grave resistente al tratamiento farmacológico.
- Basándonos en la historia natural de la enfermedad, también se debe realizar de entrada en pacientes con una estenosis mayor del 75%.

La angioplastia es un método más empleado que la cirugía, pues es menos invasivo, no requiere anestesia general, supone menor tiempo de ingreso y es fácilmente repetible⁶, pero su morbilidad es comparable a la de la cirugía, aunque es algo menor, sobre todo en los pacientes de edad avanzada.

Hay clínicos que prefieren la angioplastia a pesar de carecer de evidencia científica sobre su mayor eficacia.

Últimamente, se ha publicado un ensayo clínico⁷ en el que no se evidenciaron diferencias en cuanto al control de la HTA, ni mejoría de la función renal ni número de fármacos necesarios para el control de la presión arterial, entre dos grupos de pacientes con HTA vascularrenal de origen arteriosclerótico, unos tratados con medicación y otros con angioplastia más medicación.

Sin embargo, este estudio ha sido muy criticado por varios autores^{8,10}, por presentar grandes deficiencias tanto en el diseño como en la interpretación de los resultados.

La mayoría de estudios, tanto previos a éste como posteriores, demuestran que las técnicas revascularizadoras originan una estabilización² de la función renal (más que una mejora), lo cual puede considerarse un éxito dado el carácter progresivo de la enfermedad.

Habría que preguntarse, dado que si la definición de HTA vascularrenal implica la curación de la hipertensión con la revascularización del riñón, por qué ocurre esto solamente en el 7-15% de los pacientes a los que se les realiza una técnica de este tipo.

Esto puede explicarse porque:

– La HTA vascularrenal muchas veces se asocia con HTA esencial y aunque solucionemos la estenosis, esta última persiste.

– Hay muchos pacientes con HTA esencial que presentan estenosis de la arteria renal como un hallazgo casual, pero no les origina ninguna repercusión hemodinámica, y son incluidos en los ensayos clínicos como pacientes con HTA vascularrenal.

– Hay individuos que llevan muchos años con una HTA vascularrenal y, por tanto, sus estructuras renales están tan

dañadas que ya no responden a la revascularización (glomerulosclerosis, enfermedad arteriolar, etc.)¹⁰.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kloner Robert A., Friedewald Vicent E. Renovascular hypertension Am J Cardiol 2000; 86: 368-369.
2. Conlon Peter J, O'Riordan Ed, Kalra Philip A. New insights into the epidemiologic and clinical manifestations of atherosclerotic renovascular disease. Am J Kid Dis 2000; 35: 573-587.
3. Alcázar de la Ossa JM, Rodicio Díaz JL. Manejo de la hipertensión vascularrenal. Hipertensión 2000; 18: 86-89.
4. Carmichael Paul, Carmichael Amtul R. Atherosclerotic renal artery stenosis; from diagnosis to treatment. Postgrad Hum Hypertens 1999; 75: 527-535.
5. Eardley KS and GW Lipkin. Atherosclerotic renal artery stenosis: is it worth diagnosing? J Hum Hypertens 1999; 13: 217-220.
6. Morganti A. Renal angioplasty: better for treating hypertension or for rescuing renal function? J Hypertens 1999; 17: 1659-1665.
7. Van Jaarsveld BC, Krijnen P, Pieterman H, Derkx FH, Deinum J, Postma CT et al. The effect of balloon angioplasty on hypertension in atherosclerotic renal-artery stenosis. N Engl J Med 2000; 342: 1007-1014.
8. Tan WA, Wholey MH, Olin JW. The effect of balloon angioplasty on hypertension in atherosclerotic renal-artery stenosis. N Engl J Med 2000; 343: 438-439.
9. Plouin PF, Chatellier G, Darné B, Raynaud A. Blood pressure outcome of angioplasty in atherosclerotic renal-artery stenosis. Hypertension 1998; 31: 823-829.
10. Ritz E, Mann J. Renal angioplasty for lowering blood pressure. N Engl J Med 2000; 342: 1042-1043.