



<https://www.revclinesp.es>

## RV/H-018 - EXPERIENCIA INICIAL EN DENERVACIÓN SIMPÁTICA RENAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

C. Sardiña González<sup>1</sup>, E. Aguirre Alastuey<sup>1</sup>, C. Ferrero Sanz<sup>1</sup>, E. Fernández Pérez<sup>1</sup>, I. Muñoz Voces<sup>1</sup>, J. Mostaza Fernández<sup>1</sup>, A. Pérez de Prado<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Unidad de HTA y Riesgo Vascular. <sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Área de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista. Complejo Asistencial Universitario de León. León.

### Resumen

**Objetivos:** Según las últimas guías de la Sociedad Europea de Hipertensión (ESH) y Cardiología (ESC) la HTA resistente se define como la persistencia de cifras de PA  $\geq 160$  mmHg a pesar del uso optimizado de  $\geq 3$  fármacos antihipertensivos, incluyendo diurético. La prevalencia real de HTA resistente es difícil de estimar y se sitúa entre 5-30%. En estos casos, la denervación simpática renal (DSR) se perfila como una opción terapéutica útil. Se describe la experiencia inicial con los primeros pacientes intervenidos en nuestro centro, entre julio de 2012 y junio de 2015 (4 de la Unidad de HTA del CAULE y 1 de Nefrología del Hospital El Bierzo).

**Métodos:** Estudio descriptivo de 5 pacientes con HTA resistente severa, (definida según el Consenso de ESH/ESC 2013 como TAS  $\geq 160$  mmHg -  $\geq 150$  mmHg en DM2- con tratamiento optimizado con  $\geq 3$  antihipertensivos, incluyendo diurético, confirmada con MAPA y descartado secundarismo) a los que se les ha realizado DSR una vez excluidas contraindicaciones anatómicas y/o fisiológicas. Seguimiento posterior con PA en consulta (PAMC), MAPA, analítica y, según tiempo de evolución, MAPA.

**Resultados:** En los pacientes con HTA refractaria tratados mediante DSR la PAMC previa al tratamiento era de 158/98 mmHg (DE 10/9 mmHg), con una media de 5,5 fármacos antihipertensivos. La PA postratamiento se redujo (en valores medios) 18,25/12,75 mmHg (DE 9,8/7,6 mmHg), pudiendo suspender en todos los casos al menos un fármaco y precisando tratamiento con una media de 4 fármacos antihipertensivos postDR. No se registraron complicaciones ni efectos adversos durante la intervención ni en el tiempo de seguimiento.

**Discusión:** La selección de los candidatos se basó en la exclusión de hipertensión seudorresistente mediante valoración clínica, MAPA y la respuesta al tratamiento con antialdosterónicos. El objetivo inicial de la DR es el de completar un cierto número de lesiones en cada arteria renal. Ya que actualmente se desconoce cuál es el número óptimo de aplicaciones, y ante la incertidumbre sobre un potencial efecto dosis-respuesta, el procedimiento diseñado en nuestro centro se basa en producir tantas lesiones como sea posible según la anatomía de la arteria tratada. Se han identificado variantes anatómicas en 3 de los 5 pacientes. Con el fin de incrementar la experiencia y garantizar mejores resultados, han realizado la técnica los especialistas que la han introducido y puesto en práctica desde el inicio. Es importante destacar que creemos necesario que los potenciales candidatos sean estudiados por especialistas en hipertensión y en centros con experiencia, tal y como recomiendan la ESH y la ESC.

*Conclusiones:* El protocolo diseñado en nuestro centro para la selección de los candidatos a DR excluye a la mayoría de los hipertensos con mal control, pseudoresistentes y a los que mejoran tras el uso de antialdosterónicos, lo que resalta la importancia de una adecuada valoración clínica del paciente con posible HTAR antes de indicar una DR. La selección de los pacientes y la intervención realizada en los primeros pacientes denervados ha resultado en una mejora en la PAMC, sin eventos adversos importantes, y en una cuantía similar a la observada en otros estudios, así como en una reducción en el número de fármacos hipotensores. Estos resultados nos permiten plantear una hipótesis de trabajo para futuros ensayos clínicos.