



<https://www.revclinesp.es>

T-109 - INFARTO RENAL: ESTUDIO PROSPECTIVO EN UN PERÍODO DE 10 AÑOS

A. García García, E. Cervilla Muñoz, L. Ordieres Ortega, I. García Fernández Bravo, M. Pulfer, A. López Aparicio, J. del Toro Cervera, P. Demelo Rodríguez

Medicina Interna. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Resumen

Objetivos: El infarto renal es una patología habitualmente infradiagnosticada debido a la inespecificidad de los síntomas, que suelen ser similares a los de otras patologías del tracto urinario. El objetivo de este estudio es describir las características clínicas y la evolución de los pacientes con esta patología.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo de los pacientes diagnosticados de infarto renal en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron los pacientes mayores de 18 años diagnosticados de infarto renal en un período de 10 años. Se recogieron variables clínicas y epidemiológicas, así como el tratamiento y la evolución. Para el análisis de datos se utilizó el programa SPSS versión 19.

Resultados: Se encontraron 59 casos de infarto renal (59,3% varones). Entre los factores de riesgo vascular destacaban hipertensión arterial (55,9%), tratamiento con estatinas (42,4%), tabaquismo activo (27,1%) y diabetes (15,3%). Además se encontró cardiopatía estructural (33,9%), cardiopatía isquémica (22%), enfermedad cerebrovascular (22%), enfermedad arterial periférica (11,9%), enfermedad tromboembólica venosa (6,8%) y cáncer (6,8%). Los síntomas más frecuentes fueron el dolor abdominal (74,5%), dolor lumbar (52,5%), náuseas o vómitos (45,8%), hematuria (40,7%), fiebre (20,3%), y síndrome miccional (8,5%). La media de LDH al diagnóstico fue 1.108,59 (DE 983,69). La técnica más empleada para el diagnóstico de infarto renal fue la TC abdominal (94,9%). El riñón afecto con más frecuencia fue el derecho (47,5%), izquierdo (39%) o ambos (13,6%). Sólo un tercio de los pacientes (33,2%) tenía diagnóstico previo de fibrilación auricular (FA). Sin embargo, el ECG al diagnóstico mostró FA en el 49,2% de los casos. En el seguimiento posterior al diagnóstico se diagnosticaron 6 casos de FA o flutter auricular de novo. Al momento del diagnóstico, 30,5% de los pacientes recibía tratamiento anticoagulante; de éstos, el 66,67% no se encontraba correctamente anticoagulado. Para el tratamiento a largo plazo se emplearon fármacos anti-vitamina K (73,6%), HBPM (23,7%) y ACODs (1,7%). Sólo dos pacientes fueron tratados con fibrinólisis sistémica o trombectomía quirúrgica urgente. En el seguimiento se detectaron 7 recurrencias arteriales (11,9%), de los cuales 6 se encontraban anticoagulados y 2 recurrencias venosas (3,4%) de las cuales 1 estaba anticoagulado. Se produjeron 9 muertes (15,3%), en relación con insuficiencia cardiaca (44,4%), hemorragia (11,1%), isquemia cerebral (11,1%) u otras causas (33,3%).

Discusión: Existen en la literatura escasas series de casos de pacientes con infarto renal. Entre las principales causas de infarto renal se han descrito las enfermedades cardíacas con riesgo embolígeno y entre ellas la más frecuentemente asociada es la FA. Un elevado porcentaje de los pacientes presenta FA al diagnóstico o durante el seguimiento. Un porcentaje de la muestra presentó infarto renal a pesar de anticoagulación, en la mayoría de los casos en relación a un mal control de la anticoagulación. Los síntomas más frecuentes fueron

el dolor abdominal y lumbar, síntomas inespecíficos que pueden derivar en un retraso diagnóstico. La hematuria también constituye un síntoma frecuente en esta entidad. El marcador analítico más sensible es la elevación de la LDH que suele elevarse entre 3 a 4 veces por encima del límite superior de la normalidad. La mayoría de los pacientes fueron tratados con anticoagulación. La utilidad de la terapia fibrinolítica se ha demostrado efectiva especialmente en un intervalo de tiempo entre los 90-180 min desde el comienzo de los síntomas.

Conclusiones: En los pacientes con infarto renal es habitual la presencia de factores de riesgo vascular y fibrilación auricular, lo que obliga a realizar un estudio cardiológico en estos pacientes. Por la baja especificidad de los síntomas, es importante la sospecha diagnóstica y técnicas de imagen (especialmente el TC abdominal). La correcta anticoagulación es fundamental en la prevención de esta entidad y en su tratamiento.