



EV-025 - REVISIÓN DE 54 INFARTOS RENALES EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA

D. Ávila Londoño², M. Gómez-Barreda de la Gandara³, J. Machín Lázaro¹, R. Torres Sánchez-del Arco¹, G. Pindao Quesada¹, A. Pereira Julia¹, J. Hergueta González¹

¹Medicina Interna-UCAPI, ²CS El Ferial, ³Oncología. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara

Resumen

Objetivos: Este trabajo describe las características de los pacientes con infartos renales en función de la etiología del daño isquémico renal.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de las historias clínicas codificadas con código CIE9 593.81 (infarto renal (arteria): embolismo, hemorragia, trombosis, isquemia renal), en el periodo comprendido entre 2003 y 2015 en nuestro centro, un hospital de nivel 2. Variables recogidas: demográficas, clínica de presentación, función renal (creatinina), sedimento de orina, cifra de lactato dehidrogenasa (LDH), factores de riesgo vasculares previos (FRCV), etiología del evento isquémico renal, estudios diagnósticos y medidas terapéuticas y tiempo de estancia hospitalización. Se excluyeron los diagnósticos de hemorragia renal que sí se recogen bajo el código del CIE9.

Resultados: Entre los años 2003 a 2015, 54 pacientes sufrieron infarto renal. Mediana de edad 69 años. La mayoría pacientes varones 64% (35). FRCV previo al evento renal en el 88% (48), siendo lo más habitual la coexistencia de varios FRCV. Síntoma más frecuente: dolor abdominal en el 62% (32 pacientes). En 19 pacientes el hallazgo de infarto renal fue casual. Cifra de creatinina en el momento del diagnóstico: 1,85 mg/dL La mediana de LDH en el diagnóstico fue de 460. Sedimento de orina patológico en el 60% de los pacientes. La técnica diagnóstica más empleada fue el TAC y/o angioTAC de abdomen. Se realizaron técnicas endovasculares en 6 pacientes. La media de días de hospitalización desde el evento isquémico fue de 12 días. Etiología del infarto renal: Embolia arterial: 18 pacientes (33,3%). Embolia cardiaca: 14 pacientes (25,9%). Enfermedades arteriales primarias: 13 (24%). Alteraciones en la coagulación: 2 pacientes (3,7%). Se desconoce la causa del infarto renal en 7 pacientes (13%) Solo se pide estudio de trombofilia en 9 pacientes. Se realizaron 2 nefrectomías: una por riñón presor y la otra por infartos renales repetidos. Al alta estuvieron con tratamiento antiagregante: anticoagulación en 15 pacientes (27%). Antiagregación: 8 pacientes (15%). Antiagregados y anticoagulados: 9 pacientes (16%). Sin antiagregación ni anticoagulación 12 pacientes (22%).

Discusión: El infarto renal es una patología que requiere alta sospecha clínica para diagnosticarla. En nuestro estudio los pacientes con infarto renal presentaron la triada habitual: dolor abdominal, elevación moderada de LDH y sedimento de orina patológico. Los FRCV estaban presentes en el 88% de ellos, si bien la patología embólica arterial y las enfermedades arteriales primarias también se reconocieron entre las etiologías. Llama la atención los escasos estudios para descartar trombofilia

asociada, probablemente por asociar todo el peso de la etiología a la patología cardio-vascular previa. La técnica diagnóstica de elección es el TAC o angioTAC abdominal. Se realizaron pocos procedimientos endovasculares. Al alta del infarto renal, se pautaron antiagregantes y/o anticoagulantes en casi la mitad de los pacientes.

Conclusiones: La triada de dolor abdominal, sedimento de orina patológico y elevación de LDH obliga a pensar en infarto renal. Especialmente si existe FRCV asociados o cardiopatía embolígena. En caso de no existir estos antecedentes, se debe pensar en enfermedad arterial no aterosclerótica, malformaciones vasculares renales o trombofilia.