



Revista Clínica Española

<https://www.revclinesp.es>



V-063 - INFARTO RENAL: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

N. Valdeolivas Hidalgo¹, A. Sabín Collado², J. Durá Esteve³, M. Morales Conejo¹, J. Ortiz Imedio¹, L. de Jorge Huerta¹, Á. Torralba Morón¹, J. Guerra Vales¹

¹Medicina Interna, ²Cardiología, ³Oncología Radioterápica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Resumen

Objetivos: Describir las características de los pacientes con infarto renal ingresados en el Hospital Universitario 12 de Octubre durante un periodo de cinco años.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes dados de alta del Hospital Universitario 12 de Octubre entre el 14 de mayo de 2010 hasta el 13 de mayo de 2015 con el diagnóstico principal o secundario de infarto renal. Se realizó un análisis descriptivo de datos demográficos, clínicos, pruebas complementarias, tiempo diagnóstico y tratamiento utilizado.

Resultados: Se identificaron un total de 28 casos con una distribución similar por sexos (53,6% varones) y edad media al diagnóstico de 67,29 años. El 46,5% de los pacientes tenía hábitos tóxicos (fumadores activos, consumo de alcohol u otros tóxicos) y en el 75% se describió algún factor clásico de riesgo cardiovascular, siendo la hipertensión arterial (50%) el más frecuente. El 50% de los pacientes presentaba arritmia previa (fibrilación auricular o flutter) encontrándose anticoagulados el 64,28% de ellos. El 10% era portador de un estado de hipercoagulabilidad y el 7,14% presentaba daño previo de arteria renal (diseción o estenosis). El 28% de los pacientes se encontraban asintomáticos en el momento del diagnóstico frente al 67,86% que presentaron alguna sintomatología. El dolor lumbar (60%) fue la principal manifestación, seguido de náuseas o vómitos (39%), fiebre o sensación distérmica (28,56% y 39,29% respectivamente). Otras manifestaciones menos frecuentes fueron la diarrea (10,71%), orinas oscuras (10,71%), elevación transitoria de la tensión arterial (10,71%) y el estreñimiento (7,14%); fueron anecdóticos otros síntomas como la oliguria o el dolor torácico. La media de días desde el inicio de síntomas hasta que se consultó en el servicio de Urgencias fue de 3,2, sospechándose infarto renal inicialmente en el 67,86% de los casos. Del resto, la isquemia mesentérica (14,29%) fue el diagnóstico de presunción más frecuente. Desarrollaron fracaso renal agudo el 42,85% de los pacientes (Cr media 1,43 mg/dL) y se objetivó microhematuria y proteinuria en el 32% y 39,29% de los casos respectivamente. En la analítica de sangre se detectó: elevación de LDH (85,19%; media de 735,79 UI/L), alteración de perfil hepático (GOT/AST en el 42,86%; media de 65,54 UI/L y GPT/ALT en el 46,42%; media de 66,90 UI/L), leucocitosis (51,85%; media 11.958,89/μl) y aumento de PCR en el 85% de los casos. Las pruebas de imagen realizadas fueron: tomografía axial computarizada abdominal (89,29%), ecografía abdominal (35,71%), ecografía-doppler renal (25%), resonancia magnética abdominal (3,5%) y gammagrafía renal (21,42%). Los infartos fueron unilaterales en el 82,14% de los casos, siendo bilaterales el resto y coexistiendo en 11 pacientes embolias a otros niveles. La más frecuente fue a nivel esplénico (28,57%) y fueron más raras en otras localizaciones con un caso a nivel hepático, uno en arteria

mesentérica y otro en arteria infrarrenal. Recibieron tratamiento agudo el 78,56% de los pacientes; la terapia anticoagulante con heparina de bajo peso molecular (67,85%) o acenocumarol (3,5%) fueron los principales tratamientos utilizados; solo en 2 casos (7,14%) se realizó terapia endovascular (angioplastia). El tratamiento en fase aguda fue efectivo en el 78,57% de los casos y solo un paciente requirió diálisis. El 89,29% de los pacientes fueron dados de alta con acenocumarol, usándose antiagregación simple o doble en el 17,85% y 3,57% de los casos respectivamente. El 32,14% de los pacientes recibió IECA/ARAII al alta y sólo un paciente requirió diálisis crónica. La etiología más frecuente fue la tromboembolia (67,85%) en forma de arritmias embolígenas (42,85%) o de ateromatosis aórtica (28,57%); otras causas fueron la trombosis in situ (32,14%) y los estados de hipercoagulabilidad (17,85%); fueron idiopáticos el resto de casos (25%).

Conclusiones: Se debe sospechar infarto renal ante la presencia de dolor lumbar acompañado de deterioro agudo de función renal, alteración del sedimento urinario, elevación de LDH y reactantes de fase aguda especialmente en pacientes mayores de 65 años con factores de riesgo cardiovascular y/o arritmias potencialmente embolígenas.