



Nefropatía isquémica. Manifestaciones clínicas y diagnóstico

F. J. Gómez Campderá

Hospital General Universitario «Gregorio Marañón». Madrid.

El término NEFROPATÍA ISQUÉMICA (NI) se emplea para describir a aquellas entidades que cursan con un descenso significativo del flujo sanguíneo renal, bilateral o unilateral en pacientes monorrenos. Aunque son diversas las etiologías potencialmente responsables, la más frecuente es la arteriosclerótica de la que se ha hecho sinónimo.

Clínicamente puede manifestarse por alguno de los siguientes síndromes: *I. Insuficiencia renal aguda*, generalmente oligoanúrica, secundaria a: a) la oclusión aguda de ambas arterias renales o, más frecuentemente de una en pacientes con un único riñón funcionante o b) en otras ocasiones, es la consecuencia de la administración de fármacos que inducen una reducción de la presión de perfusión renal en estos pacientes, como los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA), en especial si se administran conjuntamente con diuréticos, antiinflamatorios no esteroideos, etc. *II. Insuficiencia renal rápidamente progresiva*, simulando una enfermedad sistémica y consecuencia de un ateroesclerosis renal. Sus manifestaciones clínicas y datos de laboratorio son evocadores y la confirmación diagnóstica es histológica, muchas veces hallazgo de necrosis y, III. Finalmente y la forma más habitual es, *una insuficiencia renal insospechada o*

silente, detectada muchas veces con motivo de otros estudios angiográficos (arteriopatía periférica, coronariopatía, etc.). Aunque no hay signos inequívocos, una insuficiencia renal inexplicada en pacientes de edad avanzada, con presencia de enfermedad arteriosclerótica a otros niveles, debería hacer sospechar esta enfermedad.

La mayoría de los métodos diagnósticos, útiles en la HTA vasculorrenal no tienen valor para el diagnóstico de la NI. Así no son válidas: la determinación de renina basal o estimulada con Captopril, ni su determinación en venas renales. El estudio, no invasivo, de la NI debe basarse en la realización de un ecodoppler de las arterias renales y un renograma con Captopril, cuya rentabilidad, ventajas e inconvenientes se discuten. La documentación anatómica puede realizarse mediante la Tomografía axial computarizada helicoidal o la angiografía mediante resonancia magnética nuclear. La confirmación diagnóstica exige la angiografía, intravenosa por sustracción digital o mejor intraarterial; ambas técnicas requieren contraste radiológico, no están exentas de riesgo y no confirman la patogenia ni se correlacionan con la respuesta a la revascularización. Los diferentes métodos diagnósticos no son competitivos y, su utilidad depende de la experiencia de cada centro.