



## *¿Cuál es el papel de los calcioantagonistas (CaA) en el tratamiento de la HTA asociada a la enfermedad renal?*

**J. Herrera**

Hospital Central de Asturias. Oviedo.

En los últimos años el efecto renoprotector de los Calcioantagonistas (CaA), y especialmente en los casos de nefropatías por enfermedad renal intrínseca, continua siendo objeto de controversia. Conocida es su acción protectora renal en casos de nefrotoxicidad por radiocontrastes, aminoglicósidos y ciclosporina, así como su protección del fracaso renal agudo postrasplante. Dos tipos de mecanismos explicarían la renoprotección. El primero, la propia reducción de la presión arterial (PA) sistémica. La definición exacta del nivel al que debería de reducirse la PA se encuentra aún por definir claramente aunque existen ya algunos datos indicativos. Hay que tener en cuenta su efecto natriurético que se manifiesta desde el primer momento y se mantiene a lo largo del tiempo. El segundo mecanismo lo constituyen un conjunto de acciones intrarrenales a través de las cuales los CaA desarrollan su efecto protector renal, si bien existen diferencias entre las distintas clases de CaA. Producen preferentemente una dilatación de la arteria aferente glomerular, y en algún caso también de la arteria eferente glomerular, originando un incremento del flujo sanguíneo renal y mejorando o no modificando, el filtrado glomerular. Estos efectos, apoyados clínica y

experimentalmente, son más pronunciados en los pacientes hipertensos que en los normotensos y persisten incluso en los casos en que la función renal está alterada. Ensayos clínicos y experimentales han mostrado reducción de la proteinuria con el uso de CaA no dihidropiridínicos y con alguno de estos de la última generación. También algunos estudios han sugerido que su utilización puede mejorar, o en todo caso enlentecer, la progresión de la insuficiencia renal. También en esto existen diferencias entre los distintos grupos de CaA. La posible explicación a todo esto habría que buscarla en sus acciones, apoyadas experimentalmente, sobre la proliferación celular mesangial, sobre la producción de matriz mesangial, sobre la permeabilidad de la membrana basal glomerular, sobre la producción de radicales libres y sobre algunos de los complejos mecanismos que intervienen en la disfunción endotelial. Existen ciertas diferencias de acción entre las distintas clases de CaA utilizados en la clínica, e incluso entre agentes que pertenecen a un mismo grupo farmacológico. Las dihidropiridinas de la última generación así como el verapamilo, y en menor medida el diltiazem, parece que tienden a mostrar un más favorable perfil nefroprotector.