

Estenosis diafragmática de arteria renal: hipertensión arterial secundaria

M. Adoración Martín-Gómez¹, Manuel D. Sánchez-Martos¹, José M. Espada-Cavaria², José M. García³, Sergio A. García-Marcos¹

¹ Unidad de Nefrología. Hospital de Poniente. El Ejido. Almería

² Unidad de Radiología. Hospital de Poniente. El Ejido. Almería

³ Unidad de Radiología Intervencionista. Hospital Torrecárdenas. Almería

NefroPlus 2011;4(3):56

doi:10.3265/NefroPlus.pre2010.Nov.10635

Hombre de 26 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés. Acude a nefrología remitido desde atención primaria por hipertensión arterial (HTA) de 150/90 mmHg, con frecuentes crisis hipertensivas desde hacía dos años, en tratamiento sólo con captopril 25 mg/8 h. Aún sin considerar por definición HTA secundaria, se decide iniciar estudio por la edad del paciente.

Exploración física normal salvo IMC: 32 kg/m². Ecocardiograma, electrocardiograma y retina estrictamente normales. Hemograma, urea, creatinina, perfil hepático y lipídico, TSH, aldosterona, cortisolemia, actividad de renina plasmática (ARP) y sedimento urinario normales. CICR (MDRD-4): 103 ml/min. Orina 24 h: 0,10 g prot, ácido vanilmandélico, metanefrinas, 5 OH indolacético normales. Ecografía Doppler renal: riñón derecho: 11,1 cm; riñón izquierdo: 13,2 cm; se detecta aumento de velocidad en arteria renal principal derecha (ARD) mayor a 3 cm/m, con ondas *tardus parvus* en segmentarias, sugiriendo estenosis de ARD mayor del 70%. Angiorresonancia: origen alto de ARD, con irregularidad y disminución de calibre en tercio medio, que se debe a anomalía en su origen, naciendo posterior y por encima de la inserción de crura diafragmática, por lo que debe atravesarla. Ante tales hallazgos se realiza arteriografía renal selectiva que confirma los hallazgos. Se lleva a cabo ACTP de la estenosis con buen resultado morfológico y clínico (presión arterial normal sin necesidad de medicación).

Transcurridos dos meses, vuelve a presentar presión arterial: 170/90 mmHg (comprobado con MAPA), se repite la batería diagnóstica, y se objetiva restenosis de arteria renal. Se realiza cateterización de ambas venas renales para determinación de ARP, pero resulta infructuosa por problemas técnicos. En prevención de restenosis repetidas tras ACTP, se plantea ojal diafragmático con cirugía torácica y cardiovascular que se desestima dada la elevada posibilidad de restenosis por musculatura elástica del diafragma o herniación de contenido abdominal en

caso contrario. Urología acepta autotrasplante renal mediante nefrectomía laparoscópica e implante en fosa ilíaca derecha. Se propone al paciente riesgo-beneficio, decidiéndose en conjunto mantener una actitud conservadora con medicación antihipertensiva (dos fármacos sin diurético).

■ Figura 1

Angio-RM de arterias renales: se visualiza la arteria renal derecha atravesando la crura diafragmática.



■ Figura 2

Angio-RM de arterias renales: origen anómalo de arteria renal derecha, con persistencia de la tortuosidad y estenosis en el tercio superior, secundarias a su paso a través de la crura diafragmática.



Correspondencia: María Adoración Martín Gómez

Unidad de Nefrología.

Hospital de Poniente. Ctra. de Almerimar, s/n. 04700 El Ejido. Almería.

doritamg@gmail.com