

Caso	(672) Trombosis de la arteria renal, a propósito de un caso	
Autores		Marta Babarro Peleteiro, Jose Vicente Roncero Cano, Maria Victoria Torres Isidro, Gianluca Martinelli, Sergio Gutiérrez Salazar, Esther Izquierdo Milla.
Centro		Hospital Universitario De Móstoles

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 77 años que acude al Servicio de Urgencias con dolor epigástrico irradiado a costado derecho de 24 horas de evolución. Como antecedentes personales destacan hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, cardiopatía isquémica y ex-fumador de 20-40 cig/día desde hace dos años. La exploración física es anodina y en la analítica destaca la presencia de fracaso renal agudo con un filtrado glomerular de 48mL/min (previamente normal) y elevación de la troponina de 58.6 pg/ml. Solicitan AngioTC de aorta para descartar disección. Se realiza el estudio observándose un defecto de repleción en la arterial renal derecha que condiciona ausencia casi completa de la perfusión renal en relación con trombosis aguda de la arteria renal con isquemia renal secundaria. El paciente es rechazado por radiología intervencionista y cirugía vascular por el tiempo de evolución del cuadro instaurándose por lo tanto únicamente tratamiento médico anticoagulante.

DISCUSIÓN

La trombosis de la arteria renal es un cuadro raro que supone una emergencia médica y requiere un rápido diagnóstico y tratamiento para preservar la función renal.

La etiología incluye embolismos, el 95% de origen cardíaco siendo la fibrilación auricular la causa más frecuente, endocarditis infecciosa o trombosis postinfarto y trombosis in situ siendo otras causas menos frecuentes la oclusión postcirugía, postangioplastia, traumatismos o vasculitis.

La clínica es inespecífica: hipertensión arterial, dolor abdominal o en flanco, fiebre, reducción del volumen urinario, con o sin hematuria y/o proteinuria, fracaso renal agudo...

Analíticamente se observa frecuentemente leucocitosis y elevación de LDH (marcador de screening de infarto renal), elevación de ALT, AST y fosfatasa alcalina y en la orina es frecuente encontrar proteinuria, macro o microhematuria y algo menos frecuentemente piuria.

Lo más habitual es la oclusión de las ramas segmentarias renales dando lugar a un cuadro clínico que puede pasar desapercibido al resultar frecuentemente asintomático. Si la oclusión es del tronco principal la viabilidad del riñón puede estar seriamente comprometida no obstante, es frecuente la presencia circulación colateral (hasta un 30% de las personas tiene arterias renales accesorias) lo cual mejora significativamente el pronóstico.

Ante la sospecha clínica se debe solicitar ecodoppler renal y si este resulta positivo o dudoso se recomienda la realización de angiografía renal ya que es el "gold standar " para el diagnóstico y el tratamiento.

En el angioTC podemos ver un defecto de repleción acompañado de mayor o menor grado de hipoperfusión renal en relación con el tiempo de evolución y grado de isquemia.

Las opciones de tratamiento no están claramente establecidas y dependen de la experiencia del equipo médico así como del grado de afectación vascular y repercusión renal pudiendo instaurar desde tratamiento médico con heparina a tratamiento trombolítico o combinación de ambos.

CONCLUSIÓN

La trombosis de la arteria renal es un cuadro clínico poco frecuente pero la sospecha clínica y el rápido diagnóstico son fundamentales para poder instaurar tratamiento y poder preservar la funcionalidad renal resultado muy útil para ello tanto la ecografía doppler como el angioTc y siendo el "gold standar" la angiografía renal.



Imagenes axiales, coronales y reconstrucciones volumétricas que muestran un extenso defecto de replecion en la arterial renal derecha que condiciona hipoperfusión severa del riñón en probable relación con isquemia del mismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Praga M. Nefropatías vasculares. Tratado de Medicina Interna ed. J.Rodes Teixidor y J.Guardia Massó. Masson S.A. Barcelona. 1997; 2396-7.
2. Gasparin M, Hofmann R, Stoller M. Renal Artery embolism: Clinical Features and therapeutic options. J Urol 1992; 147: 567-72.
3. Kansal S, Feldman M, Cooksey S, Patel S. Renal artery embolism. A case report and review. J Gen Intern Med 2008;23(5):644-7.