



Protocolo diagnóstico y tratamiento de la enfermedad venosa renal

F. González Cabrera^a, S. Marrero Robayna^a, N. Lorenzo Villalba^b y C. Plaza Toledano^a

Servicios de ^aNefrología y ^bMedicina Interna. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas. Gran Canaria. España.

Palabras Clave:

- Trombosis vena renal
- Síndrome nefrótico
- Anticoagulación
- Venografía renal

Keywords:

- Renal vein thrombosis
- Nephrotic syndrome
- Anticoagulation
- Renal venography

Resumen

La trombosis venosa renal espontánea es una complicación relativamente común e infradiagnosticada. Fue descrita por primera vez hacia 1840 por Rayer. Posteriormente Addis observó que la trombosis y el embolismo ocurrían frecuentemente en pacientes con síndrome nefrótico. Es importante identificar las situaciones predisponentes para valorar la terapia adecuada. El síndrome nefrótico y la neoplasia son las principales patologías relacionadas con esta entidad clínica. La enfermedad renal crónica (ERC) *per se* es un factor que predispone a la aparición de eventos trombóticos. La venografía renal es considerada el *gold standard* en el diagnóstico.

Abstract

Diagnostic protocol and treatment of renal vein disease

The renal vein thrombosis is a spontaneous and common complication under-diagnosed. Firstly described by Rayer on 1840, afterwards Addis observed that the thrombosis and embolism occurred in patients with nephrotic syndrome. It is important to identify the predisposing situations to evaluate the correct therapy. The nephrotic syndrome and malignancy are the principal pathologies related to this clinical entity. The renal chronic disease, it's a factor that predisposes to thromboembolic events. The renal venography is the gold standard in the diagnosis.

Etiología

La trombosis venosa renal fue descrita por primera vez hacia 1840 por Rayer¹.

Las causas más frecuentes de trombosis son:

1. El síndrome nefrótico.
2. La deshidratación intensa en niños.
3. Los procesos tumorales², sobre todo el carcinoma renal.
4. La compresión extrínseca de la vena renal (por tumores y aneurismas).
5. Los traumatismos sobre el abdomen o la espalda.
6. El trasplante renal.
7. Menos frecuentes son: el síndrome de Behçet y los estados de hipercoagulabilidad relacionados con las diferentes causas de trombofilia (síndrome antifosfolípido, déficit de factor V de Leyden, déficit de proteína C, S o antitrombina

III o disfibrinogenemia, entre otros.)³ y los anticonceptivos orales.

La prevalencia de trombosis venosa renal asociada al síndrome nefrótico es del 5 al 60% según las series y la patología de base³. La etiopatogenia de este proceso es controvertida, aumentando el riesgo de eventos tromboembólicos, sobre todo trombosis venosa profunda (TVP) y de la vena renal (TVR) o tromboembolismo pulmonar (TEP). Se observa un aumento de la hipercoagulabilidad atribuida a diferentes causas:

1. Disminución de las proteínas totales plasmáticas e hipalbuminemia (albúmina menor de 2,8 g/dl). Por cada disminución de 1 g/dl de albúmina el riesgo se duplica⁴. La proteinuria, sin embargo, no ha demostrado ser un factor que incremente la aparición de eventos trombóticos.

2. Los niveles altos de fibrinógeno y antitrombina III.

Este riesgo es mayor en los casos de glomerulonefritis membranosa y amiloidosis.

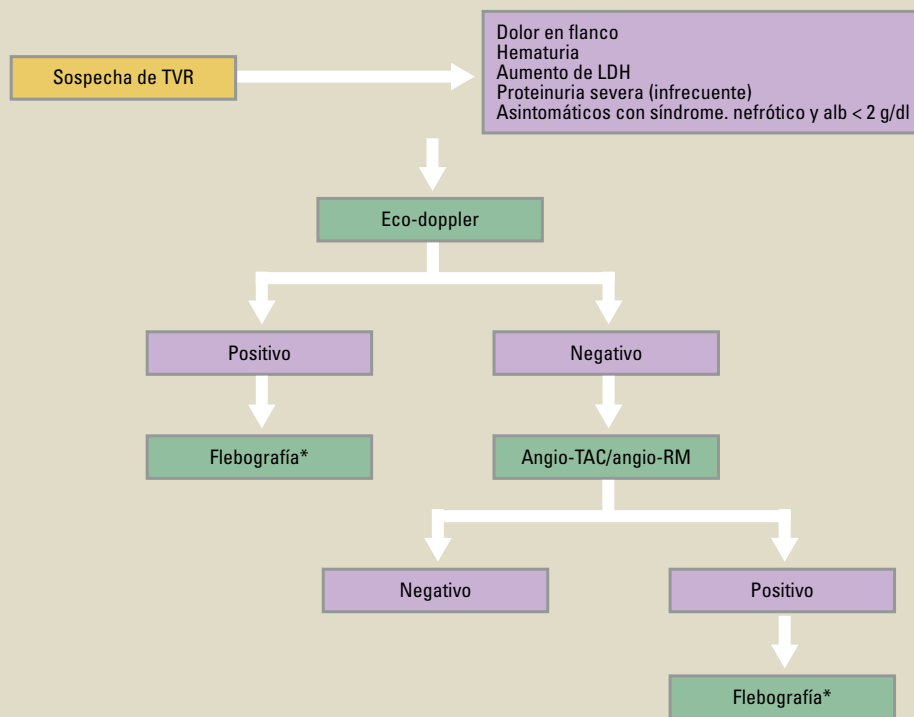


Fig. 1. Diagnóstico de la trombosis venosa renal (TVR).

LDH: lactatodeshidrogenasa.

*Si indicación de tratamiento percutáneo.

Clínica

En algunos casos es asintomática⁵. Cuando se asocia a neoplasias se suele presentar con hematuria y pérdida de peso. La aparición súbita de proteinuria severa es una forma infrecuente de presentación.

Diagnóstico

Se recomienda cribado en el síndrome nefrótico con proteinuria mayor de 10 g/d y/o albúmina sérica menor de 2 g/dl. Es importante recordar que el descartar un evento trombótico en una ocasión no excluye su aparición en otro momento.

La venografía renal selectiva es la prueba *gold standard*, pero su complejidad hace que nos decantemos por pruebas de imagen menos invasivas⁶. La ecografía-Doppler renal es una prueba segura y no invasiva.

La prueba de elección es la tomografía computarizada (TC) con contraste. En el caso de la resonancia magnética (RM) es una técnica de gran utilidad y además es eficaz en casos donde se sospeche cáncer de células renales.

Recomendamos la realización de una angio-TC en primera instancia, seguida de una flebografía con fines terapéuticos en los casos altamente sugestivos de trombosis aguda y completa de la vena renal (fig. 1).

Tratamiento

No hay estudios aleatorizados que establezcan la terapia óptima en pacientes con síndrome nefrótico.

Prevención

Sobre la anticoagulación profiláctica existe controversia al no disponer de estudios aleatorizados.

Lo más aceptado es:

1. No anticoagular de forma rutinaria a todo paciente con síndrome nefrótico, salvo que tengan otro factor de riesgo asociado⁷.

2. Establecer el riesgo-beneficio de la misma. Se puede estimar mediante modelos como el ATRIA (Anticoagulation and Risk Factors in Atrial Fibrillation) *risk score* o el HAS-BLED *bleeding risk score*.

En los pacientes con síndrome nefrótico sin contraindicación de anticoagulación sugerimos anticoagulación profiláctica:

1. Si desconocemos la causa del síndrome nefrótico:
a) existe otra indicación de anticoagulación y el riesgo de sangrado no es alto y b) en hipoalbuminemia menor de 2 g/dl y bajo-moderado riesgo de sangrado.

2. En pacientes con glomerulonefritis membranosa:
a) riesgo de sangrado bajo y albúmina sérica menor de 3 g/dl

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3805471>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3805471>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)