



# Patología de la arteria y la vena renal

A. Delgal, L. Cormier, E. Steinmetz, R. Loffroy

*Las anomalías de la arteria y de la vena renales son numerosas, de causas múltiples y muy a menudo desconocidas. Aparte de las lesiones frecuentes como las estenosis ateromatosas, el aneurisma, la disección de la arteria renal y la trombosis de la vena renal, las demás alteraciones de los vasos renales, ya sean congénitas o adquiridas, son infrecuentes y, por tanto, difíciles de manejar, hecho que implica un considerable retraso diagnóstico y terapéutico. Se han producido avances en el diagnóstico y el tratamiento desde hace varios años, en especial con el desarrollo de nuevas técnicas de revascularización arterial endovascular, como la angioplastia transluminal percutánea, más o menos completada con la implantación de una endoprótesis. Esta técnica se ha convertido en el tratamiento de elección de la estenosis de la arteria renal, de una obstrucción aguda e incluso de un aneurisma o de una fístula arteriovenosa. Estas lesiones pueden excluirse directamente o de forma complementaria, con la liberación in situ de espirales metálicas (coils) que hacen posible la embolización de la lesión arterial. El beneficio principal de estos tratamientos es una menor morbilidad, respecto al empleo de la vía percutánea, en pacientes afectados por lesiones multivasculares y, por tanto, frágiles y poco aptos para soportar una cirugía vascular más invasiva. Sin embargo, en caso de complicación o de fracaso de las intervenciones endovasculares o desde el principio si se trata de lesiones arteriales complejas, que se detallarán más adelante, la cirugía vascular está indicada. En función de la gravedad de las lesiones y la duración de su reparación, la revascularización puede ser anatómica, extraanatómica o por cirugía ex situ con enfriamiento del parénquima renal, cuyo objetivo es evitar al máximo la cirugía de exéresis definitiva.*

© 2013 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Arteria renal; Vena renal; Tratamiento endovascular; Embolización arterial; Derivación aortorenal; Síndrome del cascanueces

## Plan

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| ■ Introducción                  | 1  |
| ■ Patología de la arteria renal | 2  |
| Entidades patológicas           | 2  |
| Tratamiento quirúrgico          | 8  |
| ■ Patología de la vena renal    | 9  |
| Trombosis                       | 9  |
| Síndrome del cascanueces        | 9  |
| Tumor                           | 10 |
| Aneurisma de la vena renal      | 10 |
| ■ Conclusión                    | 10 |

## ■ Introducción

Aparte de las lesiones frecuentes como las estenosis ateromatosas, el aneurisma, la disección de la arteria renal y la trombosis de la vena renal, las demás alteraciones de los vasos renales pueden ser difíciles de reconocer, lo cual supone un inconveniente que genera un retraso diagnóstico y terapéutico considerable. ¿Cuál es la importancia epidemiológica de estas afecciones? A la luz de los recientes adelantos en el campo de las pruebas de imagen diagnósticas y terapéuticas, en especial los tratamientos endovasculares, ¿qué lugar ocupa en la actualidad la cirugía? Tras una reseña epidemiológica de estas afecciones, se detallarán las indicaciones de los tratamientos endovasculares y quirúrgicos.



## ■ Patología de la arteria renal

### Entidades patológicas

#### Estenosis

La estenosis se define como la reducción del calibre de la arteria renal en más del 50%. Su prevalencia en la población general es del 4%, pero puede alcanzar hasta el 27% en una población de pacientes ateromatosos [1]. Se la considera significativa por encima del 70%, con una prevalencia elevada (10-12%) en pacientes con vasculopatías múltiples.

#### Etiología

Las causas son múltiples.

##### Estenosis primarias.

**Ateroma.** Las estenosis ateromatosas son las más frecuentes y su incidencia alcanza más del 70% [2]. Afectan con preferencia a los varones (proporción por sexos: 2/1) de raza blanca, menores de 45 años, con poliarteriopatías y numerosos factores de riesgo cardiovascular [3-5].

Las características anatomopatológicas de las lesiones son idénticas a las de las otras arterias (estrías, placas, calcificaciones, lesiones complejas, asimétricas y excéntricas con relación a la luz vascular). Se localizan en el tercio proximal de la arteria renal (el 90% entre el ostium y el primer centímetro) y son bilaterales en el 45% de los casos [6], a menudo con una lesión concomitante de la aorta (70%) (Fig. 1).

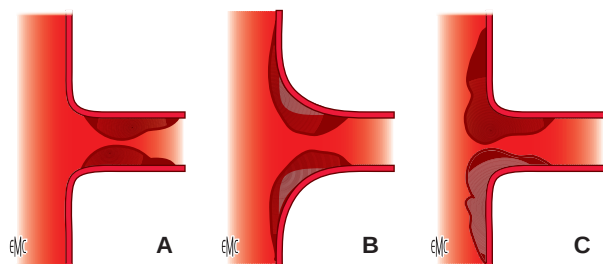
En alrededor del 50% de los casos evolucionan naturalmente hacia el agravamiento progresivo, con o sin el desarrollo de nuevas lesiones, hasta provocar una obstrucción crónica en el 14% de los casos [2,7].

El elemento pronóstico fundamental es el grado de estenosis y sus resultados clínicos.

Una estenosis de más del 75% produce una obstrucción completa dentro de los 12 meses siguientes al diagnóstico en alrededor del 50% de los casos [3].

**Fibrodismplasias.** Las fibrodismplasias representan un tercio de las estenosis de la arteria renal en el adulto y más del 95% en el niño [2]. Aunque su causa es desconocida, afectan principalmente y con predisposición genética a mujeres jóvenes (25-40 años) sin factor de riesgo cardiovascular. Típicamente, se desarrollan en la porción media y distal del tronco de la arteria renal hasta las primeras bifurcaciones y con frecuencia a la derecha, aunque en general es bilateral [3] y múltiple en el 32% de los casos [2].

Al contrario que en las estenosis ateromatosas, el riesgo de trombosis es bajo, pero en el 9% de los casos pueden asociarse a lesiones aneurismáticas de la arteria renal (con las que comparten el mecanismo etiopatogénico), por lo

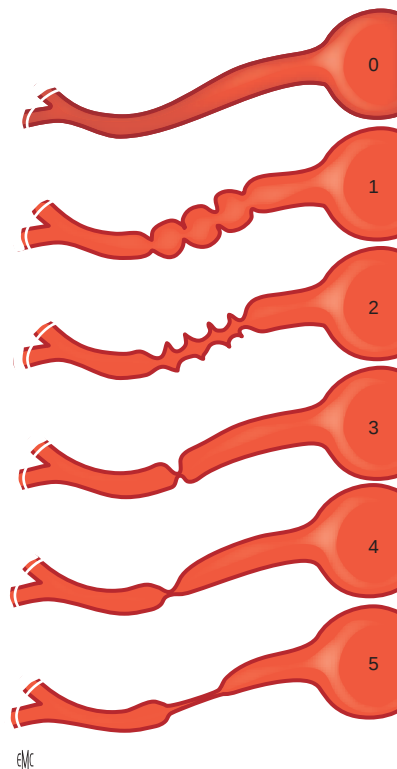


**Figura 1.** Tipos de estenosis ateromatosas del primer centímetro de la arteria renal [2].

**A.** Troncular.

**B.** Seudotruncular (dilatación del segmento proximal de la arteria).

**C.** Orificial pura (estrechamiento del segmento proximal de la arteria).



**Figura 2.** Representación esquemática de los tipos de estenosis fibrodismplásicas de la arteria renal, por orden de frecuencia decreciente [2]. 0. Arteria renal normal; 1. fibrodismplasia media; 2. fibrodismplasia subadventicial; 3. hiperplasia media; 4. fibrodismplasia de la íntima; 5. fibrodismplasia de la adventicia.

que en cualquier momento pueden complicarse con una disección de la pared arterial (5-10%) y, por tanto, una obstrucción aguda [2].

Hay varias categorías histológicas, según consta en la clasificación de Harrison y McCormack [8], que se describen del centro a la periferia de la arteria (Fig. 2):

- fibrodismplasia de la íntima;
- fibrodismplasia de la media;
- hiperplasia de la media;
- fibrodismplasia perimedial o subadventicial;
- fibrodismplasia adventicial o periarterial.

**Arteritis inflamatorias.** Se distinguen:

- las **lesiones posradioterapia**: aunque son pocos los casos descritos, cualquier radioterapia aortolumbar puede causarlas. Las lesiones suelen ser bilaterales y de extensión variable. En general tardan varios años en aparecer [3]. Cabe señalar, además, la nefropatía por irradiación, acompañada de hipertensión arterial (HTA) de origen renal, que sobreviene tras una irradiación superior a más o menos 23 Gy y no es apta para un tratamiento vascular directo [9];
- la **enfermedad de Takayasu**: de distribución geográfica variable, es más frecuente en Asia que en Estados Unidos y Europa [3]; el predominio del sexo femenino es constante [10] y su causa, desconocida. La lesión se localiza en la aorta y sus colaterales, en general de calibre grueso, donde suelen observarse estenosis extensas y asociadas a dilataciones aneurismáticas. Pueden afectarse todos los segmentos arteriales, desde las coronarias hasta las arterias pedias, pero algunos sitios son más orientadores: troncos supraaórticos proximales, aorta torácica ascendente y descendente, aorta abdominal, arterias renales, viscerales e ilíacas [3]. Desde el punto de vista macroscópico, la arteria está engrosada, se adhiere a los órganos adyacentes y al corte presenta un color blanco grisáceo inespecífico debido a la lesión escleroinflamatoria de la media y la adventicia. Respecto a los exámenes de laboratorio, el aumento de la velocidad de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4268715>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4268715>

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