

Diálisis y Trasplante

CASO CLÍNICO

La importancia de la biopsia renal en la hipertensión arterial.

FAÚNDEZ FERNÁNDEZ, ANTONIO; FIDALGO GONZÁLEZ, VERÓNICA; FONSECA DE JESÚS SILVA, CAROLINA; GONZÁLEZ ZHINDON, GABRIELA DEL PILAR; RODRÍGUEZ PORTELA, GUADALUPE; NAVA REBOLLO, ÁLVARO.

Palabras Clave

Crisis hipertensiva, insuficiencia renal, nefropatía IgA, síndrome nefrótico, joven.

Keywords

Hypertensive crisis, renal failure, IgA nephropathy, nephrotic syndrome, young adult.

Resumen estructurado

Introducción

La hipertensión arterial secundaria debe sospecharse en pacientes jóvenes con presentación brusca y grave. La enfermedad renal puede ser una causa subyacente.

Presentación del caso

Varón de 31 años sin antecedentes nefrológicos que consulta por cefalea, palpitaciones y malestar general. En urgencias presenta crisis hipertensiva e insuficiencia renal. Se detecta proteinuria en rango nefrótico y se realiza biopsia renal que revela nefropatía por IgA con lesiones crónicas avanzadas. Evoluciona a enfermedad renal crónica terminal, requiriendo diálisis y posterior trasplante renal con buena evolución.

Discusión

La nefropatía por IgA puede debutar como hipertensión severa y síndrome nefrótico. La biopsia es clave para el diagnóstico y estratificación del pronóstico.

Structured abstract

Introduction

Secondary hypertension should be suspected in young patients with abrupt and severe presentations. Kidney disease may be an underlying cause.

Case report

A 31-year-old man presented with headache, palpitations and malaise. On admission, he had hypertensive crisis and renal failure. Work-up revealed nephrotic-range proteinuria. Kidney biopsy confirmed IgA nephropathy with advanced chronic lesions. He progressed to end-stage renal disease and underwent successful kidney transplantation.

Discussion

IgA nephropathy may present as hypertensive crisis with nephrotic syndrome. Renal biopsy is essential for diagnosis and prognostication.

Introducción

La hipertensión arterial (HTA) es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad cardiovascular y renal. En pacientes jóvenes, la HTA secundaria debe ser sistemáticamente considerada, especialmente si se presenta con cifras elevadas, síntomas clínicos o daño en órganos diana. La nefropatía por IgA, glomerulonefritis primaria más frecuente en el mundo, puede debutar con manifestaciones clínicas variables, desde hematuria aislada hasta formas graves con síndrome nefrótico e insuficiencia renal.

Presentación del caso

Varón de 31 años con antecedentes de dermatitis atópica. Consulta por cefalea holocraneal, palpitaciones y malestar general de tres semanas de evolución. Refiere apetito disminuido sin fiebre, sudoración ni pérdida de peso. Sin antecedentes nefrológicos ni HTA conocida.

Exploración física: presión arterial 206/101 mmHg con frecuencia cardíaca 66 lpm. Consciente y sin focalidad neurológica. Soplo sistólico II/VI en foco aórtico. Exploración respiratoria, abdominal y de extremidades sin hallazgos.

Pruebas complementarias:

- **Análítica sanguínea:** Creatinina 5.2 mg/dl, urea 133 mg/dl, proteínas totales 5.4 g/dl, albúmina 3.2 g/dl. Hemoglobina 9.8 g/dl, IgG baja (424 mg/dl), C3 bajo (87 mg/dl), IgE elevada.
- **Orina 24h:** Proteinuria 7.5 g/24h, albuminuria 5.2 g/24h.
- **Hormonas suprarrenales y metanefrinas urinarias:** Normales.
- **Autoinmunidad y serologías virales:** Negativas.
- **Imágenes:** Ecografía renal: riñones pequeños, con pérdida de diferenciación corticomedular y doppler sin estenosis. Fondo de ojo y ecocardiograma sin afectación hipertensiva.

Biopsia renal: Glomérulos mayoritariamente esclerosados, fibrosis intersticial y atrofia tubular moderada-severa. Inmunofluorescencia: depósitos mesangiales de IgA (++/+++), C3 y cadenas ligeras.

Diagnóstico: nefropatía por IgA con lesiones crónicas graves.

Discusión

La HTA grave en pacientes jóvenes sin antecedentes previos debe orientar hacia causas secundarias, entre ellas la enfermedad renal parenquimatosa. En este caso, la nefropatía por IgA fue el diagnóstico final, apoyado por la presencia de proteinuria nefrótica y hallazgos compatibles en la biopsia.

La nefropatía IgA se presenta habitualmente entre la segunda y tercera décadas de vida y puede manifestarse como hematuria macroscópica, microhematuria persistente, proteinuria o deterioro renal. Las formas con síndrome nefrótico son menos frecuentes (<10%) y se asocian con peor pronóstico.

La biopsia renal es esencial para el diagnóstico y la clasificación del riesgo. En este paciente, los hallazgos histológicos de cronicidad avanzada (glomerulosclerosis, atrofia tubular, fibrosis intersticial) llevaron a suspender la corticoterapia y orientar el tratamiento hacia la terapia sustitutiva renal. A pesar del mal pronóstico inicial, el paciente evolucionó favorablemente tras el trasplante renal, sin recurrencia de la nefropatía a los tres años.

Bibliografía

1. KDIGO 2021 Clinical Practice Guideline for the Management of Blood Pressure in Chronic Kidney Disease. *Kidney Int.* 2021;99(3S):S1–S87.
2. Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J.* 2018;39(33):3021–104.
3. Floege J, Feehally J. The mucosal immune system and IgA nephropathy. *Nat Rev Nephrol.* 2016;12(3):147–56.
4. Berthoux F, Mohey H, Laurent B, et al. Predicting the risk for dialysis or death in IgA nephropathy. *J Am Soc Nephrol.* 2011;22(4):752–61.
5. Barbour SJ, Reich HN. Risk stratification of patients with IgA nephropathy. *Am J Kidney Dis.* 2012;59(6):865–73.

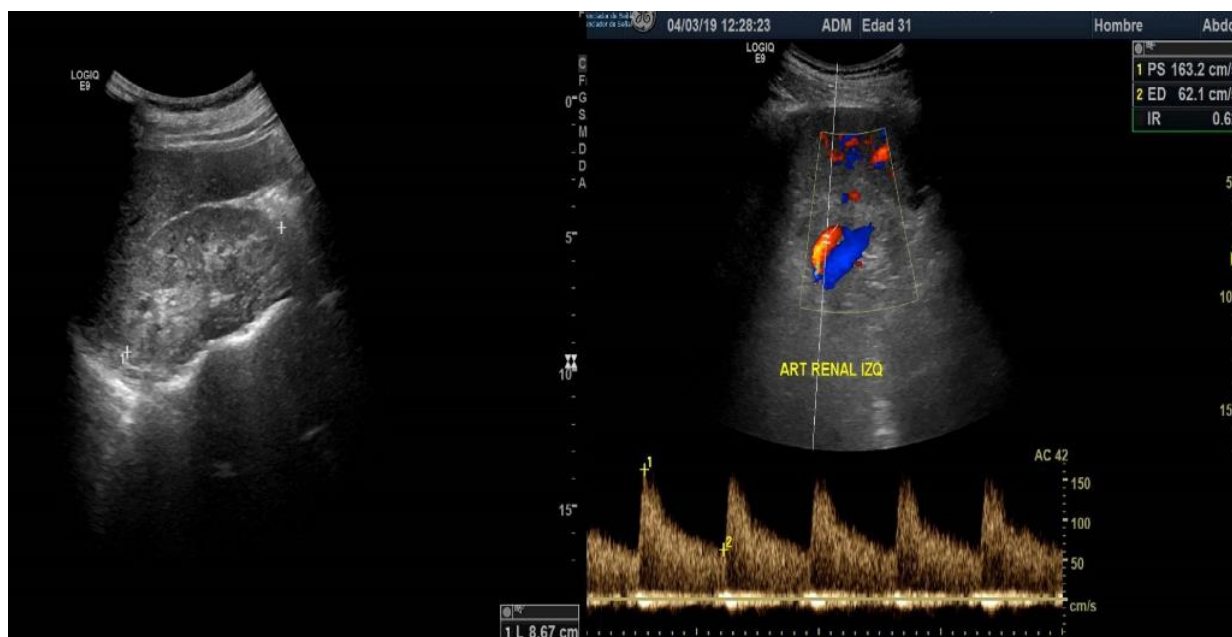


Figura 1.- Ecografía renal. Riñón disminuído de tamaño con pérdida de diferenciación corticomedular (izq) con doppler normal (der).

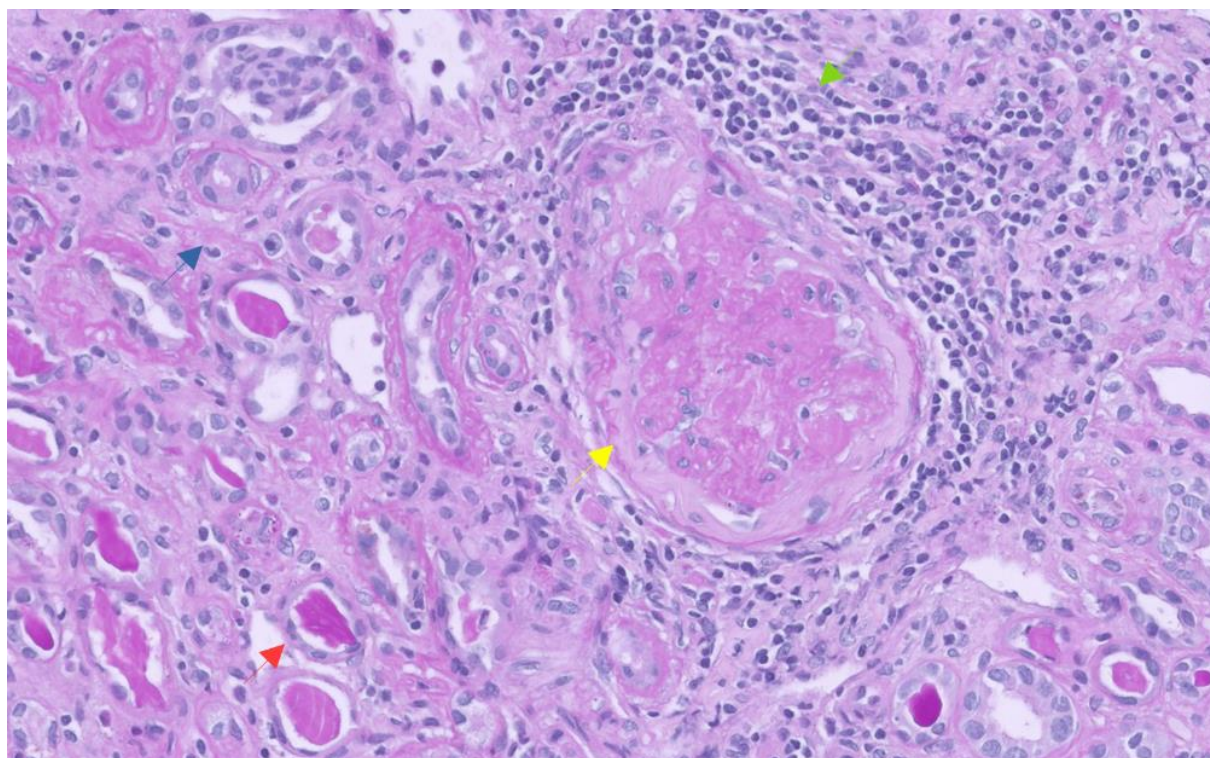


Figura 2.- Biopsia renal: fibrosis y atrofia tubular. Glomérulo esclerosado (flecha amarilla) con infiltrado linfocitario periglomerular (flecha verde). Fibrosis intersticial (flecha azul) y atrofia tubular (flecha roja).

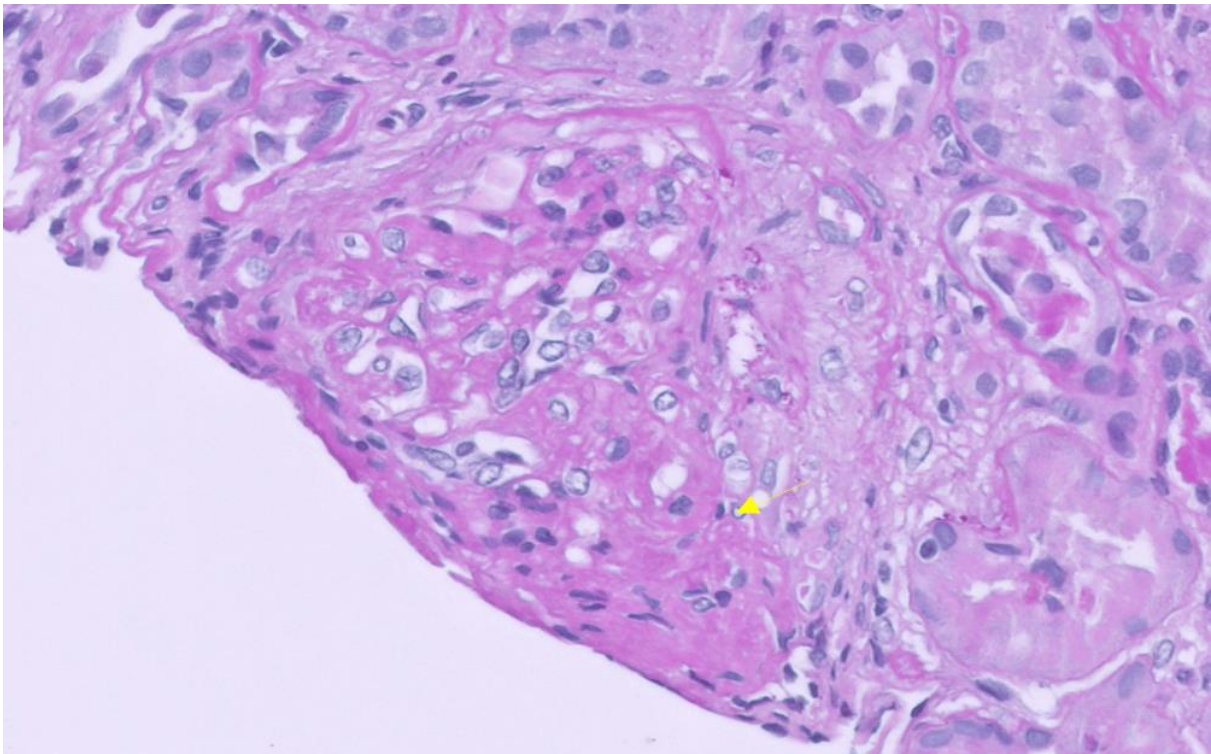


Figura 3 Esclerosis segmentaria glomerular (flecha).

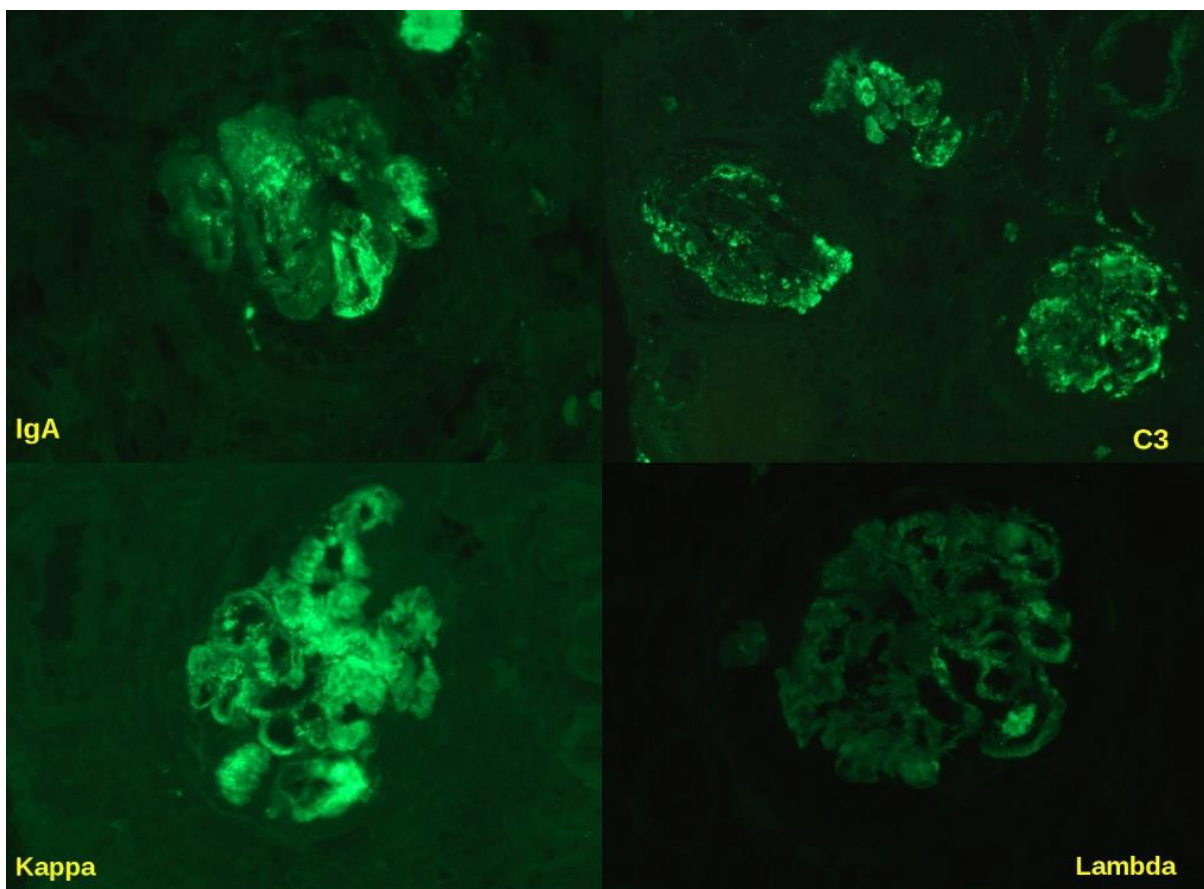


Figura 4.- Inmunofluorescencia IgA. Inmunofluorescencia con positividad glomerular con depósito mesangial granular para IgA (++/+++), cadena kappa (+/++), cadena lambda (+), C3 (++/+++).