

El control de la tensión arterial reduce la mortalidad en los pacientes con poliquistosis renal

La hipertensión arterial afecta a un 20-25 de la población general en los países desarrollados. A su vez, el 50-75% de los pacientes con enfermedad renal crónica en estados avanzados tiene hipertensión.

La principal causa de muerte en estos pacientes es de origen cardiovascular y la presión arterial elevada es uno de los factores que más contribuyen de forma directa. Además la hipertensión arterial acelera la progresión de la enfermedad renal.

Por tanto, el tratamiento de los pacientes persigue un doble objetivo: reducir la mortalidad y retrasar la progresión de la enfermedad renal.

Aproximadamente un 50% de los pacientes con poliquistosis renal autosómica dominante (PQRAD) tienen hipertensión arterial, aumentando casi al 100 % en fases avanzadas de la enfermedad. El desarrollo de la hipertensión y sus complicaciones se detectan en pacientes de edad joven afectados por esta enfermedad.

La patogenia de la hipertensión en estos pacientes difiere en algo a la del resto de pacientes con insuficiencia renal. La asociación entre el tamaño renal y prevalencia de hipertensión apoya la hipótesis de que la hipertensión se produce por un estrechamiento vascular secundario al crecimiento de los quistes. Los quistes en expansión provocan alteraciones en la microcirculación,

La hipertensión se produce por un estrechamiento vascular secundario al crecimiento de los quistes.



lo que a su vez causa isquemia y activa el eje sistema renina-angiotensina. La activación de este eje parece crucial en el desarrollo de la hipertensión. Por este motivo, parece fundamental el tratamiento con fármacos que actúen inhibiendo el eje. De primera elección serían los **Inhibidores del sistema renina-angiotensina (IECA)** y, en pacientes que no los toleren, se recomienda la utilización de los **antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA-II)**. El objetivo del control tensional óptimo es mantener cifras por debajo de 130/80, incluso se cree que cifras menores de 120/80 podrían ser beneficiosas en los pacientes con hipertensión e hipertrofia ventricular izquierda.

Con frecuencia el diagnóstico de hipertensión en la PQRAD se hace de una forma tardía, lo que conlleva al desarrollo de complicaciones cardiovasculares (hipertrofia ventrículo izquierdo, disfunción diastólica...). Su diagnóstico y tratamiento precoz es esencial, ya que **la muerte de origen cardiovascular representa la primera causa de mortalidad en estos pacientes.**

Además la presión arterial mal controlada provoca un deterioro más rápido de la función renal, aumenta la mortalidad debido a enfermedad cardíaca valvular y aneurismas y aumenta el riesgo de complicaciones durante el embarazo.

Varios ensayos clínicos, actualmente en marcha, tratan de evaluar la correlación entre un estrecho control de la presión arterial y la progresión de PQRAD. Algunos estudios ya han demostrado el mejor control tensional en estos pacientes, con respecto al que se realizaba hace algunos años, así como la mayor utilización de fármacos inhibidores del sistema renina-angiotensina respecto a comorbilidades otros fármacos antihipertensivos.

Recientemente ha sido publicado en la revista **American Journal of Kidney Diseases** un estudio cuyo objetivo era demostrar si existía relación entre un estrecho control de la presión arterial y la mortalidad en pacientes con PQRAD.

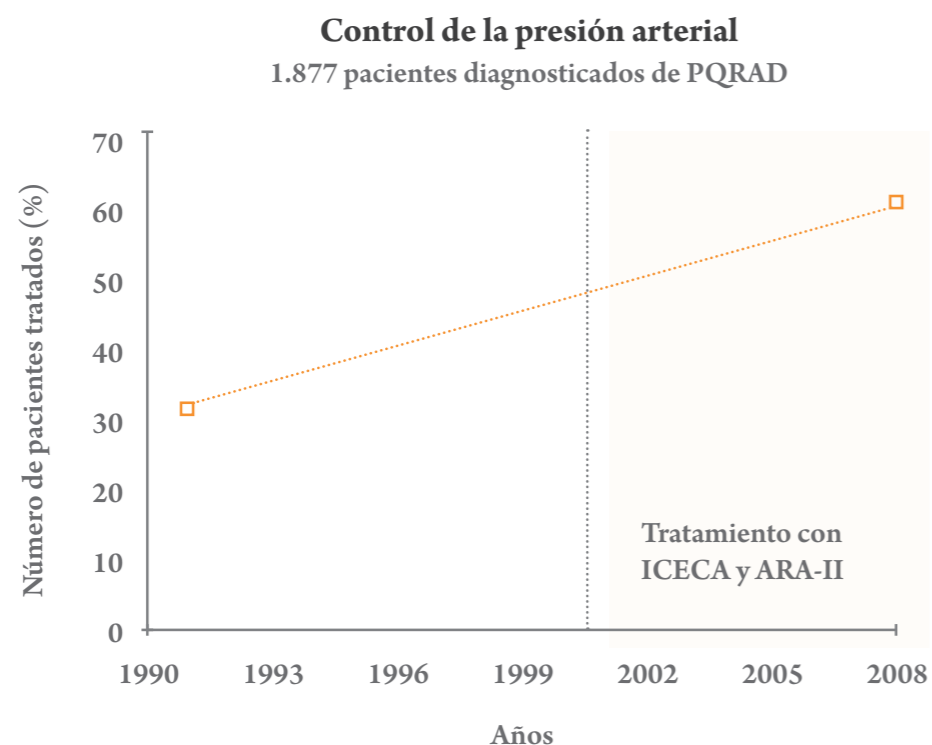


Figura 3. Control de la presión arterial

El estudio se realizó recogiendo datos de pacientes diagnosticados de PQRAD entre años 1991 y 2008. En total se analizaron 1877 casos. Como datos importantes cabe destacar la evolución en el manejo de la hipertensión arterial en estos pacientes con el paso de los años.

Se observó un aumento considerable en el número de pacientes tratados a lo largo de los años de un 32% en año 1991 a un 62% en año 2008. Además se observó diferencias en el cambio de tra-

tamiento de elección, siendo los IECAS y ARA-II, los más utilizados en los últimos años del estudio. La mortalidad fue menor en aquellos pacientes que recibían tratamiento antihipertensivo, que en los que no lo recibían. La menor mortalidad se asoció con tratamiento con IECA, ARA-II y diuréticos.

La mayor mortalidad se observó en aquellos pacientes con importante morbilidad asociada: diabetes, hiperlipidemia, fumadores...

La mortalidad fue menor en aquellos pacientes que recibían tratamiento antihipertensivo, que en los que no lo recibían.

Conclusión

En conclusión se podría decir que el control de la tensión arterial es fundamental en los pacientes con PQRAD. Se asocia a un enlentecimiento en la progresión de la enfermedad renal y parece que a una menor mortalidad.

El tratamiento más efectivo se basa en la combinación de 2, 3 o 4 clases de antihipertensivos, entre los que se incluyen como primera elección los IECA y como segunda los ARA-II.

Aunque los datos recogidos en este estudio incluyen un gran número de pacientes, son necesarios más estudios prospectivos que confirmen estos datos.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Patch C, Charlton J, Roderick PJ, Gulliford MC. Use of antihypertensive medications and mortality of patients with autosomal dominant polycystic kidney disease: A population-based study. Am J Kidney Dis 2011; 57(6):856-862.

Próximos Eventos

7º Congreso de Cistinosis

[París, 29 de junio – 1 de julio]

Asociación para la Información y la Investigación de las Enfermedades Renales Genéticas

Jornada para pacientes, familiares y amigos

www.cystinosisfoundation.org

8ª Jornada anual de la AIRG

Asociación para la Información y la Investigación de las Enfermedades Renales Genéticas

Jornada para pacientes, familiares y amigos

Lugar: Auditorio Novartis: Gran Vía Corts Catalanes, 764, 08013 Barcelona

Inscripciones en: info@airg-e.org -- airg@airg-e.org