

Poliquistosis renal autosómica dominante: Progresión de la enfermedad

Resumen de la ponencia del Dr. Víctor Martínez Jiménez
en la Jornada de la AIRG-España
realizado por el equipo de redacción



DR. VÍCTOR MARTÍNEZ JIMÉNEZ

Servicio de Nefrología
Hospital Virgen de Arrixaca (Murcia)

En la progresión de la poliquistosis renal dominante las preguntas más habituales de los pacientes en la consulta son: ¿Cómo va mi enfermedad?, ¿cómo evoluciona?, ¿estoy estable?, ¿necesitaré diálisis?

La poliquistosis renal autosómica dominante (PQRAD), por su alta prevalencia, la padece una de cada mil personas, no se puede considerar como enfermedad rara.

Podemos dividir su evolución en dos fases, la inicial y la tardía, separadas por el concepto de enfermedad renal crónica. El ponente detalló detenidamente cada una de las fases, haciendo hincapié en los parámetros fisiológicos (los quistes), los valores analíticos (el filtrado glomerular) y el seguimiento periódico del nefrólogo a lo largo de todo el proceso.

Los factores genéticos, la hipertensión arterial y el denominado volumen renal determinan la progresión de la enfermedad.

Diferencias en la progresión según esté afectado el gen PKD1 o el PKD2.

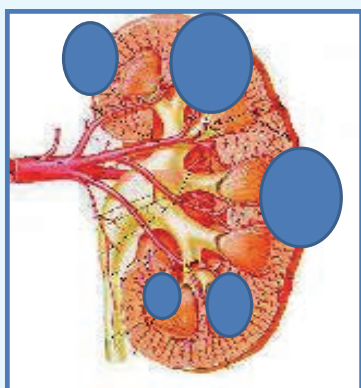
Los afectados en PKD1 suelen comenzar antes la diálisis, alrededor de los sesenta años. Con PKD2 puede ser veinte años más tarde. El control de la hipertensión y el volumen renal, es decir, la medida del tamaño de los riñones obtenido gracias a las modernas técnicas de imagen está considerado como el mejor indicador del pronóstico de la enfermedad, ya que a mayor volumen renal suele haber un deterioro proporcional de la función renal. Otros factores menores, como la proteinuria, la hematuria, la hipertrofia del

Podemos dividir su evolución en dos fases, la inicial y la tardía

FASES DE LA PROGRESIÓN

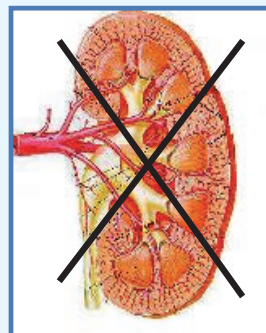
FASE PRECOZ

- Quistes Renales
- Fx renal normal: Creat



FASE TARDÍA

- ERC: ↑Creat y ↓ FG
- Hasta precisar TRS



ventrículo izquierdo, el ácido úrico y el colesterol son también indicadores para el pronóstico.

La cuestión importante es comprender que la evolución de la función renal es lo que marca la progresión de la enfermedad.

Se recomienda a ingestión de dos a tres litros de agua diarios (nunca en diálisis), el control en el consumo de fármacos nefrotóxicos (como los antiinflamatorios), así como el evitar las situaciones de riesgo con trauma (deportes de contacto, por ejemplo).

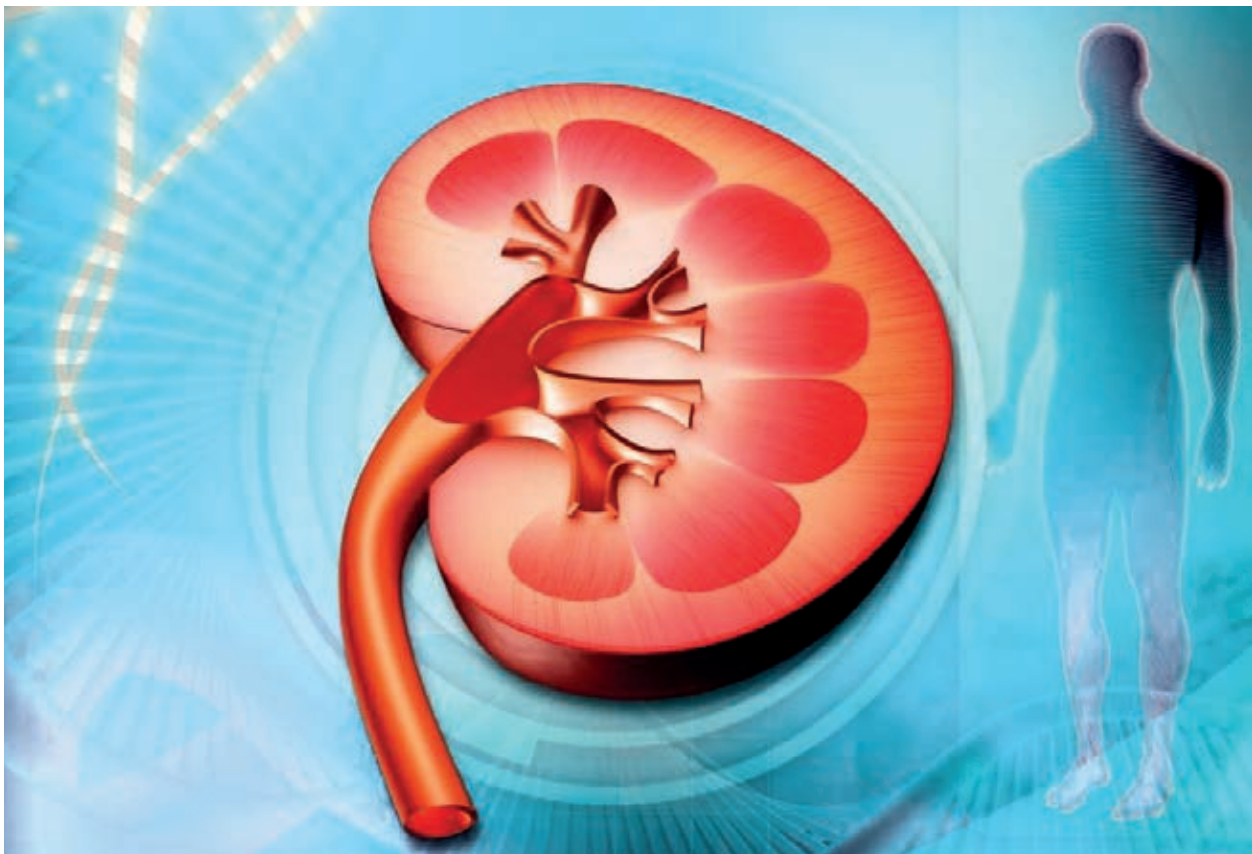
El embarazo no está contraindicado en mujeres normotensas con función renal normal. No precisan un seguimiento especial, pero de-

ben controlar especialmente la TA. En referencia al riesgo que para la salud puede tener el embarazo en las mujeres con PQRAD que presente insuficiencia renal o hipertensión arterial tienen más riesgo de preeclampsia y pérdida fetal. La entrada en la enfermedad renal crónica desaconseja, por arriesgado, la posibilidad del embarazo.

No hay mayor incidencia del cáncer de riñón entre los pacientes poliquísticos, aunque la dificultad para el diagnóstico

suele estar en el análisis de las imágenes del riñón afectado cuando se trata de identificar los carcinomas por la complejidad de los quistes.

El embarazo no está contraindicado en mujeres normotensas con función renal normal



La hemodiálisis, la diálisis peritoneal y el trasplante son las tres modalidades de terapia renal substitutiva. Cada una de ellas tiene ventajas e inconvenientes y en cada caso se elegirá la más apropiada siendo el trasplante, la más favorable, siempre que se pueda.

CONCLUSIONES

- El deterioro progresivo de fx renal (ERC) marca el **pronóstico** de la PQRAD
- Principales **factores de progresión**: genéticos, HTA y volumen renal; siendo éste el mejor predictor pronóstico (fase precoz)
- **Embarazo** no contraindicado en mujeres fx renal normal y TA controlada
- **Cáncer renal** no es más frecuente en PQRAD, pero es más difícil de diagnosticar
- **Elegir tipo TRS** en función de la situación. Trasplante Renal es el de elección