

**Trombosis aguda de la arteria renal asociada con el uso de anticonceptivos orales**

*Acute renal artery thrombosis associated with the use of an oral contraceptive pill*

El infarto renal (IR) es una condición rara con una presentación inespecífica, ocasionada por la obstrucción aguda de una o más ramas de la arteria renal. Es una causa poco frecuente de dolor abdominal, siendo una entidad de diagnóstico por exclusión. Las principales causas incluyen émbolos secundarios a enfermedades cardíacas, por ejemplo, aterosclerosis, enfermedad valvular cardíaca, infarto de miocardio (MI), aneurisma ventricular y miocardiopatía dilatada; Otras causas son traumatismos previos, estados de hipercoagulabilidad, anomalías vasculares y ciertas drogas.

Esta patología debería ser sospechada, en pacientes mujeres en tratamiento con anticonceptivos orales, que se presenten con dolor intenso en el flanco, asociado con hematuria y LDH aumentada. La presentación clínica, que además de lo anterior se puede acompañar de náuseas, vómitos, fiebre, hipertensión arterial (HTA), hematuria y oligoanuria, obliga a descartar otras patologías como: cólico renal, pielonefritis, isquemia intestinal, colecistitis y pancreatitis.

En el laboratorio podemos encontrar leucocitosis con neutrofilia, aumento LDH y creatinina, hematuria y proteinuria. La elevación de LDH es el hallazgo más sensible, presente en casi el 100% de los casos, aunque es bastante inespecífico. Se empieza a elevar a partir de las primeras 12-24 horas. La falla renal aguda, suele aparecer en aquellas ocasiones en las que el infarto es bilateral (15-30%), o bien cuando existen microembolias en el riñón contralateral o en el paciente con un único riñón funcional.

Para establecer diagnóstico, se debe realizar ecografía, TAC (tomografía axial computarizada) con contraste, ecodoppler, gammagrafía o arteriografía. La ecografía abdominal con una sensibilidad aproximada del 11%, resulta de poca utilidad.

Con la TAC, la sensibilidad se incrementa hasta un 80%, ya que se ponen de manifiesto defectos de perfusión en el parénquima renal con forma de cuña, con límites netos y rectilíneos sugerentes de infarto reciente además se puede observar el signo de realce flip-flop (defecto precoz de perfusión y realce tardío por persistencia de contraste que representa isquemia). Sin embargo la arteriografía es la prueba más sensible y específica pero al tratarse de un procedimiento invasivo no es de elección.

Si la enfermedad embólica está excluida por evaluación clínica y por la ecocardiografía; la trombosis in situ es la culpable, dictando la necesidad de una búsqueda detallada de estados hipercoagulabilidad y drogas (marihuana, cocaína, esteroides anabólicos, AINEs, trastornos trombofílicos e incluso infección por Covid-19).

Al igual que con la trombosis venosa, el uso de anticonceptivos orales también se asocia a un mayor riesgo de trombosis arterial. Este riesgo se encuentra directamente relacionado con el componente estrogénico del compuesto farmacológico, pero incluso en usuarias de pastillas a bajas dosis se ve aumentado el riesgo. Un estudio más extenso sobre el Riesgo de Trombosis Arterial en Relación con los Anticonceptivos Orales (ACO) confirmó que el uso de cualquier tipo de ACO (primera, segunda o tercera generación) aumenta el riesgo de accidente cerebrovascular isquémico, infarto de miocardio y enfermedad arterial periférica con un odds ratio de 1.7-2.4. Se deben tener en cuenta, otros factores de riesgo, como por ejemplo: tabaquismo, obesidad, sedentarismo, enfermedad trombótica previa, diabetes, pacientes mayores de 35 años, entre otros.

El infarto renal (IR), es una enfermedad grave y dependiendo de la gravedad, puede conducir a insuficiencia renal aguda en el 39% de los casos, hipertensión renovascular en el 48% y enfermedad renal crónica en el 33,8%. El predictor más fiable para definir el pronóstico del IR es la función renal que la paciente presenta, la cual se debe controlar en el momento agudo y a posterior, por lo menos 6 (seis) meses luego del evento.

El tratamiento es bastante controvertido y se basa en la anticoagulación, la fibrinólisis y la cirugía de revascularización. La fibrinólisis sólo resulta útil si se aplica en las primeras 3 (tres) horas, que es cuando el tejido isquémico aún es viable y su indicación corresponde si el origen de la lesión es traumático, si el infarto es bilateral o en lo que la paciente tenga solo un riñón funcionando. Para reducir y prevenir complicaciones potencialmente mortales se debe interrumpir inmediatamente el fármaco, realizar pruebas que excluyan otros diagnósticos y confirmen estados de hipercoagulabilidad.

En cuanto a la opciones farmacológicas para la anticoncepción de mujeres con antecedentes o factores de riesgos de enfermedad cardiovascular (>35 años, diabéticas, hipertensas, fumadoras, con antecedentes de trombosis), se debe optar por métodos anticonceptivos no hormonales o progestágenos. Entre estos últimos, los mejores son, el implante liberador de etonogestrel y el sistema intrauterino liberador de levonorgestrel. Los beneficios de usar anticonceptivos hormonales superan los riesgos asociados con estos medicamentos.

Los ACO aumentan el riesgo de trombosis venosa y arterial, incluso en mujeres sanas, pero este riesgo es bajo; Aunque se considera que los preparados actualmente disponibles (EE<50 mg) presentan un bajo riesgo de trombosis venosa y arterial para pacientes que no tienen riesgo; Para la trombosis arterial, el tipo de progestágeno no altera el riesgo de trombosis, por lo que en mujeres sanas no existe una opción que presente menos riesgo.

Los anticonceptivos de progestágeno solo y no hormonales no están asociados con un mayor riesgo de tromboembolismo venoso (TEV). Por tanto, son adecuados para pacientes con riesgo de TEV o con antecedentes de TEV; En pacientes con historia previa de trombosis arterial (TA) o múltiples factores de riesgo para TA, se debe optar por anticonceptivos no hormonales o anticonceptivos de progestágeno solo (excepto las inyecciones trimestrales).

Bibliografía consultada:

<https://www.revistanefrologia.com/es-infarto-renal-agudo-caracteristicas-clinicas-articulo-S0211699515001885>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2013251416300086>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3437809/>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0015028216627474>

<https://www.scielo.br/j/abc/a/sNXqJVmRWLyWdQrRV78GjXC/abstract/?lang=en>

<http://jddtonline.info/index.php/jddt/article/view/4494>

<https://academic.oup.com/ckj/article/5/3/283/430243?login=false>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0735675718302936>

[https://academic.oup.com/ndt/article/34/Supplement\\_1/gfz103.SP148/5515686?login=false](https://academic.oup.com/ndt/article/34/Supplement_1/gfz103.SP148/5515686?login=false)