

9. HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA DE ORIGEN RENAL, ANEURISMAS DE AORTA Y SU REPERCUSIÓN EN LA CONDUCCIÓN

La hipertensión arterial secundaria de origen renal es menos frecuente que la esencial, pero tiene una gran repercusión en la conducción por la gravedad de la HTA que a menudo incapacita al conductor.

La *estenosis de la arteria renal* es más frecuente en varones con aterosclerosis, o en mujeres con displasia fibromuscular. Es la primera causa de hipertensión renovascular, y su aparición suele ser brusca y refractaria al tratamiento, por lo que en los casos seleccionados precisa revascularización quirúrgica o angioplastia renal.

La oclusión aguda de una arteria renal por tromboembolismo se puede producir por enfermedad valvular, endocarditis, trombos murales o arritmias auriculares. Como consecuencia de la obstrucción de la arteria renal, se produce un infarto (isquemia) renal que si es grande ocasiona dolor, vómitos, HTA, fiebre, etc. La función renal empeora, aunque se puede mantener gracias al otro riñón.

La anticoagulación y el tratamiento intervencionista eliminan la oclusión, y posibilita la recuperación del riñón y el control de la HTA.

Las *enfermedades renales parenquimatosas* asociadas a HTA pueden ser bilaterales por glomerulonefritis y nefropatías intersticiales, o unilaterales por agenesia, tumores e hidronefrosis.

Las *enfermedades sistémicas con afectación renal*, como la panarteritis nodosa, el lupus eritematoso diseminado y muchas vasculitis, son graves y frecuentes.

La *esclerodermia* puede causar HTA grave por oclusión de las pequeñas arteriolas en pacientes que se encontraban estabilizados. Los inhibidores de la enzima convertidora y la diálisis pueden restaurar la función renal y normalizar la HTA.

La *nefroesclerosis arteriolar* producida por la HTA mantenida puede provocar insuficiencia renal. La nefroesclerosis maligna produce una elevación rápida de la PA, insuficiencia renal y variada sintomatología, por lo que es imprescindible controlar la PA para revertir la situación.

ANEURISMAS Y DISECCIÓN AÓRTICA AGUDA

Las dilataciones aneurismáticas de la aorta se asocian a HTA, necrosis quística de la media y aterosclerosis, y pueden ser aneurismas verdaderos o aneurismas disecantes.

- ▶ El *aneurisma aórtico verdadero* se caracteriza por debilidad de la pared arterial con dilatación de la misma y afectación local o extensa. El síntoma típico es el dolor, que en el aneurisma torácico es profundo y se puede acompañar de disfagia, disfonía y hemoptisis. El aneurisma abdominal produce un dolor severo, continuo o intermitente, en región lumbar o lumbosacra e irradiado a extremidades inferiores, con posibilidad de tromboembolias en las mismas y toda la clínica de isquemia aguda. Se requiere control estricto de la PA y de los factores que predisponen a la HTA. Los aneurismas de más de 6 cm o inferiores, pero con crecimiento rápido, obligan a tratamiento quirúrgico.

9. HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA DE ORIGEN RENAL...

- ▶ En los *aneurismas disecantes* y en la *disección aórtica* la rotura de la capa íntima de la aorta hace que la sangre se separe del resto de la pared arterial amenazando con la rotura y la muerte. Se produce un intenso y brusco dolor torácico, anterior y posterior, con síntomas asociados dependiendo del sitio de la rotura y de la repercusión hemodinámica. Es imprescindible el control inmediato de la PA y precisar la situación real del aneurisma para decidir el mejor momento de la reparación quirúrgica.

Consejos sobre hipertensión arterial secundaria de origen renal en la conducción

- ▶ No se puede conducir hasta que se confirme el diagnóstico y la PA esté controlada con fármacos antihipertensivos como antagonistas del calcio e inhibidores de la enzima convertidora.
- ▶ Tras confirmar el control de la PA y evaluar la repercusión orgánica, el especialista indicará cuándo el paciente se encuentra capacitado para la conducción.
- ▶ Se desaconseja conducir en la oclusión aguda de la arteria renal hasta que la enfermedad esté controlada y el paciente estabilizado.
- ▶ Evitar conducir si persiste el foco embolígeno o si existe riesgo de repetición del episodio isquémico.
- ▶ Los pacientes en tratamiento anticoagulante tienen mayor riesgo de hemorragia, por lo que deben extremar la prudencia al volante.

Consejos sobre enfermedades renales asociadas a HTA en la conducción

- ▶ No se puede conducir durante el periodo sintomático.
- ▶ La evolución favorable de la enfermedad renal causante de la HTA con cifras de PA controladas y sin repercusión orgánica, y el restablecimiento de la función renal, permitirá al médico decidir si el paciente se encuentra capacitado para la conducción.

Consejos sobre aneurismas y disección aórtica aguda en la conducción

- ▶ Si el paciente comienza con dolor torácico o lumbar repentino e intenso, debe aparcarse el vehículo inmediatamente y pedir ayuda urgente. No debe intentar llegar a la urgencia del hospital conduciendo.
- ▶ Los pacientes con aneurismas precisan un control estricto de la PA, ya que el riesgo de rotura crece con el aumento de la PA.
- ▶ Tras el control de la PA y evitado el riesgo de embolia con el tratamiento adecuado, el especialista debe informar sobre cuándo puede el paciente volver a conducir.
- ▶ Un fuerte golpe en el abdomen o el aumento de la presión del cinturón de seguridad en un frenazo pueden provocar la rotura de un aneurisma de gran tamaño.
- ▶ Los pacientes con disección aórtica, aneurismas grandes o de rápida evolución no pueden conducir hasta que el aneurisma se encuentre resuelto quirúrgicamente y esté estabilizado sin complicaciones ni riesgo embolígeno. El tratamiento quirúrgico requiere un periodo de recuperación más o menos prolongado durante el cual tampoco se puede conducir.
- ▶ El especialista, ante la evolución favorable del paciente después de la cirugía, informará sobre cuándo puede volver a conducir sin incremento de los riesgos.