

HIPERTENSION VASCULO RENAL

Dres. JULIO C. SALVIDEA, SERGIO REBAUDI, GLORIA E. DIAZ
y HECTOR TRECUCU

El procedimiento de elección para la exploración angiográfica de la Hipertensión vasculorrenal es la Arteriografía Selectiva.

Ejecutamos la aortografía translumbar en caso de dificultades insalvables en la introducción del catéter a lo Seldinger. Tanto la translumbar como la aortografía por catéter libre en aorta carecen de la necesaria versatilidad para la obtención de un estudio suficiente.

Comenzamos el estudio con una artografía segmentaria que permite visualizar las arterias renales desde sus puntos de emergencia en la aorta. Con este fin utilizamos un catéter con la curva cerrada; de esta manera evitamos un incidental enganche de una arteria lumbar (cuya inyección es dolorosa y peligrosa) y además conseguimos descartar el relleno del Tronco Celíaco y de la Mesentérica Superior y con ello las molestas superposiciones de sus ramos con las arterias renales.

En esta etapa del estudio, damos significación a la mala visualización de una de las renales, y a la simple diferencia de tintes del contraste en un segmento del vaso (Fig. I).

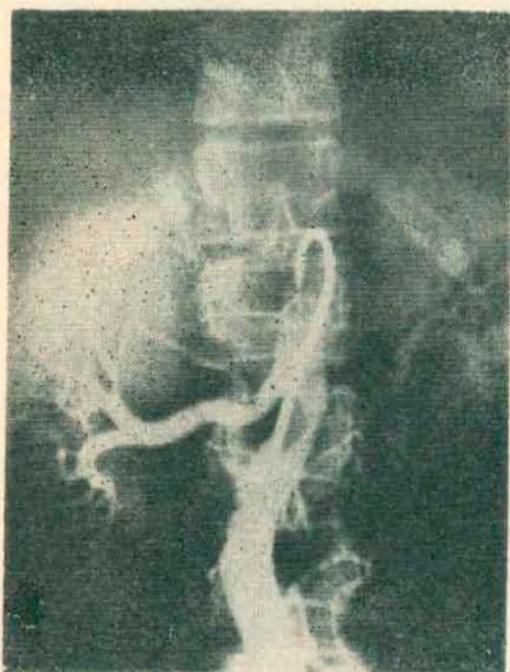


FIGURA 1

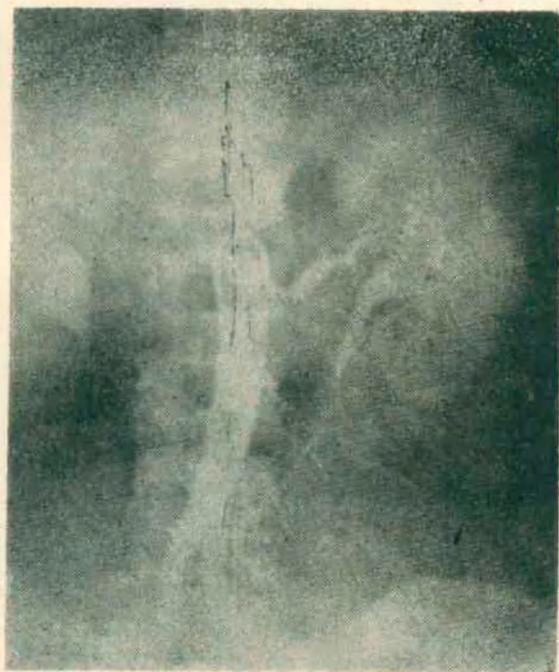


FIGURA 2

Un segundo paso consiste en colocar el catéter frente al ostium de cada arteria renal, en una posición casi selectiva e inyectar a ese nivel para obtener una clara visualización de los primeros centímetros de la arteria que nos interesa, ya que es en esa porción en donde más frecuentemente asientan lesiones arterioescleróticas (Fig. II).

Continuamos el estudio ingresando en cada renal para ejecutar la Arteriografía Selectiva.

Una arteriografía exclusivamente selectiva, es incapaz por sí misma de resolver el problema diagnóstico en la hipertensión vasculorrenal, ya que si el catéter, como sucede frecuentemente, sobrepasa con su extremo una zona de estenosis, la misma queda sin ser demostrada (Fig. III).

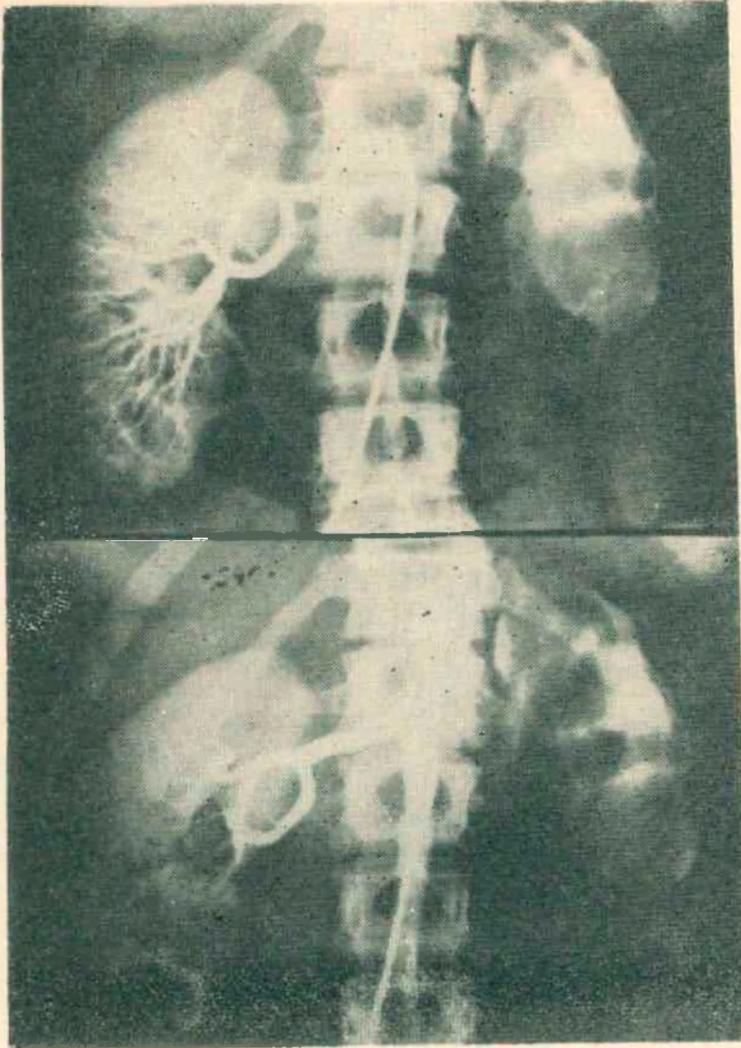


FIGURA 3

Indicaciones de la angiografía

Ante la sospecha de hipertensión vasculorrenal, el paciente llega al estudio angiográfico con su indicación apoyada en estudios previos:

Pielografía excretora, pielografía minutada, goteo, radiorenograma isotópico, curva de mercurio, test de Howard o sus variantes.

En aquellos casos en que la clínica es positiva y los estudios previos son negativos o dudosos, proponemos igualmente la angiografía pensando que ella nos ofrece la posibilidad de encontrar alteraciones vasculares pasibles de una solución quirúrgica que cambiaría por completo el pronóstico de la enfermedad, y pueden encontrarse alteraciones angiográficas significativas sin que los estudios previos hayan sido elocuentes.

A la inversa, una alteración de la arteria renal puede observarse en un normotenso.

Una estenosis es hemodinámicamente importante cuando reduce en

un 70 % la luz arterial y permite el registro de diferencias del orden de los 40 mm. de Hg. entre la presión pre y postestenótica.

Existen lesiones de tipo arterioesclerótico ante las que uno se pregunta si son causa o efecto de la enfermedad en estudio. Ello sucede cuando la reducción de la luz puede justificar la instalación de un agravamiento del cuadro hipertensivo en un paciente que hasta ese momento toleraba una hipertensión leve o fácilmente manejable por la clínica.

Radiológicamente los signos que nos permiten suponer esta situación son: una reducción del calibre de la arteria hasta 1 a 2 mm.; un signo secundario pero significativo sería la aparición de una circulación colateral renópeta. La capacidad que esa circulación colateral posee para mantener al parénquima renal nutrido, queda demostrada cuando un procedimiento de revascularización fracasa: la hipertensión arterial se mantiene hasta que se nefrectomiza al paciente, puesto que el riñón irrigado por vía de las colaterales subsiste aunque en condiciones de hipoxia y sigue produciendo renina.

Idéntica situación hemos demostrado angiográficamente durante uno de nuestros estudios: una hipertensión vasculorrenal en una enferma de 22 años se hacía a expensas de un riñón izq. pielográficamente mudo, cuya arteria tenía una total obstrucción. La flebografía demostró la existencia de una vena renal de calibre normal, mientras que en los procesos que llevan a la atrofia renal hemos observado la reducción de la vena.

En lo que respecta a la arterioesclerosis, la imagen angiográfica es la de una estenosis infundíbuliforme próxima al ostium de origen con una dilatación postestenótica (Fig. II).

La fibroelastosis se observa en la porción media del vaso. La caracteriza la sucesión alternada de varios segmentos de estenosis con pequeñas dilataciones que configuran la típica imagen "en rosario". Se encuen-

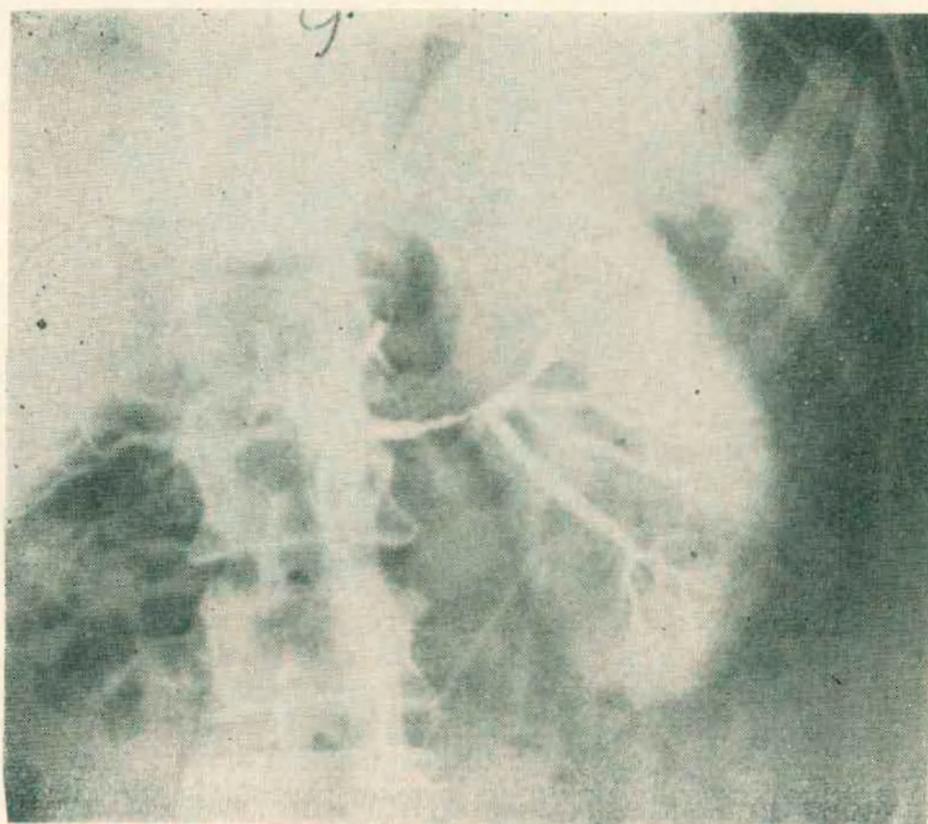


FIGURA 4

tra con más frecuencia sobre el lado derecho, en el sexo femenino, y suele coincidir con la excursión exagerada del riñón en los movimientos inspiratorios (Fig. IV). Hay quienes establecen una relación de causa-efecto entre ambos fenómenos.

Las lesiones pueden ser también múltiples, asentando a distintos niveles, y puede suceder que la estenosis avanzada de una rama dé origen al fenómeno hipertensivo.

Los aneurismas son bien demostrados selectivamente y si fuera necesario la obtención de placas en diferentes incidencias puede mejorar la objetivación de dicha patología (Fig. V).



FIGURA 5

Hemos encontrado hipertensión en casos demostrados de infartos renales, poliquistosis, riñón en herradura, perinefritis y en hipoplasia renal segmentaria.

La verificación y el tratamiento quirúrgico de la hipertensión renovascular deben llegar en momento útil para que un cuadro de mal pronóstico y rápido curso pueda curarse o mejorarse.

Esto no se consigue si el riñón controlateral, el no protegido, toma el comando de la regulación de la presión.

En nuestra casuística hemos registrado seis casos de mejoría o curación sometidos a revascularización o nefrectomía.