

CANCER RENAL — ARTERIOGRAFIA SELECTIVA

Dres. CESAR GOTTA, JULIO C. SALVIDEA, GUILLERMO PALAU
y ROMAN ROSTAGNO

Cuando la clínica y la radiología de rutina hacen presumir la existencia de un tumor maligno de riñón, se impone el estudio del mismo por medio de la arteriografía selectiva.

En casos dudosos ella es capaz de establecer una patente radiográfica tal que nos lleve a emitir un diagnóstico de precisión.

Si los estudios clásicos son concluyentes la A.S. certifica el diagnóstico a más de establecer las reales dimensiones del proceso y su intensidad más allá del órgano de origen.

En algunos pocos casos, nos hemos visto obligados a apelar a la vía intramuscular, debido a la imposibilidad de penetrar a lo Seldinger, dado la condición arterial del paciente.

Al utilizar este método solamente podemos dar valor a los datos positivos de tumor, los que seguramente se verán en los casos de adenocarcinoma o tumores muy vascularizados. El estudio negativo por vía translumbar, no se debe tomar en cuenta y menos aún si la clínica aboga en favor de la existencia del mismo.



Fig. N° 1. — Cáncer de riñón derecho. Diagnóstico piroartografía translumbar

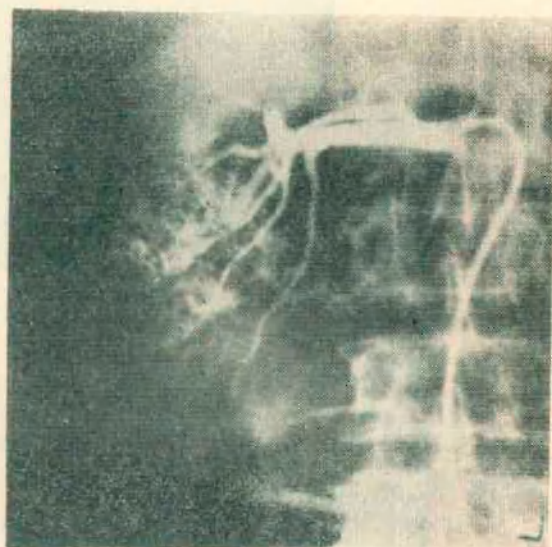


Fig. N° 2. — Cáncer de riñón. Acción de la adrenalina

La metódica del estudio angiográfico selectivo renal, debe, ante la sospecha de tumor, agotar las amplias posibilidades que el método ofrece: Los tiempos arterial, capital y nefrográfico, deben ser cuidadosamente objetivados en la forma usual primero y luego ante la acción de fármacos (adrenalina intraarterial).

La adrenalina actúa produciendo una contracción del lecho vascular.

Las arterias de neoformación no poseen respuesta al fármaco intraarterial. De acuerdo a este principio una inyección de colorante en forma selectiva en una arteria renal, en la que previamente se había inyectado adrenalina, cerrará los vasos normales mientras que los correspondientes al tumor permanecerán abiertos y permitirán que circule substancia de contraste por ellos.

Dentro de las neoformaciones renales el carcinoma a células claras resulta el más frecuente. Se trata de un tumor ricamente vascularizado que se manifiesta por lo tanto mediante una típica signología angiográfica.

Los cánceres desarrollados a partir del epitelio urinífero son pobremente vascularizados y su expresión angiográfica es mínima.

Las características de las tres fases angiográficas en el cáncer renal son las siguientes:

Fase arterial

Hay aumento de la vascularización. La arteria renal presenta un mayor diámetro y sus ramas muestran dislocaciones y recorrido anárquico. La estructura vascular normal se encuentra reemplazada por arterias que bruscamente aumentan o disminuyen su calibre e incluso interrumpen abruptamente su curso.

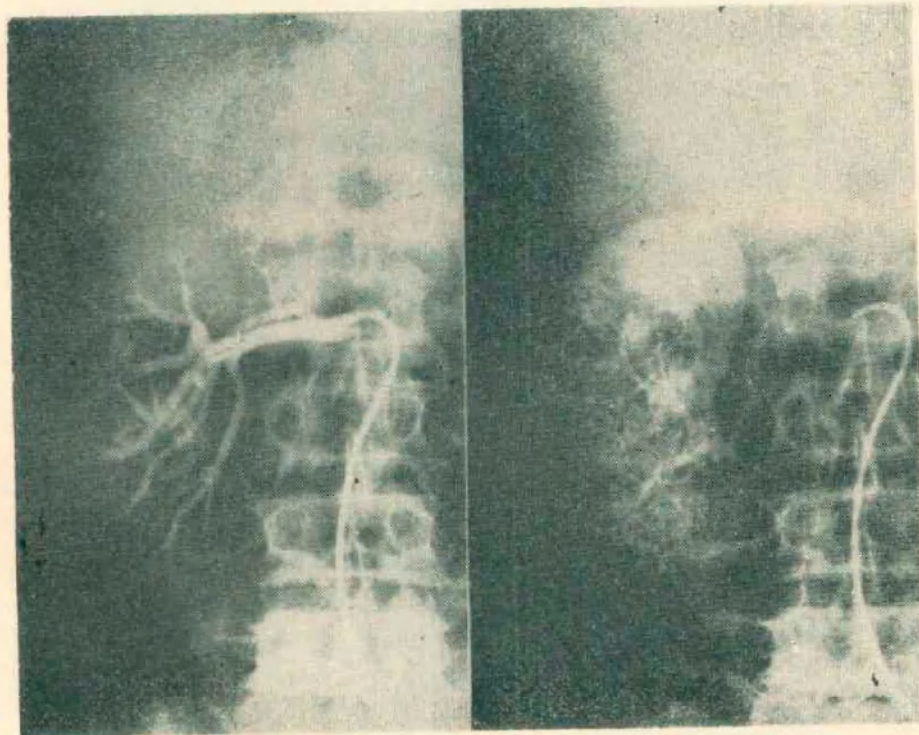


Fig. N° 3. — Carcinoma renal. "Mancha tumoral"

Una vascularización que traspone los límites de la silueta renal constituye un importante argumento en favor de una neoplasia.

Tumores muy avanzados presentan fenómenos de trombosis arterial con necrosis central (degeneración quística). Este hecho se objetiva en la arteriografía por un territorio vascular.

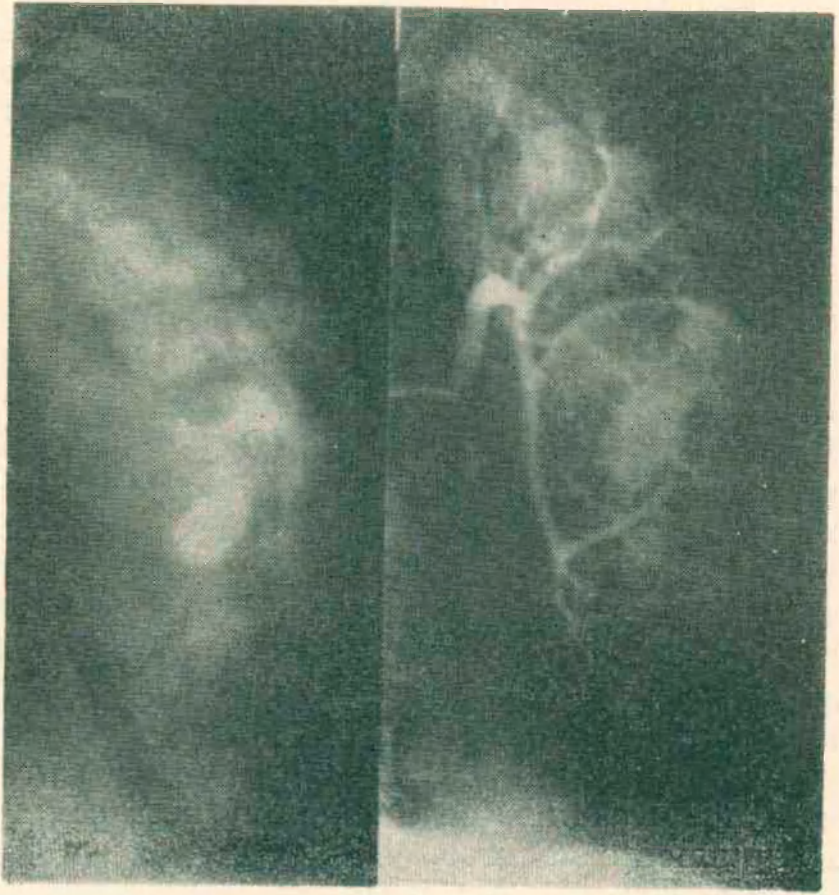


Fig. N° 4. — Vascularización dislocada, anárquica, en el cáncer de riñón

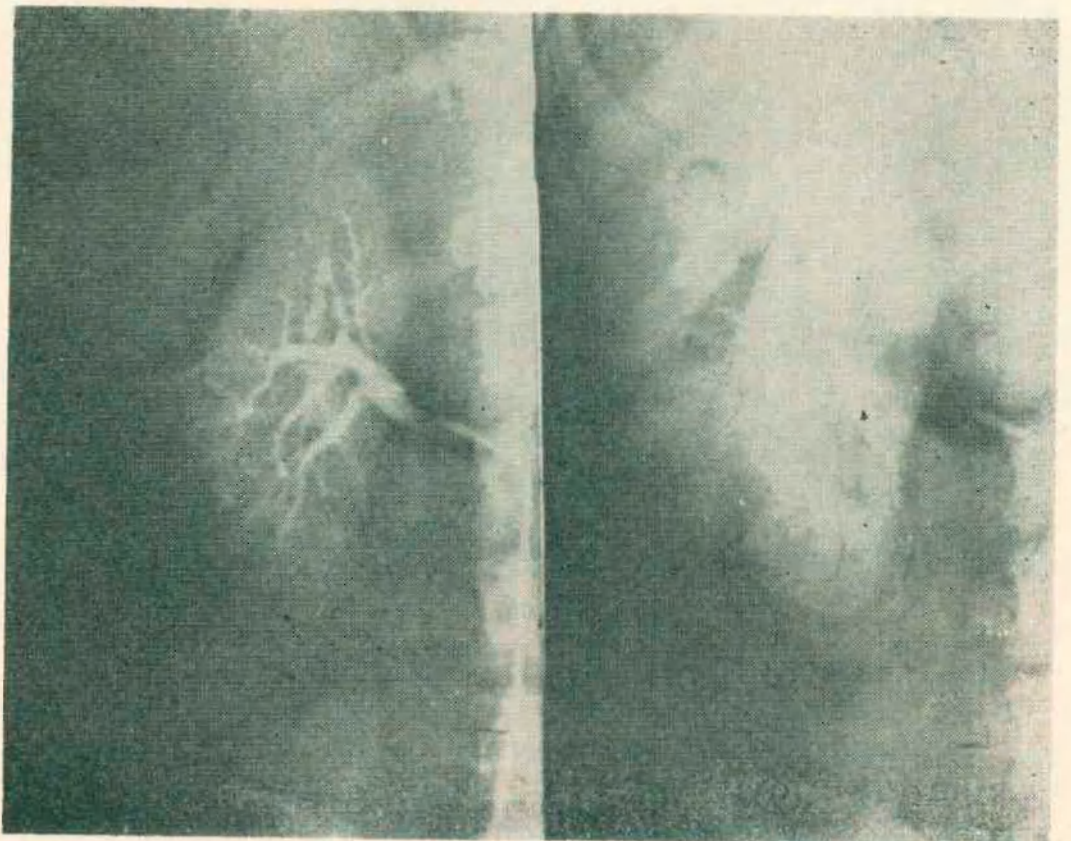


Fig. N° 5. — Vascularización que da a la silueta renal normal patente de cáncer

La misma arteria renal puede estar infiltrada señalando el avance del tumor hacia el hilio.

Fase capilar

La caracteriza la presencia constancia del "pooling" o mancha tumoral, determinada por la rica vascularización y fístulas arteriovenosas que se producen en el seno del tumor.

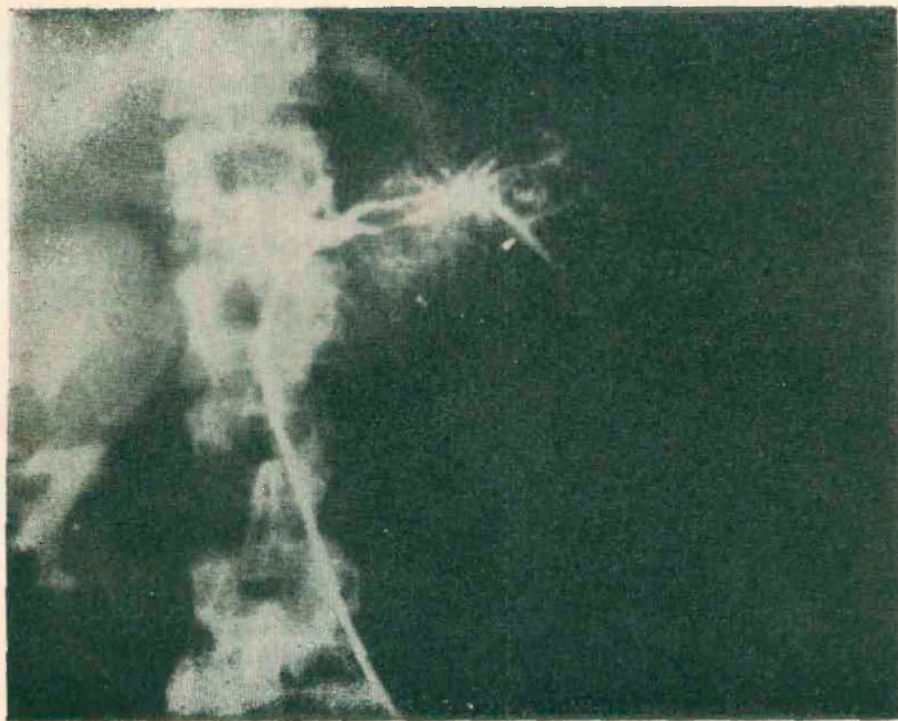


Fig. N.º 6. — Extensión del cáncer hacia el hilio

Fase nefrográfica

Señala irregularidades del contorno renal y zonas mudas.

Cáncer del epitelio urinífero

Carece de expresión angiográfica típica. Las alteraciones angiográficas son inespecíficas y consisten en amputaciones de las arterias subsegmentarias a nivel de las arcuatas, con la consiguiente atrofia de la cortical a ese nivel.

Hemos estudiado 14 casos de cáncer de riñón. En uno de ellos no hicimos diagnóstico. Esto arroja un 93 % de positividad diagnóstica.