

SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGIA

27 de mayo de 1970

SEGUNDA SESION ORDINARIA

—Siendo las 21 y 50 dice el

Sr. Presidente (Dr. Rocchi). — Queda abierta la sesión.

—Se aprueba el acta de la sesión anterior.

Sr. Presidente (Dr. Rocchi). — Lamentablemente, tengo el deber de informar el fallecimiento del antiguo miembro adherente de la Sociedad, doctor Tomás Echenique.

Pido a los señores consocios quieran ponerse de pie y guardar un minuto de silencio en su memoria.

—Así se hace.

ASUNTOS ENTRADOS:

—El Dr. Roberto Brignone solicita ser miembro adherente. Se desempeña en el Hospital Italiano.

—La Academia Argentina de Cirugía comunica constitución de nuevas autoridades.

Hospital Fernández
Sala de Urología
Jefe: Dr. A. Grimaldi

DIAGNOSTICO RADIOLOGICO DEL CANCER RENAL

Dres. R. C. HERENU *, L. MONTENEGRO y C. A. LEONARDELLI

Para el diagnóstico del cáncer de riñón es fundamental su estudio radiológico. Contamos para ello con numerosas técnicas clásicas que aportan datos que, complementados con la clínica permiten conclusiones realmente valederas.

No obstante, muchas veces la duda persiste; y un quiste urinoso o varios de ellos en disposición conglomerada, o un quiste hidatídico, un tuberculoma o una pionefritis modificada por la acción de antibióticos, pueden no distinguirse de un cáncer renal. Las opacificaciones vasculares mediante procedimientos de cateterismo selectivo han venido a brindar posibilidades nuevas en este sentido.

La radiografía simple, puede indicar una deformación de la silueta renal, con o sin aumento ostensible de su tamaño, modificaciones de la situación de la glándula, y calcificaciones dentro de la masa tumoral.

Esto puede ser, en algunos casos, más manifiesto mediante las técnicas de Tomografía, o combinando con Enfisema del Retroperitoneo, el cual nos puede también informar sobre su eventual bloqueo.

Mediante la visualización de órganos vecinos (ingestión de bario, enema baritada) podremos constatar compresiones o desplazamientos de los mismos por el aumento de la masa renal. Son muy conocidas tales repercusiones sobre estómago y colon, fundamentalmente.

Las deformaciones correspondientes a las vías excretoras son patentizadas con el Urograma de Excreción, eventualmente reforzadas por

* Ing. Marconi 736, Olivos, Prov. Bs. As.

dosis múltiples masivas de contraste, o con compresiones hipogástricas accesorias.

A falta de imagen elocuente con tales técnicas, la Pielografía Ascendente o la Retrógrada cumplen idéntica misión.

En esta oportunidad sólo hemos de enumerar e ilustrar con algunos ejemplos de la diaria actividad urológica, las más comunes alteraciones que podemos evidenciar, contrastando la vía excretora renal.

La masa tumoral produce desplazamientos. Si se ubica en polo superior, empuja las cavidades hacia abajo. Si en parte media, se rodea de cálices que la abarcan como en pinzas más o menos deformadas. Si en polo inferior, además del rechazo calicial para arriba, la pelvis y uréter son llevados hacia adentro, atrás o adelante.

Un proceso expansivo desarrollado en el interior del parénquima renal, comprime, estira, disloca, dilata a veces y retrae otras, a los cálices vecinos, en los que origina muescas, imágenes lacunares netas, o esfumadas en forma de áreas de tonalidad decreciente. Los estiramientos pueden ser extremos, a tal punto de dejar un fragmento muy distante de su ubicación primitiva, conservando o no su comunicación con la pelvis. "Cimitarras", "patas de crustáceo", "espinas", superposiciones extravagantes de sombras caliciales, amputaciones de uno o varios cálices y hasta de la propia pelvis, se observan en mezclas más o menos floridas. Una persistente rigidez o una simple dilatación proximal a ella, pueden ser las mínimas modificaciones detectables en algunos pacientes.

En suma, el relleno radio opaco de las cavidades excretoras renales pone en evidencia a un proceso en expansión, propio de la glándula en estudio. Pero la gran mayoría de los signos obtenidos no nos informará por sí mismo sobre su carácter quístico o proliferativo.

La idea de un problema infiltrativo surge frente a rigideces, retracciones y amputaciones. Pero una infiltración celular inflamatoria, no neoplásica, se puede dar en un tuberculoma o en una pionefritis en cronicidad. Y éste en su repercusión pielográfica, a una neoplasia auténtica.

En el momento actual es la Angiografía y sus distintas facetas la que nos ofrece los datos más categóricos para el diagnóstico positivo de neoplasia renal.

Siendo el riñón un órgano accesible a este tipo de estudio, nos permite una rigurosa visualización de su sistema vascular.

En la angiografía del cáncer de parénquima renal, han sido descriptos una serie de signos que le dan fisonomía propia, debido principalmente a la rica vascularización que los caracteriza y a las alteraciones que en ella se originan.

Hemos podido comprobar en nuestra casuística la realidad de estas aseveraciones permitiéndonos arribar al diagnóstico de certeza en todos los casos, lo que fue corroborado por el acto operatorio y el estudio Anatomopatológico.

ARTERIOGRAFIA RENAL

Comprende la Aortografía Segmentaria y la Arteriografía Selectiva. La primera nos mostrará un panorama general ilustrando la eventual existencia de una o más arterias renales o vasos aberrantes. La segunda nos brindará los detalles con mayor precisión.

En la Fase Arterial pueden observarse las siguientes anormalidades: a) aumento de calibre de la arteria renal, b) recorrido anárquico de los vasos intratumorales, c) desarrollo de vasos de neoformación, tortuosos, apelotonados, con cambios bruscos en su calibre, d) interrupción brusca o estenosis de vasos de mediano y grueso calibre, e) dilataciones de tipo

aneurismático, f) fístulas arterio-venosas, g) vasos neoformados que aparentan invadir la zona perirrenal aunque en verdad están dentro de la masa tumoral, h) existencia de zonas avasculares más o menos amplias que corresponden a áreas de necrobiosis simulando formas quísticas que pueden inducir a error sobre todo si alcanzan magnitud considerable: la presencia en su periferia de pequeños vasos anómalos orientará hacia el carácter tumoral de la lesión.

En la fase arterio-arteriolar se forman encharcamientos sanguíneos, comúnmente denominados "pooling", donde la circulación es entretendida y demorada.

En la Fase Nefrográfica encontramos la persistencia de los encharcamientos, la irregularidad del área del tumor y las variaciones en la densidad del contraste, que le dan un aspecto característico de imagen "sucia", muy distinta de la de un quiste u otra patología sin neoformación vascular.

En algunos casos que ofrecen duda, recurrimos a la prueba de la Adrenalina. Ella consiste en instilar por el mismo catéter ya ubicado en la arteria renal, un microgramo de la droga previo a la inyección del contraste, con lo que se obtiene una contracción de las arteriolas normales, permitiendo un mejor lleno de los territorios vasculares intratumorales, inmunes a la adrenalina por carecer de capa muscular.

La Arteriografía es suficiente para hacer el diagnóstico pero consideramos de valor en cuanto al pronóstico y ulterior conducta quirúrgica, si el caso lo requiere, completar el estudio angiográfico con la Cavografía y Flebografía Renal directa que permitirán mostrarnos: oclusiones por compresión o invasión de la vena por trombos neoplásicos y grandes dilataciones venosas intrarrenal y perirrenal con comunicaciones anormales, estas últimas debida a: a) aumento de la vascularización por neoformación, b) hipertensión venosa establecida a través de cortocircuitos arteriovenosos.

La Flebografía Espérmatorrenal, ante un varicocele secundario, puede aportar datos en cuanto a posibles compresiones a nivel de la vena espermática.

Resumen

Se pasan en revista las imágenes radiográficas de Cáncer de Riñón con los procedimientos clásicos, haciendo consideraciones sobre sus alcances y limitaciones.

Se considera a continuación los elementos de juicio que brinda, para el diagnóstico de certeza, la Angiografía en sus distintas modalidades.