

VALOR DE LA ANGIOGRAFÍA EN LA SEMIOLOGÍA DE LOS TUMORES RENALES *

JOSÉ JURADO GRAU

Angiólogo del Instituto de Urología (Dr. A. Puigvert) de Barcelona (España)

La angiografía renal debe practicarse sistemáticamente en el estudio de los tumores renales, siempre que no exista una contraindicación precisa.

REYNALDO DOS SANTOS, con aguda visión, define la angiografía como *un nuevo método en la semiología general* (L'artériographie des membres et de l'aorte abdominale. 1931). En efecto, el estudio de los vasos de un órgano patológico permite considerar su participación directa o indirecta en el proceso, con lo que se obtienen una serie de datos semiológicos característicos y privativos para esta exploración, que en algunas enfermedades son fundamentales para el tratamiento.

Entre las 900 angiografías renales selectivas practicadas en el Instituto de Urología de Barcelona, se cuentan 54 tumores. De entre éstos presentamos dos casos que nos van a permitir valorar la importancia semiológica de la angiografía en los tumores renales.

CASO Nº 1. C.D.T., varón, de 53 años. Sin antecedentes de interés. Su historia clínica comienza hace dos meses con anorexia, pérdida de peso, V.S.G. acelerada y febrícula. A la exploración se precisa a la palpación una tumoración que ocupa el vacío derecho, fija, que no se desplaza con los movimientos respiratorios, con contacto lumbar, de forma alargada, indolora y de superficie irregular.

Pielografía descendente: riñón derecho mudo, riñón izquierdo normal.

Arteriografía renal selectiva: Arteria renal troncular aumentada de calibre, signos de distorsión, amputación y neoformación vascular con imagen de «pooling» típica de proceso neoformativo, muy vascularizado. Se aprecia un sistema venoso capsular de desagüe posiblemente con el territorio de las diafragmáticas inferiores y con las venas capsulares de los lomos (figs. 1 y 2).

Cavografía: A nivel del borde superior de 3L se aprecia una imagen de «stop». Únicamente aparecen algunos hilos de contraste que dibujan una cava engrosada e invadida en su luz. En el lado izquierdo de la cava y correspondiendo al riñón funcionante aparece un grueso tronco que nace a nivel del espacio intervertebral L3 y L4 y que contorneando la columna vertebral se adosa a la cara lateral de la vértebra L3 y al espacio intervertebral entre L2 y L3 para luego cambiar de direc-

* Comunicación a las X Jornadas Angiológicas Españolas, El Escorial, Madrid 1964.

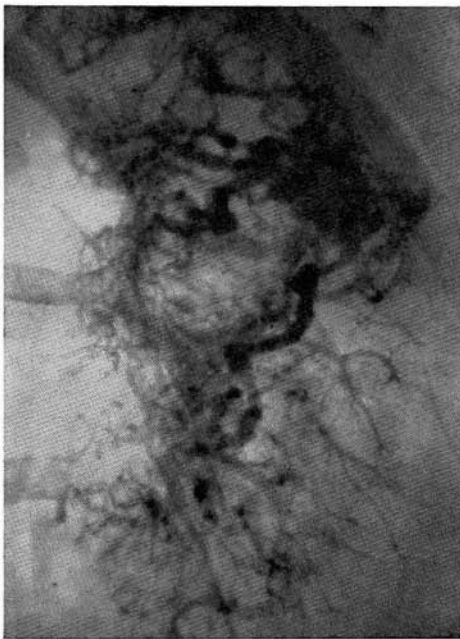


FIG. 1. Arteriografía renal selectiva. Fase arterio-lar: Neoformación vascular, dilataciones venosas en polo superior y venas que cruzan la superficie del riñón.

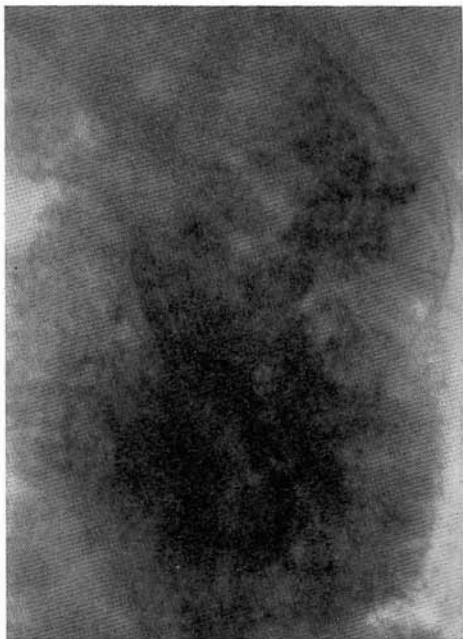


FIG. 2. Arteriografía renal selectiva. Fase nefro-gráfica: Venas que van a desembocar en el grupo de las diafragmáticas y en las capsulares.

FIG. 3. Cavografía: Trombo neoplásico que invade la vena cava. Circulación colateral a través del sistema renoacigoslumbar izquierdo.

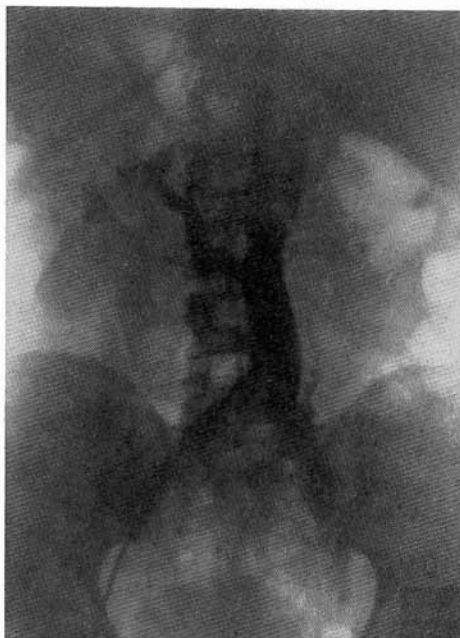
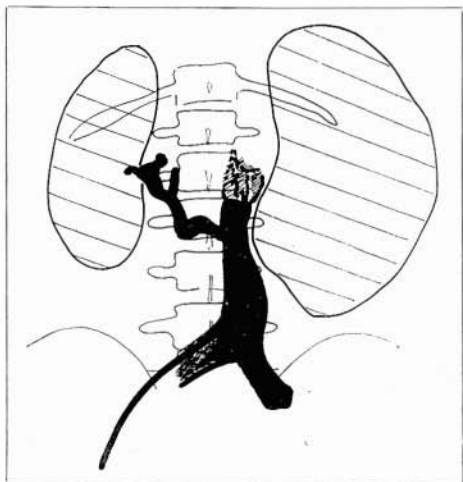


FIG. 4. Esquema de la cavografía: Trombo neoplásico que ocluye la luz de la vena cava e impide el desagüe de la arteria renal izquierda. Circulación complementaria a través de un circuito formado por vena lumbar transversa, lumbar ascendente y renoacigoslumbar.



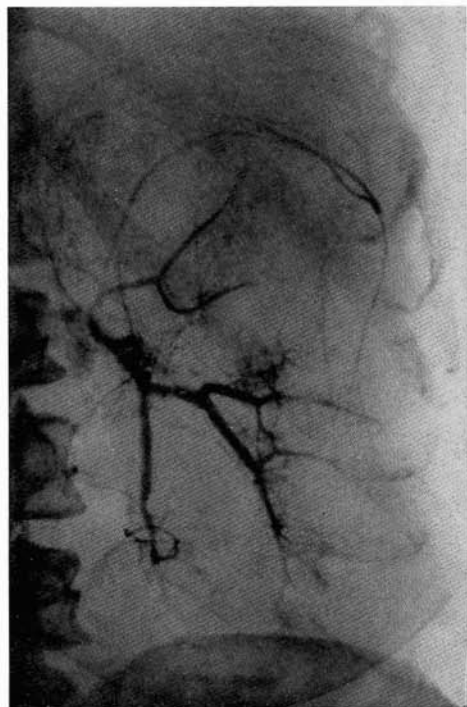


FIG. 5. Arteriografía renal selectiva. Fase arterioarteriolar: Neoformación vascular, alteraciones de calibre, amputaciones y ramas capsulares que enmarcan un polo superior que ocupa una posición muy interna.

ción y dirigirse hacia afuera y arriba, terminando en dos ramas que se desdibujan. En el momento de su último cambio de dirección da una rama colateral de pequeño calibre que sigue la pared lateral de los cuerpos vertebrales hacia arriba (figs. 3 y 4).

La observación cuidadosa de esta cavografía plantea dos problemas distintos: uno, el de la invasión de la cava, que queda del todo demostrada ampliando la información arteriográfica y estableciendo el grado de propagación de la neoplasia, y otro, la identificación del gran tronco venoso que aparece en el lado contralateral. Sabiendo que el riñón funciona y que las venas renales son avalvulares, lo primero que puede suponerse es que se trate de una vena

renal izquierda. Pero ni su origen en la cava (borde inferior de L3), su forma ni su dirección son los corrientes. Por otra parte, observemos que el lugar normal de desembocadura de esta vena (L1) se halla totalmente invadido por tejido neoplásico. Es lógico suponer, entonces, que lo que ha ocurrido es lo siguiente:

A medida que el trombo neoplásico del riñón derecho invadía la vena cava, se iba desarrollando una circulación colateral por el sistema lumbar ascendente a través del conducto renoacigoslumbar (vía habitual de desagüe colateral de suplencia en el riñón izquierdo). La imagen flebográfica estaría formada por una vena lumbar en su porción horizontal, una porción de la vena lumbar ascendente, un trayecto de la renoacigoslumbar y un corto trayecto de la propia vena renal.

En este caso la clínica estableció el diagnóstico de sospecha. La pielografía descendente informó que se trataba de un riñón mudo. La arteriografía renal confirmó el diagnóstico clínico y su naturaleza hipervascularizada. La cavografía indicó la invasión de la cava y el tipo de circulación de suplencia establecido.

La intervención confirmó todos los hallazgos exploratorios y la anatomía patológica estableció la naturaleza de la neoplasia: Tumor de Grawitz.

CASO Nº 2. E.F.B., varón, de 65 años. Sin antecedentes de interés. Desde hace aproximadamente un año aqueja lumbalgias derechas, con astenia, anorexia y pérdida de peso (8 kg.). Hematurias repetidas con coágulos. A la palpación se aprecia una masa en vacío derecho de gran tamaño y dolorosa a la presión.

Pielografías descendentes: riñón mudo en el lado derecho; normal en el izquierdo.

Arteriografía renal selectiva: En la fase arterial troncular ya se observan algunas amputaciones sospechosas. En las siguientes fases se confirma la neoformación vascular y en el nefrograma aparece imagen de «pooling». En ningún momento se aprecia la existencia de las grandes venas de desagüe que caracterizaban el Caso anterior (fig. 5).

Cavografía: En las dos placas que se presentan aparece perfectamente definida la pared derecha de la cava, marcando únicamente una angulación importante a nivel de L2, desplazada a partir de este punto hacia la línea media. Este desplazamiento está producido por la compresión que ejerce el polo superior del riñón (figs. 6 y 7).

La intervención demostró la permeabilidad de la vena cava; y la anatomía patológica, que se trataba de un epiteloma primitivo de pelvis renal con atrofia de todo el parenquima.

RESUMEN. Exploración angiográfica de los tumores renales.

Datos que proporciona la *Arteriografía*: 1. Diagnóstico de tumor (signos directos e indirectos). 2. Tipo de vascularización que corresponde en parte con su anatomía patológica. 3. Invasión, infiltración y extensión del tumor.

Datos que proporciona la *Cavografía*: 1. Crecimiento del mamelón neoplásico

FIG. 6. Cavografía: Borde derecho de la vena cava bien delimitado. A nivel de L2 la cava es desplazada hacia la izquierda.

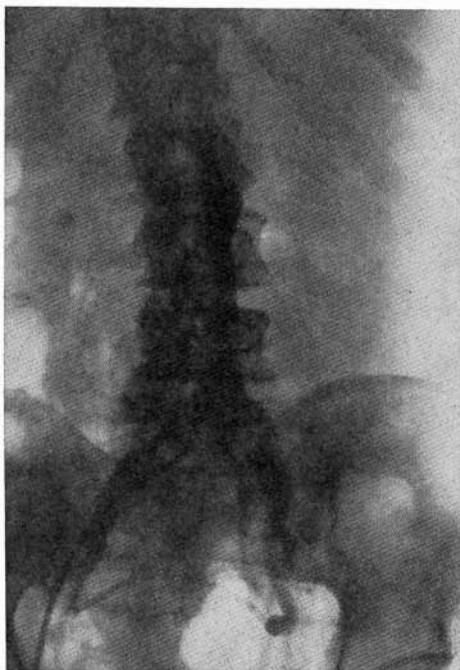
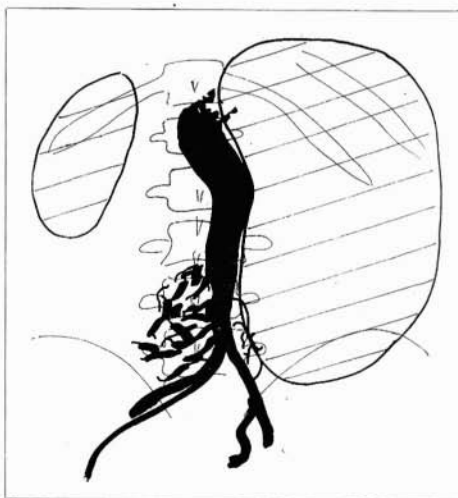


FIG. 7. Esquema de la cavografía: La cava en su porción subdiafragmática está desplazada hacia la línea media por la masa renal neoformada. A nivel del pedículo renal está fijada al riñón por la vena renal.



por la luz venosa. 2. Trombosis secundarias a la compresión. 3. Desplazamientos por compresión. 4. Desarrollo de circulación venosa complementaria.

CONCLUSIÓN

Concluimos con las mismas palabras con que hemos comenzado: *La angiografía renal debe emplearse como exploración rutinaria en el estudio de los tumores renales.*

RESUMEN

El autor resalta la importancia de la angiografía renal (arteriografía renal selectiva y cavografía) en el estudio de los tumores renales. Presenta dos casos demostrativos de entre los 54 casos de dichos tumores en que se practicó tal exploración.

SUMMARY

The importance of renal angiography in the clinical study of renal tumors is emphasized. Two demonstrative cases are presented.