

DIAGNOSTICO RADIOLOGICO DE INFARTO ARTERIAL RENAL

Dr. JOSE LUIS VOLPACCHIO

El diagnóstico de infarto renal es posiblemente el que mayores dificultades presente al clínico, al urólogo y al radiólogo.

La variada sintomatología clínica dependiente de la naturaleza, tipo de infarto y de la localización ya ha sido anunciada por Hoxie y Coggin, quienes encontraron que el diagnóstico de infarto renal fue hecho solo en dos de 205 casos comprobados en autopsias.

En la placa simple un riñón de tamaño normal, con un silencia la urografía excretora y un pielograma ascendente normal pueden hacer sospechar la existencia de una oclusión de la arteria renal, tal como lo describen Teplick y Yarrow.

Un infarto segmentario puede determinar la falta de visualización completa o incompleta en el urograma excretora.

Infartos pequeños único o múltiples pueden sin embargo no dar alteraciones urográficas.

Infartos segmentarios pueden dar falta local de relleno calicial.

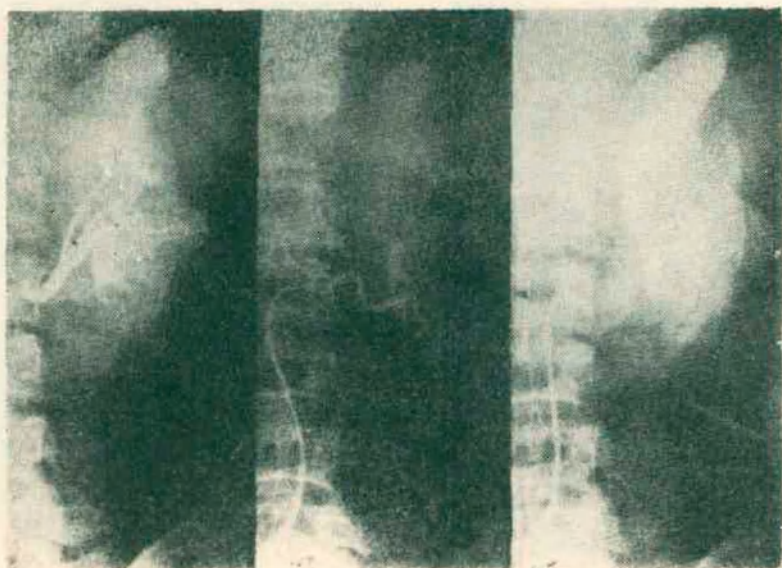


FIGURA 1

Por lo tanto muchas posibilidades de diagnóstico de afecciones inflamatorias o tumorales pueden considerarse.

Es la arteriografía translumbar y la arteriografía renal selectiva las que localizan la oclusión arterial y demuestran la patología que la provocan ya sean, émbolos, trombos, aneurismas disecantes, etc.

En la fase arterial observamos la oclusión troncular, segmentaria, subsegmentaria o de los vasos arcuatos, es decir falta de relleno de los mismos.

En la fase nefrográfica se observa la falta de tinción del nefrofragma y la depresión cortical clásica que corresponde a la cicatriz demostrada anatomopatológicamente.

Nos ha llamado la atención la visualización precoz y con un buen contraste de vena renal en todos nuestros casos de infarto renal.

Pues normalmente esta debe aparecer tíensamente y de 10" a 12" de la inyección.

También la hemos observado en la pielonefritis.

Pensamos que la aparición precoz de la vena renal en el infarto puede inferir la existencia de cortocircuitos arteriovenosos.

Hemos tenido la oportunidad de observar en dos de nuestros casos la tinción sostenida del área de parenquima infartado, en radiografías siguientes a la inyección y la existencia de circulación colateral en un infarto arterial reciente. Creemos que este signo radiográfico es de valor para el diagnóstico de infarto agudo o subagudo cuando se observa.



FIGURA 2



FIGURA 3

La dilatación de las arterias capsulares y demás ramas nos demuestran el intento de suministro colateral del área infartada.

Los signos radiográficos de infarto tales como la depresión cortical y las alteraciones arteriales a veces van a ser muy difíciles de diferenciar de cuadros de pielonefritis, en estos es de información más segura, para el diagnóstico entre infarto y pielonefritis y el aspecto de los cálices en la urografía excretora, normales en el infarto aunque pueden estar topográficamente distorsionados.

No dejamos de reconocer el valor del scaming en el diagnóstico de infarto renal.

A medida que aumenten nuestros conocimientos y nuestra experiencia en el diagnóstico de infartos renales, su identificación se hará con la frecuencia que todos anhelamos.