

COMENTARIO OFICIAL

DR. ADÁN PITOL¹

EL AVANCE más notable en radiodiagnóstico, en los últimos diez años, lo constituye la exploración de múltiples órganos por medio de la angiografía selectiva.

De estos órganos, el riñón, ha sido motivo de estudio constante, en muchas facetas de su patología, entre ellas sus neoplasias.

Las lesiones renales de tipo tumoral, son por lo general diagnosticadas por medio de la urografía excretora, en sus distintas modalidades, o por la pielografía ascendente, y por lo tanto su diagnóstico se hace en la mayoría de los casos por signos indirectos, que ponen de manifiesto, la deformidad que la masa tumoral produce sobre el sistema pielocalicial.

En radiodiagnóstico, los signos directos son siempre superiores a los signos indirectos y por lo tanto deben ser la meta de los procedimientos que se usan. Si se quiere estudiar una lesión en el parénquima renal, debe usarse un método que ponga en evidencia dicho parénquima. Si se utiliza la angiografía y en el caso particular que estamos tratando, la arteriografía, lo que se verá será el tumor mismo, dentro del parénquima renal. Esta masa tumoral estará dando, cuando menos dos signos directos de la presencia de la misma: 1. Su vascularidad patológica, de tipo tumoral, durante la fase de llenado arterial y 2. Una imagen de defectos de llenado parenquimatoso en la fase de nefrograma. A estos signos capitales, aún habría que agregar las alteracio-

nes de la fase venosa y pielográfica, como signos secundarios. Los autores con una amplia experiencia en el uso de la arteriografía renal en neoplasias, postulan que todo tumor renal de más de 1.5 cm. de diámetro es posible que sea diagnosticado con este procedimiento.

Debe tenerse in mente que al hacer angiografía renal, el riñón es a la vez el órgano que recibe la inyección del medio de contraste y al mismo tiempo tiene que excretarla; este hecho hace obligatoria la observación estricta de la cantidad y concentración del medio de contraste por utilizarse. Además debe recordarse que el éxito completo del procedimiento va íntimamente ligado a la correcta selección de los pacientes, sobre todo por lo que se refiere al estado de sus arterias, y no empeñarse en lograr estudios diagnósticos provocando alteraciones iatrogénicas con los elementos de punción y cateterización.

Con respecto al gamagrama renal, se tienen fundadas esperanzas, de que con los adelantos constantes en el campo de la medicina nuclear, será en un futuro próximo un método que aportará datos positivos en un porcentaje mayor de casos. Ya en la actualidad creo que tiene indicaciones definidas en donde puede ser de gran ayuda en el diagnóstico de las neoplasias renales.

El trabajo presentado por el Dr. Gómez Reguera y colaboradores, además de su meritoria planeación y ejecución, viene a demostrar en forma inequívoca el valor de la arteriografía renal selectiva y de la nefrotomografía en el diagnóstico de las neopla-

¹ Académico numerario. Hospital de Enfermedades de la Nutrición.

sias renales. Al ser comparadas ambas, con otros procedimientos, como la urografía excretora, la pielografía ascendente y el gammagrama, se prueba sin lugar a dudas su superioridad; sin embargo, es del todo encomiable, que los autores, no abandonan estos métodos, sino al contrario, los llevan a cabo de primera intención, y dependiendo de los resultados que aporten, hacen la indicación de los mencionados en primer término. Es más, es interesante ver que en un

estudio muy conocido, como es la pielografía ascendente, llame su atención para hacer observaciones posteriores, el hallazgo de reflujo pielovenoso y pielointersticial en pacientes con padecimiento avanzado.

Estoy en total acuerdo con los autores, en la secuencia de los métodos radiográficos a seguir en el estudio de pacientes con sospecha clínica de neoplasia renal y creo que las razones que se dan para ello, son totalmente justificadas.