

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

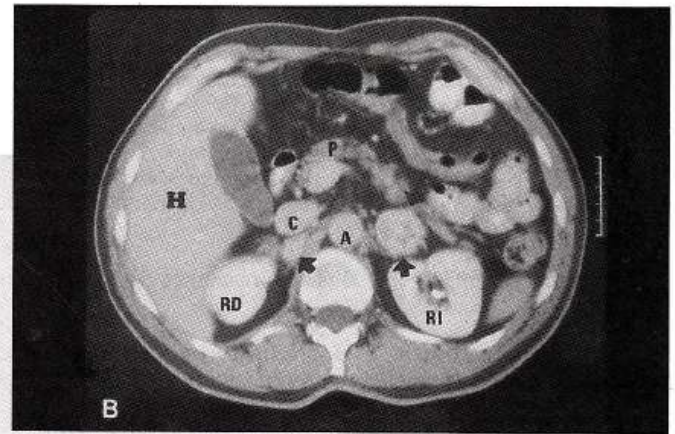
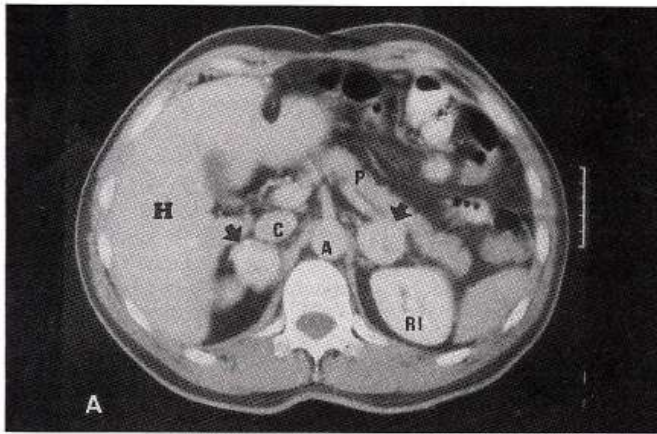
HISTORIAS CLINICAS

Editor: Dr. Cristián García Bruce
Profesor Auxiliar de Radiología
Departamento de Radiología

Dr. Pablo Sofía Sánchez
Becario Departamento de Radiología

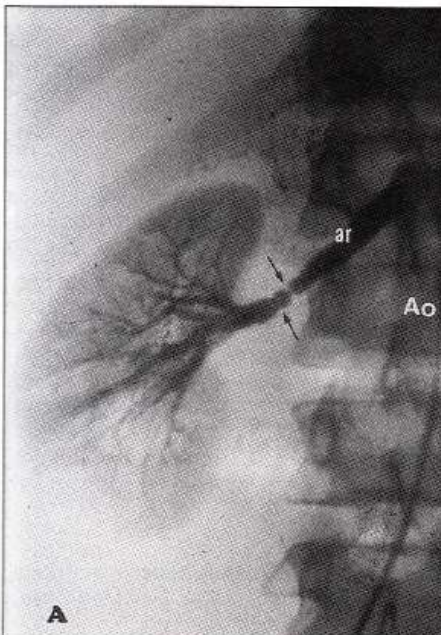
Dr. Francisco Cruz Olivos
Profesor Auxiliar de Radiología
Departamento de Radiología

Dr. Mario Fava Peirano
Profesor Auxiliar de Radiología
Departamento de Radiología



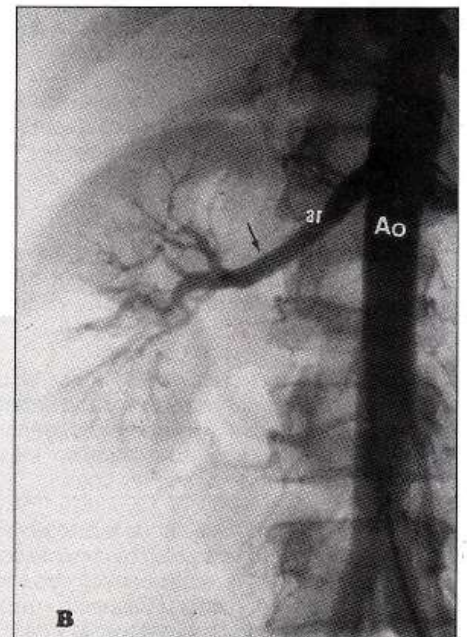
CASO N° 1

Hombre de 47 años de edad con historia de crisis hipertensivas de hasta 230/160 mmHg, de difícil manejo médico. Dentro de su estudio se efectuó tomografía axial computada de abdomen. Se ilustran dos cortes axiales de hemiabdomen superior (Figuras 1a, 1b). H: hígado; RD: riñón derecho; RI: riñón izquierdo; C: vena cava inferior; A: aorta abdominal; P: páncreas.



CASO N° 2

Mujer de 20 años de edad con historia de hipertensión arterial de un año de evolución con cifras de hasta 190/120 mmHg. Tiene pielografía de eliminación y cintigrafía renal normales. Por sospecha de lesión renovascular, se efectuaron aortografía renal bilateral y arteriografía renal selectiva derecha (Figura 2a). La Figura 2b corresponde a arteriografía de control por angioplastia. Ao: aorta abdominal; AR: arteria renal derecha.



RESPUESTAS

CASO Nº 1

DIAGNOSTICO: Feocromocitoma suprarrenal bilateral.

HALLAZGOS RADIOLOGICOS En relación a ambas glándulas suprarrenales, se observan masas densas, de aproximadamente 4 cm de diámetro (flechas).

DISCUSION: El feocromocitoma es un tumor que se origina en las células cromafines del sistema nervioso simpático, que en el adulto se localiza en la glándula suprarrenal en aproximadamente un 90% de los casos. El 10% restante se encuentra en la cadena simpática desde la base del cuello hasta la bifurcación aórtica. Sólo en el 10% de los casos es bilateral y la mayoría de las veces es de naturaleza benigna. En aproximadamente un 10% se comporta como tumor maligno, lo que se manifiesta con metástasis a distancia. Puede presentarse como tumor aislado o asociado a algunas de las formas de neoplasia endocrina múltiple.

Se presenta con mayor frecuencia en pacientes de 25 a 40 años de edad y no tiene predilección por sexo.

Ante la sospecha clínica, el diagnóstico puede confirmarse con la medición de niveles de catecolaminas en sangre y orina. La tomografía

axial computada (TAC) es el método de elección para su diagnóstico y localización, ya que permite detectar más del 90% de los casos. La mayoría de los feocromocitomas supera los 3 cm de diámetro, son de densidad variable, a veces con áreas centrales de necrosis, y se impregnan en forma intensa con el medio de contraste intravenoso. Ocasionalmente presentan calcificaciones en su interior. Si la TAC es negativa, en casos con catecolaminas elevadas o en casos con sospecha de feocromocitoma con catecolaminas normales, se puede aumentar el rendimiento diagnóstico con la cintigrafía con MIBG.

La inyección de contraste yodado intravenoso debe realizarse con precaución, ya que puede desencadenar una crisis hipertensiva. La ecografía tiene menor sensibilidad diagnóstica, especialmente en las lesiones pequeñas. La arteriografía es actualmente un examen de excepción en estos casos.

El diagnóstico diferencial incluye otros tumores de las células cromafines, como neuroblastoma, ganglioneuroma y ganglioneuroblastoma. Lesiones suprarrenales de otro origen incluyen carcinomas, metástasis y adenomas.

CASO Nº 2

CASO Nº 2

DIAGNOSTICO: Displasia fibromuscular de arteria renal

HALLAZGOS RADIOLOGICOS: Figura 2a. La arteriografía selectiva renal derecha muestra zonas de estenosis concéntrica alternadas con segmentos dilatados, lo que determina un aspecto «arrosariado» de la arteria renal, característico de displasia fibromuscular (flechas). Figura 2b. En el control post angioplastia se observa que la arteria renal ha recuperado su calibre normal.

DISCUSION: La inmensa mayoría de los pacientes adultos con presión arterial elevada es portador de hipertensión esencial o idiopática. Un menor porcentaje de estos pacientes presenta una enfermedad causal, de los cuales la mayoría corresponde a enfermedad parenquimatosa o vascular renal.

Ante la sospecha de hipertensión arterial renovascular, la arteriografía es la técnica de diagnóstico de mayor rendimiento. Otros métodos incluyen la pielografía de eliminación minutada y el cintigrama renal dinámico.

En pacientes mayores de 35 años, la causa más frecuente de obstrucción de las arterias renales es la enfermedad arterioesclerótica. En menores de 35 años, y con mayor frecuencia en mujeres, las lesiones fibrosas de arteria renal son la causa más común. Estas lesiones fibrosas pueden ser de diferentes tipos:

- a) La displasia fibromuscular de la arteria renal es bilateral en dos tercios de los casos y característicamente compromete el tercio medio y distal de la arteria renal principal y ocasionalmente algunas ramas segmentarias; presenta un aspecto «arrosariado», en el cual existen áreas alternadas de estenosis y de dilatación.

- b) La fibroplasia perimedial o subadventicia, también «arrosariada», por zonas de estenosis.
- c) La fibroplasia intimal, con zonas de estenosis, que pueden ser localizadas, concéntricas.
- d) La hiperplasia medial, con zonas de estenosis de mayor extensión.

La presencia de una lesión vascular renal no significa necesariamente que ésta sea la causa de la hipertensión. Por esto, es importante complementar el estudio con una determinación de renina de ambas venas renales.

Por último, cabe destacar que en los últimos años el manejo de estos pacientes ha cambiado gracias a la incorporación de la angioplastia renal percutánea, que constituye hoy en día el procedimiento terapéutico de elección en este tipo de lesiones, con un porcentaje de éxito cercano al 96%.

REFERENCIAS ESCOGIDAS

1. Welch TJ, Sheedy PE et al. Pheochromocytoma: Value of computed tomography. *Radiology*, 1983; 148:501-504.
2. Tegmeyer ChJ, Kofler T et al. Renal angioplasty: current status. *AJR*, 1984; 142:1721.
3. Fava M, Lobo S, Cruz F. Angioplastia percutánea transluminal renal en el tratamiento de la hipertensión renovascular. *Rev Med Chile*, 1986; 114:1015-1020.