

BIOPSIA POR PUNCIÓN RENAL NUESTRA EXPERIENCIA EN 250 PUNCIÓNES

Por los Dres. V. R. MIATELLO, R. MEDEL y E. MACHADO

Nuestra experiencia actual se basa en el estudio de 195 pacientes mediante 250 biopsias renales por punción, considerando las bilaterales o reiteradas, realizadas con la técnica de Muehrcke usando la aguja de Vim-Silvermann modificada por Franklin.

De ella surgen dos conclusiones fundamentales: 1º) La exploración es inocua, dado que la mortalidad es nula y la morbilidad se reduce a 8 hematurias macroscópicas que cedieron espontáneamente, un cuadro febril de 24 hs. de duración en una pielonefritis aguda, y un hematoma perirrenal que se reabsorbió sin complicaciones. 2º) El pequeño trozo de riñón obtenido es representativo de la mayoría de las nefropatías. Merecen considerarse por separado las nefropatías difusas, las que adoptan la forma de estrías corticomedulares y las focales. En las difusas una muestra tomada por punción en un riñón aislado que contenga más de cinco glomérulos presenta idéntico cuadro anatómico que varias muestras más grandes y de distintos lugares. Observando 15 glomérulos, promedio habitual en una biopsia, el diagnóstico de una nefropatía difusa es exacto: así ocurre en la G.N.A. o C., la A.E.R., la P.C., la Falla R.A., las Nefrosis, el riñón de K. y W., el R. Lúpico, y la amiloidosis renal. La A.E.R. y la Nefritis intersticial pueden presentarse como cuñas arterioscleróticas o reguero infiltrativos corticomedulares tan próximos unos a otros que conducen al pequeño riñón granuloso, pero como la aguja penetra oblicua o perpendicularmente al eje mayor de los renículos, siempre capta en su trayecto alguna de esas estrías, que aparecen en la biopsia como zonas transversales. Finalmente, la mayoría de las nefropatías quirúrgicas son unilaterales e inicialmente focales; en ellas una toma alejada del foco puede mostrar riñón sano; pero, a veces es posible realizar una punción dirigida por la imagen radiográfica y efectuar el estudio anatomopatológico de la lesión.

En cuanto a la falla en la toma, aun cumpliendo estrictamente con la técnica, se reduce con la experiencia. En las últimas 100 biopsias obtuvimos tejido renal en el 95 % de las punciones. La dificultad aumenta en pacientes obesos, edematosos, ptóticos, nefroscleróticos o perinefríticos crónicos.

Nuestros resultados nos inducen a otras tres observaciones:

a) La correlación clinicoanatómica de las biopsias demuestra el error frecuente en el diagnóstico. Por lo tanto el urólogo, el laboratorista, el clínico y el patólogo, aun recurriendo a los procedimientos de investigación más modernos no pueden extraer conclusiones aisladamente y deben trabajar en equipo.

b) En las biopsias renales el patólogo observa tejidos frescos, sin alteraciones necróticas, con cuadros precoces o evolutivos. Por eso, debe alejarse un tanto de las descripciones clásicas y recurrir a la histoquímica, para revelar

trastornos metabólicos celulares que ocasionan perturbaciones funcionales sin alteraciones morfológicas.

c) La sistematización de las nefropatías en los distintos sectores del nefrón, intersticio o vasos, será insostenible, pues las biopsias muestran precozmente una imbricación de sus lesiones.

En cuanto a la importancia de la biopsia para el diagnóstico de las nefropatías, además de aquellas en la que es exclusivamente anatomopatológico, como el riñón de K. y W., el R. lúpico y, frecuentemente, la amiloidosis renal, existen otras, más comunes, en las que el error clínico es común: nos referimos al diagnóstico diferencial entre P.C., A.E.R. y G.N.C., que tiene un gran valor práctico por la importancia de la P.C. como desencadenante de la hipertensión arterial y de su carácter maligno, así como por la posibilidad de su tratamiento antibiótico, facilitado por el estudio bacteriológico y el antibiograma realizados con el material intrarrenal, como lo hemos comprobado en 5 casos.

El hipertenso portador de una nefropatía quirúrgica también puede curar por medio de la nefrectomía: pero ello ocurrirá siempre que el riñón aparentemente sano sea normal desde el punto de vista vascular, lo que sólo se puede establecer mediante la biopsia renal por punción.

La biopsia permite también establecer la patogenia de una falla renal aguda (imquémica o tubular) y aplicar correctamente la diálisis o vigilar el equilibrio hidroelectrolítico, si no coexisten lesiones previas o según el estado tubular que justifica la retrodifusión de los flúidos o el defecto de reabsorción.

Se puede estudiar el estado del parénquima renal en las uropatías obstructivas (litiasis, estrecheces, adenomas prostáticos) y sus complicaciones: la hidronefrosis interna y la pielonefritis. También puede aclararse la verdadera causa de una exclusión radiológica renal cuando no se exterioriza en la pielografía ascendente, como ocurre en las anurias vasculares o reflejas y en la hidronefrosis interna.

Finalmente, aún en las nefropatías focales, la biopsia dirigida por la imagen radiográfica puede aclarar su naturaleza histopatológica: así ocurrió en nuestra experiencia en casos de T.B.C. renal, hidronefrosis interna localizada y en los 4 tumores renales observados en los últimos 6 meses.

R E S U M E N

Se expone el valor de la biopsia renal por punción a través de nuestra experiencia de 250 biopsias en 195 pacientes.

Se confirma su inocuidad y su importancia para el diagnóstico de las nefropatías difusas y en regueros corticomedulares, así como la posibilidad de diagnosticar nefropatías focales mediante la punción dirigida radiológicamente.

Se exalta la necesidad del trabajo en equipo, así como la revisión de los cuadros anatomopatológicos y la profundización de estudios histoquímicos ante muestras renales frescas y de estadios precoces y evolutivos de las nefropatías.

Se refieren las ventajas de la biopsia renal para el diagnóstico diferencial de la pielonefritis crónica, ante los frecuentes errores clínicos y su relación con la hipertensión arterial, así como para el estudio de otras nefropatías.