

PIELOGRAFIA POR PUNCION PERCUTANEA

Por los Dres. JUAN B. DERDOY y JUAN CARLOS MARTINEZ

(Río Cuarto)

Nos vamos a referir a este grupo de enfermos en que hemos efectuado la pielografía por punción percutánea lumbar. En cada uno de estos enfermos hubo motivo particular para aplicar este procedimiento, desde que por diversas causas no era factible completar los exámenes con los métodos clásicos, especialmente el cateterismo ascendente, interviniendo ya: el mal estado general, la uremia, estrechez uretral, etc., como razón para eludir tales ponderables e inestimables recursos.

La pielografía por punción percutánea ha sido motivo de algunas comunicaciones. El Prof. Gustavo Calle Uribe de Colombia —Medellín— presentó en el VI Congreso Americano y III Argentino de Urología realizado en Mar del Plata en diciembre de 1956 (R. A. U.) un trabajo con una experiencia de 42 pacientes, en que usó de este método sin haber tenido ninguna mala consecuencia. El Prof. Rodolfo I. Mathis y Juan Goldaracena hacen relación de un enfermo en que usaron de este método R. A. U., año 1957. Nosotros nos referiremos a algunos de los enfermos en estudio. Aplicamos la técnica corriente ya descrita por otros autores, a lo que hemos modificado pequeños detalles. Indicamos un enema evacuante previo al estudio. Damos una medicación sedante (barbitúricos) para disminuir la excitación o nerviosidad. Obtenemos siempre que sea posible una radiografía directa renovesical y mejor aún una de excreción, con lo que se conoce el estado de la función renal unido a los datos que ello informa: movilidad, posición, etc. Dado que en nuestro Hospital la sala de rayos X está muy distante de los servicios de rayos, efectuamos en el consultorio externo la inyección y luego aún retirada la aguja transportamos el paciente; siempre hacemos anestesia local con novocaína al 1 %.

En varias oportunidades ha sido imposible localizar las pelvis o los cálices, de modo que nos vimos privados de este examen complementario; habitualmente facilitamos la maniobra de entrar bien la aguja en el riñón, fijando la glándula con la mano libre desde la pared abdominal (mano derecha para el riñón derecho y mano izquierda para el riñón izquierdo); en tal manera combinando la palpación abdominal con la aguja intrarrenal se posibilita la ejecución de este procedimiento.

El índice real de estar en la cavidad es la salida de orina por la aguja una vez retirado el mandril que como menciona el Prof. C. Uribe debe recolectarse para efectuar análisis, cultivos, etc., y una vez extraída una determinada cantidad inyectar en la misma proporción el líquido opaco, que se emplea cualquiera de los de uso corriente (Uroselectan, Perabrodil, etc.).

En alguna circunstancia hemos tenido la perfecta sensación de haber caído en buen lugar inyectado el líquido y comprobando con la radiografía (caso

M. F., 73064) la exactitud de ello a pesar de no haber salido orina por la aguja de punción.

Con relación a inconvenientes o complicaciones, no hemos tenido a excepción de una enferma, quien padecía de hidronefrosis y después de la punción radiográfica presentó dolores intensos, resistencia de la pared abdominal operándola, constatando entonces que se había producido una difusión de la orina en el espacio perirrenal, se la operó practicándosele la nefrectomía.

CONCLUSIONES

- a) Que es un método complementario a todos los de exploración urológica.
- b) Que por su intermedio hemos obtenido la aclaración de diagnóstico que hubiese sido difícil o imposible sin el recurso de este método.
- c) Que consideramos un procedimiento de utilidad en los casos de estrechez ureteral, particularmente en las inferiores.
- d) Que no hemos tenido ningún inconveniente de importancia; solamente la extravasación de orina en una hidronefrosis, pero dado el diagnóstico previo ya se tenía planeado el tratamiento quirúrgico.

R. F. 13 años. — Gigena, Prov. de Córdoba - 20 de Nov. de 1958. Hosp. Central Servicio de Vías Urinarias. Jefe Dr. J. B. Derdoy.

Mientras iba en bicicleta, sentado en el manubrio, fué despedido de la misma cayendo de espaldas en el pavimento. De inmediato se incorporó comenzando luego con intensa hematuria, por cuyo motivo lo internan en nuestro servicio. Constatamos hematoma perirrenal dolor y hematuria total con retención vesical de orina. Obtenemos una radiografía renovesical directa notando la falta de relieve del músculo psoas, y sombra de infiltración de la región. Procedemos a efectuar la radiografía por punción cayendo en un lugar en que sale abundante sangre roja y en algún momento oscura (de retención), pensando la posibilidad de estar en un vaso retiramos la aguja 1 cm. y como continuaba manando sangre inyectamos el líquido con la siguiente imagen, después como es de práctica en estos casos se efectuó la pielografía de excreción. Fué operado encontrando un riñón totalmente roto, confirmando la imagen obtenida en la radiografía. Se realizó la nefrectomía.

M. F. 64 años, Peón. — Laboulaye, Pcia. de Córdoba. - Ficha 73.064. - 16 de marzo de 1958.

Es enviado por un colega de dicha localidad por presentar un cólico renal del lado derecho, que se inicia (5) días atrás; manifiesta tener oliguria, de aproximadamente 250 gr. Vemos al enfermo con poco dolor lumbar derecho fiebre (39 grados) sopor, edemas generales, íleo dinámico, etc. y el estado de oliguria se transformó en anuria total. La anuria persistió dos días, aumentando por consiguiente el mal estado general. Después con tratamiento médico mejora. Con diuresis el día 19 (400) gramos. Día 20 (400 gr.). Día 21 (400 gr.). Día 23 (400 gr.). Día 26 (2,880 gr.). Se efectúa entonces la punción radiográfica; desde que la pielografía de excreción fué negativa; no habiendo imagen por falta de eliminación de sustancia opaca. Se demuestra el cálculo enclavado en uréter superior que no era visible en las otras películas. Fué operado este enfermo curándose totalmente; tampoco había sido posible la pielografía ascendente por el mal estado general y ser además un prostático que también dificultaba este examen.

I. A. Río Cuarto. Registro 6147. 54 años. 24-XII-956. Sala de V. Urinarias. — Hosp. Central.

Enfermo con uropionefrosis por litiasis renal bilateral. Es operado por nosotros del riñón derecho habiéndosele extraído varios cálculos del dicho órgano; quedó durante un tiempo con sonda de nefrostomía curando posteriormente. Siempre persistió el mal estado general, piuria, y fiebre. La uremia llegó a la cifra 2,10 gr. por mil. La pielografía de excreción fué negativa. Se procedió a hacer una punción biopsica de riñón, y al penetrar la aguja de Vin Silberman, en la cavidad renal introducimos por dicha aguja una sonda de polietileno y al través de ella inyectamos la sustancia opaca. Se obtuvo la radiografía demostrando una gran pionefrosis. Posteriormente operamos este enfermo curándose con la nefrectomía. Recordamos que por la piuria intensa y la cistitis fué imposible el cateterismo ureteral en dos veces que se pretendió hacerlo.

N. O. 39 años. Río de los Sauces. Córdoba. Peón. Serv. de Vías Urinarias: Jefe doctor J. Derdoy.

Es internado en nuestro Servicio del Hospital Central por presentar fiebre, vómitos, dolores en la región lumbar, piuria y particularmente mal estado general, demostrando los análisis posteriores la expresión real de la insuficiencia renal; Oliguria, piuria, (uremia: hasta 3 gramos por mil); fiebre. Se le efectuaron las pielografías de excreción no habiendo eliminación renal de la sustancia de contraste, a pesar de haber tomado una un film a los cuarenta minutos. El enfermo estaba en malas condiciones físicas, no se lo podía movilizar, no estaba en condiciones de efectuar una pielografía ascendente, por falta de capacidad vesical, debido a la cistitis, lo que no permitía hacer la maniobra cistoscópica o ésta hubiese sido muy laboriosa.

Por tal motivo efectuamos la técnica de la pielografía por punción bilateral, que nos resultó fácil dado el tamaño de las cavidades renales por la pionesfrosis existente, diagnóstico que fué confirmado por la intervención quirúrgica al efectuarle la Nefrostomía. La evolución fué mala; el enfermo falleció de uremia a los tres meses aproximadamente.

G. O. 58 años. Registro 31.220. Gral. Cabrera, Prov. de Córdoba. Sala V. U. Jefe: Dr. J. Derdoy.

Enfermo que se presenta con una litiasis bilateral renal, coraliforme de un lado y pélvico calicial del otro. Como tenemos necesidad de conocer el estado renal izquierdo en trance de efectuar una pielotomía izquierda procedemos a aplicar el procedimiento de la punción renal, siempre que hubo dificultades en hacer el cateterismo ureteral al estar descompuesto dicho instrumento en el Hospital.

Con la técnica acostumbrada hacemos la punción renal y luego la radiografía con el contraste de Uroselectan inyectado.

Posteriormente fué operada extrayéndosele el cálculo.

Alfonso César. Jornalero. Soltero. 68 años. Noviembre 12 de 1958. Río Cuarto. Reg. 48.871. Sala V. Urinarias.

Viene a internarse al Hospital en estado semicomatoso; retención de orina con casi un litro y medio de orina completamente turbia fermentada y fétida. Se le coloca una sonda Nelaton que penetra con facilidad, se la deja a permanencia pero dado el estado de embotamiento del enfermo la sacaba de su lugar. Los análisis demuestran una uremia de 2,80 gr. por mil.

Glóbulos Rojos: 1.830.000. Blancos: 18.000. Glucosa 1,68 gr. por mil.

Como con este tan alto tenor de úrea era de suponer que la pielografía de excreción daría resultado negativo, y por otra parte el enfermo no respondía psíquicamente por su embotamiento resolvimos efectuarle el examen pielográfico por punción para conocer el estado anatómico de sus vías urinarias altas, y practicar luego la cistostomía.

V. C. Gral. Cabrera, Prov. de Córdoba. Registro 70.892. 62 años agricultor. Hospital Central. Servicio de Vías Urinarias.

Se interna en nuestro servicio por retención de orina, mal estado general, uremia (2,90 gr. por mil). Se le practica una cistostomía mejorando parcialmente el enfermo. Después de un tiempo se le hace una pielografía de excreción en que no figura la eliminación del Uroselectan; por la sonda vésico-abdominal se efectúan las cistografías, constatando la dilatación vesical así como la insuficiencia del ostium ureteral, lo que dificultaba el cateterismo ascendente. Se efectúa la pielografía por punción demostrando la dilatación pieloureteral, motivada por el adenoma de próstata, justificando la uremia e insuficiencia renal. Se intervino de su adenoma curándose el enfermo.

COMENTARIOS

Este enfermo con dilatación de las vías urinarias, le investigamos la infección chagásica, por derivar de una zona que suelen encontrarse vinchucas. La reacción de Machado-Guerreiro resultó dudosa.