

COMPLICACIONES DE LA PIELOGRAFIA ANTEROGRADA POR PUNCION RENAL PERCUTANEA

Por los Dres. A. E. TRABUCCO Y R. J. BORZONE

En agosto de 1958 presentamos ante esta Sociedad cuatro casos en que el método pielográfico anterógrado por punción renal nos resultó de utilidad para complementar diagnósticos y localizar estenosis ureterales en ocasión de cateterismo imposible o poco ilustrativo. Dijimos entonces: "La pielografía directa por punción renal es de técnica sencilla, de rápida ejecución y sin complicaciones ulteriores". La hemos seguido empleando en muchos casos confirmandonos en nuestra afirmación; pero últimamente hemos tenido dos casos casi simultáneos, en que la aparición de complicaciones, de distinta índole en cada uno nos obliga a volver sobre nuestra opinión en lo que a la inocuidad del procedimiento se refiere. A fuer de sinceros, queremos exponer esas complicaciones, producidas a pesar de realizar la punción con la técnica habitual, para extraer conclusiones provechosas para el futuro.

Caso primero. — H. C. 660/17. E.R.D., 15 años, sexo femenino, argentina, soltera. Entrada: 19-III-60. Enfermedad actual: en octubre próximo pasado tuvo dolores agudos de flanco y zona renal derechos, con discreta hematuria total. Cedió con antibióticos. Repitió luego el cuadro en varias oportunidades, acompañándose de vómitos. Ha efectuado régimen alimenticio hipotóxico, antiespasmódicos y antibióticos. No tiene ahora molestias; pero se interna para completar su estudio y realizar tratamiento. Estado actual: buen estado general, normotensa. Micción y orinas: sin particulares. Riñones y uréteres: no se palpan ni duelen glándulas ni puntos ureterales. Uretra: libre al 24. Vejiga: sin particulares clínicos ni endoscópicos. Exámenes de laboratorio: normales. Baciloscopia urinaria: negativa. Estudio radiográfico: 8-III-60. Radiografía directa de aparato urinario: no se ven sombras calculosas. Urograma excretor: lado izquierdo, con buena morfología y función; lado derecho, muestra imágenes cavitarias a expensas de cálices superior medio e inferior dilatados, de contornos lisos, sin visualización de pelvis ni de uréter. El 6-IV-60 se cateteriza el uréter derecho hasta 10 centímetros, no pudiendo progresar más adelante y refluyendo el líquido opaco inyectado a la vejiga, sin visualizarse la porción superior del árbol urinario derecho. Visto la falta de detalles aclaratorios del cateterismo, que permite comprobar un obstáculo ureteral a 10 centímetros de la vejiga: cálculo transparente o estenosis orgánica, se decide efectuar una pielografía anterógrada por punción renal derecha, que se realizará el mismo día de la intervención quirúrgica.

19-IV-60: Se punza sin dificultad el riñón derecho sin lograr caer en cavidad a pesar de variar la dirección y profundidad de la aguja. En el último intento se aspira sangre venosa por lo cual se suspende la maniobra y se pasa la paciente a la sala de operaciones. Operación: anestesia general. Cirujano Prof. Trabucco; ayudantes: doctores Borzone y Levati. Primer tiempo: incisión de Judd, paramediana pararectal derecha; el espacio de Bogros tiene una reacción fibrosa que adhiere el peritoneo a la pared, por lo cual cuesta trabajo reclinarlo. Lograda la separación, se encuentra el uréter engrosado y dilatado, con una zona dura de 1 centímetro de extensión a nivel de la zona sacroilíaca, siendo en cambio de calibre y consistencia normales por debajo de la escotadura ciática. Allí se lo reseca entre dos ligaduras luego de comprobar que no hay cálculo. Se repara el muñón proximal con grasa, liberando el uréter hacia arriba, dejándolo replegado en el espacio retroperitoneal. Cierre de la

pared por planos con drenaje tubular. Segundo tiempo: se coloca a la paciente en posición para lumbotomía derecha. Realizada ésta, se visualiza el riñón de tamaño conservado, con la pelvis dilatada y una hematoma perirrenal de discreta magnitud, viéndose aún sangrar la vena renal por un pequeño orificio de punción. Se libera rápidamente la glándula de un cierto número de adherencias fibrosas, se liga el pedículo y liberando el resto del uréter se completa la nefroureterectomía. Cierre por planos con drenaje tubular. Evolución ulterior sin incidentes. Egresó 8 días después, asintomática.

Anatomía Patológica Nº 4170. Riñón y 22 centímetros de uréter derechos. Riñón de tamaño y forma conservados, con discreta perinefritis fibrosa en bandas y discreto hematoma perirrenal por punción previa que interesó la vena renal. La pelvis y el uréter están dilatados con sus paredes algo engrosadas. Cerca del extremo inferior de la sección ureteral hay una zona del mismo, de 1 centímetro de largo, engrosada y de consistencia dura. Abierto el riñón se observa su parénquima reducido, de color blanquecino, con pielocaliectasia. Abierto el uréter, de paredes algo engrosadas y luz dilatada, por encima de la zona dura antes mencionada, se ve en esta misma zona la cara mucosa rugosa, irregular, verdadera zona de estenosis orgánica, con algunas arenillas. El estudio histológico informa:

Riñón: hidronefrosis interna secundaria a pielonefritis ascendente esclerógena. Uréter: ureteritis crónica segmentaria esclerógena con hipertrofia muscular circular.

En esta paciente, el método pielográfico anterógrado fracasó por tratarse de cavidades renales poco accesibles por su profundidad y tamaño reducido y la punción se complicó por la efracción de la vena renal, que produjo un hematoma perirrenal de cierta magnitud y de evolución imprevisible de no haber operado de inmediato, ya que la vena lesionada sangraba aún en el momento de la exploración quirúrgica.

Caso segundo. — H. C. 662/17. M. M. de P., argentina, sexo femenino, 52 años, casada. Ingreso 11-IV-60. Hace aproximadamente 11 años que sufre de molestias y sensación de peso con bulto palpable en flanco e hipocondrio derecho. Nunca tuvo dolor agudo ni trastornos miccionales. Ya en ese entonces le diagnosticaron hidronefrosis D y le aconsejaron no operarse, mientras no tuviese molestias "serias". Ha tenido anteriormente cólicos renales izquierdos en varias oportunidades, con eliminación de arenillas blancas, la más grande de ellas del tamaño de un grano de arroz. El último episodio de dolor izquierdo se produjo en el mes de enero último acompañado esta vez por hematuria total de color rojo vinoso, que no repitió más. Se interna para completar su estudio y tratamiento.

Estado actual: Buen estado general T. Arterial: 14-9. Micción sin particularidades. Orinas ligeramente turbias. Riñón: lado izquierdo sin particulares; lado derecho: se ve y se toca gran bulto de tamaño de cabeza de feto, que ocupa el hipocondrio y el flanco derecho hasta la zona ilíaca y que transmite el peloteo directo e invertido, de superficie lisa, consistencia elástica renitente, sensible. Uretra: libre al 24. Vejiga: sin particularidad clínica ni endoscópica. El uréter derecho, de aspecto endoscópico normal, no permite la entrada de ningún catéter. Exámenes de laboratorio: (18-III-60) Orinas turbias, D: 1020; regular cantidad de sedimento compuesto de: abundantes células poligonales, fusiformes y ovals, escaso pus y abundantes oxalatos de calcio y uratos de sodio. Exámenes hemáticos normales.

Examen radiológico: 22-III-60 Radiografía directa de abdomen: se observa una enorme masa que enmascara el psoas derecho y se extiende desde la XI costilla hasta la fosa ilíaca interna. A nivel del extremo de la XII costilla se ve un acúmulo de pequeña imágenes cálcicas, como barro calcáreo. Lado izquierdo sombra renal de tamaño, forma y situación normales. El urograma excretor de los 5 a los 60 minutos muestra buena eliminación y concentración del lado izquierdo, con discretas alteraciones papilocaliciales de pielonefritis crónica. No hay alteraciones del uréter izquierdo ni de vejiga. En el lado derecho no se observa imagen de eliminación renal.

Vista la imposibilidad de cateterismo ureteral derecho, lo que impide la pielografía ascendente y pensando en una hidronefrosis gigante de ese lado, se decide realizar una pielografía anterógrada por punción renal, el día 18-IV-60. Se realiza sin ninguna dificultad, pues de inmediato se cae en cavidad renal, extrayendo con la aguja 50 cc de orina turbia acuosa, cuyo examen bacteriológico revela regular cantidad de colibacilos. Se inyecta entonces 30 cc de Umbradil al 35% y se retira la aguja. La placa impresionada un rato después, luego de variar de posiciones a la paciente, muestra muy pocos contrastes por la gran dilución de la sustancia opaca y permite sólo apreciar un refuerzo de los contornos externos de la imagen renal cavitaria, no así de su porción interna.

Luego de la punción renal la enferma tuvo vómitos y dolores epigástricos. Al día siguiente, 19-IV-60 ceden los vómitos; pero hay dolor lumbar derecho sin empastamiento, que se medica con analgésicos. Lo mismo sucede al día siguiente, 20-IV-60. El 21-IV-60 aparece febrícula acompañando al dolor lumbar, medicándola con cloranfenicol, 250 mg. cada cuatro horas. El 23-IV-60 se opera con diagnóstico de hidronefrosis gigante derecha. Cirujano: Prof. Trabucco; ayudantes: Dres. Borzone y Luraschi. Anestesia general. Lumbotomía derecha con resección de XII costilla. El riñón está transformado en una enorme bolsa abollonada, de

paredes delgadas, con gran pelvis dilatada extrarrenal surcada por los vasos del pedículo diseminados en abanico y adherente al peritoneo. Hay una colección supurada perirrenal, mal ligada, sobre la cara posterior, correspondiente a la zona punzada. Se evacúa la bolsa renal con trocar, aspirándose 5 litros de orina turbia. Luego se logra clivarla con cierta dificultad, de la atmósfera perirrenal esclerolipomatosa. Ligadura de los vasos del pedículo y del uréter, que tiene aspecto normal, ligeramente dilatado y con estenosis ureteropielica. Nefrectomía. La evolución postoperatoria transcurrió sin inconvenientes, salvo una retención vesical que se prolongó durante 6 días y cedió con sondajes y parasimpáticsomiméticos. Egresó asintomática el 7-V-60, o sea a los 14 días de operada.

Anatomía Patológica N° 4175. Bolsa hidropionefrótica de 5 litros de capacidad, contenido urinoso turbio, con grumos y barro calcáreo. El parénquimarenal está reducido a una cáscara de 5 mm. de espesor. La pelvis renal, enormemente dilatada constituye la mitad del continente, mostrando una estenosis infranqueable en la unión ureteropielica. Microscopía: Hidropionefrosis y pielonefritis esclerógena ascendente.

En esta enferma la punción renal, si bien no fracasó, tampoco aclaró la imagen radiográfica directa, aparte de comprobar el contenido líquido infectado de la masa palpable. La gran cantidad de líquido diluyó el medio opaco, lo cual no permitió precisar detalles morfológicos. Dicha punción se complicó además con infección y supuración perirrenal, seguramente por extravasación del contenido séptico a través de la zona punzada.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Estas dos complicaciones de la punción renal para pielografía anterógrada, una hemorrágica y la otra séptica, deben hacernos cautelosos en el manejo de este útil procedimiento de diagnóstico, especialmente cuando él no vaya seguido de inmediato por la intervención quirúrgica. Por de pronto no debe realizarse en forma ambulatoria como sostienen algunos entusiastas del método, como Calle Uribe. Nosotros siempre lo practicamos en pacientes internados y aun, si es posible, el mismo día de la operación. En segundo lugar, hace reflexionar el que una lesión, que pudiera ser tratada conservando el riñón, puede transformarse, ante una severa complicación, en una intervención radical no planeada. En tercer lugar, desde el punto de vista de su utilidad, el procedimiento debe reservarse para aquellos riñones medianamente dilatados o cavitarios de fácil acceso a la punción por su escaso parénquima y no para aquellos de cavidades pequeñas como en el primer caso o exageradamente grandes como en el segundo. En el primer caso, por ser difícil caer en un cáliz poco dilatado, profundo y poco accesible, lo que favoreció la lesión vascular. En el segundo caso, porque la enorme dilución de la sustancia opaca no dió contraste suficiente como para aclarar la imagen hidronefrótica y agravó la situación con una extravasación séptica que ocasionó una perinefritis supurada comprobada en el acto operatorio. En conclusión, debe tenerse en cuenta la posibilidad de complicaciones como las mencionadas, al realizar una punción renal con fines diagnósticos, que hacen que el método no sea totalmente inocuo. Debe entonces balancearse la utilidad del resultado a obtener con sus inconvenientes y de ese balance surgirá la indicación para su uso.

Para mayor seguridad, conviene realizar el procedimiento con el paciente internado y, de ser posible, el mismo día de la exploración quirúrgica, que permitirá solucionar al mismo tiempo el problema y su complicación.

RESUMEN

Se presentan dos casos de complicaciones del método pielográfico por punción renal percutánea, una hemorrágica y otra séptica y se extraen conclusiones constructivas.

DISCUSION

Dr. Delporte. La pielografía por punción es un procedimiento que brinda extraordinarios resultados en algunas circunstancias pero como lo señalan los comunicantes, no está exenta de riesgos.

Refiriéndome en especial a la primera observación que nos muestra, entiendo que hubiera sido de utilidad hacer un urograma retardado. En esa paciente hay un riñón funcionante donde un urograma realizado a los 10, 20, y 30 minutos demuestra una eliminación apreciable de sustancias de contraste. Si hubiéramos realizado ese urograma de excreción con doble dosis y retardado, a las dos o tres horas hubiéramos podido observar —tan bien como con una pielografía por punción— la dilatación pielocálicoureteral.

Unido eso a la tentativa de pielografía ascendente, no hubiera sido difícil que observáramos la zona estenosada del uréter. En ese caso pudo haberse practicado así una intervención conservadora, una resección segmentaria del uréter, porque tengo entendido que se trataba de una ureteritis, que llevó a la enferma a la consulta. Mediante una intervención plástica; reseccando segmentariamente esa porción del uréter hubiera sido factible conservar el riñón.

Dr. Irazu. Deseo proyectar tres diapositivos de punción renal, la que se efectúa cuando está obstruido el uréter bajo.

El procedimiento de Callo Uribe que creo que han adoptado los comunicantes, es sin duda de fácil ejecución, pero es indudable que también presenta sus inconvenientes. Por lo tanto, en lo posible, hay que tratar de evitarlo.

La pielografía retardada nos parece un método muy útil y entiendo que en la primera observación de los comunicantes hubiera sido de utilidad.

En la primera pielografía por punción (muestra el diapositivo) existía una hidronefrosis por obstrucción de una uro-ureteritis imposible de cateterizar. No tuve accidente alguno.

En este segundo diapositivo (lo exhibe) la imagen es más pequeña. Se aprecia una litiasis múltiple. En este enfermo no hubo ningún accidente, la punción cayó precisamente en el cáliz superior a pesar de que la pelvis era muy pequeña y estaba con cálculos múltiples. En la parte baja existía una ureteritis que se liberó y el enfermo evolucionó bien.

Este tercer diapositivo (se proyecta) pertenece a un enfermo con cólicos subintrales no febriles. Se le practicó la punción y tuvimos la sorpresa de que en el postoperatorio hizo accesos febriles de 39 y 40 grados, lo que nos obligó a intervenirlo con cierta urgencia. Encorramos una perinefritis de ese lado que nos obligó a efectuar una cirugía radical.

Estas son las consideraciones que quería hacer sobre estos tres casos de punción por el procedimiento de Callo Uribe.

Dr. Borzone. Al doctor Delporte le diré que hace pocos días tuve un caso particular de tumor primitivo de uréter en que no hubo necesidad de efectuar pielografía ascendente porque la urografía retardada proporcionó una imagen nítida de la aureola neoplásica.

Pero estas radiografías que traigo se toman en el hospital, donde las placas que traen los propios enfermos, escasean.

En cuanto al tipo de cirugía que se realiza, hubiera debido disponerse de una biopsia por congelación, ya que la enferma había tenido hematurias indoloras aparte de antecedentes de cólicos. Dado el aspecto microscópico de la lesión, se procedió a realizar cirugía renal. A pesar que existía buena función el parénquima era escaso y todo eso se sumó para decidir en el campo una conducta radical. Por suerte, se procedió así porque de haber terminado la intervención con el tiempo bajo, no sabemos qué hubiera sucedido con el hematoma que estaba creciendo y en el cual estaba sangrando la vena renal. Quizá hubiera podido hacerse otras cosas, pero en ese momento, la solución estaba adaptada al caso.

Agradezco al doctor Irazu su aporte.