

NEFROSTOMIA POR PUNCION

Por el Dr. ALBERTO ROCCHI

En el Congreso Internacional de Urología realizado en el año 1956 en Mar del Plata, el distinguido urólogo colombiano G. Galle Uribe, nos hizo conocer el material iconográfico obtenido por introducción directa de sustancia de contraste en las cavidades excretorias renales, haciendo al mismo tiempo mención de sus antecesores en el uso de este método de exploración radiológica del aparato urinario.

En nuestro país utilizaron este procedimiento y publicaron sus observaciones: Mathis y Goldaracena en 1957; Derdoy y Martínez en 1958; Trabucco, Borzone y Luraschi adjudican en otra publicación, la prioridad del método a Kapandji (1949) que efectuaba la punción percutánea directa de las cavidades renales para determinaciones manométricas.

Las ventajas e indicaciones de esta técnica, así como los detalles de su ejecución están descritas en las comunicaciones mencionadas y a ellas remitimos a quienes deseen conocerla en toda su extensión.

A las posibilidades del procedimiento:

1) Opacificación de las vías excretorias cuando la pielografía por relleno ascendente es difícil o imposible.

2) Recolección de orina para exámenes funcionales o bacteriológicos; agregamos:

3) Posibilidad de efectuar simultáneamente tomas para biopsia renal, y

4) Instalación de un avenamiento temporario en condiciones de estricta asepsia, imposibles de lograr en los cateterismos ascendentes.

En la experiencia de cada urólogo se encuentran seguramente los incidentes desagradables posteriores al cateterismo con fines diagnósticos, en uronefrosis que habían evolucionado en forma casi asintomática y en las que luego, al retirar el catéter o haber sido despedido éste por las contracciones ureterales u obstruirse por coágulos, daban lugar a un cuadro séptico gravísimo.

Las ventajas del método que proponemos, desde luego para casos seleccionados son de ser menos doloroso para el paciente que el ascendente, puede mantenerse una rigurosa asepsia, los catéteres se mantienen mejor en su lugar y molestan menos.

La técnica es relativamente simple sobre todo cuando existen grandes dilataciones pielocaliciales y es allí justamente donde surgen las indicaciones principales. Reparada la situación de ambos riñones por la urografía previa, efectuamos la premedicación común: atropina-demerol ya que la travesía de la cápsula renal es dolorosa a pesar de la anestesia infiltrativa y puede dar lugar a reflejos desagradables. Colocamos al paciente en decúbito lateral, antisepsia

de la piel, anestesia del trayecto con solución de novocaína al 0,5 %. Introducimos en el sitio marcado, la aguja de Vim-Silverman-Franklin provista de mandril; cuando los movimientos del pabellón sincrónicos con los respiratorios indican que la extremidad de la misma ha penetrado en el parénquima renal, retiramos el mandril y continuamos lentamente la introducción hasta obtener la salida de orina por la aguja; luego por la luz de la misma introducimos un catéter de polietileno de calibre adecuado hasta asegurarnos que queda arrollado en las cavidades pielocaliciales. A continuación retiramos la vaina y dejamos el tubo fijado a la piel con gasa y tela adhesiva.

En la fig. 1 se observa la radiografía obtenida con este procedimiento en una mujer que había sido sometida a una histerectomía por carcinoma de cuello



Figura 1

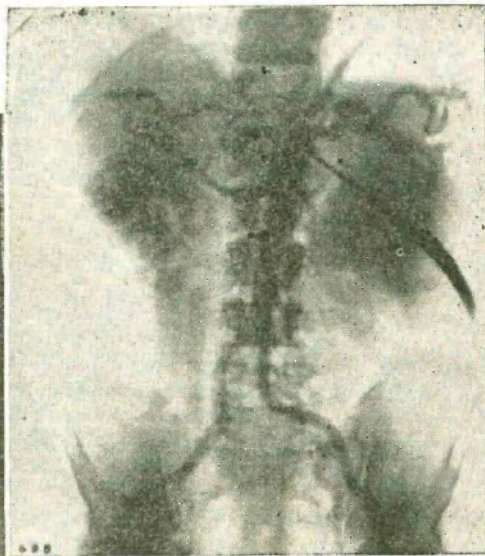


Figura 2

y en el curso de la cual quedó comprometido el uréter derecho en la peritonización de la excavación pelviana. Se dejó el catéter in situ durante seis días durante los cuales se recogió orina cuyo estudio y las pruebas funcionales correspondientes mostraron buena capacidad del riñón afectado lo que nos indujo a efectuar una reimplantación del uréter en la vejiga. En el curso de la intervención se extrajo un ganglio sospechoso de la cadena ilíaca que desgraciadamente reveló encontrarse invadido por el proceso neoplásico cuyo curso provocó la muerte de la paciente tres meses más tarde.

La radiografía de la figura 2 corresponde a un paciente con una fibrosis retroperitoneal idiopática, por la extensión del mismo que envolvía recto y vejiga, la localización de los meatos ureterales era imposible por vía endoscópica. Las urografías debido al estado de insuficiencia renal no mostraban imágenes satisfactorias. Se colocó un catéter por vía percutánea en cada riñón, cinco días más tarde se efectuó una arteriografía lumbar para apreciar la cuantía circula-

toria de ambos y simultáneamente se efectuó la pielografía por relleno utilizando los catéteres.

DISCUSION

Dr. Mallo: En el estudio del último enfermo quería preguntar al comunicante si se creyó en la posibilidad de un diagnóstico de un Hodkin a forma abdominal. Ultimamente se han visto varias fascitis retroperitoneales que fueron, en realidad, Hodkin que evolucionaron con radioterapia abdominal.

Dr. Schiapapietra: Es muy interesante la extensión que ha dado el Dr. Rocchi a la indicación primitiva de la punción con fines de diagnóstico. Teniendo por ejemplo una enferma (esposa de un médico) con una uronefrosis bilateral que se hace estática y que se encontraba en condiciones de riesgo a cualquier operación, esa señora vive durante muchos años con una nefrostomía bilateral, vale decir, que se hubiera instalado un cuadro que no podría ser solucionado en otra forma.

También años después atendí a una enferma cuyo estado físico era también calamitoso: uremia altísima, vómitos, con sus riñones distendidos. Se me ocurrió, entonces, poner un trocar en la zona lumbar retroperitoneal, a la que estaba próxima la dilatación, y por el instrumento un tubo de polietileno de calibre. La enferma mejoró y cuando ella estuvo mejor hice una exploración de la causa de eso: era una uronefrosis que se había hecho bilateral. Hice una plástica y, con un tubo sinfin con un catéter, derivé hacia la vejiga, luego hacia la región lumbar; la plástica y el tubo sinfin fueron hechos aumentado de calibre. En cuanto las condiciones de la enferma lo permitieron hice lo propio en el otro lado.

Me parece, señor presidente, que la nefrostomía por punción tiene mucho de esas indicaciones.

CIERRE DE LA DISCUSION

Dr. Rocchi: Este enfermo llegó al Servicio hace tres años, al cual, como es natural, se le hizo un estudio exhaustivo. En principio pensamos en un cáncer de la base de la vejiga, en un cáncer de próstata, en un quiste hidatídico, etc. El recto estaba como una chismenea y la vejiga, completamente levantada.

Plancamos hacer una liberación de los uréteres y después una investigación. Hicimos biopsia del peritoneo, abrimos la vejiga y sacamos un trozo de la zona sospechosa; todo mostraba una zona de esclerosis, sin síntomas ni de tuberculosis ni de malignidad alguna.

La histología de esto es muy interesante, ya que coincide con algunas observaciones y estudios hechos en los Estados Unidos de Norteamérica. Era un tejido de necrosis perivesicular. Esa es la interpretación que hicimos allí. El anatómopatólogo coincidió con uno de los trabajos que salió recientemente en "Urology". Las observaciones en este sentido se van multiplicando, porque no hay casi número de esa revista que no salga con algunas observaciones. Hay autores que dan como síntoma la arcada del uréter superior como signo de interrogación. Pero es una patología nueva. Descartamos el Hodkin retroperitoneal y todos los procesos concomitantes por biopsia cuidadosamente realizada. A ese enfermo le hemos hecho la transfusión intraperitoneal de los uréteres.

Finalmente, diré que vamos a tener que obtener la solución, porque se trata de un tema muy difícil.

Agradezco al Dr. Schiapapietra su valiosa contribución.