

## COMPLICACIONES POR PIELOGRAFIA PERCUTANEA

---

Por el Dr. J. RAUL LLIROD

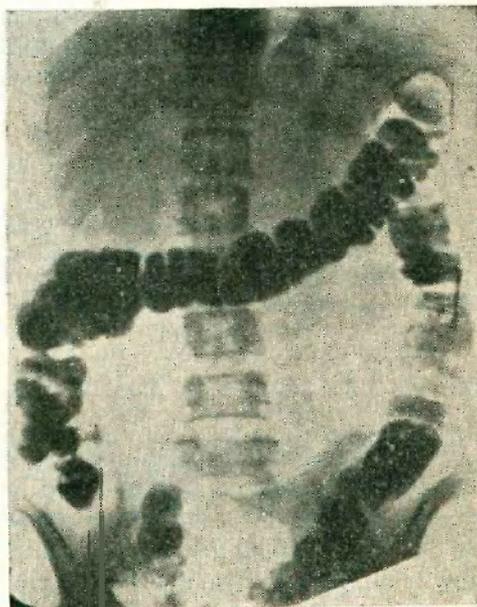
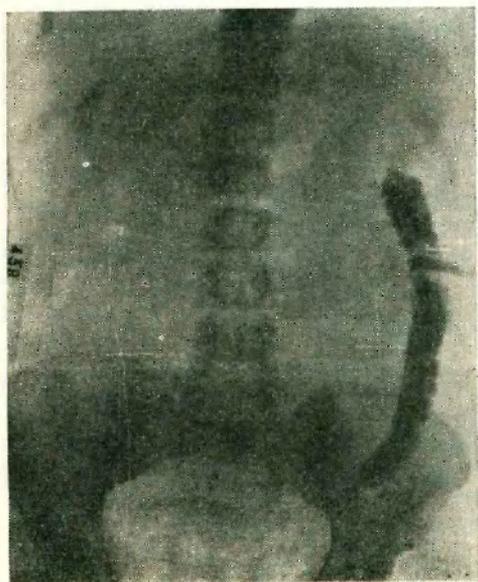
Calle Uribe presentó esta técnica de estudio urográfico como un elemento sencillo de practicar e inocuo. Trabucco y colaboradores presentaron su experiencia en 1958 a la Soc. de Urología y en ese entonces decía: "La pielografía directa por punción renal es de técnica sencilla, de rápida ejecución y sin complicaciones ulteriores". Los mismos autores posteriormente, dos años después, relatan a la Sec. de Urología, dos complicaciones como consecuencia de esta técnica a "pesar de realizar la punción con la técnica habitual" (Trabucco).

En la jornada de Río Cuarto los autores Armengod y Santisteban comunican su experiencia en seis casos no habiendo tenido complicación alguna. Nuestra experiencia es muy poca, reuniendo en total cinco casos. En una de ellas, después de la punción y durante seis días la enferma sufrió de síndrome febril e irritación diafragmática que impedía la inspiración tranquila, habiendo superado la etapa en base a calmantes y antibióticos. El segundo caso de complicaciones bastante serias es la que en realidad motiva el presente relato.

Enferma: 24 años de edad, casada, dos hijos. Hace seis años apendicectomía. E. A.: Hace cinco años empieza la enfermedad con lumbalgia bilateral, de evolución tórpida, sin tomar formas de cólicos renales. En este último año los dolores fueron francos cólicos renales exclusivamente izquierdo con irradiaciones ureterales, polaquiguria, ardor miccional y orinas muy turbias. E. A.: Puño percusión derecha negativa, el izquierdo francamente positivo de igual manera los puntos reno ureterales izquierdos. La enferma con buen estado general no muestra ninguna afección en otros órganos al estudio clínico.

Análisis de sangre S/R: citológico, urea, glucosa y R. de Kahn dentro de lo normal. Índice de Katz 9 mm. Orina: turbia, densidad 1017, con copos de pus, filamentos mucoides, leucocitos y hematíes, abundantes cristales de oxalato. Radiografías: Directa; es evidente el aumento de tamaño del riñón izq. La excretora: Riñón D.N. y el riñón izq. excluida (placa 1 y 2). Cistocopia: C. Vesical 125 cc, mucosa con lesiones de cistitis crónica que se lava fácilmente; meato D.: aspecto normal, eyaculación rítmica y tónica; M. izq. rodeada de ligera aureola congestiva, no existe eyaculación y su cateterismo no fue más de un centímetro, hecho que se repitió en otro intento posterior. En estas condiciones nos decidimos por la pielografía por punción, que se efectúa fácilmente caracterizándose por la irrupción de orina; se inyecta pielosil 50% 20 cc. y se obtiene la placa (3) demostrando una gran ureterouronefrosis con una acodadura del uréter lumbar por su dilatación y elongación que con tres centímetros más de contraste vemos mejor la parte terminal del uréter. (4). Con el diagnóstico de estenosis terminal del uréter se operó el 11-2-1960, Cirujano: Dr. Llirod.

Incisión de Gibson, abordaje extraperitoneal, fácilmente se localiza el uréter enormemente aumentado de tamaño y a unos 5 cm. de la vejiga una brida que acoda el uréter por debajo de la misma tiene el aspecto de un cordón fibroso, se extirpa este segmento terminal y se hace la anastomosis ureterovesical a lo Puigvert, al seccionar el uréter se observa la eliminación de orina. Sonda uretral durante 15 días, pues al sexto día al taponarse la sonda había filtrado por la herida. Cierre por planos. Biopsia del uréter realizado por I. Nac. de Anat. Patológica, N° 36076 "Esclerosis residual inflamatoria parcial con necrosis de la mucosa y hemorragia. Ureteritis Crónica escleroestenotante" (Dr. Baltazar). Control a los siete meses, pielografía a los 25' (5) se insinúa la caliectasia e imagen lacunar en el polo inferior, a las 2 horas con doble contraste se evidencia la uronefrosis izq. A los 9 meses la enferma comienza a sufrir de cistitis, lumbalgia tórpida sin irradiaciones ni formas de cólicos renales (zona operada) (placa) 6 a las dos horas). Se le practica una cistoscopia que no tolera. Con la presunción de que el neomeato no ha resultado nos decidimos practicarle la pielografía por punción; que muestra (7) franca ureterouronefrosis, y a pedido de la enferma se retira a su domicilio; a las 48 horas nos consultan por un síndrome febril, zona lumbar, muy doloroso a la palpación superficial, abdomen blando depresible, se la medica con analgésicos, antibióticos y bolsa de hielo local. P. A. 11/7 90 p.m. nuestro diagnóstico del momento fue perinefritis. A los 5 días el cuadro no mejoraba, siendo lumbalgia izq. cada vez mayor y la zona del colon descendente muy sensible.

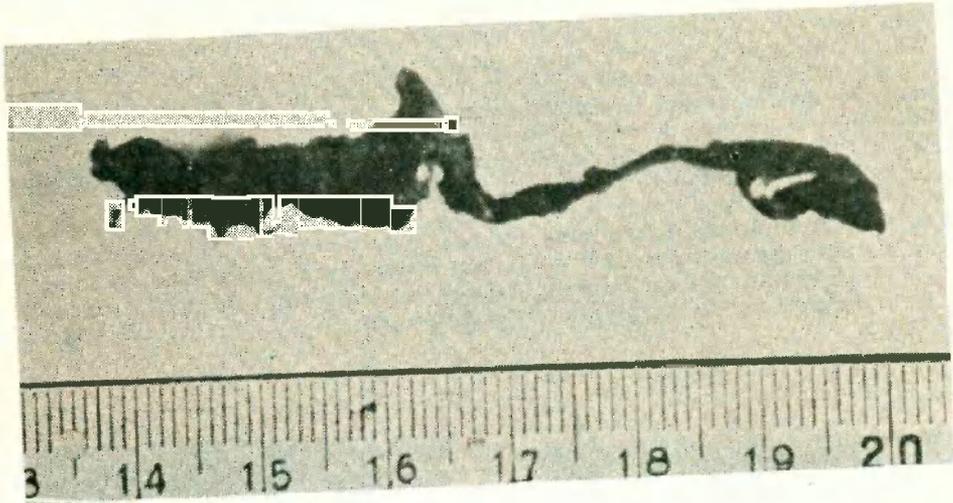


Se decide la operación. Cirujano: Dr. Llirod. Incisión de Israel.

Después de seccionar el primer plano nos encontramos con gran reacción adherencial de todos los planos que impedía toda maniobra por divulsión incluyendo el peritoneo que accidentalmente fue seccionada reparándose con hilo, la que no resultó fácil por lo friable, se trata de liberar el riñón que está rodeado de coágulos con intensa reacción perinefrítica, ligadura del pedículo. Nefrectomía.

Cierre por planos. Tubo de drenaje hasta el quinto día. Se retira los puntos al octavo. La enferma siguió quejándose en los días posteriores de contracciones intestinales, zona colon desc. Al noveno día hizo deposición espontánea, la herida sólo mostraba una fístula que drenaba pequeña secreción, a los trece días con gran sorpresa al aplicarle un enema jabonoso sale por la fístula abundante materia fecal. Consultando con el cirujano general (Dr. Forastier) se la mantiene más o menos cuarenta y cinco días

en observación. Como la fístula no se cierra el mencionado cirujano la interviene por la vía lumbar, cerrando con jareta una fístula intestinal (según informe posterior: esta operación fue un fracaso pues al cuarto día ya había eliminación de materia fecal por la zona reoperada y en mayores cantidades. Ante esta situación la enferma decide viajar a la capital poniéndola a disposición de la experiencia quirúrgica del Dr. Trabucco.



Biopsia del riñón N° 410891, Inst. Na. Anát. Pat. "pieza 12x6x6 deforme con hinchaduras patológicas, cavidades hidronefróticas, no distinguiéndose cortical de medular, se observan focos supurados con atrofia tubular y esclerosis glomerular, en otros sectores abundantes cilindros hialinos.

Diag.: Uropionefrosis. Dr. José María Beramendi.

#### *Conclusiones:*

El hecho de haber tenido que afrontar estas contingencias me obliga a considerar a este estudio como un acto operatorio con las precauciones que dice Trabucco "su intervención debe ser previa a la intervención quirúrgica". De nuestra parte prácticamente no la seguimos practicando, sustituyéndola con gran ventaja con la pielografía descendente prolongada con doble, triple o más contraste según el caso.

#### *Bibliografía:*

- Trabucco y Col., R. Arg. Urología N° 1-8, 1960.  
 Armengod-Santisteban, R. Arg. Urología N° 10-12, 1959.  
 Calle Uribe, R. Arg. Urología.