

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA PIELOGRAFIA DESCENDENTE - ESTUDIO DE 100 OBSERVACIONES

Por el Dr.

LEON D. ARRUES

La pielografía por inyección endovenosa, método de investigación relativamente nuevo, ha dado lugar a múltiples comentarios.

Así, algunos experimentadores, especialmente los clínicos, han creído llegado el momento en que ésta suplantaría con ventaja a la pielografía ascendente sobre todo considerando su inocuidad a la cual agregan además su técnica de más fácil realización.

Otros, en cambio, le han restado méritos, pues según ellos, la poca claridad del pielograma por una parte y los distintos factores de los cuales depende su variabilidad, dan lugar en muchos casos a conclusiones diagnósticas erróneas. Por nuestra parte, habiendo experimentado ambos métodos de investigación, podemos afirmar que tanto el uno como el otro, son de valor inapreciable.

Consideramos que la pielografía por cateterismo es más demostrativa por su claridad y que muy pocas son sus contraindicaciones si se la efectúa cuidadosamente y contando con todo el material indispensable.

Pero no por ello dejamos de acreditar a la pielografía descendente todo su justo valor, que se afianza aun más, si tenemos en cuenta que puede ser utilizada exclusivamente en algunos casos: Tales por ejemplo, los enfermos sin capacidad

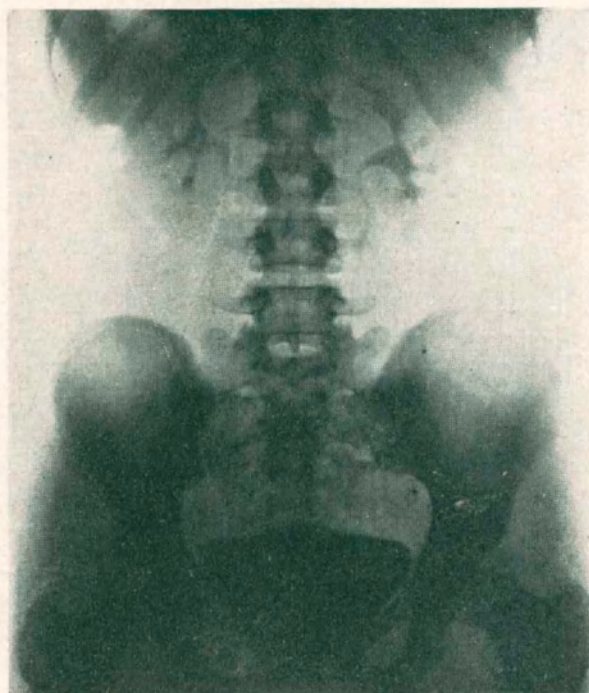


Figura 1

Pielografía obtenida con Uroselectan, — Vías de excreción normal



Figura 2

Ectopsia renal derecha (obtenida con Abrodil)

vesical o en los que, por cualquier otra causa anatómica o patológica el cateterismo es imposible.

Se obtiene, por lo demás, mediante la pielografía endovenosa, lo que podríamos llamar el pielograma fisiológico, ya que las variaciones a que da lugar la presencia de las sondas en los conductos ureterales como así mismo la calidad y cantidad de líquido a inyectar en la pielografía



Figura 3

Gran dilatación de ureter en riñón único (obtenida con Abrodil)

ascendente, hacen que ésta varíe de acuerdo a estos factores.

Requiere, ante todo, la pielografía endovenosa, la buena preparación del enfermo, previa al examen radiológico. Lo sometemos el día anterior a una dieta exclusivamente vegetariana y prohibimos en absoluto la ingestión de alimentos que contengan hidratos de carbono, para evitar en lo posible la producción de gases intestinales. Indicamos por la noche un purgante de aceite de ricino (50 grs.) y por la mañana, antes de la prueba, un enema evacuador. El enfermo es citado al Instituto en ayunas.

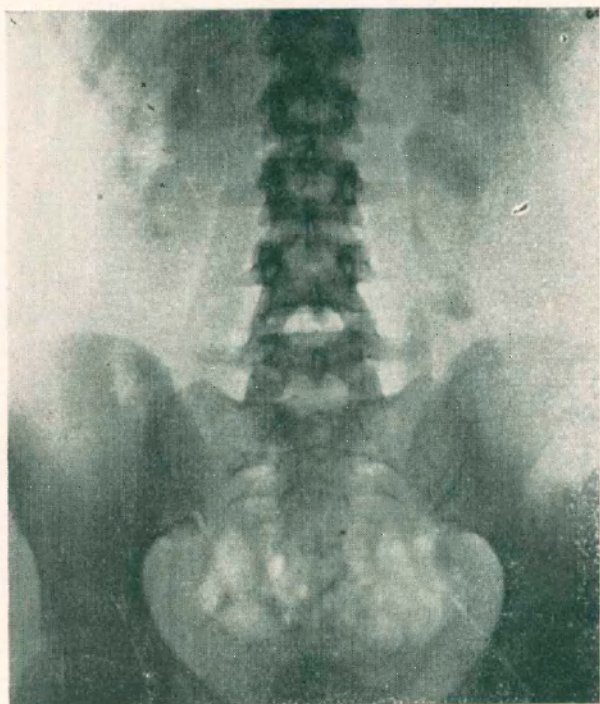


Figura 4

Tuberculosis renal izquierda. Sombras lacunares (Uroselectan)

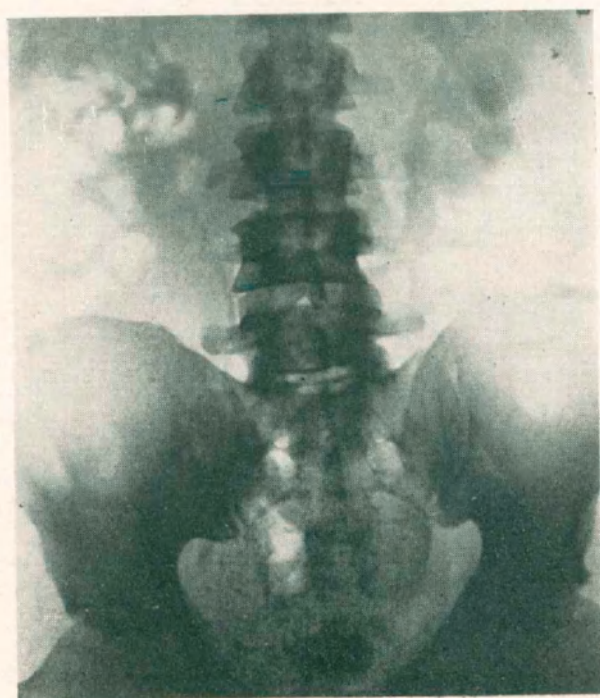


Figura 5

Tuberculosis renal derecha. Escasa capacidad vesical (Uroselectán)

En todos nuestros casos hemos empleado el Uroselectan A) y el Abrodil en solución al 20 o/o.

Inyectamos el líquido por vía endovenosa con la mayor celeridad posible a los fines de producir una mayor concentración del medicamento en la sangre. Esta maniobra nos ha deparado grandes ventajas, que apreciamos sobre todo, efectuando estudios comparativos con los casos en los cuales ya por algunos inconvenientes de técnica o ya

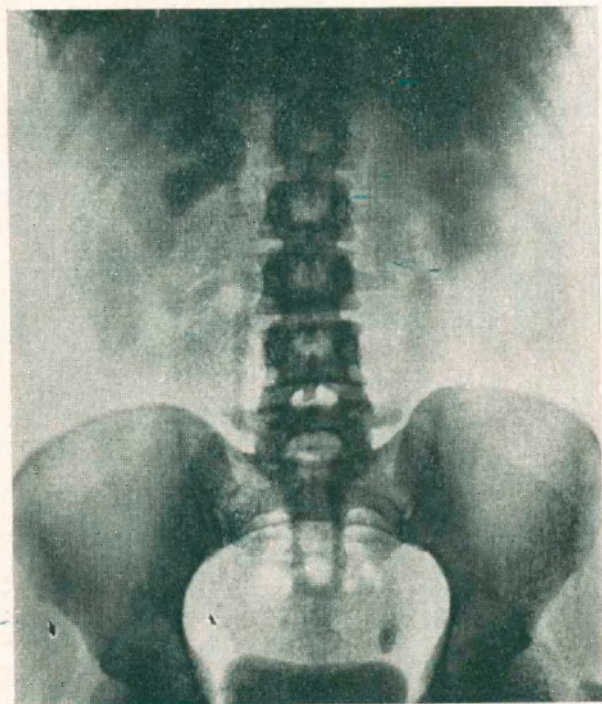


Figura 6

Litiasis ureteral doble. Dilatación de vías de excreción (Abrodil)

por la mala disposición anatómica de las venas, hemos tenido que introducir el líquido con mayor lentitud.

Empleamos para la mejor realización de la inyección el dispositivo que comúnmente se utiliza para suero fisiológico adaptándole una aguja de calibre tal, que nos permita inyectar los 100 cm. cc. en un tiempo que oscila entre tres y cinco minutos. Con motivo de nuestra comunicación anterior al Congreso de Urología, se nos observó la rapidez con que efectuábamos la introducción del líquido, pero en la actualidad, con mayor razón que entonces, los hechos es-

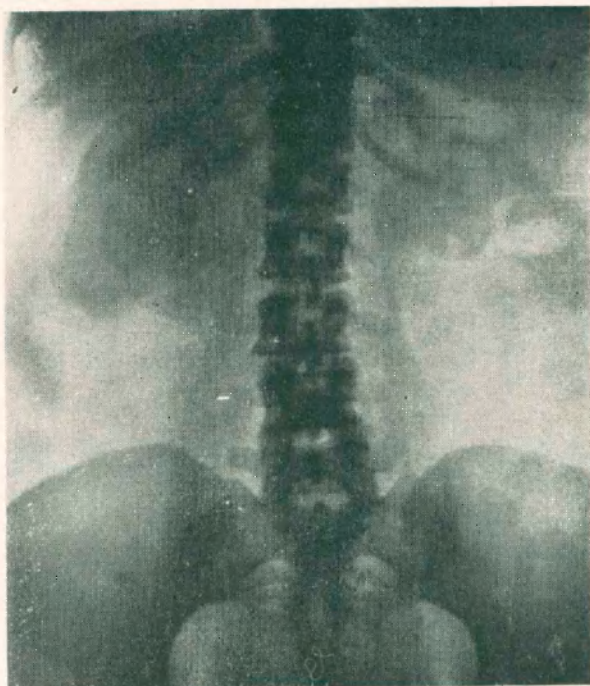


Figura 7

Vías excretoras de ambos riñones dilatadas, más del lado izquierdo.
Ambas glándulas pequeñas (Uroselectán)

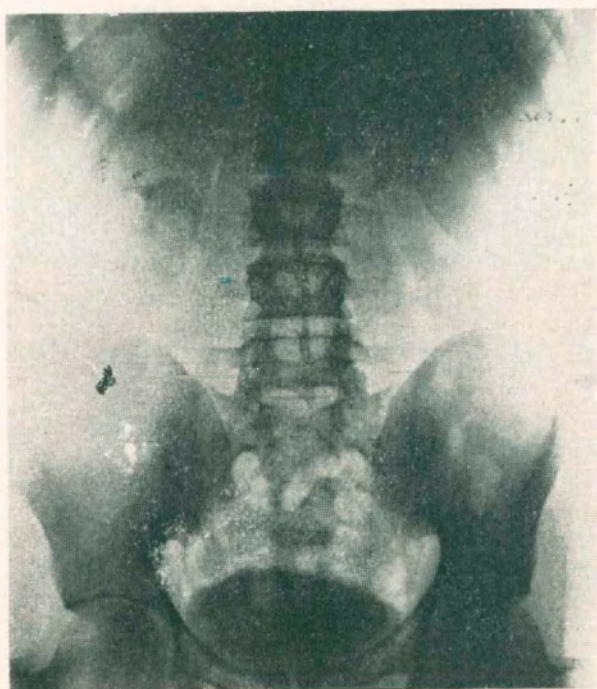


Figura 8

Ureter bifido (Abrodil)

tablecen nuestro acierto, pues, a pesar del gran número de enfermos tratados en esta forma, nunca hemos tenido que lamentar accidentes inmediatos ni a posteriori y confirma nuestro proceder la introducción en la terapéutica del Uroselectan B, de mucha mayor concentración. (15 grs. en 20 de vehículo).

En estas condiciones y, contando en el Instituto con excelentes aparatos de Rayos X, hemos logrado obtener casi en el 90 por ciento de los casos pielogramas demostra-

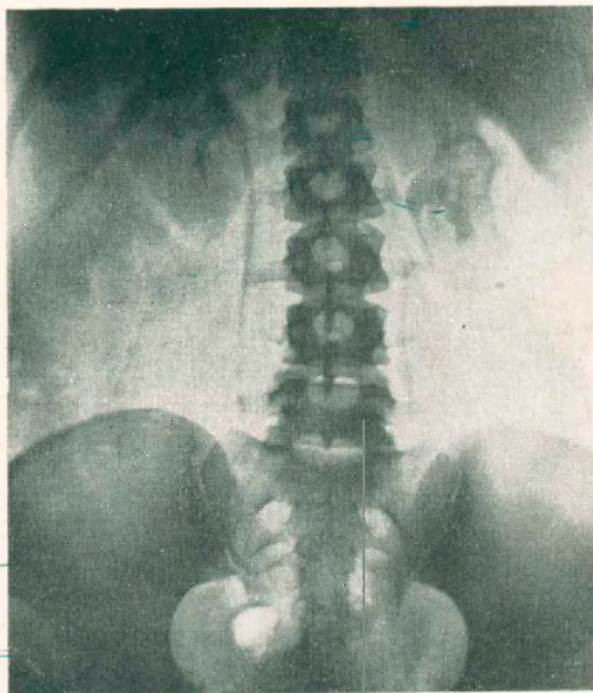


Figura 9

Acodadura de ureter derecho. Ptosis renal derecha, primer grado.

tivos que han aportado en su mayor parte, interesantes datos para el diagnóstico de tal o cual afección.

Las radiografías que efectuamos con una compresión suficientemente prudencial, para que no haga variar de forma a las vías de excreción, las obtenemos: la primera a los 6 ó 7 minutos, la segunda a los 15 y si en ésta no se observa el contraste producido por el yoduro al eliminarse, volvemos a tomar otra a los 45 ó 50 minutos.

En estas condiciones, hemos obtenido el siguiente resultado, en 100 casos:

Radiografías demostrativas, obtenidas a los 7' . . .	28
.. 15' . . .	27
.. 45' . . .	6
.. 7 y 15' .	8
.. 15 y 45' .	7
.. 7, 15 y 45' .	12
.. en las cuales no se observa eliminación de yoduro	12

En estos últimos casos hemos constatado la mayor parte de las veces, la gran destrucción del parénquima renal. En otros casos, en cambio, a pesar del buen estado de la glándula, observamos la eliminación lenta y tardía del yoduro lo cual impide la obtención de pielogramas claros y por fin en un tercer grupo de casos, observamos una buena eliminación aun encontrándose el riñón evidentemente afectado.

Dejamos ésto para comentar en un próximo trabajo donde consideraremos por separado las distintas afecciones y su relación con la variabilidad de la eliminación. Sólo queremos afirmar desde ya, que favorece la obtención del pielograma el buen funcionamiento renal y la presencia de cualquier obstáculo en las vías de excreción, y que en tres casos de enfermos con incontinencia no se consiguieron obtener, radiografías demostrativas.