

BIOPSIA RENAL QUIRURGICA SUS INDICACIONES Y RESULTADOS

Por el Dr. CARLOS MIGUEL AGUIRRE

Al abordar el estudio de los enfermos nefrológicos, consideramos necesario efectuarles biopsia renal a algunos de ellos, como complemento del examen clínico y de las pruebas funcionales.

La misma últimamente ha alcanzado dentro de la metodología diagnóstica un lugar preponderante, permitiéndonos valorar aspectos lesionales precoces, dentro de una faz en que es posible todavía deducir la naturaleza de la nefropatía causal.

Parish y Howe (1955) tras seleccionar un grupo de 100 nefrópatas correctamente estudiados, observaron que la biopsia renal permitió corregir el diagnóstico clínico en 52 % de casos en los cuales había sido incorrectamente determinado, confirmó dicha impresión en 39 %; pero en el 9 % restante ninguno de tales medios diagnósticos pudo establecerlos.

INDICACIONES DE BIOPSIA RENAL EN GENERAL

1) El síndrome nefrótico constituye la indicación más precisa de biopsia, representando 1/3 de nuestra estadística.

Es sabido que existen más de 30 formas clínicas condicionadas a la histopatología.

Veamos este caso: Enfermo R. P., 13 años de edad, atendido en el Policlínico de Avellaneda, por edemas palpebrales y maleolares (enero 1970) que paulatinamente aumentaron hasta hacerse importantes en el momento de su internación, sin sintomatología evidente, con desarrollo óseo y muscular normal.

Presión arterial 120/80; Rx. de tórax normal. Auscultación de pulmón y corazón sin patología; abdomen blando y depresible; afebril, motilidad y reflejos conservados.

Laboratorio: Eritrosedimentación: primera hora 60; segunda hora 95. Orina completa: ácida, D. 1016 - Proteinuria de 3.50 g en 24 horas, de tipo glomerular selectiva.

Proteinograma en sangre: albúmina disminuida, alfa 2 aumentada. Cultivo de orina negativo. V.D.R.L.: negativa, Colesterolemia: 420 mg %. Creatinemia: 0,90 mg %. Ionograma en sangre: Na 137 mEq/litro. K. 3,9 mEq/l. Hemograma: R. 3.200.000 - B 7.000.

Concretamente, enfermo de trece años con edemas importantes. Hipoalbuminemia, hipercolesterolemia y proteinuria de 3,50 g en 24 horas. fue diagnosticado clínicamente como síndrome nefrótico.

Se le efectuó biopsia renal quirúrgica el 7/7/70, observándose riñón con cambios glomerulares mínimos (nefrosis lipoidea).

Tratamiento: En base a corticoides; evolucionando con mejoría evidente.

Actualmente está asintomático, presentando una proteinuria de tipo fisiológico. Se dio el alta.

En el caso relatado el estudio histológico de la toma de biopsia nos permitió:

- a) Asegurar el diagnóstico.
- b) Determinar el pronóstico (por lo general favorable en presencia de lesiones glomerulares mínimas).

- c) Nos orientó sobre la terapia a instituir (corticoides, dadas las características lesionales mínimas).
- 2) En las glomerulonefritis agudas, concluido el episodio inicial (2 a 3 meses), ante la persistencia de algún síntoma alarmante que haga esperar una evolución desfavorable.
- 3) Para hacer el diagnóstico diferencial entre glomerulonefritis y pielonefritis crónica.
- 4) En aquellas anurias en que deseamos conocer el futuro evolutivo.
- 5) En las proteinurias o microhematurias solitarias en las que el examen clínico y funcional es negativo, pero la histopatología nos puede demostrar alteraciones parenquimatosas renales.
- 6) En hipertensos renales unilaterales (vásculorrenales o parenquimatosos) nos permite confirmar la integridad del riñón sano.
- 7) Ante un riñón trasplantado que experimenta crisis de rechazo, pielonefritis aguda, infarto o necrosis cortical.
- 8) En las complicaciones renales de las colagenopatías.

TÉCNICA DE BIOPSIA RENAL A CIELO ABIERTO

La preferimos, dado que la punción percutánea tiene un porcentaje, variable según distintos autores, de fracasos en la toma de material y que la mayoría de las contraindicaciones y complicaciones dependen del carácter ciego de la misma. Hicimos hincapié sobre ellas en una comunicación con los doctores Claret, Lorenzetti y De Palma ante el I Congreso de Nefrología en Córdoba, en 1970.

La vía seguida, de abordaje posterior, nos permitió un mayor número de indicaciones, habiendo efectuado previamente a la misma una Rx. amplia de localización renal y estudio de la coagulación sanguínea.

Técnica quirúrgica: Anestesia general o local, elección que depende del paciente.

Posición decúbito prono con una almohadilla por debajo de la cara anterior de las últimas costillas.

Se efectúa una incisión paramediana sobre el borde externo de los músculos paravertebrales desde la última costilla, verticalmente hacia abajo, de 6 cm de extensión.

Se incide piel, celular subcutáneo, aponeurosis lumbar, se reclina hacia la línea media la masa común muscular, observándose inmediatamente la aponeurosis que cubre el cuadrado lumbar.

Se incide la aponeurosis observada, reclinándose hacia la línea media el siguiente plano muscular (cuadro lumbar).

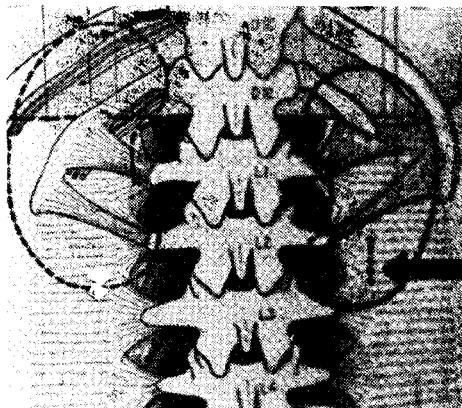
Habiendo llegado a la fascia perirrenal, se abre, se libera el riñón por su cara posterior y luego se fija, valiéndose de una pinza de aro sobre las adherencias del polo inferior. Se extrae, mediante un bisturí de hoja delicada, una cuña de parénquima ubicada en corteza, de 0,5 cm.

Recientemente hemos utilizado la aguja de Ducrot-Montera, que fuera preconizada por Hamburger, usándola solamente en aquellos pacientes en que se sospechó patología medular. Creemos que dadas las características técnicas, su introducción produce mayor profundidad de toma, pero con ello aumenta el riesgo de hemorragias, desvirtuando en parte la verdadera indicación de biopsia a cielo abierto.

CASUÍSTICA

Hemos efectuado 61 biopsias a cielo abierto en un lapso aproximado de 30 meses. Fueron estudiados de este modo, entre otros:

- a) Pacientes en que fracasó la toma por punción biopsia percutánea.
- b) Enfermos hipertensos, ya que la vía elegida nos permitió un mejor control de la hemostasia (en nuestra casuística tenemos hipertensos arteriales, uno de ellos con 290/130 T.A. y una periarteritis nudosa).
- c) Anúricos, para asegurar la toma de material.
- d) Obesos, dado el espesor del panículo adiposo paravertebral.
- e) Todo riñón retraído, ya que muy frecuentemente fracasa la punción percutánea debido a la esclerosis parenquimatosa.



RESULTADOS

Con esta técnica obtuvimos material suficiente para el diagnóstico histopatológico en el 100 % de los casos, no habiendo observado en ninguno de ellos complicaciones importantes inherentes a la cirugía.

DISCUSION

Dr. Steinberg: Creo que las consideraciones finales ponen un poco más de luz. Al principio, parecía que se preconizaba siempre la biopsia renal quirúrgica.

Hay escuelas que prefieren largamente la punción como Del Río, que tiene más de dos mil biopsias practicadas por vía percutánea con la aguja de Silberman, con la que nosotros trabajamos aquí con una morbilidad escasisima. Acabo de enterarme, sin embargo, que el doctor Del Río en un caso debió lamentar una intensa hematuria.

Considero que la biopsia quirúrgica está indicada cuando la percutánea tiene alguna contraindicación formal, pero ésta sigue prestando gran utilidad y en más de una oportunidad permite la repetición de tomas para verificar la eficacia de un tratamiento.

Al final de la comunicación se especificó mejor en qué casos debe practicarse realmente la biopsia renal quirúrgica, es decir, que no debe tomarse como una cosa sistemática. La vía de abordaje es la misma que se sigue en el Servicio de Hamburger para riñones que están en su sitio normal.

Dr. Bernstein Hahn: Considero muy interesante la comunicación del doctor Aguirre.

Entiendo que la punción biopsia a cielo abierto debe ser más difundida. Entre los niños siempre es de elección. Me llamó la atención, leyendo traba-

jos de grandes series, el escaso número de morbimortalidad con las biopsias ciegas. Me sorprendió porque un colega compañero de beca, hace dos años revisó las complicaciones en 5.000 biopsias obtenidas en distintos centros de los Estados Unidos y encontró 75 complicaciones de gran severidad, incluyendo 8 nefrectomías.

Me extrañan algunas series importantes con una morbilidad muy baja, y recuerdo un paciente que fue internado en el Hospital Alvarez, que falleció por una biopsia renal practicada en otro Servicio, cuyas estadísticas no presentaban ninguna mortalidad.

Dr. Aguirre: Pienso que la biopsia quirúrgica, en el fondo, complementa a la biopsia percutánea.

Lo que pasa es que con la biopsia quirúrgica tenemos una serie de hechos o de mejores resultados que no los observamos con la biopsia percutánea.

En primer término, como se destacó en un Congreso realizado en Londres, donde se trató la biopsia renal como medio diagnóstico, las mejores estadísticas demuestran que hay una falta de toma de material en un 20 a 25 % en las percutáneas.

Las indicaciones de la biopsia percutánea hasta cierto punto son limitadas, cosa que no ocurre con la biopsia quirúrgica.

En nuestra estadística, tenemos anúricos, enfermos con un riñón único, con una hipertensión de 290 y una periarteritis nodosa, cosa que no se observa en las estadísticas de los nefrólogos que practican la biopsia renal percutánea.

Por otra parte, pienso que el hecho de haber trabajado con la aguja de Ducrot-Montera y de tomar la pieza con un bisturí delicado, que es menos sangrante por una razón anatómica, permite llegar al diagnóstico en el 95 % de la patología tubular, la que es mínima.

En esos casos, es mucho menos riesgosa la punción biopsia a cielo abierto que la biopsia percutánea. Si la aguja de Ducrot-Montera se profundiza mucho, aumentan los riesgos, ya que no es lo mismo la irrigación de la corteza que la de la zona medular. Si bien la corteza está muy vascularizada, no existen arterias de la importancia de las de la zona medular.

Nosotros, desde ese punto de vista, preferimos en nuestros enfermos hacerles la biopsia a cielo abierto. Quizá pasen por un tamiz de la nefrología y los enfermos que lleguen a urología sean los más complicados para ellos.

Las estadísticas muestran escasas complicaciones. Sobre 61 biopsias, hemos obtenido material en todas y no hemos debido lamentar ningún tipo de complicación importante. La técnica quirúrgica quizá para nosotros sea más segura que una punción percutánea con la aguja de Ducrot-Montera.

En el Primer Congreso de Nefrología, realizado en Córdoba, un nefrólogo destacó que había practicado 300 biopsias percutáneas con la aguja de Ducrot-Montera sin ningún tipo de complicaciones, cosa que sorprende porque es una aguja bastante gruesa y traumatizante, y esas punciones fueron hechas a cielo cerrado.

Estoy de acuerdo con el doctor Bernstein-Hahn que se ha escrito mucho, que se han dado muchas estadísticas, pero no sé hasta qué punto se han puesto de manifiesto las complicaciones de la punción percutánea. Se ve, inclusive, que nefrólogos que preconizan en el nivel hospitalario la biopsia percutánea, muchas veces en el ambiente privado practican la biopsia a cielo abierto, de manera que existe una dualidad de criterio.