

NEFROSTOMIAS: INDICACIONES Y COMPLICACIONES

Dr. Ramírez, Daniel A. - Dr. Costabel, Eduardo D. - Dr. Makler, Saúl

Resumen

En el presente trabajo, deseamos aportar la experiencia del Servicio de Urología del Hospital "José M. Penna", a propósito de las indicaciones de las nefrostomias como derivación temporaria y definitiva y de sus complicaciones. También destacar el valor de la medición de las presiones intrapiélicas como método idóneo para demostrar la permeabilidad de la vía urinaria.

Introducción

Este procedimiento fue realizado por primera vez por J. Simon en 1871. Con el avance de la cirugía urológica, han ido apareciendo nuevos métodos de derivación urinaria, entre los cuales la nefrostomía, continúa siendo un procedimiento de gran uso.

Siendo de realización rápida y técnicamente sencilla, puede ser utilizada en forma temporaria, que es donde adquiere su mayor utilidad; o como derivación definitiva, estando en este último caso, su indicación restringida, ya que ha sido reemplazada por otros procedimientos que han demostrado mejores resultados.

Material y métodos

Se presenta un grupo de 23 pacientes, 13 hombres y 10 mujeres, nefrostomizados en nuestro servicio desde 1971 a 1977.

La edad de los enfermos osciló entre 5 y 73 años.

Las nefrostomias fueron temporarias o definitivas, de acuerdo con la reversibilidad de la patología de base existente.

Del total, 15 fueron temporarias y se indicaron en las siguientes circunstancias:

- 1) Estenosis ureteral con uronefrosis en riñón único anatómico o funcional.
- 2) Anuria obstructiva e I. R. A.
- 3) I. R. por reflujo.
- 4) Ureteritis estenosante infecciosa.
- 5) Injuria ureteral quirúrgica desapercibida en el acto operatorio.
- 6) Descarga en plástica ureteral o pieloureteral.

Ocho nefrostomias fueron definitivas. En éstas las indicaciones fueron:

- 1) Pelvis congelada por C. A. infiltrante.
- 2) Por falla de otras derivaciones.

Técnica

Se realiza lumbotomía subcostal. Liberado el polo inferior del riñón, se expone la pelvis y uréter inferior, efectuándose una pielotomía radiada no mayor de 3 cm.

Por ésta se introduce un clamp vascular de Satinsky, que se insinúa en el grupo calicular posteroinferior, haciendo protusión en el parénquima. Se incide la cápsula y el parénquima hasta liberar las ramas del clamp.

Con éstas se toma una sonda de Nélaton que se pasa y se extrae por la pielotomía. Dicha sonda se conecta a la parte posterior de una sonda de Pezzer Nº 32 ó 34 recortada, que se saca por la nefrostomía, quedando la cabeza apoyada en un cáliz inferior.

Se pueden dar puntos de sutura en el parénquima, y se fija el riñón al psoas.

La pielotomía se cierra con Dexon 4/0, fijándose la Pezzer a la pared.

En algunos casos de hidronefrosis importante, efectuada la lumbotomía y liberado el riñón en una superficie mínima,

se realiza una pequeña incisión a punta de bisturí, sobre la línea media, en la zona correspondiente al grupo calicular posteroinferior.

Se aspira el contenido y se coloca una sonda de Pezzer Nº 32 ó 34 recortada.

Resultados

En las nefrostomias temporarias la complicación más frecuente fue la infección urinaria (60 %), demostrada por urocultivos seriados positivos con material obtenido por chorro miccional y por sonda de nefrostomía; excepto en 3 pacientes con riñón único donde el material se obtuvo sólo por sonda de nefrostomía.

En orden de frecuencia decreciente las otras complicaciones fueron:

Pielonefritis aguda	} 20 %
Supuración de la herida	
Obstrucción de la sonda	} 13 %
Extracción accidental de la misma	
Retiro precoz de la nefrostomía	} 6,6 %
Absceso urinoso perirrenal	
Pionefrosis	
Estenosis del trayecto	
Depósitos cálcicos	
Dermatitis paraostomal	}

En los 8 casos de nefrostomias definitivas la infección urinaria estuvo presente en 100 % de los casos. En estos enfermos el material para cultivo se obtuvo por la sonda de nefrostomía, ya que la totalidad presentaba derivación bilateral o riñón único anatómico o funcional.

En orden decreciente de frecuencia la obstrucción de la sonda y la dermatitis paraostomal se hallaron en 37,5 % de los casos, respectivamente. La estenosis del trayecto y la extracción accidental de la sonda se presentaron en 25 % de los casos.

La supuración de la herida y el absceso urinoso perirrenal en 12,5 % del total.

Las operaciones o procedimientos requeridos para solucionar ciertas complicaciones fueron:

Nefrectomía en 2 casos, en los cuales hubo pionefrosis con destrucción del parénquima.

Reposición quirúrgica de la nefrostomía en 1 caso, por salida accidental de la sonda y cierre del trayecto.

Reposición de la sonda en 4 casos, por destrucción o salida accidental de la misma.

En las nefrostomias definitivas la reposición de la sonda por extracción accidental se efectuó en 3 enfermos, siendo necesario en 2 de ellos la dilatación previa con Béniqué.

En 1 caso fue necesario el drenaje de un absceso perirrenal.

Comentario

El análisis de este grupo de pacientes nefrostomizados, nos deja ver el valioso aporte de la nefrostomía temporaria, sur-

giendo claramente su importancia como elemento de seguridad en las plásticas ureterales o pieloureterales, y como operación de necesidad para salvar la vida del paciente en caso de riñón único anatómico o funcional.

Un tópico de interés, para comentar, es el momento de retirar la nefrostomía temporaria.

Durante mucho tiempo se utilizaron parámetros radiológicos, como la pielografía descendente por nefrostomía; y parámetros funcionales (clampeo de sonda), para evaluar la posibilidad del retiro de la misma. Estos métodos llevaron en ocasiones a retirar la nefrostomía antes de tiempo, con la consiguiente fístula renocutánea.

Desde hace un año en nuestro servicio utilizamos aparte de la radiología, la medición de presiones intrapiélicas, como parámetro fundamental.

Esto consiste en adaptar al tubo de nefrostomía una bureta común conectada a una escala graduada en centímetros, midiendo la presión intrapiélica durante 12 a 24 horas, con el paciente en decúbito supino, decidiendo el retiro del tubo de nefrostomía, si las presiones se mantienen constantemente por debajo de 15 cm de H₂O.

Este método debe suspenderse si aparece dolor en el flanco, fiebre, o si hay presiones de más de 25 cm de H₂O.

Bibliografía

King, L. R.; Belman, B.: "A Technique for Nephrostomy in the Absence of Caliectasis". J. of Urol., vol. 108:518-520, octubre 1972.

Bellingham, Ch. E.; Malament, M.: "Permanent Nephrostomy by Cutaneous Inversion". Sur., Gynec. and Obstetrics, vol. 136:624-626; abril 1973.

Ducassou, J.: "Etude Critique des Procédés de Dérivation Haute des

En cuanto a las nefrostomías definitivas, creemos que prestan su mayor utilidad en el carcinoma infiltrativo de la pelvis, y en caso de necesidad, cuando han fallado otras derivaciones.

Esta restricción en las indicaciones surge de 2 circunstancias fundamentales que son:

Por un lado, la existencia de nuevos métodos de derivación definitiva que dan mejores resultados; y, por otro, el hecho de que cuanto mayor tiempo se mantiene la nefrostomía, más frecuentes son las complicaciones.

Así, vemos cómo la incidencia de infección urinaria, que en las nefrostomías temporarias llegó a 60 %, en las definitivas fue de 100 %.

Los cuidados en manejo de la nefrostomía, son de fundamental importancia para el mantenimiento de la misma.

El cambio del tubo por una sonda de Foley Nº 24, con una frecuencia aproximada de una vez cada 30 días, la fijación sólida de la misma a la pared con puntos de anclaje, el cuidado de la piel de la zona con pomadas protectoras y la terapéutica de mantenimiento con antibióticos en forma permanente y rotativa, disminuyen la incidencia de algunas complicaciones, tales como la extracción accidental de la sonda, la obstrucción de la misma, la dermatitis paraostomal y la infección urinaria.

Urines". Indications et Résultats". J. d'Urologie, Tomo 69; Nº 3: 101-143; 1963.

Walzak, M. P. (Jr.); Paquin, A. J. (Jr.): "Renal Pelvic Pressures Levels in Management of Nephrostomy". J. Urol., 85:697-702; mayo 1961.

Mathis, R. I., y col.: "La Nefrostomía (Nuestra Experiencia)". Actas del 9º Congreso Americano de Urología, pág. 259-261; 1965.