

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LOS REFLUJOS PIELORRENALES

Por el Dr. ROBERTO A. RUBI

Con el objeto de contribuir al estudio del tema revisé parte del material radiográfico de la Sala, y sobre un total de unas cinco mil radiografías compulsadas, —no pude ir más allá por la premura del tiempo—, obtuve 326 pielografías, de entre las cuales escogí solamente aquellas que por la importancia del reflujo pudieran interesar como aporte al trabajo en discusión.

En la pielografía primera (fig. 1) es dable señalar un reflujo pielo-canalicular corto a la D. y pielo-canículo-capsular a la I. con reflujo pielo-venoso a nivel del cáliz superior.

En la segunda pielografía (fig. 2) vemos un reflujo pielo-canicular y pielo-linfático (con un doble reguero yuxta-vertebral).

En la tercera pielografía (fig. 3) se aprecia una bifidez ureteral con reflujo pielo-venoso del cáliz inferior.

En la cuarta (fig. 4) nótase un reflujo pielo-canalículo-capsular.

En la quinta (fig. 5) se ve un reflujo pielo-canalicular del cáliz superior.

Y en la sexta (fig. 6) apreciamos un reflujo pielo-canalicular y pielo-venoso del cáliz superior.

Abreviamos el desfile porque las imágenes restantes son similares a las expuestas y pasamos al primer punto que deseamos destacar. Nunca hemos llegado a observar la difusión extraordinaria del líquido de contraste, que se visualiza en las pielografías presentadas por Puigvert Gorro, semejantes a las obtenidas en el orden experimental o en piezas cadavéricas, pero que para nosotros constituyen una sorpresa en el orden clínico.

El lote de reflujo estudiados, —corresponden en su mayor parte —como se habrá apreciado por las fechas— a una época en que realizábamos las pielografías utilizando la jeringa y *teniendo como límite en la inyección el dolor causado por el enfermo.*

Y el resultado lo hemos visto gráficamente recién.

Como las consecuencias clínicas de tales reflujos (dolor, hematurias, temperatura, etc. . . .) a fuer de molestas para el enfermo no estaban exentas de riesgos muchas veces, no dejó de preocuparnos esta complicación de la pielografía. Y desde entonces nos hemos ceñido a una línea de conducta, ya delineada por Papin y que con algunos agregados de nuestra cosecha o de la ajena, transcribiremos para mejor recuerdo —no ya de especialistas, pues no me avendría a tal irreverencia— sino de los que recién se inician y de los ciruja-

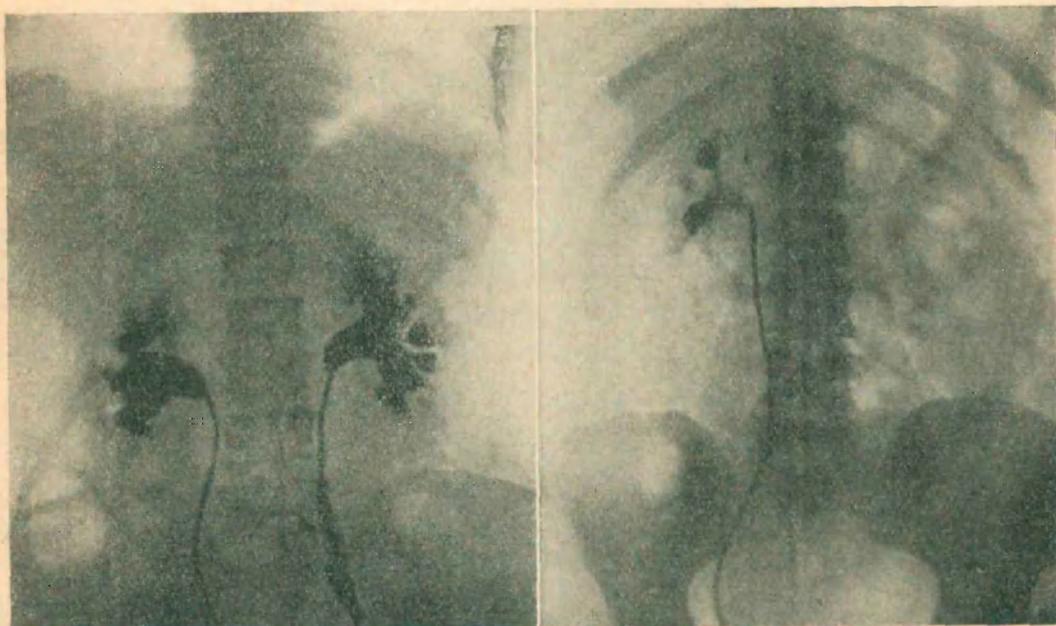


Figura 1

Reflujo pielocanalicular corto a la D. y pielocanalicular y pielocanalículo-capsular a la I. con reflujo pielovenoso a nivel del cáliz superior.

Figura 2

Reflujo pielocanalicular y pielolinfático (en un doble reguero yuxta-vertebral..

nos ya familiarizados con esta técnica y menos al tanto que nosotros de sus inconvenientes.

I. El líquido a inyectar, según Papin, debe ser poco tóxico. Hinman va más allá y aconseja no emplear sustancias que no se puedan inyectar por vía endovenosa.

Utilizamos de preferencia el uroselectán ascendente y en su defecto la solución de yoduro de sodio al 10 por ciento.

II. La sonda será de poco calibre: 10-12 para Papin, nosotros seguimos el consejo de Lichtenberg y Joseph adoptando en general el N° 8, a fin de facilitar la eliminación del líquido a lo largo de la sonda, evitando los accidentes de una hiperpresión brusca. Desde luego que en uréteres grandes —y la clínica nos orientará al respecto— se emplearán calibres mayores (12, 14, 16).

III. Preferimos —y así lo hacemos con nuestra clientela privada— el cateterismo a la Chevassu que además de darnos una imagen pieloureté-

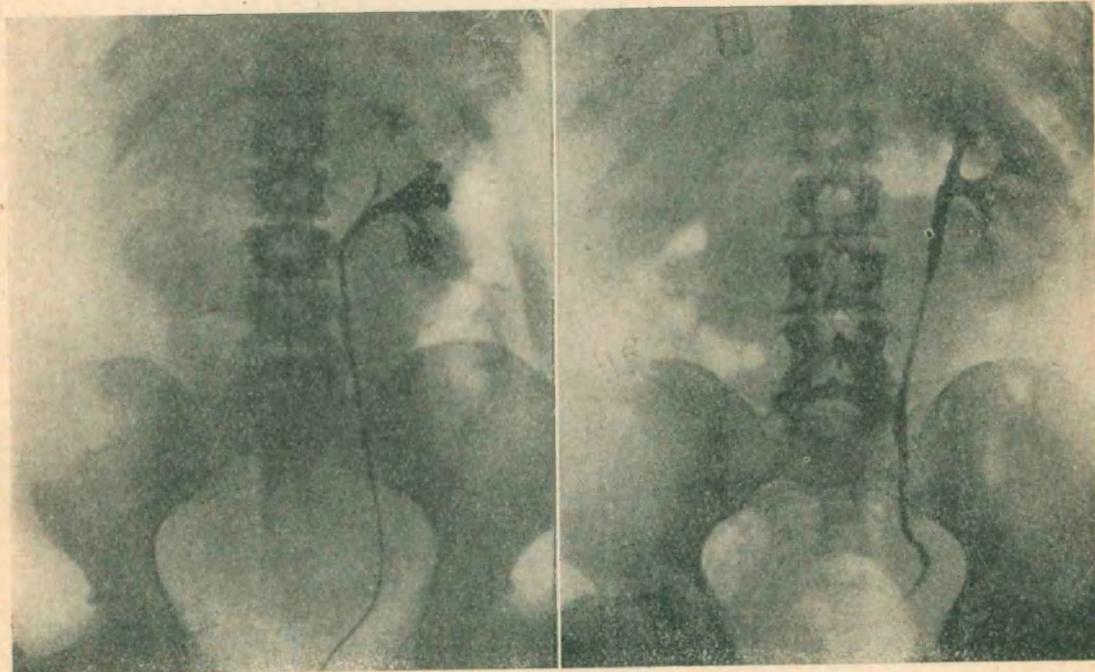


Figura 3
Bifidez uretal en reflujo pielourenal del caliz inferior.

Figura 4
Reflujo pielouretérocapsular.

gráfica más completa, nos evita la acción traumatizante del extremo del catéter, que a veces lo hemos visto introducido en el parénquima.

IV. La técnica de la inyección del líquido con jeringa es peligrosa en principio. Papin emplea una bureta de Mohr que eleva a una altura de 50 cms. de la camilla radiográfica; altura quizás excesiva, ya que Eisendrath y Rolnick han demostrado que con la bureta a 34 cm. se obtiene una presión de 30 mm. de mercurio, que se acerca a la presión útil de filtración glomerular. Por otra parte Scott, con esa presión de 30 mm. de Hg, observa reflujos en el 25 por ciento de sus pielografías.

Manges en Filadelfia, y Surra entre nosotros han propuesto la pieloscopia previa, y en momento oportuno la obtención de la pielografía.

Se necesita un servicio de rayos equipado con el de la Cátedra del profesor Castaño, con una mesa adecuada al caso, que aún no se ha vulgarizado por su costo. Nosotros seguimos utilizando la jeringa, *guiándonos en la cantidad de líquido a inyectar, no por el dolor provocado en el enfermo, sino por la noción de la capacidad presumible de la pelvis* (cromocistoscopia, urografía de excreción, medición de la retención, etc.).

No obstante estas precauciones, tuvimos algunos accidentes, aunque de



Figura 5
Reflujo pielocalicilar del cáliz superior.

Figura 6
Reflujo pielocalicilar y pielovenoso del cáliz superior.

menor importancia, y se explica si se tiene en cuenta que, aún procediendo con todas las reglas del arte e inyectando de modo muy suave y en forma lenta, es posible que una contracción antiperistáltica pieloureteral, pueda crear súbita y bruscamente una "pousseé" de hiperpresión intrapiélica —a despecho del operador— con la posibilidad de la aparición de un reflujo, tanto más de temer, si el proceso que condiciona la pielografía ha vulnerado ya la vía excretora.

El segundo punto que deseamos considerar, se refiere a la patogenia de los reflujos. En efecto, el mecanismo de la rotura calicilar, a la altura del for-

nix, con derrame del líquido en el tejido pericalicial y subsiguiente reabsorción linfática o venosa, quizás explique la difusión de las lesiones presentadas por Puigvert Gorro.

Pero creemos que en la generalidad de los casos, es más aplicable a la concepción de Hinman y Lee-Brown, basada en uno de los estudios experimentales más meticoloso del tema. Entre nosotros, Fracassi, desconociendo las investigaciones de los norteamericanos, publicó un trabajo muy interesante al respecto. Al obtener moldes por corrosión, observa que la masa coloreada de relleno del aparato excretor se difunde al sistema venoso; realiza la contraprueba y con más dificultad y en forma incompleta comprueba el pasaje de la sustancia inyectada en la vena a la pelvis.

Deduce de esto que; "existe una comunicación preestablecida y recuerda la existente entre la cámara anterior del ojo y el conducto de Schlenm a favor del sistema trabecular esclero-corneal, en donde sabemos que no hay válvulas, o por lo menos no han sido demostradas y sin embargo, jamás la sangre que llena el conducto de Schlmm refiuye a la cámara anterior del ojo, mientras que ésta vuelca de continuo su humor acuoso en aquel", hecho sobre el cual también Himman llama la atención.

El sitio donde se establece la comunicación entre el contenido piélico y la circulación venosa, se encuentra en el fornix calicial, surco muy estrecho y virtual cuando la presión intrapiélica es normal, pero que se hace real en caso contrario.

En estas condiciones el tejido reticular del fornix se distiende, ensancha sus mallas y permite el paso del contenido piélico hacia los senos venosos, que también sufren esa distensión y que se encuentran inmediatamente por encima del fornix. (El anillo venoso que rodea el vértice de la pirámide).

Y a continuación agrega: "Podría argumentarse que existiendo esta comunicación, como es que no se produce la hematuria con mayor frecuencia. Es que para que ella se produzca, las condiciones requeridas son muy diferentes. La presión venosa no dilata las mallas del tejido reticular del fornix, más bien las comprime cerrando así la comunicación y por otra parte, al desaparecer la presión piélica se produce la retracción del tejido reticular y consecutivamente, el cierre de sus mallas".

Y para terminar: no acepta la rotura, extra-vasación o infiltración desde que la masa inyectada sigue siempre el mismo camino sin que participe para nada el tejido intersticial, como sucede si hay extravasados".

Hemos creído oportunas estas referencias un tanto extensas del trabajo de Fracassi porque constituyen un aporte interesante y documentado al estudio de los reflujos pielo-renales, sobre los que —como dijera con acierto Mathis— no se ha dicho aún la última palabra.