

## ACCIDENTES PROVOCADOS POR LA PIELOGRAFIA RETROGRADA. HEMATOMAS PERIRRENAL Y SUBCAPSULAR

Por los Dres. ROBERTO A. RUBI, ALFREDO A. GRIMALDI y JUAN A.  
GOLDARACENA

La pielografía retrógrada, método de valor diagnóstico indiscutido, presenta en su ejecución una serie de inconvenientes que limitan en cierto modo su aplicación. Sin embargo, cuando las circunstancias la indiquen, podrán evitarse estas complicaciones, si nos colocamos dentro de las condiciones técnicas ideales (asepsia rigurosa, antibióticos, sondas ureterales de pequeño calibre, medios poco irritantes, introducción del líquido sin jeringa y control radioscópico).

Nuestra comunicación se limita a presentar 2 casos en los que la pielografía por relleno determinó de inmediato un cuadro típico documentado clínica, radiográfica y quirúrgicamente.

*Caso 1º* — C. C. F. — 44 años. Argentino.

A raíz de un proceso lumbar doloroso y febril se le practicó en período de acalmía una pielografía ascendente derecha. Durante la inyección del medio de contraste el enfermo se quejó de dolor intenso, a pesar de lo cual la maniobra no fué suspendida.

Se obtuvo la imagen radiográfica que se puede apreciar (*Fig. 1*). El enfermo quedó con dolor, vómitos y temperatura elevada, conjunto de manifestaciones que no retrogradó sino parcialmente y que motivó la consulta a uno de nosotros. Con el diagnóstico de perinefritis post-pielográfica, se interviene quirúrgicamente comprobándose la existencia de un gran hematoma perirrenal con efracción de polo superior de la glándula.

Se procede a la ectomía.

*Caso Nº 2.* — L. G. 44 años. Argentina. Soltera.

Con motivo de una hematuria derecha, hallándose fuera de la capital se le efectúa una pielografía ascendente de dicho lado, bajo anestesia general (*Fig. 2*). Se le advirtió entonces que era necesario proceder a la nefrectomía por presentar tumor renal derecho.

La enferma se sintió dolorida, nauseosa y febril, por lo que decide retornar de inmediato a ésta. En estas condiciones nos consulta.

Con la imagen radiográfica que nos presenta, asegurándonos del buen funcionamiento del riñón adelfo, se prepara convenientemente y es intervenida a los cinco días del accidente pielográfico. A través de una lumbotomía derecha, se aborda el órgano, que se halla enormemente agrandado de volumen, tumefacto pero sin solución de continuidad de la capsula propia. Se extirpa y el examen anatómo-patológico (Dr. Mosto) confirma la existencia de un tumor epitelial a células claras, y el hematoma subcapsular apreciable radiográficamente.

## COMENTARIOS

Los accidentes consecutivos a la pielografía retrógrada son relativamente frecuentes si nos referimos a los cuadros de dolor, infección y hematuria provocados por la maniobra instrumental, que actualmente podemos controlar con un arsenal terapéutico variado y eficaz. Por el contrario, son excepcionales accidentes de mayor jerarquía, como los que hemos expuesto. Factores accesorios determinan generalmente el estallido del accidente (anestesia general, presión inadecuada, lesiones renales preexistentes) por lo que en la mayor parte de los casos es posible la profilaxis de la complicación.

En el estudio de los refujos pielorrenales de distinto tipo encontramos la

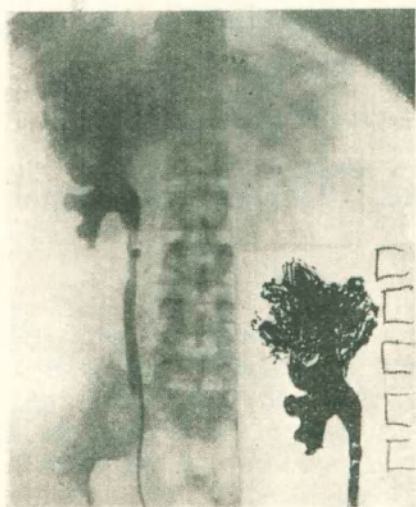


Figura 1

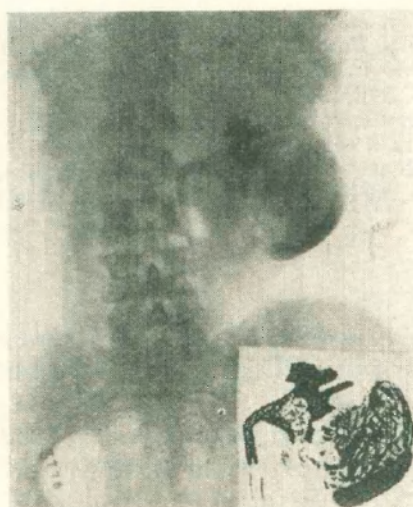


Figura 2

FIGURA 1. — Pielografía retrógrada derecha en la que se aprecia la extravasación del medio de contraste en la atmósfera perirrenal. Se observa el trayecto seguido por el líquido a través del cáliz superior.

FIGURA 2. — Pielografía ascendente derecha: Riñón tumoral. Imagen típica semilunar correspondiente al líquido extravasado y contenido por la cápsula propia.

iniciación, podríamos decir, de la etiopatogenia de estos accidentes. Campbell, Braasch y Emmett, y Williams, aportan algunas referencias bien documentadas al respecto.

Recordamos también los trabajos de Puigvert Gorro, Fracassi, Mathis, etc. que uno de nosotros comentó en una breve comunicación presentada a esta Sociedad en 1944 y que confirman los clásicos trabajos de Hinman.

En nuestro 1er. caso, se trataba de una hidronefrosis derecha infectada, en la que se produjo la ruptura del cáliz superior y la invasión de líquido inyectado y el hematoma consecuente en el espacio perirrenal.

En el 2º caso, existía un tumor renal derecho y la maniobra bajo anestesia general determinó la irrupción del medio inyectado a través del cáliz inferior y la colección fué contenida por la cápsula propia: hematoma subcapsular.

#### CONCLUSIONES

Consideramos que la sucinta exposición de estos dos casos eximen de todo otro comentario. Son ampliamente ilustrativos y simplemente aportan dos ejemplos más, que nos recuerdan gráficamente las estrictas condiciones que deben exigirse en el estudio urológico instrumental de rutina.

#### BIBLIOGRAFÍA

- 1) *Campbell, M.* — *Pediatric Urology* 1951. Pág. 129. Fig. 36, 57 y pá. 604 fig. 295.
- 2) *Brausch y Emmett.* — 1952. Pág. 135. fig. 253.
- 3) *Williams, E. R.* — *Subcapsular Rupture of the Kidney. Case Report.* *Brit. J. Radiol.* 14 - 248. July 1941.
- 4) *Puigvert Gorro A.* — "Ruptura calicilar y reflujo pielocanalicular". *Rev. Arg. de Urología* 1943. Pág. 239.
- 5) *Rubi R. A.* — "Contribución al estudio de los reflujos pielorrenales". *Rev. Arg. de Urología.* 1944. N° 1-4. pág. 7.