

PNEUMORETROPERITONEO RETARDADO

Por la Dra. EDNA SILVA INZUNZA

(de Chile)

En 1921, Carelli dió a conocer el procedimiento de la insuflación de aire en el tejido perirrenal como un medio para completar el estudio de los tumores, especialmente del tipo suprarrenal. Es reactualizado por Ruiz Rivas (1), empleando una nueva técnica por vía presacro. Este método, altamente especializado, tiene su principal indicación en los tumores suprarrenales y renales que no han podido diagnosticarse con los medios urológicos corrientes, extendiéndose posteriormente para el reconocimiento de masas retroperitoneales.

En la presente comunicación damos a conocer los resultados obtenidos en 10 casos en que hemos asociado el estudio de la pielografía de eliminación a un pneumoretroperitoneo presacro efectuado 24 horas antes, con el objeto de obtener una mejor difusión del gas empleado.

No describiremos la técnica de Ruiz Rivas, conocida de todos los urólogos, sino que sólo mencionaremos algunos detalles que estimamos son de interés. Es de importancia comprobar la posición correcta de la aguja trocar en el espacio retrorrectal con punto de entrada látero-coccigeo, manteniendo colocado en el recto un dedo de control durante todo el tiempo que se inyecta el gas, aspirando repetidamente para certificar que con los movimientos la aguja no ha penetrado en algún vaso sanguíneo, alejándose así la posibilidad de embolia gaseosa. El sistema de tubos estériles conectados a la fuente de gas debe contar con un manómetro que permita controlar la presión con que será inyectado el medio gaseoso.

Es necesario también medir la presión arterial del paciente al iniciar la insuflación y después de cada 250 c.c. de gas inyectado, debiendo suspenderse el procedimiento apenas se comprueba descenso, especialmente de la presión sistólica.

En general, bastan 1.000 a 1.500 c.c. de gas. En los primeros casos inyectamos aire ambiente, habiéndolo abandonado por consejo de otros colegas quienes tuvieron algunos accidentes y complicaciones con su empleo. En la actualidad sólo utilizamos oxígeno con buenos resultados en cuanto a tolerancia, difusión y transparencia, obteniendo imágenes adecuadas.

Accidentes. — Es necesario elegir correctamente el tipo de enfermos que serán sometidos a este examen, ya que no es método inocuo, como hemos podido comprobarlo en 7 casos en que lo habíamos utilizado antes de adoptar el

tipo retardado y como lo han señalado casi todos los autores que lo han usado. Según nuestra experiencia, la obesidad constituye un factor para contraindicar la insuflación de oxígeno ya que no permite una difusión perfecta; a veces, a pesar de haberse inyectado una cantidad adecuada el gas se reabsorbe rápidamente; en otras oportunidades hemos comprobado que las personas obesas toleran mal la insuflación presentando alteraciones cardio-respiratorias de cuidado. También estaría contraindicado en los cardiopatas hipertensos.

Algunos autores describen accidentes menores del tipo de enfisema supraclavicular, distensión abdominal, dolores difusos, sin presentar mayores consecuencias. Sin embargo, en la literatura médica se señalan algunos casos gra-



Pneumoretroperitoneo retardado asociado a pielografía de eliminación. Anomalia renal (pelvis y ureteres dobles bilaterales). Hidropniefrosis riñón superior izquierdo.



Pneumoretroperitoneo retardado y pielografía de eliminación. Gran quiste calcificado y exclusión renal izquierda.

ves de septicemia, embolia de la cava o de otros vasos y abscesos perirrectales. Ransom y col. (2), revisando las estadísticas encuentran 24 muertes por embolia gaseosa, usando la vía presacra, de los cuales 11 fueron inyectados con aire, 5 con oxígeno y uno con helio; no obtuvo datos en los 7 restantes. Agrega un caso fatal observado por ellos.

Alvarez y Mosca (3), usan el enfisema retroperitoneal de Ruiz Rivas inyectando aire ambiental, sin haberse presentado complicaciones.

Barquin (4), estudia 14 casos con la técnica de insuflación peri-renal modificada. Opina que un segundo film tomado 24 horas más tarde, permite una mejor difusión del gas (aire) en el espacio peri-renal. Aconseja esperar 2 a 3 semanas para la intervención, pues se puede encontrar con dilatación de los capilares y hemorragias venosas. Piensa que las embolias son debidas a baja de la presión sistólica producida durante la inyección de aire por un

mecanismo a través del simpático. Este accidente es fácil de controlar vigilando la presión durante el procedimiento y suspendiendo la insuflación apenas se comprueba descenso de la tensión arterial. En su mayoría los casos estudiados fueron de pielonefritis.

Gennes (5) usa el método preconizado por Rivas en 1948, por vía látero-coccígea. A veces ha utilizado este medio combinado con los otros métodos radiológicos de contraste (urografía, enema baritado). Las mejores imágenes las obtiene 1 ó 2 horas después de la inyección: a las 4 horas es menos neta: a las 24 la mayor parte del gas ha desaparecido y a las 48 horas no hay rastros del medio. No ha comprobado ningún accidente con este procedimiento, aun tratándose de enfermos frágiles (caquexia neoplásica con ascitis, hipertensión paroxística, Addison, cáncer renal, leucemia), comprobando solamente sensación de repleción o de plenitud rectal ocasionalmente punción accidental del recto sin mayores consecuencias: en otras oportunidades dolores cólicos.

Steinbach (6) estima que el tiempo oportuno para tomar la radiografía es de 2 horas, utilizando la técnica de Ruiz. En su experiencia basada en 60 casos, sólo comprueba accidentes menores como son dolores difusos del recto o de la espalda. Incluye un caso de taquicardia paroxística posterior a una oclusión coronaria en que tampoco presentó accidentes. Recomienda el método como un medio seguro para esclarecer el diagnóstico de masas extra o intra-peritoneales: sin embargo, fracasa en la pesquisa de cáncer del páncreas, presentando 3 casos en que fué imposible establecer su diagnóstico utilizando este procedimiento.

CONSIDERACIONES

El método de Ruiz Rivas, aunque de técnica sencilla, sólo debe indicarse en los casos en que habiéndose usado los procedimientos urológicos corrientes no ha sido posible establecer un diagnóstico preciso, debiéndose seleccionar cuidadosamente al paciente.

La asociación de pneumoretroperitoneo retardado a pielografía de eliminación o directa nos da un conocimiento simultáneo de la forma y localización de las masas tumorales y del estado pielo-caliciario del funcionalismo renal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz Rivas, M. — "Roentgenological diagnosis: generalized subserous emphysema through a simple puncture". Amer. Jour. Roent.: 64: 723. 1950.
2. Ransom, Ch. L., Landes, R. R. y Mc Lelland, R. — "Air embolism following retroperitoneal pneumography: a nation-wide survey". Jour. Urol.: 76: 664. 1956.
3. Alvarez, R. y Mosca, L. G. — "El enfisema retroperitoneal". Prensa Med. Arg. 36: 1491. 1949.
4. Barquín, F. J. — "A new technique of perirenal air insufflation". Jour. Urol.: 57: 1. 1947.
5. Gennes de, L., May, J. P. y Simon, G. — "Le retro-pneumopéritoine (Nouveau procédé d'exploration radiologique de l'abdomen)". Presse Méd.: 58: 351. 1950.
6. Steinbach, H. L., Lyon, R. P., Smith, D. R. y Miller, E. R. — "Extraperitoneal pneumography". Radiol.: 59: 167. 1952.