

## PIELOGRAFIA POR PUNCION

---

Por los Dres. JUAN J. ARMENGOD y PEDRO J. SANTISTEBAN

La Pielografía por Punción es una técnica relativamente nueva y que ha sido propiciada y actualizada últimamente por Calle Uribe, de Colombia. Las primeras experiencias, puede decirse, se inician con Dena, en 1939, cuando introduce la punción biopsia del riñón. Posteriormente numerosos autores se han ocupado de esta técnica, debiéndose citar a Castelmen y Smithwick e Iverson y Brun, en 1943. En 1946, Weens y Florence la utilizan para el diagnóstico de la hidronefrosis. Queremos presentar ante ustedes los resultados de nuestra modesta experiencia, nuestros éxitos y nuestros fracasos.

Los detalles de la técnica son ya bien conocidos por todos ustedes de modo que no entraremos en los mismos. Solamente queremos hacer recalcar algunos detalles que conceptuamos de interés. En primer lugar no usamos anestesia. Solamente en uno de nuestros enfermos debimos efectuar un habón intradérmico y una ligera infiltración de novocaína en el trayecto de la aguja por el temperamento especial del enfermo. Complicaciones no hemos tenido nunca. En una de las punciones inadvertidamente se punzó un grueso vaso, creemos que la renal, inyectándose el líquido de contraste y obteniéndose un urograma similar al de la pielografía endovenosa, pero sin que trajera complicaciones al enfermo por la punción del vaso. Los enfermos luego de estas intervenciones son enviados a su lugar de procedencia. El dolor provocado por la inyección del líquido de contraste lo hemos observado en un solo enfermo, casualmente en el que nos obligara a usar la anestesia local previa a la punción. Lo acusó el enfermo como un dolor similar al de la Pielografía ascendente pero menos intenso. Calle Uribe aconseja la punción y la efectúa aun en riñones no dilatados. Vale decir, con pelvis y cálices normales o bien ligeramente dilatados. Nosotros intentamos realizarla en un enfermo en estas condiciones y no obtuvimos el resultado buscado. Es un método que diríamos no tiene inconvenientes ni contraindicaciones, que al final serían las de la punción biopsia renal. En lo que se refiere a tumores renales en trabajos realizados por Medel y colaboradores están de acuerdo en afirmar que puede realizarse sin ningún inconveniente. En cuanto a la tuberculosis nosotros realizamos en uno de nuestros enfermos la pielografía percutánea, que nos sirvió para efectuar el diagnóstico radiográfico y de laboratorio.

En el Servicio de Urología del Hospital Provincial de Santa Fe hemos realizado 11 pielografías percutáneas, habiendo tenido 5 fracasos. Débese aclarar que los fracasos, excepto uno de ellos, el realizado en el riñón de pelvis y cálices no dilatados, fueron todos ellos al comienzo de la técnica, atribuyéndolos nosotros a falta de dominio de la misma y al temor que siempre nos inhibe al trabajar con el elemento humano. Uno de nosotros ha presentado ya a la Sociedad de Cirugía de Santa Fe, al iniciar nuestras experiencias un trabajo relativo a la misma, presentando 6 casos, de los cuales 2 fueron realizados con éxito.

*Caso Nº 1.* — A. B., argentino, 64 años, casado, masculino.

*Enfermedad actual:* Su enfermedad se remonta a setiembre de 1957 en que concurre manifestando que desde hace tiempo tiene dolor en fosa lumbar derecha, irradiado a genitales del mismo lado, siendo el dolor no muy intenso. Acusa además polaquiuria, disuria y dice tener orinas turbias. En julio de 1959 concurre nuevamente manifestando los mismos síntomas aunque más acusados que la vez anterior.

*Estado actual:* Buen estado de nutrición. Pr. arterial: Mx. 190; mn. 120. Examen clínico negativo, excepto examen de abdomen. En hemiabdomen izquierdo se palpa una tumoración redondeada, en sentido longitudinal, que ocupa todo el hipocondrio izquierdo, que excursiona con la respiración, poco dolorosa, de consistencia elástica, y que pelotea. Puño percusión derecha positiva. Puño percusión izquierda positiva, aunque menos intensamente que la derecha.

Uretra permeable. Tacto rectal: próstata agrandada, tamaño ciruela grande, consistencia elástica, poco dolorosa, de límites netos.

Los análisis revelan: Orina: pus franco, sangre en discreta cantidad, albúmina 0,30 grs ‰, densidad 1020.

*Estudio radiográfico:* Radiografía directa renouréterovesical y urograma por excreción: Cálculo situado en cáliz inferior de riñón derecho; anulación funcional de riñón izquierdo.

*Cistoscopia:* Medio vesical turbio. Mucosa vesical enrojecida con celdas y columnas vesicales discretas. Trígono congestivo; cuello deformado por dos lóbulos adenomatosos prostáticos. O. U. D. bien implantado. O. U. I. de implantación normal, con eyaculaciones purulentas y babeantes. Se intenta cateterizar el uréter izquierdo pero el catéter choca a un centímetro del orificio ureteral chocando con un obstáculo que no se puede franquear.

*Pielografía percutánea:* Se inyectaron 50 cc. de Umbradil al 50 ‰.

*Diagnóstico:* Litiasis renal derecha. Hidronefrosis infectada gigante de riñón izquierdo.

*Caso Nº 2:* N. de G., 67 años, casada. — Su enfermedad actual se remonta a más de un año atrás. Manifiesta desde ese tiempo tener dolores localizados en Fosa lumbar derecha, sin irradiación urinaria típica, no habiendo tenido hematuria en ninguna oportunidad. El dolor es de carácter gravativo, continuo, con algunas exacerbaciones, sin relación con el esfuerzo o los movimientos, aunque dice que el reposo la beneficia. Ha sido estudiada ya en un Servicio de Gastroenterología, encontrándose una parasitosis intestinal discreta y una vesícula biliar de caracteres normales, aunque hipotónica, sin imágenes calculosas.

Con estos antecedentes es vista en nuestro Servicio, presentándose la enferma con un estado general regular, ligeramente pálida, disneica. El examen clínico revela: dolor provocado en fosa lumbar derecha, con puño percusión positiva, dolor que se provoca también en hipocondrio derecho. La fosa lumbar izquierda es discretamente dolorosa, tocándose en el hipocondrio izquierdo una masa alargada, que excursiona con la respiración y con peloteo franco. Los análisis de rutina no revelan nada de particular si se exceptúa el de orina, que revela en forma repetida una densidad de 1010 en todos los análisis.

*Estudio radiográfico:* Riñón derecho: Buena eliminación de la sustancia de contraste; imágenes pielocaliciales normales. Ptosis renal discreta. Riñón izquierdo: Se nota la presencia de dilataciones ampollares pielocaliciales. Cistoscopia: Mucosa vesical enrojecida discretamente, con orificios ureterales bien implantados. Se intenta cateterizar el O. U. I. pero no se puede conseguir por detenerse el catéter a 2 cm. del orificio ureteral. Se hace prueba de indigo carmín eliminándose la sustancia inyectada por el O. U. D. a los 4' de la inyección. El O. U. I. no elimina sustancia de contraste a los 25'.

*Pielografía percutánea:* Se expone.

*Caso Nº 3:* L. A., 26 años, casado, jornalero. — Entre sus antecedentes personales refiere que hace varios años fué operado de un absceso testicular derecho.

Su enfermedad actual se inicia en abril de 1959 con la presencia de una hematuria total, intensa, indolora, de aparición espontánea, sin temperatura, con muy discreta repercusión general.

El examen es negativo, no existiendo dolor espontáneo ni provocado en el enfermo.

*Cistoscopia:* En cara anterior de la vejiga, cerca de la cúpula, la mucosa, que en otras zonas de la vejiga inclusive alrededor y en las vecindades de los orificios ureterales se presentaba de caracteres normales, en la zona mencionada se presentaba en forma defleada, irregular, de aspecto veloso, distinguiéndose netamente de la mucosa sana. Se hace biopsia de esta zona. La biopsia informa: proceso inflamatorio inespecífico.

*Pielografía descendente:* Buena eliminación de la sustancia de contraste por el O. U. D. En la zona correspondiente a la pelvis renal izquierda se observan imágenes ampollares.

Se intenta efectuar pielografía ascendente pero no se consigue por obstáculo infranqueable a 1 cm. del O. U. I.

Los análisis de rutina indicaban una anemia discreta de 3.970.000 g. r.; en orina se notaba presencia de abundantes hemáticos, siendo los demás análisis normales.

*P. Percutánea:* Al realizar la punción se extrae orina purulenta cremosa, solicitando investigación de bacilo de Koch.

Resultado de esta investigación: positiva.

*Evolución:* Se hizo nefrectomía izquierda, con resección de un trozo de uréter de unos 8 cm. de largo que se enviaron a biopsia. Informe: Tuberculosis predominantemente productiva. Existen numerosos tubérculos formados por células epitelioides y células gigantes de Langhans. Uréter: Presencia de lesiones inespecíficas, crónicas.

El enfermo se mantiene libre de síntomas en la actualidad.

*Caso Nº 4: P. B., 56 años, casado, obrero.* — Desde hace más de dos años tiene dolor localizado en fosa lumbar izquierda, con irradiación génitourinaria típica, y orinas turbias. Ha tenido orinas sanguinolentas, poco intensas, de aparición espontánea e indoloras.

El examen revela un estado general discreto, con ligera palidez de mucosas y conjuntivas sin temperatura. No ha tenido pérdida de peso, manteniéndose el apetito conservado.

La masa muscular costolumbar izquierda es dolorosa, con puño percusión positiva: En hipocostria izquierdo se toca una masa poco dolorosa, que excursiona poco con la respiración, con peloteo positivo.

*Radiografía directa y urograma de excreción:* Buena eliminación de la sustancia de contraste en R. D. El riñón izquierdo no muestra eliminación de sustancia de contraste. En esta zona renal se observan algunas sombras sospechosas, de características litiásicas, no pudiéndose afirmar el diagnóstico.

*Cistoscopia:* Mucosa vesical con celdas y columnas marcadas. Cuello deformado por dos lóbulos adenomatosos prostáticos. O. U. D. bien implantado. O. U. I.: no se puede observar por intensa congestión y edema de la zona en que debería asentar el mismo. Se intenta cistoscopia a ciegas pero no se consigue. Se inyecta índigo carmín que se elimina por el O. U. D. a los 4'. No se observa eliminación por el O. U. I. a los 20'.

*P. P.:* La punción permitió extraer un líquido purulento muy espeso, que tapaba la aguja de punción. Se solicitó investigación de bacilo de Koch, con resultados negativos.

*Caso Nº 5: F. V., 50 años, casado, jornalero.* — Cólico renal izquierdo típico, con hematuria total. Al examen se constata únicamente puño percusión izquierda positiva. Orinas claras en el momento del examen. Se piden urogramas de práctica donde se observa en la placa simple pequeño cálculo localizado aparentemente en pelvis izquierda. A los 7' la imagen pielográfica derecha revela una pelvis ampular y cálices normales. En la izquierda la pelvis está dilatada con relleno incompleto. A los 20' las imágenes son más precisas, revelando una hidronefrosis mecánica izquierda, por impactación del cálculo en el infundíbulo. Se hace P. P. que da: Hidronefrosis izquierda, estrechez del infundíbulo semejante a la dada por vaso polar o brida. El cálculo se encuentra en el cuello del cáliz inferior.

*Caso Nº 6: P. R., 70 años, casado.* — Ingresó con polaquiuria, disuria y ardores miccionales. Enfermo con buen estado general. Al examen se constata uretra permeable pero muy alargada. Próstata de tamaño discreto. El examen cistoscópico no se puede realizar por encontrar en uretra posterior un gran obstáculo que no se puede franquear. Se pide urograma de excreción y cistografía. El urograma revela imágenes renales de situación normales. Se observan tres grandes sombras calcúlosas facetadas, ubicadas en la región supravésical, y algo por debajo del promontorio. El urograma a los 7' revela un pielograma izquierdo normal, no así el derecho, donde se insinúan imágenes de cálices dilatados. A los 15' de eliminación el pielograma izquierdo se mantiene en sus características normales. La mitad inferior del uréter lumbar se encuentra muy dilatada y conteniendo en su interior los tres grandes cálculos en forma escalonada. Poco contraste en la cavidad vesical. En el pielograma derecho se observan dilataciones pielocaliciales. A los 40' las imágenes son las mismas, observándose un poco más de contraste en la cavidad vesical.

*Cistografía:* Presencia de una gran tumoración intravesical con gran alargamiento de uretra posterior. Reflujo vésico ureteral notable en ambos lados.

*P. P.:* Se observa doble sistema excretor derecho, uniéndose ambos uréteres a la altura de la articulación sacroiliaca con gran hidronefrosis del mismo lado.