

Servicio de Urología
del Hospital Pedro Fiorito
Jefe: Prof. Dr. Ricardo Bernardi

LA URETEROPIELOGRAFÍA ASCENDENTE

(Su valor en el estudio urológico)

Por los doctores RICARDO BERNARDI, S. WAINBERG
Y O. CANDIA

Cada día requiere más importancia el estudiar en la exploración renal, el grado de lesión anatómica que, junto con la apreciación del trastorno funcional, nos dará un estado exacto del aparato encargado de la secreción y eliminación de la orina.

Los estudios diferenciales del riñón comenzaron a desarrollarse con el mejoramiento del cistoscopio y la modificación fundamental que significó la "uña de Imbert-Albarrán", gracias a la que se vieron facilitados los cateterismos ureterales.

Es indudable que todo estudio urológico, descartada la parte semiológica, debe comenzar con el urograma de excreción que, con un poco de suerte, puede ser muy eficaz y habitualmente conducir al diagnóstico. Sin artificios de técnica podrá observarse la "dinámica-funcional renoureteral" que últimamente se ha visto beneficiada por la cinefluoroscopia y la cine-radiografía, etc. Además, mediante compresiones determinadas y sostenidas puede lograrse una verdadera ureteropielografía ascendente, tal su nitidez. No obstante el hecho de su utilidad y fácil técnica no implica que el urograma de excreción se efectúe sin discriminación como un estudio más a favor del paciente. Con el mismo criterio tampoco se concibe el efectuar pielografías o uréteropielografías ascendentes, arteriografías, retroneumoperitoneos, nefrogramas o tomografías sin una precisa indicación. Queremos señalar que todos estos métodos entrañan un riesgo y sólo serán realizados luego de una serie de discusiones clínicas que condicionen la necesidad del mismo.

El pretender que tal o cual estudio es más anodino que otro dentro de una larga serie, es tan aparente como falso. Pendergrass y su escuela llegan a la conclusión que: "Las reacciones fatales con el urograma de excreción, durante los últimos 3 años, muestran un ascenso marcado que puede ser indicadora del aumento de su incidencia y no existe ninguna duda que paralelamente al mayor empleo del urograma de excreción mayores son los números de casos fatales y no fatales reportados cada año". Ni Pendergrass y colaboradores ni los que hayan leído su interesante trabajo en el *Radiology* del año

1960 pretenden que se deje de lado el empleo de la urografía excretoria y sí por el contrario desean llamar la atención sobre el uso indiscriminado de la misma.

Sentadas estas premisas, cuando el urograma de excreción o su repetición reiterada con el fin de arribar a un diagnóstico no fueren satisfactorias, subsistiendo la duda, nosotros recurrimos a la *ureteropielografía ascendente* ya sea por sonda alta para mejor relleno pielocalicial o con sonda baja común o la llamada en "punta de Foley" (o en "Y") más o menos parecida a la sonda de Chevassú para obtener una buena imagen ureteropielocalicial. No vacilamos en su empleo porque estamos íntimamente identificados con el procedimiento. Creemos que, cuando su indicación es formal ningún otro procedimiento podrá reemplazarlo.

Mucho se ha discutido acerca de los riesgos aparentes o reales, en especial como agente causal de la pielonefritis, que no negamos, pero que presenta tantas incógnitas, que la mayor parte de ellas permanecen aun en las tinieblas. Sin embargo, resulta llamativo que en nuestro país y en especial en ciertos sectores exista, no ya un "toque de atención" sobre el uso indiscriminado de la pielografía ascendente, sino una verdadera repulsa que a veces se transforma en una tácita proscripción del mismo. Y es paradójico que eso ocurra entre nosotros y no entre los norteamericanos, por ejemplo, por ser ellos quienes más han insistido en el problema de la pielonefritis.

Bastará recordar que en 1959 se dedicó toda una semana en el Henry Ford Hospital de Detroit para el Symposium Internacional de la Biología de la pielonefritis y es allí precisamente donde han sido sugeridos los estudios diferenciales de cada riñón por separado, o la realización de ciertos "tests" tal como el de John Edgar Howard, el de la sulfufenoltaleína, etc., para los cuales son necesarios el cateterismo ureteral bilateral. Es menester aclarar que la ureteropielografía ascendente como se la realiza en los Estados Unidos o en otros países, difiere bastante de lo que habitualmente estamos acostumbrados a efectuar en forma cotidiana en la mayor parte de nuestros hospitales y allí precisamente radica la diferencia. Los cuidados de asepsia y antisepsia, hasta llevar el procedimiento a la categoría de un verdadero acto quirúrgico, no sólo deben ser aplicados a los exámenes cistoscópicos y cateterismos ureterales sino aún también a los "simples" sondajes uretrovesicales. Sólo en estas condiciones podrá reducirse la morbilidad consecutiva a cualquier procedimiento urológico instrumental. Decir que llegaremos hasta evitar las infecciones es utópico, aún cuando continúa siendo el ideal buscado pero, la disminución de los riesgos permitirá seguir utilizando los métodos de exploración que la práctica y la experiencia aconsejan como los más adecuados en cada caso particular.

Los modernos estudios diagnósticos de la hipertensión según una de las escuelas de avanzada tal como la de Cleveland con Irving Page a la cabeza, considera que para el tratamiento de las enfermedades oclusivas de la arteria renal con hipertensión los estudios más importantes a realizar en forma cronológica son: 1º) angiograma renal; 2º) estudios diferenciales a través del cateterismo ureteral bilateral, este criterio es bastante reciente ya que ha sido publicado en 1961 por el J.A.M.A. por Eugene Poutasse.

El Dep. de Medicina Interna y de Urología de la Clínica Oschner llegaron a la conclusión que el estudio comparativo del sodio, creatinina y volumen urinario, de cada riñón por separado recogido por sendos catéteres

ureterales es el test más sensible en los estudios diferenciales del riñón, conclusión publicada en febrero de 1962 en el *Journal of Internal Medicine*, es decir cuando ya se conocían los riesgos que presuponía el cateterismo ureteral como causa productora de pielonefritis y estos son sólo algunos ejemplos de los numerosos que existen en la literatura. Sirve para señalar que no debemos ser rigurosos ni condenar procedimientos urológicos clásicos impuestos a través de larga experiencia. Sin embargo sostenemos que deberá indicarse formalmente y con corrección su empleo.

Para finalizar esta breve exhortación quisiéramos proyectar en pantalla algunos de los numerosos casos de uretero-pielografía ascendente, cuyas imágenes de por sí ilustrativas, nos evita mayores comentarios.

DISCUSION

Dr. Bernardi.— Quisiera decir unas palabras en el seno de esta Sociedad, repitiendo conceptos ya vertidos.

Parece que hay un verdadero temor a la pielografía ascendente y en varias oportunidades, en jornadas y congresos, hemos escuchado a autores que tratan de no practicar pielografía ascendente.

Considero que este procedimiento no puede ser dejado de lado y debe practicarse con todo entusiasmo y con los recaudos que aconseja la asepsia. El valor morfológico que brinda la pielografía ascendente es innegable.

Como se ha podido apreciar en la reseña panorámica presentada con este trabajo, existen lesiones que no pueden visualizarse a través de la urografía excretoria, de la que somos decididos partidarios, efectuada en forma retardada y a veces, hiperconcentrada; en cambio, sí se pueden observar por medio de este procedimiento.

Las pielonefritis producidas por cateterismos no son tan frecuentes como suele afirmarse. Los enfermos a quienes aconsejamos se les practique una pielografía rápida del otro lado se suelen quejar de dolor, pero de nada más. Hemos tenido alrededor del uno por ciento de reacciones renales, en el sentido de pielonefritis agudas, que han cedido rápidamente.

Quiero insistir en el valor de este método radiográfico que es insustituible y el snobismo de la introducción de nuevos procedimientos, tales como la arteriografía, como se demostró en las jornadas realizadas en Córdoba, por uno de los relatores, el doctor García, presenta serios peligros.

No nos olvidemos entonces, de este viejo procedimiento que habrá de aclararnos más de un diagnóstico.

Dr. Comotto.— Estoy de acuerdo con muchos de los conceptos vertidos por el doctor Bernardi, pero no creo que le saquemos todo el provecho a este artificio múltiple, que todos conocemos, y que es el urograma de excreción, al que conceptúo un procedimiento extraordinario.

Ultimamente, en la mayor parte de los exámenes radiológicos, ya no se hace más el clásico esquema de los 10, 30 y 60 minutos. Casi todos los profesionales los dan por terminados a los 20 ó 30 minutos. Deben utilizarse todos los artificios para evitar complicaciones, ya que se trata de la introducción de un aparato dentro del árbol urinario. Está bien indicada cuando no se puede, de otra manera, poner en evidencia las lesiones renales.

La técnica nos ha llevado al convencimiento de que es conveniente repetir la imagen a los 60 minutos y en caso contrario, debe practicarse la pielografía ascendente que no creo que tenga un peligro realmente serio como para rechazarla por completo.

Esta es una opinión personal, que considero que más de un colega ha de compartir.

Dr. Wainberg.— Agradezco a los doctores Bernardi y Comotto sus interesantes aportes.

Estamos de acuerdo con el doctor Comotto. Eso es lo que sostenemos, tratar de llegar en última instancia, a conseguir con este método la visualización de esas lesiones.

El doctor Comotto se refería a por qué se hacía en menor tiempo el esquema de estos procedimientos. Es que en realidad, se trata de sustancias de elevado peso molecular.

Nosotros no practicamos la pielografía ascendente por hábito, sino cuando se han agotado todos los estudios, vale decir, realizados los exámenes radiográficos contrastados, con doble sustancia de contraste, sustancia hiperconcentrada, etc., etc., sin mayor resultado, recién entonces efectuamos la pielografía ascendente.