

EL PRE Y POSTOPERATORIO DE LA ANURIA OBSTRUCTIVA

Dr. CARLOS AMORETTI

Frente a un paciente que presenta una súbita y total supresión de su diuresis, pensamos habitualmente en tres entidades nosológicas; son ellas, la necrosis cortical bilateral, los fenómenos oclusivos aorto-renales y anuria-obstructiva.

Las características de esta reunión hacen que nuestra atención, como ya se ha manifestado, se dirija especialmente a la torma obstructiva sobre riñón único funcionante. En más de una oportunidad el enfermo ignora ser portador de un solo órgano, sea por una agenesia del contralateral o bien porque el mismo, en forma asintomática puede haber sido asiento de una afección oclusiva y/o pielonefritica quedando así anulado funcionalmente.

En un primer momento, o sea a pocas horas de iniciado el cuadro oclusivo, una vez efectuado el diagnóstico por métodos que enunciaremos, la conducta será esencialmente urológica, sea por medio de maniobras instrumentales o bien por la cirugía.

Pero frecuentemente, la expectación excesiva sumada a la habitual sobrecarga de agua y solutos a que son sometidos estos pacientes hace que los mismos hagan un cuadro de sobrehidratación de grado variable. acidosis con o sin expresión clínica e hiperkalemia, todo lo cual se superpone al síndrome clínico humoral característico del fallo renal agudo parenquimatoso no obstructivo. Algún matiz diferencial como la mayor frecuencia de hipertensión arterial no relacionada en modo alguno a la edad puede observarse, así como también infecciones de la vía urinaria que, de existir, puede significar una circunstancia agravante.

Ante esta situación es necesario en primer lugar corregir el desequilibrio humoral por métodos dialíticos. La diálisis peritoneal de técnica sencilla y accesible a todo servicio hospitalario, permite a menudo salvar el riesgo de vida del enfermo, siendo un método de elección en individuos mayores de 60 años para los que, la hemodiálisis puede significar un riesgo mayor.

Reservamos e indicamos como medida insustituible la hemodiálisis extracorpórea para aquellos enfermos hipercatabólicos o severamente infectados, para los que la diálisis peritoneal no es suficiente, dado el lento ritmo de depuración que posee este procedimiento.

En segundo término hemos de ratificar el diagnóstico de anuria obstructiva por medio de: a) La radiografía simple de abdomen. b) El estudio instrumental. c) El nefrograma radioisotópico.

La radiología nos mostrará a veces la imagen del cálculo, como así también su tamaño y ubicación, de ser el mismo radio opaco. Será inútil, en cambio, para detectar aquellos que como los de ácido úrico son permeables a los rayos.

La exploración instrumental comprende la cistoscopia y el cateterismo retrógrado. Tales procedimientos permiten detectar el tipo de obstáculo así como su nivel y características. La cateterización eventualmente puede salvar la oclusión con lo que se consigue un flujo urinario elevado. Esto, por supuesto, no significa que se haya resuelto el problema, sino que recién lo hemos planteado en forma clara y precisa.

Tanto en clínica como en el campo experimental se han descrito

alteraciones bastante características en el nefrograma radioisotópico del riñón obstruido. En una primera etapa aparece una disminución de la pendiente de descenso de la fase de drenaje que tiene tendencia a hacerse paralela a la línea de base. Si la obstrucción se mantiene sobreviene una alteración de la primera y segunda porción del trazado que culmina con una curva plana similar a la observada en el fallo renal agudo parenquimatoso.

Se ha intentado, al menos experimentalmente, demostrar una relación pronóstica entre la morfología de las dos primeras fases de la curva del renograma y la evolución de la función renal luego de eliminado el obstáculo. A ello nos referiremos más adelante.

Desaparecido el obstáculo cualquiera sea el método utilizado para tal fin, corresponde resaltar algunos aspectos de la evolución postoperatoria.

En primer lugar, la falla túbulointersticial con conservación relativa del aparato ultrafiltrante del parénquima renal, hace que el paciente tenga una diuresis abundante que oscila entre los 3 y 15 litros diarios con las características de la diuresis osmótica. La pérdida salina ha llegado en alguna oportunidad a alcanzar los 1900 m Eq/día de sodio.

Esto, pocas veces es consecuencia de un excesivo aporte hidrosalino. Casi siempre, en cambio, es consecuencia del fallo tubular que, como lo expresara Bricker en 1957, no responde a la administración de DOCA o pitresina y puede durar días o aún meses. El tiempo de recuperación y la secuela funcional estarían dadas por el tiempo que permaneció la obstrucción y también por el tipo de imagen observada en el renograma que, como dijimos, es de valor pronóstico.

Pese a nuestra ignorancia al respecto, debemos decir que a veces pueden darse normas básicas para frenar la litogénesis que es la causa más frecuente de obstrucción. Así ocurre en la litiasis urática en la que la alcalinización de la orina, la sobrehidratación, la antibioterapia y los inhibidores de la uricogénesis disminuirán la precipitación de sales en la vía urinaria.

Respecto a la antibioterapia, las pruebas de sensibilidad in vitro nos han enseñado a creer en el sinergismo y antagonismo de las drogas.

Para un mismo tipo de germen, dos antibióticos asociados pueden actuar como sinergistas, pudiendo en otras circunstancias, frente a otra cepa de la misma especie, comportarse como antagonistas.

El uso de dos drogas sinérgicas pocas veces es muy superior a la acción de cada una de ellas administrada por separado en forma individual. De esto depende que, salvo en casos graves como sepsis a gérmenes gram negativos o localizaciones extra renales provocadas por enterobacterias, se usará un antibiótico por vez.

Los antibióticos más comunmente utilizados para el tratamiento de las infecciones urinarias son el cloramfenicol, la ampicilina, la gentamina, colisina y Kanamicina.

El extenso uso del cloramfenicol y su conocimiento nos exime de mayor comentario. La ampicilina, penicilina semisintética da niveles bactericidas tanto en suero como en orina. Actualmente, merced a su baja toxicidad, constituye un fármaco de elección en las infecciones producidas por enterobacterias.

Sin menospreciar la nefrotoxicidad atribuída a la Colisina, nuestra experiencia sobre su uso, especialmente en los enfermos renales agudos, es muy favorable. No hemos observado efectos colaterales o prolongación de la fase anúrica imputable a su empleo. No obstante, es conveniente

cuando la filtración glomerular se encuentra entre 5 y 20 ml/min. utilizar el 50 % de la dosis habitual y el 30 % si la FG es inferior a los 5 ml/min.

Lo dicho también se cumple para otro fármaco de elección como es la gentamicina cuya acumulación, como ya ha sido descrito, puede provocar serios trastornos vestibulares a veces irreversibles y ligera proteinuria.

Si bien la Gentamicina y Colisina son antibióticos altamente eficaces en infecciones urinarias merced de su alta concentración en orina, su escaso nivel sérico las hace poco útiles en el tratamiento de las septicemias a gérmenes Gram negativos o de las localizaciones extrarrenales de las infecciones por enterobacterias.

Evidentemente, el manejo de estos antibióticos en enfermos renales se efectúa teniendo en cuenta el grado de déficit de la función renal.

Es así que aún la kanamicina puede ser utilizada en enfermos que se encuentren en anuria total a una dosis de 0,5 a 1 g. cada 12 días. Con esto conseguimos elevadas concentraciones hemáticas sin llegar a niveles de ototoxicidad en ningún momento.

El pronóstico alejado de la enfermedad obstructiva urinaria en lo concerniente al deterioro funcional residual, estaría dado por el tiempo de duración de la obstrucción, su localización, la imagen observada en el radio-renograma y la existencia o no de infección urinaria concomitante o sobreagregada.

Respecto de la duración de la obstrucción no es fácil dar cifras o esquemas exactos, pues a menudo existe una enfermedad de fondo como ocurre en la litiasis renal. De manera, pues, que es difícil deslindar lo imputable a la enfermedad de fondo de lo que corresponde a la oclusión en sí en lo referente a deterioro funcional residual o secuela.

Kerr demostró en el perro trastornos funcionales definitivos a los 7 días de oclusión ureteral expresado por un descenso de la FG FPR de Tm de PAH y osmolaridad urinaria máxima en un 25 % menos de los valores obtenidos sobre el mismo órgano antes de ser ocluida su vía de drenaje.

En el hombre, la ligadura accidental del uréter permitió sacar conclusiones, y en este sentido la literatura es extensa. Reisman publicó 5 casos en los que la oclusión duró 33 días, luego de lo cual hubo una muy buena recuperación funcional. Graham, con igual tipo de accidente quirúrgico mostró similares resultados en enfermos con hasta 46 días de obstrucción.

La localización alta del obstáculo hace que el progreso de la destrucción del parénquima renal sea más rápido que en las oclusiones bajas, tal vez por lograrse en menos tiempo una hipertensión crítica dentro de la pelvis.

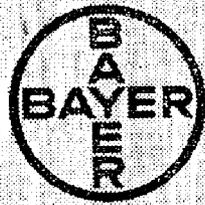
Mediante el renograma radioisotópico se ha conseguido demostrar que por lo menos experimentalmente, cuando no hay un deterioro ostensible en la primera y segunda fases del mismo, la recuperación es de un 80 %. Si las mismas alteran su morfología y altura, la recuperación será de un 40 a 80 %, quedando debajo del 40 %, cuando el trazado es plano o francamente patológico.

No obstante esto, en clínica, O'Connor demostró una buena recuperación funcional en enfermos que presentaban un renograma plano similar al observado en la insuficiencia renal aguda.

Por último, es obvio que la infección de la vía urinaria constituye un factor agravante y muchas veces difícil de erradicar. Esto ocurre especialmente a consecuencia de los estudios instrumentales que a menudo son causa de injertos bacterianos altamente antibiorresistentes.

Excretor de sodio

Terapéutica básica
de la Hipertensión



Baycarón[®]

(Mefrusida)

50 mg

Presentación:

Envases de
12 comprimidos

Fabricado según fórmula original y bajo licencia de **BAYER**
Alemania por **BAYER ARGENTINA S.A.**

DIVISION FARMA

Casa Central: Empedrado 2435, BUENOS AIRES, Tel. 50-3271/75

Delegaciones: CORDOBA, Independencia 857, Tel. 36051

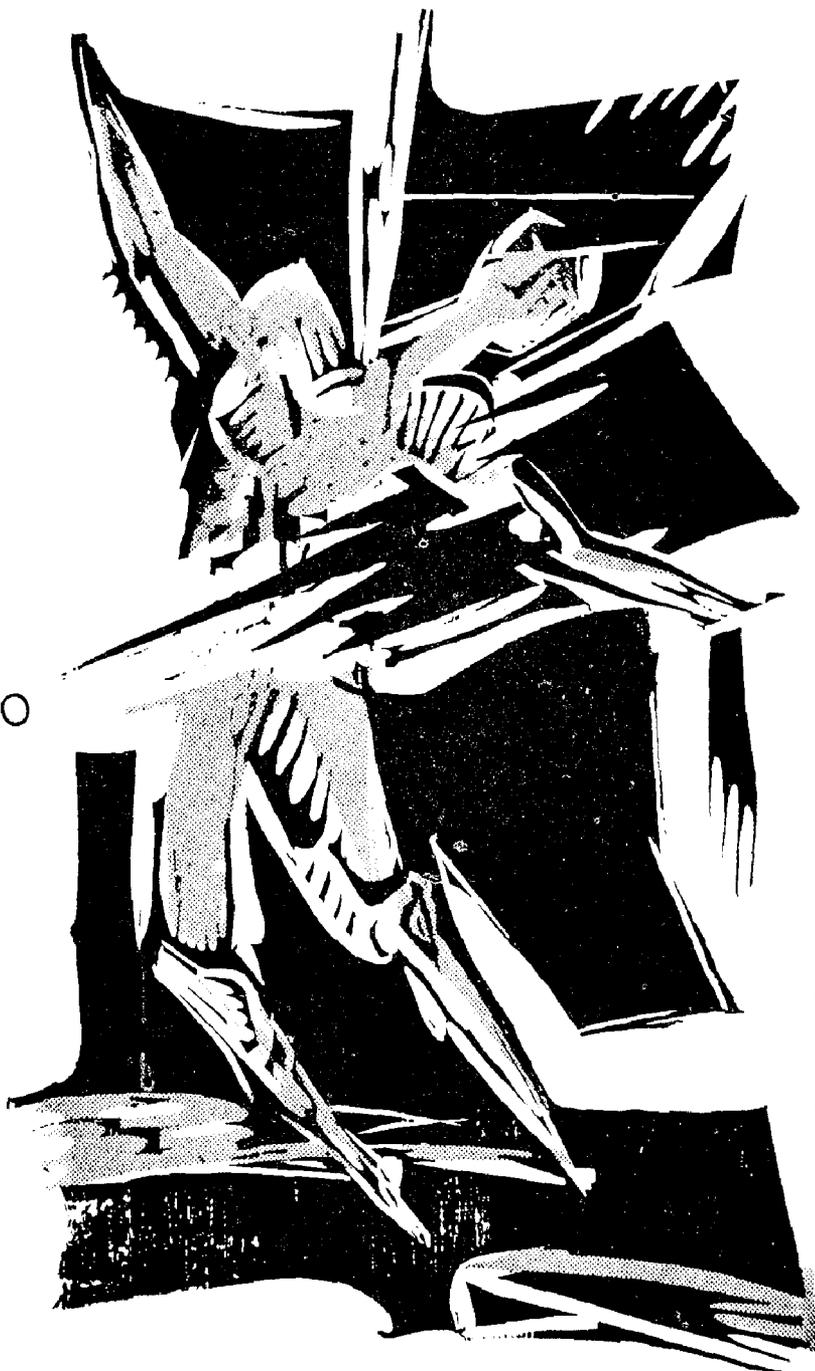
MENDOZA, Boulogne Sur Mer 1675, Tel. 51901

ROSARIO (Santa Fe), Rioja 2308, Tel. 68980

TUCUMAN, Rivadavia 179, P. 6º, Loc. 19, Tel. 26062

NERO 40

COLICO RENAL
COLICO HEPATICO



Alfredo de Vincenzo

es una original medicación relajante-analgésica
selectiva de las fibras lisas de las **vías urinarias y biliares**

FORMULA:

Cada ampolla contiene: Floroglucinol, 40 mg; 1,3,5
Trimetoxibenceno, 40 mcg; Excipiente, c. s. p. 3 cm³.

PRESENTACION:

Nero 40 se presenta en envases de 3 ampollas.

Otras presentaciones de Nero:

Nero inyectable: envases de 6 ampollas.

Nero comprimidos: envases de 30 comprimidos.

ELEA

LABORATORIO ENDOCRINICO ARGENTINO S.R.L.
SALADILLO 2468

BUENOS AIRES