

gran ventaja de la incisión transversa de Bazy, y nos llama la atención que Gérard, en su informe al Congreso Francés de Cirugía, tan bien documentado, sólo hable de la lombotomía y de las incisiones medianas y laterales asociadas a aquélla.

La incisión transversa a la altura del ombligo la consideramos netamente indicada en todos los casos de traumatismos laterales del vientre — flanco o región lumbar — permitiendo hacer todo lo que es necesario.

Forma parte de una táctica operatoria que consiste en sus términos esenciales, y para nuestro caso particular, en

- 1) Incisión transversa
- 2) Abertura del peritoneo. Examen de las vísceras abdominales y tratamiento de sus lesiones. Verificación de la existencia del otro riñón.
- 3) Exploración de los espacios subperitoneales. Tratamiento de las lesiones renales.

---

✓ *Accidente de pielografía. Nefrectomía de urgencia.*

Por los doctores J. C. DEL CAMPO y FELIX G. HARAN

La historia del caso que presentamos corresponde a I. E., de 22 años de edad, quien había ingresado al Servicio de vías urinarias el 7 de Febrero de 1932.

Hace 2 años que sufre de cólicos nefríticos periódicos, sucediéndose cada vez más frecuentemente. Esos episodios son acompañados de temperatura y síntomas febriles.

En el momento en que somos consultados, hace 30 horas que se le practicó en el Servicio una pielografía con yoduro de sodio al 30 %; se le inyectó una gran cantidad, más de 50 cc., sin llegar a la distensión de la bolsa y sin que el enfermo acusara dolor. Se constató una enorme hidronefrosis izquierda. Pielograma derecho normal.

Pocas horas después aparecen vómitos y dolores; a las 24 horas es visto por el personal del Servicio, sin que se constate nada anormal.

En la tarde el cuadro se completa; aumentan los dolores, vómito biliosos, parecía intestinal, chuchos de frío, sudores abundantes. El enfermo ha orinado 800 gramos en lugar de 1000, 1400 c. c. que era lo que orinaba diariamente. El cirujano de guardia que lo ve ordena una inyección de morfina, que no modifica el cuadro.

Examinamos al enfermo a las 10 de la noche, 36 horas después de la pielografía.

Enfermo tranquilo, sin agitación. Temperatura 39,5 axilar; pulso 140, lando hipotenso; lengua húmeda.

Corazón y pulmón: nada anormal.

Abdomen: defensa y dolor generalizados, predominando en el hemiventre izquierdo (vientre de madera).

Fosa lumbar derecha libre pero dolorosa.

Fosa lumbar izquierda ocupada, muy dolorosa.

Tacto rectal: no se puede precisar nada.

Según el interno — Dr. Fosalba — el cuadro era exactamente igual hace 4 horas.

Se relaciona el cuadro a la pielografía hecha horas antes y se decide intervenir considerando que conociéndose como se conocía el valor funcional del otro riñón (1) no era más que adelantar una intervención ya programada para tres días después, con el beneficio de ponerlo al abrigo de la evolución de su complicación.

Intervención: Dres. J. C. del Campo y F. C. Haran. Anestesia general: éter. Incisión de Bazy izquierda. Enorme bolsa de hidronefrosis que levanta la pared abdominal y va de la fosa ilíaca hasta el diafragma. Parte del tejido celular subperitoneal está infiltrado en la zona posterior del riñón. Nefrectomía. Pequeña incisión del peritoneo: se lleva una gasa hasta el Douglas, comprobando que no hay nada anormal. En la liberación de la bolsa de hidronefrosis se rompió ésta debido a su friabilidad. Se colocan dos gasas de a metro. Cierre en tres planos.

Post operatorio: se estableció en los días siguientes una supuración abundante de la herida con eliminación de colgajos de tejido perirrenal esfacelado.

La temperatura baja rápidamente, estableciéndose ya en los alrededores de lo normal a los pocos días. La cantidad de orina fué de 200 el primer día, 300 el segundo día, llegando a 1800, 1500 en los días siguientes.

Después de los primeros días la herida entró en orden, siendo el enfermo dado de alta el 29 de Marzo de 1932.

Examen de la pieza (macroscópico) (2). El profesor Lasnier encuentra en varios sitios necrosis de la mucosa, congestión en el resto; congestión y necrosis de zonas enteras de la pared de la bolsa; infiltración necrótica de la grasa perirrenal en la región posterior correspondiendo a las zonas en que la mucosa está más atacada y contrastando con el aspecto de la grasa sana de otras regiones.

El caso y la pieza de nefrectomía que presentamos demuestran la importancia e intensidad de trastornos que pueden seguir a un examen pielográfico.

Casos análogos han sido presentados en estos últimos tiempos por Gérard, Raffin, Augé, Viollet, Bruni, Ragine; a propósito de ellos se

(1) Los exámenes había demostrado que era un riñón normal.

(2) El examen microscópico está detallado más adelante.

ha levantado, en donde fueren presentados, una discusión que tiende a fijar pequeños detalles de técnica destinados a evitarlos.

Los pequeños accidentes de pielografía son relativamente comunes; son los grandes accidentes los que son raros.

Ahora bien; éstos han estallado, en general, en los casos de grandes, de voluminosas hidronefrosis, lo que lleva a una doble conclusión: que es en estos casos que hay que redoblar las precauciones y que en ellos es necesario estar preparado para una intervención de urgencia.

Los accidentes en cuestión han sido atribuídos a varios factores.

La acción irritante del líquido inyectado tiene un defensor en Legueu— que ha visto casos similares— y que recuerda que en las primeras pielografías hechas con colargol se veía el líquido inyectado (por falta de técnica) infiltrar el riñón y aun la región perirrenal.

Esa misma penetración es considerada por Hinman y Lee Brown como el único causante de los accidentes pielográficos. El autor defiende la idea del reflujo pielovenoso, pasando el líquido de los cálices al sistema vascular por intermedio de las

Hermann, a propósito de un caso muy interesante— de visualización de los tubos rectos— cree que el líquido puede inyectar éstos y pasar a la circulación por vía glomerular.

Lo interesante es señalar que el líquido puede llegar aun hasta la atmósfera perirrenal.

En cuanto a la acción irritante del líquido inyectado sobre la mucosa piélica y el parénquima renal, está certificada por los exámenes histológicos (aun cuando las lesiones podrían ser atribuídas a la infección exaltada).

En el caso de Ragone (sustancia empleada: yoduro de litio) el tejido perirrenal, la cápsula, zona subcapsular y los glomerulos están normales. Las lesiones se encuentran en los tubos colectores que están llenos de una sustancia hialina y de elementos leucocitarios, en los tubos contorneados — degeneración protoplásmica —, y en el tejido conjuntivo que rodea a éstos (alteraciones vasales, infiltraciones hemorrágicas, infiltración leucocitaria difusa — linfocitaria y leucocitaria— con, en algunos puntos, infiltración purulenta. Además, se nota la presencia en las zonas hemorrágicas de un pigmento bruno, no ferruginoso, situado parte en el tejido conjuntivo, parte en el extravasado.

En nuestro caso las lesiones eran muy acentuadas.

He aquí el informe conciso que hace el prof. Lasnier:

“La pieza presenta lesiones de dos órdenes. En primer término las que son comunes a toda hidronefrosis intensa, con atrofia de los tubos

urinarios, degeneración epitelial, esclerosis glomerular e intersticial e infiltración linfocitaria marcada.

En segundo término hay una intensa reacción inflamatoria, necrotico-exsudativa, fibrino-leucocitaria y hemorrágica. Al nivel de la zona de la grasa perirrenal, donde se observa a simple vista necrosis y hemorragia, al microscopio se reconocen estos mismos procesos, con intensa infiltración leucocitaria. En esta parte, la cápsula fibrosa renal se presenta disociada por la infiltración leucocitaria y hemorrágica. Este proceso inflamatorio necrótico-exsudativo-hemorrágico infiltra al tejido renal disociando y destruyendo los tubos uriníferos y formando en parte pequeños abscesos.

La superficie interna de los cálices renales, dilatados, presenta también intenso proceso inflamatorio fibrinoso-leucocitario, con elementos necróticos. El epitelio renal, sobre todo el de los tubos contorneados e intercalares, como asimismo el de los colectores no atrofiados, muestra ya tumefacción turbia, ya degeneración vacuolar, ya degeneración hialina muy intensa.

Los glomerulos, no esclerosos, presentan intensa congestión”.

En el caso de Viollet hay perforaciones o roturas subescapulares y uno se pregunta, a pesar de no tener el caso examen histológico, si no corresponden ellas a la eliminación de trozos necrosados por la acción irritante del líquido inyectado.

La acción sobre el tejido celular perirrenal es interesante y muy acentuada en nuestro caso. Pero no se puede decir si es consecutiva a la lesión renal o es consecuencia de la difusión del líquido inyectado.

Agreguemos, como dato para la interpretación, que hay quien ha hecho pielografías con colargol y con yoduro de sodio en casos de rotura de riñón y que consideran que el pasaje de estas sustancias a la atmósfera perirrenal no tiene inconvenientes.

Para Marion, el líquido inyectado obraría provocando una congestión pieloureteral, la cual llevaría a la retención.

La importancia acordada a la irritación del líquido inyectado por los urólogos se ha traducido, por parte de éstos, en el sentido de tratar de disminuirla ya sea utilizando nuevos productos, ya sea utilizando los antiguos en diluciones convenientes.

En los casos similares al que relatamos, las sustancias y diluciones empleadas fueron las siguientes:

Ragone inyectó 10 cc. de yoduro de litio

Bruni inyectó 50 cc. de yoduro de litio al 25 %

Auge inyectó 90 cc. de colargol (no indica proporción)

Viollet inyectó 30 cc. de yoduro de sodio al 30 %

Iselin inyectó 40 cc. de yoduro de sodio (n o indica concentración)

Caso personal, 50 cc. de yoduro de sodio al 30

Gérard 200 cc. de bromuro de sodio

Raffin 50 cc. de yoduro de sodio al 15 % (habiendo inyectado después unos gramos de nitrato de plata al 1 % cree que pueda haberse formado un producto químico más irritante.

Como vemos, son varios los productos empleados; son variadas las concentraciones, y las cantidades empleadas han sido en general grandes; de allí el consejo de no rellenar enteramente las grandes bolsas de hidronefrosis.

Por otra parte, parece haberse dado con un producto mucho menos irritante, el uroselectan o el abrodyl que a la concentración de 20 o 30 % no ha dado hasta el momento actual trastornos.

El papel de la infección del contenido retenido es también sostenido por Marion, Legueu, Chevassu, Ragone. El origen de la infección es discutido. Para Chevassu es casi indiscutible que la infección ha sido llevada por la sonda a una bolsa retencionista hasta allí estéril y de allí sus insistencias sobre la esterilización instrumental que él cree debe ser hecha al autoclave y no por los vapores de formol, como es corriente.

Con Legueu y con Marion los otros autores creen en la reactivación de una infección anterior, y tanto en nuestro caso como en el de Auge, como en el de Iselin, había signos anteriores de infección.

De estas consideraciones salen conclusiones que puede decirse cuentan con la unanimidad de pareceres y que se refieren a la profilaxia de estas complicaciones.

1) Redoblar las precauciones en los casos de gruesas hidronefrosis, sobre todo cuando ha habido síntomas de infección anterior.

2) Utilizar un material de cateterismo perfectamente esterilizado (Chevassu).

3) Utilización de un medio lo menos irritante posible, inclinándose actualmente los urólogos a la solución del uroselectan o de abrodyl al 20 o al 30 %.

4) Hacer previamente la pieloscopia. En las grandes hidronefrosis la entrada de 5 a 10 cc. de líquido opaco da una imagen borrosa, "fenómeno de la nieve", suficientemente característica. Contentarse con sacar una placa en estas condiciones y no inyectar gran cantidad de líquido, ni alta presión, para obtener un relleno.

5) No hacer pielografías bilaterales, que disminuyen el funcio-

namiento del otro riñón en momentos en que puede ser necesario.

6) Dejar la sonda ureteral colocada dos horas, varias horas después de la pielografía, vigilando por la radioscopia la evacuación total del basi etc.

Tratamiento. Cuando se producen los accidentes, la primera maniobra aconsejada ha sido el cateterismo ureteral evacuador.

Pero cuando ellos tienen la intensidad que tenían en nuestro caso, parece que poco se pueda esperar de él. Ragone, Iselin no lo utilizaron; Raffin, Gérard, Auge, Viollet no tuvieron éxito con él; la sonda no ha dado salida a nada o sólo dejó salir, y a veces con aspiración, algunos gramos de contenido, y los fenómenos han continuado

La intervención de urgencia parece, pues, estar indicada;; en cuanto a la operación a efectuar hay dos tendencias respecto a ella.

La nefrectomía tiene sus razones: primero fundamental, el conocimiento del valor funcional del otro riñón, y en segundo término ella no hace más que adelantar una intervención ya programada, liberando al mismo tiempo al enfermo de la enfermedad y de la complicación. Fué la conducta que seguimos como fué la de Raffin, Auge, Viollet, Iselin, Bruni, Ragone, todas con éxito.

Contrariamente a éstos, Maissonnet aconseja, por prudencia, hacer en un primer tiempo la nefrostomía y más tarde, pasada la complicación, una nefrectomía.

El examen histológico de nuestro caso nos inclina a pensar que obramos bien; la intensidad de las lesiones intersticiales y la presencia de numerosos pequeños abscesos en pleno parénquima, la intensidad y tipo necrótico de las lesiones yuxta-capsulares (recuérdese que en los días siguientes a la operación se eliminaron colgajos de tejido capsular esfacelado) nos parece justificar ampliamente la terapéutica realizada, no creyendo que una nefrostomía hubiera resuelto el problema.

Bibliografía. — Gérard - Journal d'Urologie - Tomo XX, pág. 425

Raffin - Journal d'Urologie - Tomo XXVIII, pág. 477.

Viollet - Journal d'Urologie - Tomo XXIX, pág. 504; discusión con Maissonnet, Michon, Wolfrohm, Legueu, Marion.

Augé-Maissonnet - Journal d'Urologie - Tomo XXX, paá. 208; discusión Fey, Iselin, Crevassu.

Bruni - La Riforma Medica, 13 aprile 1931.

Saverio Ragone - Il Policlinico - Sezione chirurgicale - Febrero 15, 1932.