

Hemorragia renal postbiopsia: control mediante oclusión arterial transvascular con microbobina de acero

M. Angel de Frutos* y A. Escaño**

* Servicio de Nefrología. ** Servicio de Radiodiagnóstico.

Hospital Carlos Haya. Málaga.

Sr. Director:

Coincidiendo con la publicación en NEFROLOGÍA por Peral Prieto y cols.¹ de un caso de hemorragia renal postbiopsia controlado mediante embolización arterial con espongotan, hemos tenido la oportunidad de probar en un paciente similar una de las microbobinas de acero que citan en sus comentarios y que preferimos a otros materiales debido al gran calibre de los vasos afectados y con dos grandes fístulas arteriovenosas, como puede apreciarse en la figura.

La paciente, de cincuenta y tres años, diagnosticada de lupus eritematoso sistémico, presentó hematuria con coágulos inmediatamente tras la biopsia del riñón izquierdo, practicada con aguja y con control ecográfico indirecto, con shock hipovolémico que precisó de transfusión y expansores plasmáticos. En los días siguientes continuó la hematuria anemizante y se realizó arteriografía, que mostró la existencia de dos fístulas arteriovenosas y extravasación del contraste. A través de un fino catéter que se pasó hasta la arteria segmentaria afectada se introdujo la microbobina de acero con pequeños filamentos favorecedores de la coagulación^{2,3}, quedando enrollada dentro del vaso; el proceso se repitió para la otra fístula.

El control radiológico posterior mostró oclusión total de las fístulas y ausencia de flujo plasmático distal. Clínicamente quedó sin hematuria y con discreto dolor lumbar durante dos días; en la analítica se observó una elevación de LDH. A los siete días se realizó una nueva arteriografía, que evidenció una pequeña zona de infarto.

En nuestra opinión, en todos los centros donde se realicen biopsias renales con aguja y técnicas de dilatación transluminal se debería contar con un Servicio de Radiología intervencionista, capaz de utilizar la técnica de embolización vascular oclusiva transcáteter, que, sin duda, debe ser intentada antes que cualquier procedimiento quirúrgico. La elección entre oclusión con coágulos autólogos, esponja de gel-foam, colágeno microfibrilar, esponjas de polivinil alcohol, balones desmontables y microbobinas de acero^{4,5} se harán dependiendo de la experiencia personal y de las características de la lesión.





Fig. 1.—A: Las flechas muestran los dos trayectos de la fístula, con rápida circulación del contraste desde la arteria renal (a) hacia la vena renal (v). B: Tras la colocación de las microbobinas de acero se observa la desaparición de flujo sanguíneo en las fístulas, no rellenándose la vena renal. C: Fase nefrográfica en la arteriografía realizada en el séptimo día, donde se aprecia la situación de las microbobinas. D: Pequeña zona de infarto en la zona distal a las microbobinas de acero.

Bibliografía

1. Peral Prieto V, Pueyo Landa I, Cannata Andía J, Cuesta Fernández V y Herrera Pérez de Villar J: Control de hemorragia grave postbiopsia mediante embolización arterial con espongoán. *Nefrología* 5:153-155, 1985.
2. Clark RA, Gallant TE y Alexander ES: Angiographic management of traumatic arteriovenous fistulas: Clinical results. *Radiology* 147:9-13, 1983.
3. Wallace S, Swarten DE, Smith DC, Gerson LP y Davis LJ: Intrarenal arteriovenous fistula: transcatheter steel coil occlusion. *J Urol* 120:282-286, 1978.
4. Gianturco C, Anderson JH y Wallace S: Mechanical devices for arterial occlusion. *Am J Roentg* 124:428-435, 1975.
5. Wallace S, Gianturco C, Anderson JH, Goldstein HM, Davis LJ y Bree RL: Therapeutic vascular occlusion utilizing steel coil technique: Clinical applications. *Am J Roentg* 127:381-387, 1976.