

## NEFROPEXIA CON FASCIA BOVINA.

Por el Dr. HECTOR H. NOVILLO

No escapa a la consideración de quién en éste momento tiene el alto honor de exponer la presente comunicación, lo difícil y complejo que significa el estudio clínico quirúrgico y el tratamiento de las ptosis renales. Difícil, pues la nefroptosis va acompañada en numerosos casos con alteraciones generalmente relacionadas con la conformación morfológica del enfermo, que hacen de la solución del problema patológico fundamental, una delicada trama en los que los aparentes pequeños detalles juegan roles de trascendental importancia, de ahí la complejidad de su estudio y de su tratamiento.

Lejos está también la presente comunicación de pretender ser una solución de éste proceso orgánico, no lleva en sí, sino el propósito de colaborar con una experiencia reducida al éxito de éste problema de la Urología.

La Nefropexia con fascia bovina, no es sinó la aplicación como medio de sostén del órgano, de un elemento biológico que, en principios y en línea generales, fué utilizado ya en 1913 por Kocher y en 1923 por Kostlivy utilizando bandeletas de fascia lata. Actualmente razones industriales nos permiten utilizar sin problema alguno, éste elemento de sostén en la cantidad necesaria para cada caso.

Con estos antecedentes, y dada la tolerancia del elemento de sostén inicié el tratamiento de las ptosis renales "fabricando" para ello una verdadera canastilla de fascia que aplicaba al órgano según la técnica que adjunto.

### TECNICA:

Efectuamos generalmente el abordaje de riñón con cualquiera de las incisiones por vía retro-peritoneal, prefiriendo sin embargo las incisiones altas por encima de duodécima costilla, a fin de obtener un campo más amplio. Liberamos con sumo cuidado la glándula a fin de no lesionar la cápsula perirenal y en caso de que hubiera una ruptura de la misma intercalamos un pequeño fragmento de grasa en la zona traumatizada.

Una vez liberado el órgano, procederemos a buscar detenidamente la existencia de anomalías que pueden alterar posteriormente la normal evacuación de su uréter (bridas pieloureterales, vasos polares, anomalías de pedículo vascular). Medimos la longitud de uréter correspondiente a fin de que la fijación del órgano no lleve al mismo a una situación forzada, y recién en éstas condiciones efectuamos la pexia del riñón.

Hemos utilizado para ello, cintas de fascia (Ocefascia) que ya se encuentran preparadas o en caso de que no hubiere preparamos las mismas cortándolas de las láminas. Una vez extraídas del tubo a fin de permitir su manuableidad, las mantenemos en suero tibio para su ablandamiento. Colocamos una cinta vertical en el sentido de la longitud mayor del órgano que viene a constituir el elemento fundamental de sostén, razón por la cual el ancho de dicha cinta es alrededor de tres centímetros. Esta cinta longitudinal, envuelve al órgano de adelante hacia atrás de modo tal que sus extremos quedan hacia el polo superior de la glándula. A fin de evitar su desplazamiento, que determinen la "luxacion" de la misma, la fijamos con dos cintas transversales una superior y otra inferior que pasan respectivamente por encima y por debajo

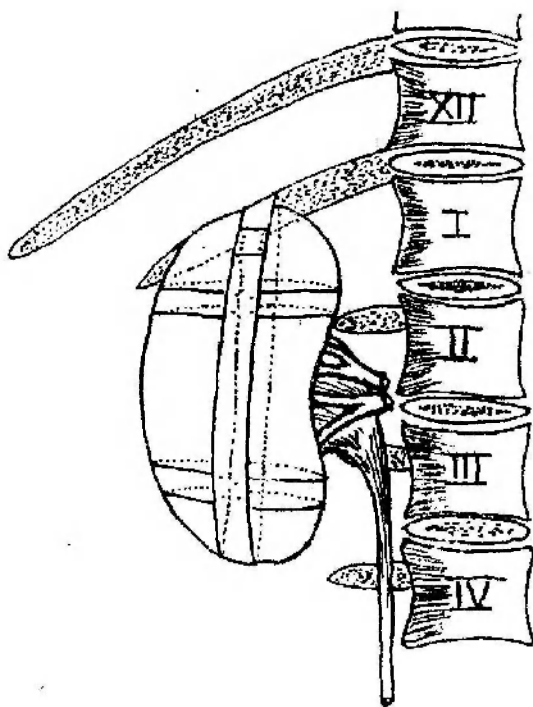


FIG. I

del pedículo renal. estas cintas van fijadas a la anterior con puntos de lino fino. De este modo, queda constituida una canastilla de fascia que envuelve sin comprimir al riñón. La fijación se efectúa pasando la rienda superior de la cinta longitudinal por debajo de la duodécima costilla, para lo cual decolamos la misma, pasamos el lazo posterior y luego lo unimos cara a cara al lazo anterior con puntos de lino fino.

#### CONCLUSIONES:

La presente técnica nos ha permitido obtener:

- 1º) Fijación extrarenal con control de su movilidad durante el acto operatorio.

- 2º) Aislamiento completo de la glándula con relación al material que se usa para su suspensión.
- 3º) Dada la seguridad de la fijación del órgano en la posición establecida podemos efectuar un levantamiento precoz del operado.

## CASUÍSTICA

J. de V. Argentina, casada, 36 años. Q. D.

*Antecedentes personales:* Sarampión, tos convulsa en su infancia. Menarquia a los 14 años, casada a los 21 años. esposo sano, tuvo un hijo sano con embarazo y parto normal.

*Enfermedad actual:* Desde hace 2 años sufre de dolor permanente en región renal derecha, consulta por este motivo.

*Estado actual:* Pielogrf. desc.: Ptosis renal derecha con marcado acodamiento pieloureteral.

*Tratamiento:* Nefropexia con fascia. La fijación del órgano se efectúa con alguna dificultad por la brevedad del uréter. Post-operatorio normal.

J. A. Argentino, soltero, 23 años, empleado.

*Antecedentes personales:* Sin importancia.

*Enfermedad actual:* Desde hace seis meses dolor sordo en forma permanente en región renal derecha, dolor que se acentúa durante las horas de trabajo.

*Estado actual:* Tumor abdominal movable y doloroso en hipocondrio derecho. Pielogr. desc.: Ptosis renal derecha de 2º grado.

*Tratamiento:* Nefropexia con fascia.

M. de C. Argentina, casada, 31 años. Q. D.

*Antecedentes personales:* Hace dos años le fué diagnosticada una ptosis renal izquierda, tratándosele con régimen y reposo sin mayor mejoría.

*Enfermedad actual:* Desde hace 14 meses sufre de un proceso febril en forma permanente, acompañado de dolores periódicos en forma de cólicos del lado izquierdo.

*Estado actual:* Tumoración renal palpable, intensamente dolorosa, que pelotea y hace contacto lumbar.

*Tratamiento:* Nefropexia con fascia. Post-operatorio: Normal.

M. M. Argentino, 21 años, soltero, estudiante.

*Antecedentes personales:* Hace 2 años fué operado de hidronefrosis por valor polar inferior derecho.

*Enfermedad actual:* Desde hace 8 meses dolor permanente durante la bipedestación en región renal derecha.

*Estado actual:* Tumor movable, doloroso que se desplaza con facilidad a lo largo del flanco derecho. Pielogrf. desc.: Ptosis renal derecho de 3º grado.

*Tratamiento:* Nefropexia con fascia. Postoperatorio normal.

## RESUMEN:

Se presentan cuatro casos de nefropexia practicadas con fascia de bovino obteniéndose un buen resultado postoperatorio y con la ventaja de un levantamiento precoz.

## DISCUSION

*Dr. Schiappapietra.* — Como contribución al interesante trabajo del doctor Novillo, deseo recordar que hace muchos años el doctor Benavente me invitó a operar en La Paz una ptosis renal y me dijo que me iba a hacer preparar una fascia de bovino. Voy a operar esa enferma, le dije, pero siguiendo el método que le aprendí al doctor Pagliere y que usamos sistemáticamente en el Servicio, que es algo así como una autofascia con fascia. Es simplemente un colgajo de la pared lumbar en el borde de la porción posterior del ángulo superior donde se obtiene aprovechando la disposición de los músculos lumbares, un colgajo cuyo pedículo se deja en la parte superior. Hecho el colgajo músculoaponeurótico se hace un pasador de la fibrosa del riñón, que va sobre el trozo del riñón, a una altura que convenga para que el riñón sea levantado todo lo que necesita. Se pasa el colgajo del músculo aponeurótico y se fija al borde inferior de la costilla correspondiente. De ese modo, hacemos mucho tiempo, todas las nefropexias.

Recuerdo con placer esta variante del método que nos da buenos resultados y lo seguimos siempre. (Presenta algunas radiografías).

*Dr. Sandro.* — Sin dejar de reconocer el ingenioso procedimiento del doctor Novillo, deseo recordar la experiencia que tenemos en el Servicio del doctor Figueroa Alcorta, sobre ptosis renal. Seguimos el procedimiento de transfixión renal del polo inferior y tenemos ya más de mil casos operados. Todas las operaciones conservadoras en cirugía renal las terminamos haciendo la fijación del riñón. Antes los puntos los sacábamos a los 21 días y después, a los 12 días y hasta ahora, siguiendo los enfermos con control radiográfico a los 6 meses y a los cinco años, no hemos tenido una sola recidiva.

Me permito recordar este procedimiento por lo sencillo y sus buenos resultados.

*Dr. Gorodner.* — La técnica a que hizo referencia el doctor Sandro la empleaba el gran especialista, doctor Lichtenberg. Es un procedimiento excelente, de fácil realización y del cual yo tengo escasa experiencia, pero con buenos resultados. Me ha ocurrido reintervenir enfermos operados de ptosis renal, a quienes se les había reproducido las molestias con igual intensidad.

Estos enfermos ptósicos o víscero-ptósicos se quejan siempre de su riñón y el simple tratamiento de ese órgano da buenos resultados.

*Dr. Bernardí.* — El tratamiento de la ptosis renal debe ser ecléctico. Debe verse la glándula, su situación, la fortaleza de la cápsula, etc. Los procedimientos capsular o parenquimatoso. Hemos presentado ya alrededor de 50 casos —tenemos 10 más—. Hemos realizado algunas modificaciones en la incisión que no alteran el verdadero método.

Entendemos que el riñón debe estar en su "loge" y estamos absolutamente convencidos de que debe estar bien apoyado contra el músculo psoas, donde ha sido colocado. En nuestra modesta experiencia, no estamos de acuerdo con los riñones que se cuelgan de las costillas. Usamos el procedimiento de Albarrán y por no haber reparado bien la duodécima costilla, algunas veces, nos quedamos afuera y en ocasiones, tuvimos inconvenientes para cerrar la herida porque el riñón nos molestaba.

Realizamos en dos o tres ocasiones el procedimiento de Trabucco y cuando el procedimiento de Young no nos da resultado, hacemos un punto parenquimatoso que toma el tejido adiposo del riñón, el parénquima y el músculo psoas. La cápsula adiposa puesta sobre el riñón al final de la intervención no tiene ninguna misión. El riñón se escapa por debajo de la cápsula.

¿Cómo se arregla el doctor Novillo cuando tiene una duodécima costilla corta? Porque en ese caso, se me ocurre que tendría que colgar el riñón de la 11ª costilla.

En segundo lugar, deseo preguntarle si no tiene reacción por la fascia, porque los que hemos usado fascia de buey para los injertos, hemos visto que la humanización de la fascia le cuesta mucho al enfermo, le trae una reacción exudativa grande, se elimina la fascia y no se sabe si lo que ha resultado ahí ha sido la fascia de buey o la reacción que ha traído en el tejido en donde se aplicó.

Lamento asimismo que las pielografías no hayan sido tan evidentes para apreciar el buen resultado obtenido.

*Dr. Novillo.* — Solamente he de contestar al doctor Bernardi ya que los demás preoperantes no hicieron más que mostrar una eficaz experiencia personal sobre el tema.

Yo no he tenido hasta ahora ningún caso en el cual tenga que abocarme al problema de una duodécima costilla corta. Además, mi experiencia personal es lamentablemente reducida.

No he observado ningún caso de intolerancia de las fascias en los 14 enfermos tratados. Sin embargo, cuando inicié mi experiencia no lo hice con cintas sino tratando de hacer una canastilla completa y coincidió este caso con una decapsulación renal en polo inferior. Sea que no existía tolerancia por parte del enfermo o bien, que existía una reacción de un proceso inflamatorio de la cápsula descubierta en contacto con la fascia, lo cierto es que tuvo lugar un proceso inflamatorio del polo inferior que se manifestó por una intensa hematuria, a consecuencia de la cual debí hacer una nefrectomía.

En el estudio anatomopatológico de la glándula encontramos una intensa reacción inflamatoria aséptica y llegué así a la conclusión de que la cápsula perirrenal debía estar presente siempre como medio aislante entre la glándula desprovista de su protección y la protección propia de la cápsula perirrenal. Es el único caso.

Por eso, destacaba que la fijación es completamente extrarrenal durante el acto operatorio y si en algún caso, la cápsula perirrenal llegara a lesionarse, reemplazábamos el espacio con grasa perirrenal fijándola con pequeños puntos a la cápsula.

En cuanto al estudio radiográfico, ya dije que los propósitos van por un lado y la realidad por otro. No podía presentarles enfermos sin control radiográfico. Allá, en Tucumán, los enfermos no vuelven a nosotros con la frecuencia con que uno quisiera, razón por la que no se puede llevar a cabo un control estricto de los mismos.

*Dr. Héctor H. Novillo.* — 25 de Mayo 487. Tucumán