

EL DRENAJE POSTURAL O POR GRAVEDAD EN LAS INTERVENCIONES RENALES

Por los Dres. RICARDO BERNARDI y J. CHIODI

El clásico avenamiento de la fosa lumbar en las operaciones del riñón y adyacencias (glándula suprarrenal, columna, cadena simpática, etc.) destinado a evacuar sangre, orina, serosidad, etc., no cumple satisfactoriamente su función por 2 razones: 1º) porque drena la colección por su punto más alto; 2º) porque los líquidos por acción de la misma gravedad o de la "postura" permanente, en ligera posición de Fowler del enfermo aún recluido en casa presenta su punto más declive a nivel del polo inferior del riñón o del cuadrante inferior abdominal correspondiente si la divulsión peritoneal se llevó más abajo. El desprendimiento de la serosa, adherida fuertemente al riñón a través de la fascia de Toldt o anterior, y luego al músculo psoas y al iliaco, marca siempre el punto inferior del derrame, constituyendo un freno a su expansión retroperitoneal. Hasta donde se desprendió la serosa, allí llegará el derrame sanguíneo, seroso o urinario; allí se coleccionará desde las primeras horas siguiendo el borde interno o externo del riñón o la cara posterior, no así la anterior por la compresión que ejercen las vísceras abdominales a través del peritoneo, adosado rápidamente contra la misma después de la operación.

Es así que en las operaciones conservadoras, radicales, plásticas o nefropexias, que por lo general requieren una amplia nefroureterolisis observamos la ruptura de gran cantidad de vasos, pequeños en su mayoría, que a pesar de la buena hemostasia producen en el post-operatorio una hemorragia en napa imprevisible, o una fístula urinaria que puede llegar e inundar prácticamente la fosa lumbar e iliaca con el dolor y tumefacción abdominal consiguiente, sin que el *drenaje clásico*, por la parte superior de la herida, extremadamente alto y por lo tanto inútil, logre drenar más que unos pocos centímetros de un gran derrame. Las consecuencias de este "*hematoma retroperitoneal y perirrenal*" son fáciles de prever: dolor permanente lumbo-iliaco; tumefacción; contractura muscular, fiebre y escalofríos, si se infecta y posteriormente puede ocasionar por reacción esclerosa desviación o compresión del uréter, perinefritis y peripielitis con fracaso secundario de la intervención practicada. Algunas observaciones personales abonan este criterio.

Es por ello que, desde hace varios años, drenamos sistemáticamente la fosa lumbar por la parte más superior del cuadrante inferior del abdomen correspondiente, tomando como punto de reparo la zona del *desprendimiento de la serosa peritoneal*: por allí precisamente hacemos salir el tubo.

Este drenaje está formado por un tubo de goma de 50 a 60 cm. de longitud, lo suficientemente largo como para que pueda evacuar directamente en un orinal, y de 5 a 6 mm. de diámetro con 5 a 6 orificios en su trayecto retroperitoneal. Terminada la operación sobre el riñón colocamos con todo cuidado el tubo de drenaje, a cielo abierto, *fijando su extremo superior a 2 ó 3 centímetros por debajo del pedículo mediante un punto de catgut que atraviese psoas*; y algunos complementarios en su trayecto, cuidando de que el último orificio se encuentre en el sitio más declive de la loge, para salir por un ojal cutáneo por el cuadrante inferior del abdomen. La herida es cerrada totalmente pudiéndose observar desde las primeras horas y durante 2 ó 3 días, la salida con toda facilidad de cierta cantidad de sangre u orina; la cicatriz cierra "per primen"; el dolor presenta la intensidad natural y el enfermo puede movilizarse más rápidamente, por las razones referidas.

Con el objeto de verificar más objetivamente las ventajas de este "drenaje postural" sobre el clásico, realizamos algunos controlés radiográficos con relleno de sustancia opaca por el drenaje superior e inferior en los que se muestra la rápida y fácil salida de la misma por el último. (Se muestran radiografías). La obtención de placas posteriores (1 mes después) comprobó la inexistencia de sustancia opaca retroperitoneal y la perfecta normalidad de las vías excretorias, (ausencia de acodaduras o compresión pieloureteral por hematomas y esclerosis consecutivas).

CONCLUSIONES

1º) El clásico drenaje de la loge renal por el extremo superior de la herida debe ser proscripto por insuficiente, al drenar el nivel superior de cualquier colección (hemática, urinaria o serosa) que pudiera producirse con motivo de una intervención o traumatismo que afecte la cavidad o su contenido.

2º) El drenaje por contra abertura u "ojal" a nivel del cuadrante inferior del abdomen es más eficiente porque drena por gravedad rápida y fácilmente la loge; a nivel del pedículo permite el cierre "per priman" de la herida; acelera el levantamiento precoz de los enfermos y evita o disminuye considerablemente el dolor producido por la sangre, orina, serosidad o pus acumulado durante las intervenciones renales con las graves consecuencias sobre la permeabilidad y dinamismo de las vías de excreción.
