

Polielín. Alvear. Servicio de Urología
Jefe: Prof. Dr. Armando Trabucco.

CUANDO FRACASA LA NEFROPEXIA

Por los Dres. ARMANDO TRABUCCO y N. CARTELLI

Es un hecho de observación frecuente, oír, especialmente por cirujanos generales, que la operación de Nefropexia, en las ptosis renales, no cura las molestias, por las cuales los pacientes consultan. No compartimos este criterio y por el contrario podemos afirmar, sin temor a equivocarnos, que cuando la intervención quirúrgica está bien indicada y los trastornos que acusan los enfermos son debidos a su ptosis renal, la intervención quirúrgica bien efectuada cura casi el 100 % de estos enfermos.

La ptosis renal es una afección frecuente, principalmente en mujeres, que produce una serie de trastornos locales y generales (dolores lumbares, difusos o en forma de cólicos nefríticos, trastornos urinarios, y dependientes del aparato digestivo, cambio de carácter, etc.) provocados por la misma ptosis, o complicaciones que ella misma ha determinado. Pero no todas las ptosis provocan tales trastornos; y es frecuente ver pacientes, portadores de un descenso pronunciado de su riñón, completamente asintomáticos, y que sin embargo presentan una serie de trastornos, que son "atribuidos" a su ptosis renal. Son intervenidos, y las molestias persisten; lógicamente, porque la ptosis no producía tales trastornos. De ahí que se le quite a la intervención quirúrgica su eficacia, como medio terapéutico, para hacer cesar tales molestias.

Otros enfermos presentan una ptosis renal, que provoca grandes molestias, pero la intervención que se practica (Caso N^o 3) no es la indicada ni la correcta. De ahí que las molestias persistan, cuando no se agravan; y la operación efectuada con un criterio más especializado cura a estos enfermos, que la intervención anterior no consiguió hacerlo.

Afecciones agregadas a la ptosis (Caso N^o 1) que un examen deficiente o incompleto no los descubre, hace que se intervengan a muchos pacientes por la ptosis agregada, cuando en realidad no es ella la que provoca el dolor, la hematuria y turbidez de la orina, sino la enfermedad agregada. Y estos enfermos tampoco se curan con la nefropexia.

Y por último, accidentes quirúrgicos que han pasado inadvertidos durante la operación (Caso N^o 2) o glándulas con dilataciones pielocaliciales — producidos por las ptosis—, y que por tratar de conservar el órgano, corregidas las causas provocadoras de tales complicaciones, hacen que tal fin no se consiga muchas veces, y la intervención fracase.

Es por estas circunstancias que se le quita valor a esta intervención quirúrgica y hasta la proscriban algunos por su ineficacia.

Pero volvemos a insistir, que cuando el diagnóstico de ptosis renal dolorosa esté bien confirmado, y la intervención quirúrgica bien efectuada, todos estos enfermos se curan.

¿Y qué medios de diagnóstico disponemos para poder asegurar, que el dolor y la mayoría de los trastornos agregados, sean provocados por el descenso del riñón?

La disminución o el cese del dolor, y las otras molestias, que el reposo en cama o la posición de Trendelenburg ejercen sobre el órgano descendido, y que aparecen en posición de pie o después de efectuar esfuerzos; la desaparición de la polaquiuria y de muchos trastornos gástricos (que hacen que estos enfermos sean tratados durante mucho tiempo como enfermos de su aparato digestivo sin resultado) por el mismo reposo; la palpación de un riñón descendido que despierta dolor al examen, y la discreta mejoría que produce a veces una faja correctamente colocada, aunque en algunas ocasiones despierta más dolor, por tironeamiento de adherencias, son elementos de juicio que nos pueden orientar hacia el riñón ptosado como causante de los trastornos existentes.

El examen radiográfico confirmará nuestra sospecha. Pero veremos con gran frecuencia, urogramas de excreción obtenidos en decúbito dorsal, y el descenso del riñón no se pone de manifiesto, y aún en posición de pie, puede verse un descenso más o menos pronunciado de la glándula, y una dilatación pielocalicial, y a pesar de ello, esta no es la causa de las molestias.

¿A qué recurriremos entonces? A la pielografía por relleno. Ella será el índice inequívoco que nos asegurará, si el dolor y las molestias que presenta el paciente es realmente debido a su riñón, pues la distensión de la pelvis renal, provocará dolor que debe tener los mismos caracteres que el dolor que refiere el enfermo por el cual consulta; de mayor o menor intensidad, según el líquido inyectado y la sensibilidad del enfermo, pero siempre localizado en el punto o región que habitualmente lo siente el enfermo. Estos son los pacientes que reciben un gran beneficio con la nefropexia, a la cual se le puede agregar la neurolisis del pedículo renal; los otros, los que al producirse la distensión de la pelvis renal, sienten un dolor distinto al habitual, éstos no curan con la intervención quirúrgica, pues los dolores son provocados por alteraciones de órganos vecinos, y la nefropexia no los curará. Podrán recibir beneficios, en lo que al futuro se refiere, evitando la uronefrosis, por corregir la causa que la provoca en estos casos (vaso polar, vasos cirsoideos, acodaduras ureterales, bridas, etc.) pero no calmará su dolor.

Por esa misma razón la nefrocóloplexia por bien efectuada que sea, no puede curar en la mayoría de los casos, esos riñones dolorosos, debido a que la correcta liberación de la glándula, la sección de vasos polares y vasos cirsoideos, bridas e íntimas adherencias no se consigue con ese procedimiento y únicamente podrá corregir la ptosis renal simple. Vale decir cuando no se agregan las causas antedichas, que son las menos.

En el Servicio que actuamos efectuamos la intervención ideada por el Dr. Trabucco, conocida por todos los urólogos —por lo cual no la describimos, con la cual se consigue previa liberación de la glándula y el uréter fijar el riñón en su posición correcta, elemento de juicio dado por la pielografía ascendente en apnea y en inspiración y espiración, consiguiendo con ello el buen funcionamiento de la glándula y la desaparición de las molestias.

Presentamos algunos de los casos intervenidos por persistencia de las molestias.



Figura 1

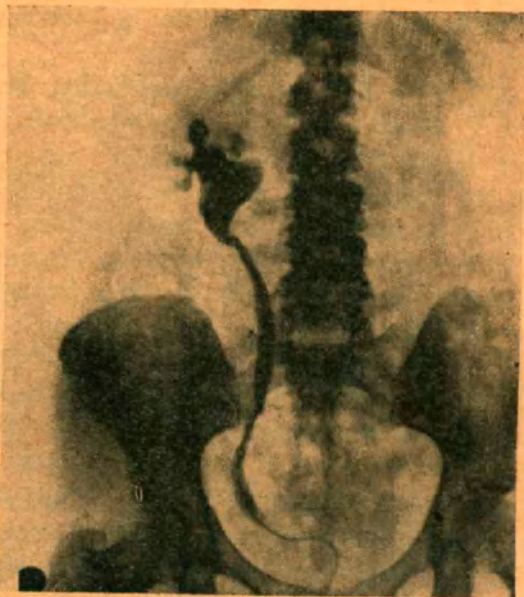


Figura 2

Caso N° 1. — Se trata de una enferma con síndrome doloroso lumbar derecho y trastornos vesicales.

Fig. N° 1. Es intervenida practicándosele nefropexia derecha; y aunque el riñón se encuentre *alto* la colocación de la glándula no se halla en posición correcta pues se encuentra

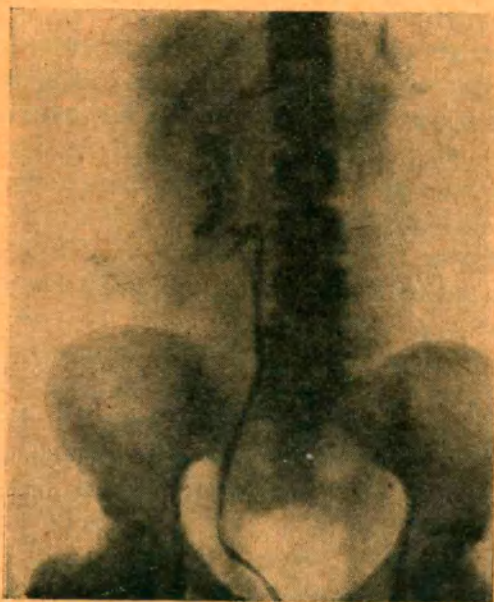


Figura 3

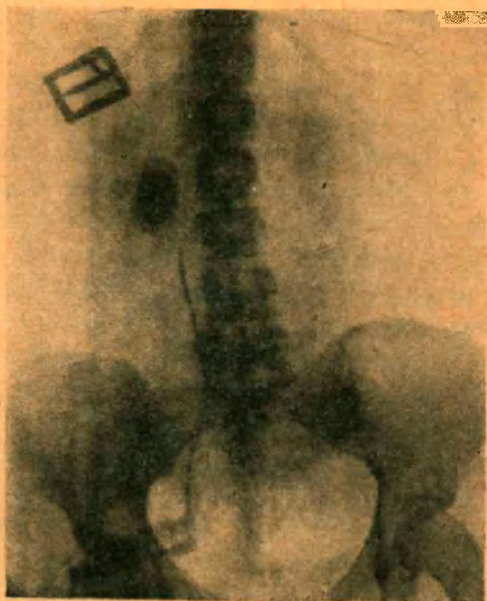


Figura 4

situado en posición muy oblicua y persiste una pequeña muesca posiblemente por brida o cicatriz endoureteral en nacimiento de ureter. La intervención no curó a esta paciente y

un nuevo estudio practicado, demostró tratarse de una tuberculosis renal en un rincón ptosado. Fig. N° 2. La nefrectomía puso fin a sus molestias.

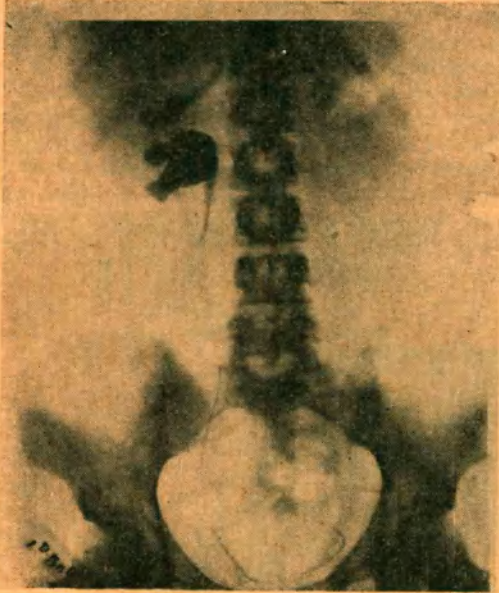


Figura 5

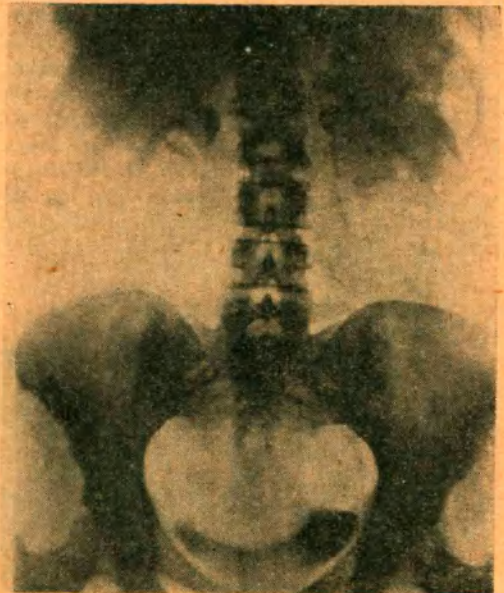


Figura 6

Caso N° 2. — Enferma a la cual se le practica nefropexia por ptosis renal derecha dolorosa y doble acodadura en nacimiento de ureter. Fig. N° 3. La enferma lejos de mejorar presenta mayor dolor que antes de la intervención. Una nueva pielografía ascendente

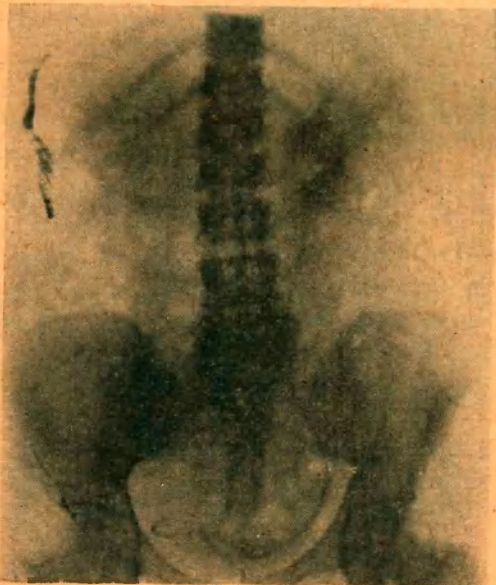


Figura 7

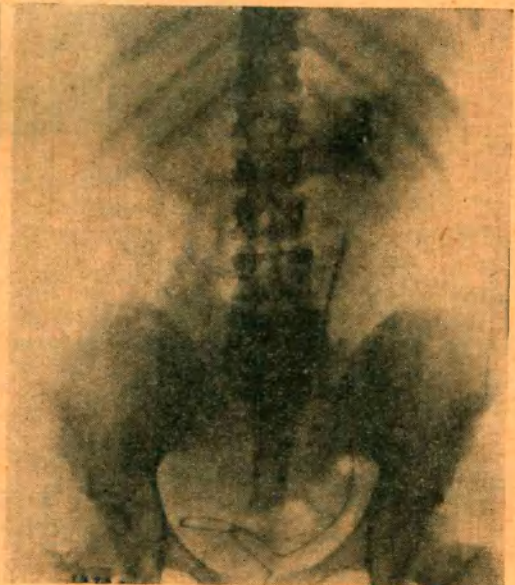


Figura 8

Fig. N° 4 muestra una pelvis globulosa, dilatada al igual que los cálices y el ureter como adosado a parte inferior de la pelvis y otra acodadura como tironeandola hacia columna. Reoperada, se confirma que el ureter se encuentra adosado al músculo psoas y fijo al mismo

por un punto de catgut, que en la intervención anterior, al efectuar la canastilla como medio de sostén inferior tomó el ureter. La intervención quirúrgica estuvo bien indicada y bien efectuada; pero el accidente quirúrgico (englobamiento del ureter con un punto de catgut) malogró la intervención. Su liberación curó a dicha enferma. Fig. N° 5.

Caso N° 3. — Enferma con síndrome doloroso renal izquierdo. Es operada por el procedimiento de la nefrocolopexia de Gutiérrez, persistiendo sus molestias —y hasta agravándose a los 2 días de la intervención. Después de 11 meses de padecimientos —y de haber ensayado gran número de tratamientos para aliviar sus molestias, es estudiada nuevamente, mostrando el urograma, una interrupción de la imagen del ureter (Fig. 6) en su tercio superior, y una serie de flexuosidades y vueltas, situadas por debajo de la interrupción ureteral; finas, como hilos opacos, que los interpretamos como hilos de plata o hilos opacos irreabsorbibles, que engloban en ureter. Reoperada se observa una glándula con muy buen parénquima, fija por íntimas adherencias fibrosas que fijaban el peritoneo del polo inferior

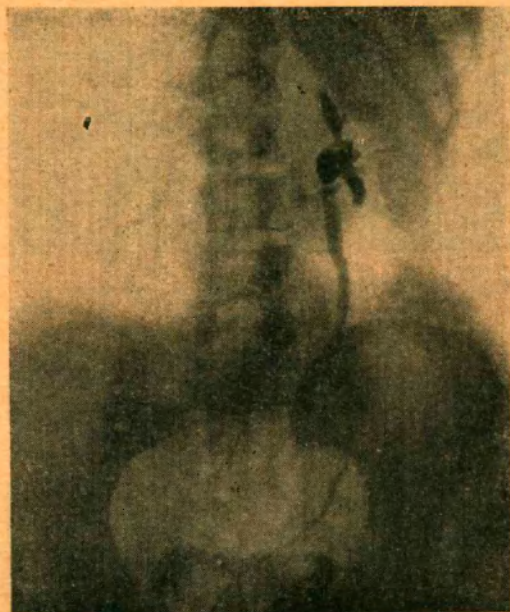


Figura 9

del riñón y al músculo psoas, que fué necesario destruirlas cuidadosamente a tijera para poder liberar la glándula. Por debajo del polo inferior se encontraba el ureter fijo a los planos vecinos por una gran cantidad de bridas, que la destrucción de las mismas hizo aparecer movimientos rítmicos de reptación del ureter. Dicha liberación y su fijación correcta curó a esta paciente que sufría desde hacía varios años.

Caso N° 4. — Enferma operada por ptosis renal izquierda y discreta uronefrosis, con funcionamiento renal deficiente. (Fig. N° 7). La intervención no la curó y a pesar de estar bien colocada la glándula (Fig. N° 8) la persistencia del dolor y el déficit funcional más acentuado obligó a efectuar la nefrectomía.

Caso N° 5. — Enferma operada de nefropexia hace 3 años. Persisten sus molestias con mayor intensidad, que la obliga a guardar reposo casi continuo. En varias ocasiones hematuria. La prueba del índigo carmín revela falta de función del lado derecho a los 15' y la pielografía ascendente (Fig. N° 9), muestra pelvis redondeada con caliz superior o inferior dilatados —alargados y redondeados y el ureter en su nacimiento con muescas y acodaduras. Reoperada se comprueba una glándula pequeña de consistencia blanda, pálida, con ureter dilatado, por lo cual se decide hacer nefrectomía.