

## NEFROPEXIA TRANSCAPSULAR POR SUSPENSION AUTOPLASTICA MUSCULO-APONEUROTICA (1)

Por el Dr. TOMAS SCHIAPPAPIETRA

Con la brevedad posible detallaré la técnica invariablemente seguida en el Servicio de Urología del Hospital Italiano de Buenos Aires que dirige el Dr. Luis E. Pagliere, de quien la hemos adquirido; habiendo cumplido más de dos lustros de prueba clínica con sus respectivos controles urográficos y cuya documentación figura en el Archivo Clínico y Radiológico del referido hospital.

Para ello me valdré de los esquemas referidos exclusivamente a los tiempos específicos de la pexia que a continuación se proyectarán.

a) *Abordaje del riñón por la vía lumbar.* Contando en esta cirugía correctora con pedículo renal lógicamente complaciente, he preferido respetar en lo posible la anatomía de los planos músculo-aponeuróticos. Para tal finalidad, opté por una incisión curva a lo Guyón del plano superficial de la pared lumbar: partiendo por arriba del ángulo costo-lumbar a la altura del borde inferior de la 11ª costilla, aproximadamente 8 cm. por fuera de la línea espinosa (en normotipo coincide con el surco lumbar y a 3 dedos de la línea espinosa) sigue casi paralela a esta línea hasta 8 cm. por arriba de la cresta ilíaca, al aproximarse este punto se encorva oblicuamente, para terminar por delante, a un dedo por encima del tubérculo de la fascia lata. De esta manera su ángulo superior permitirá exponer luego la 12ª costilla y el 11º espacio intercostal.

Seccionada la piel, el celular subcutáneo, la fascia superficial grasosa lumboglutea de Charpy, quedaría expuesto el plano muscular superficial y el ángulo superior del espacio de J. L. Petit, como punto de referencia. Continuando la trayectoria de abordaje sobre el mencionado ángulo, señalado por la intercepción del borde anterior del dorsal ancho y posterior del oblicuo mayor. Separamos el colgajo superior de la incisión antedicha por disección sobre el borde anterior del dorsal ancho y previa liberación del mismo hasta la altura requerida, traccionándole siempre en dirección al ángulo costo-lumbar, hasta poner de manifiesto el borde posterior del oblicuo menor y en esta forma quedará afrontado el espacio de Grynfeldt. Apartando siempre el gran dorsal, en el ángulo superior del espacio de Grynfeldt se seccionará la porción inferior del serrato menor y posterior próxima a su inserción costal, mientras que el borde posterior de los oblicuos es separado en dirección al ángulo inferior de la becha quirúrgica.

Generalmente se requiere completar con dos pequeñas incisiones, una pró-

(1) Contribución al tema oficial del II Congreso Argentino de Urología - Dic. 1955.

xima inserción costal del pequeño oblicuo y otra sobre la inserción iliaca del oblicuo mayor. En esta forma queda expuesta una buena porción de la aponeurosis de inserción costo-iliaca del transverso, incidida la cual, queda abierta la parte profunda del plano músculo-aponeurótico lumbar.

Esta incisión debe cuidar la integridad del intercostal en su parte superior y de las ramas del gérito-crural, el cual corre adherido por el perimisiso o también llamado por algunos autores fascia pseudo-aponeurótica freno-lumbo-iliaca a la cara anterior del labio inferior de la brecha quirúrgica, interponiéndose la grasa de Gerota, la cual facilitará la maniobra de decolamiento previo al *abordaje de la celda renal*.

b) *Obtención de la Candeleta músculo — aponeurótica*. Para mejor interpretación de los detalles anátomo- quirúrgicos anteriormente descriptos y de su aplicación a la incisión del plano profundo en el ángulo-costo-lumbar; disen-

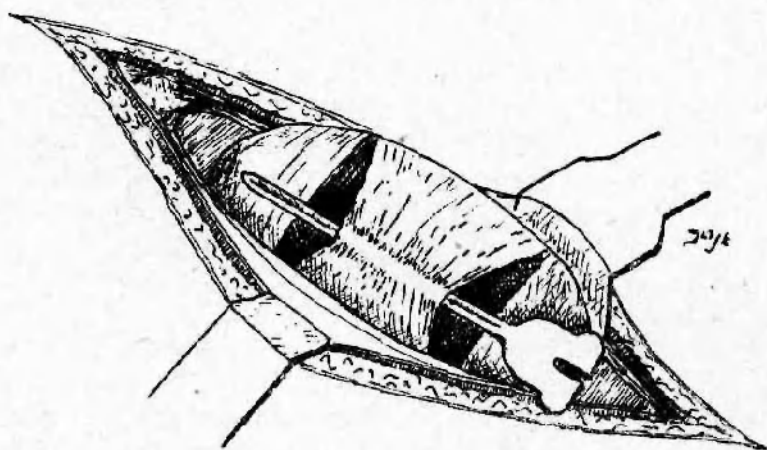


Figura 1

Riñón parcialmente exteriorizado, una sonda acanalada levanta el pasador de la cápsula propia. El labio inferior de la herida muestra en el plano profundo la aponeurosis del transverso dejada sin sombrear para que resalte sobre los elementos musculares próximos.

tiendo para este caso en particular, con la habitual modalidad de las amplias lumbotomías; anticiparé los detalles de técnica para la obtención del colgajo o Candeleta cuya implantación asegure su posterior suficiencia y nutrición. Para lo cual la sección del ligamento ilio-costal de Henle, será parcial y limitada a los fascículos superficiales que, habitualmente están reforzados por un manojito del músculo ilio-costal insertado en la cara posterior de la 12ª costilla.

Excepcionalmente habrá que prescindir de esta conducta conservadora ante el ligamento de Henle, ante las exigencias de alguna operación correctora del pedículo renal.

Procediendo en la forma antedicha, el colgajo músculo-aponeurótico requerido para suspender luego el riñón, estará constituido a expensas de la aponeurosis de inserción del transverso, substraída del labio posterior de la incisión, cuyo extremo distal corresponderá a 5 cm. aproximadamente del vértice del ángulo costo-lumbar, engrosándose a medida que se aproxima a su implantación. (Fig. N° 2).

c) *La celaa renal.* — He recordado que la grasa de Gerota facilita la separación del plano músculo-aponeurótico profundo de la pared lumbar, de la fascia u hojilla retrorrenal de Zuckerkändl; coincidiendo generalmente con un estado constitucional magro, se constatará el espesamiento fibroso de una holgada fascia con escasa cápsula adiposa que, de inmediato se desplaza acompañando al riñón u otras veces se presenta retraída sobre la posición anómala de la glándula.

Es entonces que el ayudante por maniobra transparietal anterior debe aproximar la glándula a la brecha quirúrgica lumbar, así expuesto el riñón a través de la fascia retrorrenal y puesta previamente en tensión; con la amplia incisión se aborda la vaina profunda o "cápsula adiposa propia" superpuesta al domo del riñón, donde sus trabéculas conjuntivas delgadas y frágiles se prestan muy bien a la disección, a punta de tijera. De esta manera se consigue una evaginación parcial de la glándula a través de su holgada celda; conservando las disposiciones fibrosas de la vaina profunda al polo superior, no así en la extremidad caudal donde las prolongaciones de las dos hojillas se disponen a partir del borde externo del riñón, en una celda superficial en forma de media luna en la cual se interpone el polo inferior del mismo.

d) *Exploración del uréter superior y pedículos renales.* — Con prudente y suave tracción a través del riñón parcialmente liberado, se procederá a la exploración del uréter superior y de ambos pedículos renales, control estrictamente indispensable, donde la más correcta manualidad y mejor visualización impone la elección de la vía lumbar.

Continuando la liberación del polo inferior se llega al tubérculo subhiliar y fijo por el ligamento reno-ureteral de Novarro continúa luego por la cara posterior de la hojilla perirrenal. Se prosigue con el abocamiento urétero-piélico y pedículo vascular. Las anomalías, complicaciones y sinequias retráctiles deberán ser correctamente tratadas.

Este tiempo quirúrgico, al tratamiento de las complicaciones o malformaciones concomitantes de los pedículos renales, puede requerir las pequeñas incisiones complementarias a las divulsiones de los intersticios musculares: siempre suficientes en la ptosis renal sin complicaciones.

e) *El pasador de la cápsula propia del riñón.* — A esta altura de la intervención con el riñón parcialmente exteriorizado y sostenido junto a la brecha lumbar se practicará el pasador a expensas de la cápsula fibrosa propia del órgano. Dos incisiones transversales que interesan exclusivamente a la cápsula propia, sobre el domo de dicho órgano así expuesto; circunscribiendo su borde externo y parcialmente ambas caras laterales. El pasador debe quedar implantado preferentemente sobre su mitad inferior y en forma tal, que no permita variar la dirección normal del eje mayor del riñón al ser suspendido y asegure la suficiente consistencia, para retenerlo en su posición de corrección.

Insinuada una sonda acanalada por debajo del borde inferior de la incisión de la cápsula propia, seguido de movimientos con desplazamientos laterales que la separen de la superficie cortical, se obtendrá para este pasador la luz requerida. (Fig. N° 1).

Con la extremidad de una pinza de Kocher que se desplaza a través del pasador sub-capsular, se hace presa del cabo distal de la Candeleta músculo-aponeurótica (Fig. N° 3) a continuación se retira en dirección inversa al mismo tiempo que se eleva el riñón hasta que, su mitad superior haya ganado el alero costal, manteniéndose el polo inferior en contacto con el borde externo del psoas, lo cual contribuye a su buena orientación dentro de la fosa lumbar.

Acodada ya la Candeleta sobre el pasador de la cápsula, y confirmada la posición del riñón en correcta posición, se reclina sobre la 12<sup>a</sup> costilla (Fig. N<sup>o</sup> 4)

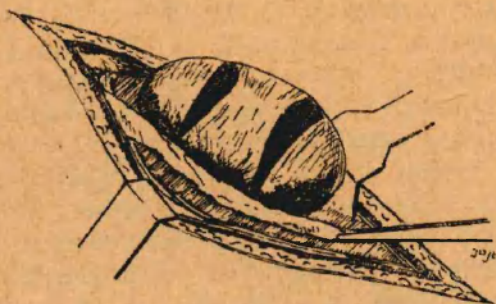


Figura 2

Muestra la vandeleta músculo-aponeurótica cuya extremidad distal está sujeta por una pinza de Kocher.

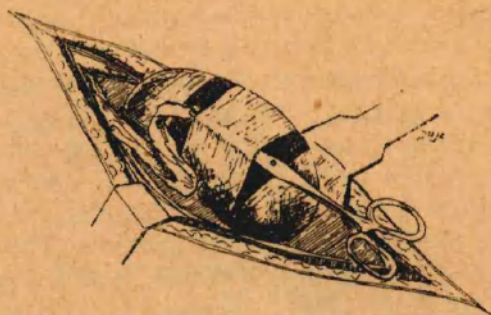


Figura 3

La pinza de Kocher por debajo del pasador sub-capsular.

fijándose con puntos de material irreabsorbible, a la inserción del ligamento de Henle y al 11<sup>o</sup> espacio intercostal. (Fig. N<sup>o</sup> 5).

Liberado y suspendido el riñón, quedan abandonados los elementos de su celda y sus respectivas fascias en la anómala posición anterior, y con ellas fusio-

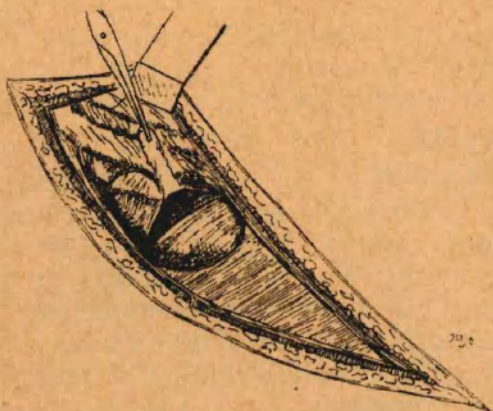


Figura 4

La Candeleta soporta a la glándula a través del pasador sub-capsular y su extremo distal se superpone a la 12<sup>a</sup> costilla.

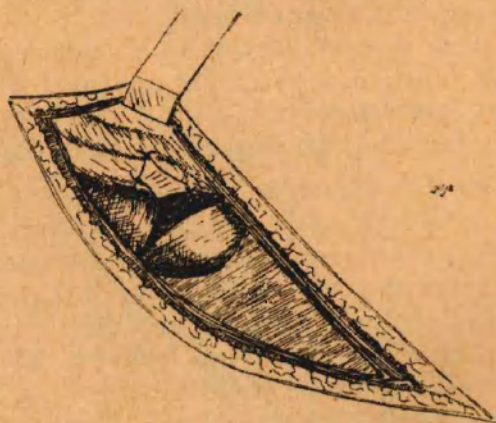


Figura 5

Con puntos de material irreabsorbible se fija la 12<sup>a</sup> costilla y el 11<sup>o</sup> espacio intercostal.

nadas las fascias de Treitz y de Toldt resultantes del adosamiento del duodeno y del colon respectivamente con el peritoneo parietal posterior.

Si bien un ligero Trendelenbug en el decúbito del post-operatorio próximo, favorece una mejor coalescencia del peritoneo a la porción costo-ílica de

la fascia lumbar y al mismo riñón fijado en la posición correcta; en ocasiones se hace difícil abstenerse a orientar dicho adosamiento con puntos que fijen la fascia retroperitoneal al cuadrado lumbar o al borde externo del psoas a través de la pseudo-aponeurosis freno-lumbo-iliaca.

Se procede luego a la colocación de un drenaje, por transfixión del labio posterior de la brecha quirúrgica, y al cierre total de la misma por planos. Teniendo presente incluir a la aponeurosis del transversario en el plano de afrontamiento de los músculos que fueron divulsionados, para el abordaje de la fosa lumbar.

---

## NOTICIAS VARIAS

La Reunión Médico-Quirúrgica Internacional. Festival del Film Médico científico en la Muestra Internacional del Arte Sanitario en la Exposición Científica y Artística, se realizará en la ciudad de Turín (Italia), del 1 al 9 de Junio de 1957.

---

ASOCIACION MEDICA ARGENTINA

## REVISTA ARGENTINA DE UROLOGIA

*Organo Oficial de la Sociedad Argentina de Urologia*

Condiciones de Suscripción por un año:

Capital e Interior .....	\$ 200 *
Exterior .....	10 dólares

\* Tarifa provisoria. Aumento supeditado a resolución de Asamblea.

---

---

### A los Autores y Casas Editoras

---

---

Anunciaremos todas las obras de las que se nos envíe un ejemplar. Se hará estudio crítico si se reciben dos ejemplares o la índole de la obra lo requiere.

Tous les ouvrages dont nous recevons un exemplaire seront annoncés dans notre revue. Si le livre possède un intérêt spécial, ou si nous en recevons deux exemplaires, nous publierons son étude critique.

All the works of which we receive a copy will be advertised in our review. If the book has a special interest or if we receive two copies of it, we will publish a critical study of the same.

Von allen eingesandten Werken wir werden Referate in unserer Monatschrift veröffentlichen. Bei Erhalt von zwei Exemplaren bringen wir eine Bersprechung, jedoch auch, mit nur ein Exemplar, wenn das Werk von grösserer Bedeutung ist.

Tutte le pubblicazione che riceveremo, saranno annunziate nella nostra rivista, ma quando ci si rimette due esemplari, o il carattere dell'opera lo richiede, scriveremo un articolo de critica.

# ASOCIACION MEDICA ARGENTINA

## Sociedad Argentina de Urología

### COMISION DIRECTIVA 1956

<i>Presidente</i> .....	Dr. Tomás Schiappapietra
<i>Vice Presidente</i> .....	» Constante Comollo
<i>Secretario</i> .....	» José Casal
<i>Tesorero</i> .....	» Oscar Garate

### PRESIDENTES DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGIA DESDE SU FUNDACION

Dr. Enrique Castaño	Dr. Alfonso von der Becke
» Gilberto Elizalde	» Enrique Castaño
» Luis Figueroa Alcorta	» Guillermo Iacapraro
» Nicolás M. Gaudino	» Rodolfo de Surra Canard
» Carlos Matla	» Miguel A. Llanos
» Antonio Montenegro	» Alberto E. García
» Angel F. Ortiz	» Roberto A. Rubí
» Luis E. Pagliere	» Armando E. Trabucco
» Arturo Serantes	» Ricardo Ercole
» Ricardo Spurr	» Armando E. Trabucco
» Gerardo Vilar	» Rodolfo I. Mathis
» Juan Salleras	» Juan Irazu
» Alejandro Astraldi	» Rodolfo González
» Ubaldo Isnardi	» Ricardo Bernardi
» Adolfo Martín López	» Alfonso Pujol
» Bernardino Maraini	» Leónidas Rebaudi
» Francisco E. Grimaldi	

## MIEMBROS HONORARIOS

Dr. Cacciatorre Claudio, Belgrano 1680  
Dr. Montenegro Antonio, Santa Fe 1206

## MIEMBROS TITULARES

Dr. Alsina Gustavo F., F. de Vittoria 2340  
Dr. Alvarez Colodrero W. J., Tucumán 843  
Dr. Arrues León, Juncal 1283  
Dr. Bernardi Ricardo, Martín García 987  
Dr. Berri Diego H., Córdoba 1807  
Dr. Bertolasi Alberto, Billinghamurst 684  
Dr. Borzone Raúl José, Cochabamba 2737.  
Dr. Brea Luis María, Tucumán 1441  
Dr. Buzzi Oscar, Juncal 1068  
Dr. Cartelli Natalio, Tucumán 863  
Dr. Casal José, Charcas 788  
Dr. Castaño Enrique, Montevideo 592  
Dr. Claret Alberto J., Pasco 79  
Dr. Comotto Constante, Arroyo 894  
Dr. Granara Costa Antonio, Junín 1127  
Dr. Dante Julio N., Pasteur 484  
Dr. Delporte Tomás, Paraguay 644, Rosario  
Dr. Derdoy Juan B., Río IV, Córdoba.  
Dr. Di Lella Pedro, Tucumán 843  
Dr. Dotta José S., Paraguay 644, Rosario  
Dr. Ercole Ricardo, Paraguay 462, Rosario  
Dr. Figueroa Alcorta Luis, Santa Fe 1380  
Dr. Firstater Mauricio, Santa Rosa 267, Córdoba  
Dr. Fonio Oscar, Entre Ríos 31, Tucumán  
Dr. Grimaldi Alfredo, Arenales 1648  
Dr. Galvez Isidoro, 11 de Septiembre 711, San Fernando  
F.C.N.G.B.M.  
Dr. Garate Oscar, Sarmiento 2226  
Dr. García Alberto E., Paraguay 1352  
Dr. Gaudino Nicolás, Callao 67  
Dr. Gazzolo Juan José, Santa Fe 3318  
Dr. Goldaracena Juan A., Juncal 841  
Dr. González Rodolfo, Av. Colón 126, Córdoba  
Dr. Gorodner José, Junín 622  
Dr. Iacapraro Guillermo, Ayacucho 360  
Dr. Irazu Juan, Carlos Calvo 618  
Dr. Larroude Juan, Santa Fe 1339  
Dr. López Adolfo Martín, Callao 611  
Dr. Márquez Fernando José, Díaz Vélez 4253  
Dr. Mathis Rodolfo I., Cangallo 2505  
Dr. Matta Carlos, Arenales 1161  
Dr. Molina Luis Raúl, Tucumán 811  
Dr. Monserrat José L., Cangallo 3780  
Dr. Ortiz Arturo B., Callao 433  
Dr. Pagliere Luis E., R. Peña 161  
Dr. Pujol Alfonso, Entre Ríos 510  
Dr. Rebaudi Leonidas, Billinghamurst 1547  
Dr. Roccatagliata Rodolfo F., R. Peña 452  
Dr. Rocchi Alberto, Ciudad de La Paz 460  
Dr. Rubi Roberto, Arenales 2468  
Dr. Sánchez Sañudo L., Gallo 1617  
Dr. Sandro Raúl E., R. Peña 95  
Dr. Schiappapietra Tomás, Díaz Vélez 4208  
Dr. Serantes Lasserre Aurelio, Solís 1361  
Dr. Surra Canard Rodolfo de, Paraná 950  
Dr. Torres Posse Pedro L., Talcahuano 638  
Dr. Trabucco Armando, Rivadavia 1917  
Dr. Vilar Gerardo, Suipacha 612  
Dr. Vilar Jorge, Paraguay 2655.



## REGLAMENTO PARA LA ADJUDICACION DE BECAS DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGIA

La Sociedad Argentina de Urología en su última sesión ordinaria del año 1956 ha resuelto crear una Comisión de carácter permanente, con el objeto de adjudicar las becas instituidas hasta el presente, actuando con función de Jurado a tal efecto.

### DEL JURADO

El Jurado deberá constituirse anualmente en la última sesión ordinaria y deberá actuar como tal en el período correspondiente al año en curso.

Estará constituido:

- a) Por el Señor Presidente de la Sociedad Argentina de Urología.
- b) Por el Señor Profesor Titular de Urología de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires.
- c) Por un miembro titular elegido en la misma sesión por el término de tres años.

El Jurado deberá llamar a concurso abierto entre los socios de la Sociedad Argentina de Urología por espacio de treinta días hábiles, estableciendo las condiciones de los mismos.

El Jurado deberá expedirse dentro de un plazo de treinta días transcurridos después de haberse cerrado el concurso.

Las decisiones del Jurado serán definitivas e inapelables. Solamente podrán ser reconsideradas por el mismo por unanimidad de votos.

El Jurado podrá ser citado para reunirse por iniciativa de cualquiera de sus miembros y las decisiones del mismo, salvo el caso de una reconsideración, deberán ser adoptadas por simple mayoría de votos.

### DEL CONCURSO

El concurso deberá permanecer abierto por espacio de los treinta días reglamentarios y habrá de dársele toda la publicidad necesaria a los efectos de que puedan participar en el mismo todos los socios en condiciones de hacerlo.

En caso de que el Jurado por simple mayoría de votos no considerare a ninguno de los concursantes en condiciones de merecer la beca en cuestión, podrá declarar desierto el concurso. En este último caso la reapertura o pos-

tergación del mismo, dependerá de la decisión que al respecto tome la Honorable Comisión Directiva de la Sociedad de Urología.

### DE LOS CONCURSANTES

A los efectos de la adjudicación de becas, instituídas o a instituirse, los participantes en el concurso abierto deberán reunir las condiciones siguientes:

Art. 1º — Ser argentino nativo o nacionalizado con menos de treinta y cinco años de edad.

Art. 2º — Poseer título de doctor en Medicina de una Universidad Nacional.

Art. 3º — Haberse dedicado a la Urología por espacio mínimo de cinco años en un Servicio de la especialidad acreditado y reconocido como tal.

Art. 4º — Ser miembro de la Sociedad Argentina de Urología con tres años de antigüedad.

Art. 5º — Al inscribirse en el concurso deberá presentar la nómina de sus antecedentes, títulos y trabajos, debidamente documentados en cuatro copias dactilografiadas, destinadas a los señores miembros del Jurado y al Archivo de la Sociedad de Urología.

Art. 6º — Deberá poseer conocimientos del idioma en el caso de una beca instituída en el extranjero. La capacitación del concursante a este respecto estará a cargo del Jurado, quien si lo considerare necesario podrá tomar una prueba en ese sentido.

Art. 7º — El candidato elegido en el curso del periodo de duración de la beca, deberá remitir trimestralmente al Jurado que lo ha elegido, un informe minucioso de la actividad desempeñada. Dicho informe, si el Jurado lo considera oportuno, podrá darse a conocer en una de las sesiones ordinarias.

Art. 8º — Al término de la función becaria, el interesado habrá de informar a su regreso al país, detallada y documentadamente sobre la actividad desarrollada en el curso de la misma, y presentar un trabajo sobre un tema de su elección que deberá ser, además, autorizado por la persona o representante de la Institución creadora de la beca. Dicho trabajo e informe habrán de ser leídos en una de las sesiones ordinarias de la Sociedad Argentina de Urología.

Art. 9º — El Jurado deberá solicitar de la persona o Institución de la cual emana la beca, un informe y juicio crítico sobre la actividad y capacitación del becario. Dicho informe podrá hacerse público si el Jurado lo considerare oportuno, y en tal caso podrá servir como antecedente personal si fuera solicitado a la Sociedad ulteriormente, con ese fin.

Art. 10º — El incumplimiento de las condiciones reglamentarias o las faltas que pudiera cometer el becario, serán informadas por el Jurado a la Asamblea, la que aplicará las sanciones correspondientes.