

LA VIA INTRA PERITONEAL PARA LA NEFRECTOMIA

Por los Dres. LEONIDAS REBAUDI, ERNESTO BARNETCHE y
A. SERGIO REBAUDI

En 1956, ingresa al Servicio de Urología del Hospital Teodoro Alvarez, N. N., de 30 años, argentino, ocupando la cama N° 4.

Sus antecedentes de tuberculosis pulmonar de hace varios años, agravan las molestias que sufre actualmente en la región lumbar derecha, con piurea y fiebre elevada. A consecuencia de estas molestias ha rebajado 10 kilos de peso. Se instituye tratamiento médico a base de estreptomycinina y nicotibina y régimen higiénico dietético.

Examinado se llega al diagnóstico de piodermitis tuberculosa derecha. El 30/1/56 se interviene con anestesia raquídea efectuándose una incisión de Israel del lado derecho. La imposibilidad de extirpar el órgano obligan a los colegas que intervienen, a efectuar una nefrostomía, colocándose dos grandes sondas Pezzer en la cavidad renal.

En realidad hasta ahora no es más que la relación infortunada de un caso clínico, caso difícil por cierto en que dos colegas duchos en las lides quirúrgicas habían fracasado en el intento de extraer el órgano por la vía lumbar de Israel.

La perinefritis tuberculosa complicada con la adición de otros microbios piógenos, había transformado el todo en un enorme tumor pétreo que por arriba se perdía debajo de la parrilla costal y por debajo, llegaba a dos traveses de dedo del hueso iliaco. Tumor inmóvil, adherido, cruzado por la cicatriz de la incisión de Israel, dejaba ver en su parte media, el orificio rezumante del drenaje.

El enfermo no se recuperaba en forma completa debido posiblemente al drenaje insuficiente de esa enorme masa piógena.

Tres puntos debían tomarse especialmente en cuenta al enfocar este caso bajo el punto de vista quirúrgico:

1° — El estado general del paciente. 2° — La infección sobreagregada que complicaba su lesión tuberculosa y 3° — El estado local.

El estado general del paciente no era en manera alguna brillante. Minado por una tuberculosis que había impreso en el organismo sus rasgos característicos, habiase complicado con el agregado de una infección piógena. Esta infección había escapado a los límites que le impone la cápsula propia del riñón, infectado la grasa perirenal y había adherido el órgano a las vísceras contiguas.

El estado local permite ver la incisión de Israel con su enorme orificio por donde sale el drenaje por el cual mana abundante pus amarillo verdoso y maloliente, rodeado de zonas escariadas y sangrantes.

El estado psíquico empobrecido muestra un enfermo deprimido y apático.

Esta era la situación que había que resolver. Nos pareció que al insistir en la vía lumbar era despreciar las dificultades que detuvieron a los colegas que habían actuado anteriormente. Nos pareció que la llegada al pedículo iba a estar enormemente dificultada. Intuimos la posibilidad de adherencias con los otros órganos y la labor que significaría liberarlos y alentados por las ventajas que en este caso significaba la ligadura previa del pedículo, tanto en lo que respecta al control de la hemorragia como a la diseminación piógena por el manoseo quirúrgico del órgano, es que nos resolvimos por la vía intraperitoneal como tiempo previo a la ectomía del riñón, y estando así las cosas, nos resolvimos por la intraperitoneal empleando la incisión de Terrier o de Hofman, que poca diferencia existe entre ellas, en cuanto a su expresión exterior y la elegimos también porque en el caso de dificultad, hubiéramos podido agrandar el campo operatorio con la prolongación lateral al modo de Hartman, sobre todo porque ello permite una buena extraperitonealización, nada despreciable en este caso.

El 4/5/1956, se interviene realizando la operación planeada anteriormente.

Se abre la gran cavidad y se llega al peritoneo parietal posterior, desinsertando el ángulo coiohepático. Se ven con facilidad los vasos renales, se los liga, se libera la masa tumo-

ral, se sutura el peritoneo, se extraperitonealiza y se aborda el tumor extrayéndolo fuera del peritoneo. Se coloca drenaje y se cierra la pared por planos con material no reabsorbible.

El enfermo es dado de alta al mes de la operación en perfectas condiciones.

El 16/8/1956, ingresa nuevamente con un ataque de asma, luego aparece un cólico nefrítico renal izquierdo, con abundante piurea, y entra súbitamente en anurea que dura tres días. La urea en sangre se eleva a 1 gr. y $\frac{1}{2}$. Se coloca entonces sonda ureteral del lado izquierdo para drenar el riñón del mismo lado y por esta sonda, evacúa abundante orina purulenta. Poco a poco el enfermo mejora.

Dos días más tarde es examinado por el especialista otorrinolaringólogo por un dolor de garganta y una afonía, comprobándose la existencia de una lesión tuberculosa de garganta.

Se trata con estreptomocina y nicotibina, mejorando rápidamente. En este lapso aparece una fistula purulenta en la región lumbar del lado derecho.

El 17/11/56, es operado por vía lumbar, efectuándose la fistulectomía que tiene origen en el muñón ureteral, reseccándose casi todo el uréter. Se continúa el tratamiento clínico y el enfermo es dado de alta, el 28/5/57 completamente recuperado.

La otra comunicación argentina sobre el tema es del Dr. Bernardi del año 1951.

Nosotros no tememos, pero respetamos al peritoneo, tal cual lo hace el cirujano cuando toma todas las precauciones ya clásicas en las intervenciones dentro de la gran cavidad. Creemos que el basarse en los antibióticos para justificar su audacia constituye un grave error. Si un antibiótico es eficaz en el preoperatorio, puede no serlo por lo menos en la medida de lo necesario en el postoperatorio inmediato, porque la operación modifica no sólo el estado general y local, sino que también el humoral sufre su influencia. De ahí que si bien el resultado del tratamiento con antibióticos puede ser eficaz, antes de la operación, no debe por ello inducirse lo mismo en el postoperatorio, sobre todo en el postoperatorio inmediato, que es lo que más interesa. Luego el cirujano, al rodearse de las precauciones ya clásicas en las intervenciones dentro de la cavidad peritoneal, realiza una medida inteligente y de gran trascendencia y he aquí quizás uno de los hechos que diferencian en forma cortante a las operaciones por ambas vías. Pero también es indiscutiblemente cierto que algunas veces, como en este caso, se impone la vía intraperitoneal, ya sea pura o combinada. Por otra parte, la habilidad de un cirujano puede sorprendernos, como lo hace un prestidigitador con su destreza, y realizar actos que para los otros les está vedado, pero no constituye lo que antecede un justificativo de valor en cirugía. Una técnica operatoria para ser universal debe ser simplificada al máximo, debe ser, en una palabra, accesible a todo cirujano y debe, sobre todo, garantizar al enfermo de todas las complicaciones posibles. Y esto hace que el cirujano, ante las circunstancias tan polimorfas y cambiantes que le imponen las afecciones quirúrgicas del riñón, no deba aferrarse a una técnica, ya se llame ésta intra o extraperitoneal.

La verdad está en el todo, decía Heguel; vale ello decir que el cirujano debe conocer y practicar todas las vías de acceso al riñón y ajustar la técnica al enfermo y no el enfermo a la técnica.

En nuestro Servicio se han realizado desde la incisión económica de Ercole hasta la abdómino-torácica, y como se ve en este caso, la vía peritoneal combinada, ajustándonos, como decía anteriormente, a las necesidades del enfermo.

Se ha insistido en que utilizando la vía intraperitoneal se hacía posible el actuar sobre otros órganos fuera del riñón. Nadie podrá negarle esa cualidad a la vía abdómino-torácica, que en este sentido es más universal que la vía peritoneal pura, y por otra parte, uno de nosotros ha realizado la extirpa-

ción de la vesícula biliar llena de cálculos en un enfermo en quien se había efectuado una incisión de Pflaumer para tratar una litiasis renal.

En general, nosotros los urólogos hemos quedado fieles a la vía lumbar, utilizando sus variadas incisiones según las necesidades del enfermo. Creemos que abordamos en este caso más directamente al órgano enfermo, sin complicar a otros indemnes de afección alguna. Un cierre perfecto de la herida nos salva de la tan temida eventración. La incisión abdómino-torácica ha sido la excepción; en cuanto a la vía peritoneal, ya sea pura o combinada, tiene entre nosotros, como en el caso relatado anteriormente, su justa indicación, como así las muy variadas incisiones extraperitoneales, a la mayoría de las cuales les reconocemos su indicación precisa. Esta es nuestra posición.

Con un poco de temor es que abordamos este tema, trillado ya en los primeros meses de este año en la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires. Especialistas de renombre enfocaron el capítulo de la vía intraperitoneal en el abordaje de las afecciones quirúrgicas del riñón. El Dr. Pagliere, con la elocuencia con que sólo él sabe hacerlo, lanzó sobre el tapete su enorme experiencia y defendió con entusiasmo la ya clásica vía lumbar.

Las respuestas no se dejaron esperar y verdaderos maestros de la esgrima verbal lanzaron sus estocadas a fondo en defensa de su niña mimada, la vía intraperitoneal.

Me ha parecido que nosotros los urólogos no podíamos dejar pasar la ocasión de hacer sentir nuestra manera de ver los hechos, provocar la discusión por ese medio y recoger la experiencia ajena para aumentar nuestro acervo científico, para que aún aquellos que peinamos canas podamos aprender, porque con el correr de los años sabemos que no sabemos, que ya es mucho saber.

Dr. Irazú. — A los interesantes conceptos vertidos por el doctor Rebaudi sobre las técnicas de extirpación del riñón en caso de riñones tumorales, es indudable que hay una vía que es, la por todos conocida, la vía lumbar de Bazy a la que se le puede dar el carácter de una vía más amplia. Me refiero a una amplia incisión lumbar, abordar el peritoneo y hacer una verdadera vía más amplia. Esa circunstancia se me ha presentado en diversas oportunidades y no he tenido ninguna dificultad en extirpar un riñón que, por otras técnicas, tendría que haberlo sido por la vía intraperitoneal.

Dr. Schiappapietra. — Quiero felicitar al doctor Rebaudi por la forma inteligente en que ha llevado a cabo la solución del problema.

Sr. Presidente (Dr. Comotto). — Nos solidarizamos con los conceptos del doctor Schiappapietra por su labor.
