

# NEFRECTOMIA, ACCIDENTE OPERATORIO

Por el Dr. A. SERGIO REBAUDI

*Historia clínica:* N.N. Edad 40 años. Estado Civil: Casado. Profesión: peón.

Ingresa a nuestros servicios presentando como antecedentes personales: Apendicectomía, congestión pulmonar e hipertensión arterial.

*Enfermedad actual:* Tres meses antes de concurrir a la consulta, al hacer un esfuerzo siente dolor en la región lumbar derecha, acompañado de hematuria que cede espontáneamente.

Los dolores lumbares continuaron presentándose en forma esporádica acompañados de orina turbia. Desde hace unos 20 días se palpa el mismo, en el flanco derecho una tumoración que va aumentando día a día; el dolor lumbar se intensifica acompañado de fiebre y orina turbia.

*Estado actual:* Dolor lumbar derecho, a la palpación se nota tumoración fija dura que toma flanco y fosa ilíaca derecha y tiene contacto lumbar.

*Radiografías:* La simple permite observar gran tumoración renal derecha con una calcificación en polo superior, borramiento del psoas, descenso del ángulo colohéptico. En la pielografía a los 5 minutos se observa calices y pelvis de riñón izquierdo, el riñón derecho insinúa una eliminación; a los 15 minutos en posición de Trendelenburg se ve eliminar el riñón derecho, la calcificación corresponde al calice superior. Estando estos aplastados y deformados; riñón izquierdo se ve perfectamente lo mismo que su ureter; a los 25 minutos de pie se ve el riñón derecho retardo eliminatorio con el ureter ligeramente dilatado y rechazado contra la columna fijo en la misma posición; el riñón izquierdo ya ha eliminado casi toda la sustancia observándose una buena movilización.

*Presión arterial:* Máxima 18, mínima 10; Electrocardiograma y análisis de sangre normal, Eritro elevada, Hepatograma negativo; análisis de orina presenta albúmina, hematíes, pirocitos y leucocitos. Densidad 1012.

Con diagnóstico de tumor renal, se prepara para operar.

*Operación:* Cirujano: S. Sergio Rebaudi; Ayudantes: Dres. J. Márquez Bustos y Carlos Guídice; Anestesia: General administrada por el Dr. Usuriaga.

Se efectúa incisión de Pflaumer, se reseca la undécima costilla y llegado a la fosa renal se observa gran tumoración de polo inferior de riñón, fija por grandes adherencias. Se comienza liberando el polo superior, donde se abre involuntariamente la pleura se colocan puntos de sutura, se liga la arteria y vena renal. El polo inferior esta íntimamente adherido al peritoneo que se desgarrar, aprovechando para separarlo del ciego al que está también adherido.

Para efectuar esto se prolonga la incisión hasta la línea media, ligándose la epigástrica.

Llegado a este punto se comprueba que la vena cava inferior también está adherida, al comenzar a liberarla se desgarrar llenándose el campo de sangre con el ruido característico de una canilla abierta.

Se tapona rápidamente con gasa se libera el riñón extrayéndose previa ligadura del uréter que estaba rechazado hacia la línea media.

Mientras tanto notaba como el anestesista y el equipo de transfusión se movían rápidamente para levantar el estado general del paciente.

La presión había caído a 0 mm Hg no se palpa pulso radial ni carotideo la palidez era intensa.

Se canalizaron 2 venas en la pierna pasando por ellas en 15 minutos 2,500 cm<sup>2</sup> de sangre, 2 grs. de gluconato de calcio al 10%. Levofed 2 ampollas y Cedilanid 1 ampolla y ½ en 500 cc de dextrosa al 10%; Sincortil 1 ampolla, Totacortex 2 ampollas; Sinkavit 2 ampollas y Redoxón 1 gr.

Extraído el riñón y más tranquilos mientras se realizaban las medicaciones descriptas, se saca el tapón de gasa y se efectúa presión digital de la vena cava; se comprueban

2 desgarros: 1 en la pared lateral de 1 centímetros y otro en la pared posterior de 3 centímetros; se intenta la sutura pero no se puede efectuarla pues hubiera sido necesario movilizarla corriendo el riesgo de romper las venas lumbares que desembocan a esa altura. Además el Estado General del enfermo no permitía perder minutos efectuando una plástica o sutura de la pared venosa.

Se decide efectuar la ligadura de la cava; para ello se pasan 2 ligaduras por debajo y



2 por encima del desgarro con catgut 3 simple que se encontraba en ese momento sobre la mesa.

Luego se sutura en un solo plano dejando drenaje y un pequeño taponaje de la cavidad, aunque ésta no sangraba.

Las indicaciones para ligar la vena cava inferior están dadas por:

- 1) Embolias pulmonares.
- 2) Infarto masivo con origen obscuro de embolia.
- 3) Trombosis ascendente de extremidades inferiores por encima del conducto inguinal con embolia.
- 4) Como profilaxis durante la exploración abdominal por alguna condición primaria.
- 5) Tromboflebitis pélvica séptica.
- 6) Embolia en la cual los anticoagulantes están contraindicados.
- 7) Insuficiencia cardíaca.
- 8) Lesión Accidental de la vena cava inferior.

Si nos remontamos a los primeros resultados de ligadura de la vena cava inferior por accidente quirúrgico, veremos que ya Haller en 1756 demostró la circulación colateral en casos de trombosis de la vena cava inferior.

Kocher fué el primero en ligar la vena cava inferior por trauma quirúrgico en 1883; Billroth repitió este procedimiento en 1885 ambas operaciones fueron fatales.

El primer éxito con ligadura por trauma se lo acreditan a Bottini, relatado por Costa en 1921 en el Journal Italiano de Cirugía.

Trendelenburg ligó 2 venas cavas en 1906 y una tercera en 1910, las tres por tromboflebitis con septicemia.

Pfaff insistió en 1926 que era más seguro ligar la vena cava inferior por debajo de las venas renales que intentar repararlas.

El concepto de que evitara la embolia por ligadura fué sugerido por Homans en 1934. Desde este trabajo la ligadura ha tenido un papel prominente en el tratamiento de las enfermedades tromboembólicas o severas infecciones pélvicas.

Las lesiones de la vena cava inferior relatadas en los últimos 25 años han sido en su mayoría tratadas exitosamente por suturas o clamps curvos dejados en el sitio durante 5 o 7 días.

Hyman y Leiter acreditan a Walsefied y Mayo una colección de 19 casos de ligadura de la vena cava inferior. Cinco de estos pacientes murieron y de los 14 restantes, 8 tuvieron edemas de piernas, en 5 de los cuales persistió; esto indica que los canales venosos colaterales son más adecuados en algunos individuos que en otros.

Walter y Priestly encontraron en sus trabajos experimentales en animales que la vena cava podía ser abierta y cerrada con suturas o clamps sin evidencia de trombosis extensa; en todos los animales hubo un lumen satisfactorio después de 4 semanas no hubo infarto ni embolias pulmonares. Ellos relataron 4 casos de suturas exitosas de la vena cava durante nefrectomía.

Pfaff a quien se refiere el Dr. Bolman y Lloyd en su informe, coleccionó 37 casos de la literatura, 19 de éstos se hizo la ligadura total con 6 muertes.

El ligado lateral fué hecho en 7 pacientes con 2 muertes y 1 paciente cuya herida fué taponada, también murió; 5 pacientes en quienes la vena fué suturada y 6 en quienes la herida fué tratada con fórceps, se recobraron.

La presión de la vena cava es baja y la hemorragia puede ser rápidamente controlada por presión digital o la aplicación temporaria de parafina o clamps recubiertos de goma mientras se sutura la laceración o se acercan los bordes con fórceps curvos.

Con los métodos modernos para mantener el paciente, el tiempo es rara vez un factor importante. Los clamps pueden aplicarse con la misma rapidez que una ligadura, su única desventaja es la incomodidad para el paciente en los primeros días de convalecencia.

Nadie se ha referido a la hemorragia secundaria en el momento de quitar los clamps, hecho bastante significativo; lo más probable es que nadie se atreva a relatar sus fracasos o simplemente no desean aportar un caso más a la casuística.

He visto a mi padre dejar en una oportunidad un clamp, retirado a los 6 días con el consiguiente suspenso, no se produjo la hemorragia secundaria y el paciente se recuperó; también en otra oportunidad vi como suturaba la vena cava inferior y el paciente también se recuperó, pero nunca le había visto ligar la vena cava inferior.

La ligadura de la vena cava por accidente quirúrgico debe efectuarse cuando:

- 1) Por falta de ayuda adecuada
- 2) Por escasez de campo
- 3) Por laceración muy extensa
- 4) Por hemorragia profusa
- 5) Porque el tiempo sea factor vital para el paciente.

Analizando estos puntos diré:

- 1) Por falta de ayuda adecuada: tenía dos ayudantes excelentes y que nos entendemos a la perfección por las múltiples operaciones que realizamos juntos, el anestesista sabe llevar cualquier anestesia y tratar casos como éste.
- 2) Por escasez de campo: La herida operatoria era amplia, hubiese podido suturar la herida lateral pero no la posterior, pues para tener campo, hubiese tenido que movilizar la vena cava con la pérdida de tiempo que eso demanda y con el peligro de desgarrar las venas lumbares.
- 3) Por laceración muy extensa: Tenía 2 laceraciones, una de 1 cm. en la pared lateral y otra muy amplia de unos 3 cm. en la pared posterior.
- 4) Por hemorragia profusa: La hemorragia fué muy grande en el momento de la rotura.
- 5) Porque el tiempo sea factor vital para el paciente: La presión arterial como he relatado, cayó a 0 y no había pulso radial ni carotideo como ustedes se imaginan, tenía en la mesa de operaciones, un cadáver más que un paciente y cualquier demora resultaría fatal.

Volviendo a nuestro caso en el postoperatorio se lo medicó con 1500 c. de Dextrosa al 5%, con 3.000 mms. de vitamina C, antitóxicos hepáticos y antibióticos.

Al día siguiente no había edemas de miembros inferiores y lo único que molestaba algo al paciente, eran algunos accesos de tos atribuibles al desgarro pleural.

Al 4º día se saca el tapón de gasa y desaparece la tos, una radiografía de tórax deja ver el seno costo diafragmático derecho velado, también se comprueba ligero edema sacro.

Al 8º día se levanta observándose edemas de miembros inferiores, se sacan los puntos y se indica continuar guardando cama en posición horizontal.

A los 15 días de la operación, los edemas han casi desaparecido, levantándose el enfermo a ratos.

A los 20 días se da de alta de la internación en perfecto estado general y muy poco edema de miembros inferiores que llega a tercio inferior de piernas.

El estudio anatomopatológico realizado por el Dr. Montserrat dice: Hematoma Perirrenal intracapsular de riñón. Tuberculosis úlcero-caseosa de parénquima renal; en zonas calcificadas.

A los 6 meses de la intervención se cita al enfermo, había aumentado once kilos de peso y la única alteración que presenta, es edema en pierna y muslo izquierdos con una lesión ulcerosa en la pierna y de evolución torpida.

Se decide sacar una cavografía, para eso se recurre al Dr. Mercado especialista en afecciones cardiovasculares, que punza directamente la vena femoral

derecha a la altura del triángulo de Scarpa, inyectando 10 cc. de contraxine al 80%.

En la radiografía se observa la aguja en la vena femoral que está rellena de sustancia opaca y la vena iliaca donde parten 2 venas profundas que se anastomosan luego a la cava por arriba de la ligadura.

En una nueva radiografía observamos la vena femoral, la iliaca y una anastomosis con las venas vertebrales; también podemos observar como el riñón izquierdo está eliminado la primera dosis de contraxine.

Como cirujano joven y de experiencia reducida, desearía que los señores colegas aquí presentes diesen su opinión, no sobre este caso en particular que se resolvió exitosamente, sino acerca de su experiencia personal para que de presentarse un caso similar, pueda contar con vuestra experiencia junto con la mía.

#### DISCUSION

*Dr. Alvariñas.* — Hace un tiempo intervine en una nefrectomía, donde la ligadura de la vena cava se realizó de elección, no por accidente. Se trataba de un hipernefroma que englobaba la vena cava y la disección se llevó hasta la adventicia de la aorta incluyendo la tumoración y la vena cava. En este caso, la ligadura subdiafragmática de la cava, a nivel de la bifurcación, se hizo de elección, sin problema.

*Dr. Delporte.* — Deseo felicitar al comunicante ante el éxito obtenido frente a un problema de esta índole, que no deja de ser serio, y de no haber tomado las medidas necesarias hubieran llevado a un final desagradable.

Ant tumores de este tamaño y pensando en la posibilidad de una neoplasia, nosotros estamos embarcados en la vía toraco-abdominal, la que brinda un campo de excepción, con la que se domina perfectamente todas las contingencias posibles. Es completamente visible todo el sistema vascular, las arterias renales, la vena cava y es posible efectuar una liberación del proceso tumoral de las adherencias que en este caso, tenía la cava.

Además, en estos problemas es de utilidad disponer de los elementos adecuados y de un instrumental útil para estos casos: son los clamps de Pots y las pinzas de Satinsky, porque en un proceso en que se deba intervenir o entrar a cava, como tuvimos oportunidad de hacerlo en una oportunidad con el doctor Dotta en un enfermo con neoplasia de riñón, con un gran trombo, se abrió la cava, se colocaron los clamps de Pots y las pinzas de Satinsky, se abrió la cava y se pudo suturar sin inconvenientes. Si se hubiera dispuesto de los elementos necesarios, con esos instrumentos hubiera sido posible efectuar la sutura de la vena cava.

Aquí el problema era más complejo porque existían dos desgarros: uno, en cara lateral y otro, en posterior. El de cara lateral, se hubiera solucionado pero de más difícil solución hubiera sido el de cara posterior.

Quiero destacar el valor de estos instrumentos para contingencias de esta naturaleza.

*Dr. Ortiz.* — Hace varios años, el doctor Castaño, jefe de la sala del Hospital Rawson en una nefrectomía tuvo el mismo accidente que se le presentó al doctor Rebaudi y lo solucionó en la misma forma, quedando únicamente un edema de miembros inferiores.

*Dr. Schiappapietra.* — Nosotros, esquemáticamente, tenemos la pinza de Satinsky en la caja de cirugía de riñón.

A comienzos de este año operé a un enfermo que tuvo que llegar a la nefrectomía como consecuencia de un proceso flemonoso que no fue drenado. Ese flemón había ligado la periureteritis a la vena cava. Al practicar la disección se hizo un gran desgarro, y no a la altura lumbar, sino más abajo, en la parte terminal, al extremo que la exposición no permitía la colocación de la pinza de Satinsky para proceder a la sutura. Coloqué dos grandes clamps y efectué la sutura. Llamó la atención el edema.

Otro caso fue un desgarro quirúrgico donde se aplicó la pinza de Satinsky; la sutura fue perfecta y la secuela en el miembro inferior fue mucho menor.

Y en un tercer caso, de embolia en la vena cava, se extrajo el émbolo haciendo la hemostasia con clamp blando y luego, colocada la pinza de Satinsky, se procedió a la sutura. Ese enfermo falleció hace pocos días con metástasis.

*Dr. Rebaudi S.* — En realidad, no contaba con la pinza de Satinsky ni con clamps recubiertos de goma.

En ese momento, lo primero que atiné a hacer fue colocar el tapón de gasa y al observar las desgarraduras, debí ligar.

El doctor Mercado está siguiendo la evolución de este enfermo para ver si se puede realizar una plástica de la vena cava. En una próxima reunión, de ser posible, traeré las placas radiográficas de este paciente.

# Sociedad Argentina de Urología

5ª Sesión científica ordinaria — 25 de agosto de 1960

*Presidente:*.... Dr. Luis María Brea

*Secretario:*.... Dr. Juan A. Goldaracena

---

## PALABRAS DEL DR. ENRIQUE CASTAÑO

Festejamos en esta reunión los 37 años de la fundación de la Sociedad Argentina de Urología y su actual Presidente, el Dr. Brea, ha tenido la idea de nombrar miembros honorarios a sus socios fundadores. En nombre de ellos y en el mío propio agradezco el alto honor que significa otorgarnos esta gran distinción.

En el año 1922 los Doctores Angel Ortiz, Carlos Matta y yo nos reuníamos con el objeto de cambiar ideas a fin de constituir una Sociedad Argentina de Urología, similar a la francesa, considerando que el número de urólogos era bastante numeroso y se podría así unirnos a todos para darle un mayor impulso a la Urología Argentina.

Con ese fin presentamos a la Asociación Médica Argentina una solicitud con 15 firmas pidiendo la constitución de dicha filial. Desgraciadamente ese documento se ha extraviado. La Asociación Médica hizo lugar al mencionado pedido y el 2 de Mayo de 1923 el entonces Presidente Dr. Bonorino Udaondo, llamó a una reunión para constituir la Sociedad y elegir las primeras autoridades.

Previa votación fué elegido Presidente el Dr. Angel Ortiz, Vice-Presidente el Dr. Carlos Matta y Secretario el Dr. Castaño, y en ese orden, ocuparon después las tres primeras Presidencias.

El 24 de julio de ese año tiene lugar la primera sesión preparatoria con 17 miembros presentes y, antes de hacerse cargo de la Presidencia, el Doctor Ortiz propuso el nombramiento de los dos primeros miembros honorarios, los Doctores Alberto Castaño y Pedro Bénédict. En seguida el Dr. Ortiz, en su discurso de toma de posesión, pronunció unas palabras de las cuales quiero recordar el siguiente párrafo: "Somos ya muchos y sólo falta asociarnos para conocernos bien sobre todo y ser tolerantes si deseamos ver crecer la Urología Argentina no olvidando la unidad del organismo humano al especializarse. Trabajemos por ella con ahinco y trabajemos unidos".

Señores, estos deseos de su primer Presidente han sido cumplidos. La Sociedad Argentina de Urología ocupa hoy un lugar prominente entre sus similares de América. Sus trabajos han sido difundidos en toda la América Latina.

Al principio estos trabajos fueron publicados en la revista que se llamaba de Especialidades, publicada por la Asociación Médica.

En el mes de Septiembre de 1932 bajo la Presidencia del Doctor Arturo Serantes, se convoca a la Sociedad para una Asamblea Extraordinaria con el objeto de modificar sus estatutos y crear la Revista Argentina de Urología, dependiente exclusivamente de dicha Sociedad, revista que se ha publicado con toda puntualidad y donde pueden leerse todos los trabajos y adelantos de la Urología Argentina.

La Sociedad de Urología ha invitado a los Urólogos más eminentes del mundo. Quiero recordar algunos de ellos: El Dr. Stutzin, Legueu, Marion, Lichtemberg, Lowsley, Ritter, Caporale, Fey, Puigvert-Gorro, Díaz Muñoz y otros.

En los primeros años se realizaron jornadas urológicas en diversas provincias con el objeto de que los urólogos del interior pudieran presentar sus trabajos y discutirlos.

En 1954 dichas jornadas se transformaron en Congresos Internos con la concurrencia de eminentes Urólogos del extranjero, teniendo en algunas oportunidades por asiento las provincias. Fueron muy importantes, como esperamos lo será el que va a realizarse el mes próximo en Rosario con la concurrencia de cuatro grandes Urólogos europeos.

Quiero recordar también que en el mes de Agosto de 1935 fuimos invitados al primer Congreso Brasileño de Urología que fué todo un éxito. En la sesión de clausura, el Dr. Astraldi propuso la creación de la Confederación Americana de Urología, la que organizaría Congresos bianuales en los diversos países de América. Esta iniciativa fué aprobada por unanimidad y así fué como nuestra Sociedad pudo organizar el primer Congreso Argentino de Urología y segundo Panamericano en 1937 con la Presidencia del Dr. Maraini y con la concurrencia de casi todos los más eminentes Urólogos mundiales. Estos Congresos se han realizado también en otros países hasta que en 1956 le correspondió nuevamente a la Argentina organizar, creo, al 6º Congreso Panamericano con la Presidencia del Dr. Alberto García y cuyas sesiones se efectuaron en Mar del Plata con más de 300 adherentes.

Como ustedes ven, señores, la Sociedad Argentina de Urología ha tratado siempre de superarse y poder estar así a la par de sus similares en el mundo. Su revista es difundida por toda América Latina y por Europa y son miembros honorarios de nuestra Sociedad los Urólogos más eminentes del mundo.

El Dr. Brea me preguntaba si los deseos y aspiraciones de sus fundadores habían sido cumplidos. Pues bien, sí señores, esas aspiraciones han sido no sólo cumplidas, sino superadas, ya que sus diversos Presidentes han tratado siempre de aportar innovaciones y se ha mantenido muy elevado el número de sus socios activos entre los que se cuentan casi todos los Urólogos del país.

Sólo me resta pedir a las futuras autoridades que dediquen a esta Sociedad todos sus afanes e inquietudes científicas en bien de la Urología Argentina y hago votos para que la Sociedad Argentina de Urología se mantenga siempre a la vanguardia de sus similares de América.

Los que vamos dejando a las nuevas generaciones la prosecución de una tarea que ha sido fecunda en resultados, confiamos en que la nostalgia de nuestros viejos tiempos pasados sea superada por el aporte de renovada energía juvenil para gloria de la Ciencia y de la Patria.