

PIELONEFROSTOMIA - RUPTURA DE PELVIS

SU REPARACION CON UNA TECNICA ESPECIAL

(Comunicación)

Por los Doctores

RICARDO BERNARDI, O. CANDIA y R. DELLA PICCA

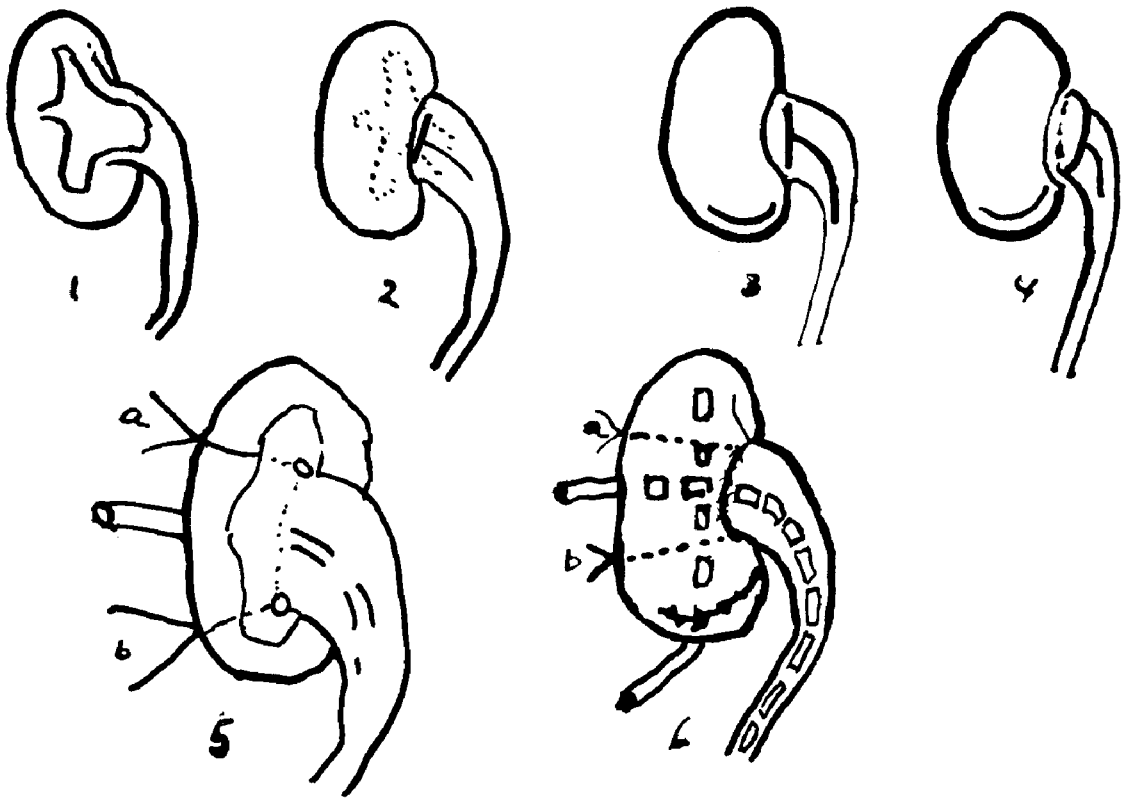
Presentaremos brevemente esta rara complicación intraoperatoria de desgarro total o intrasinusal de la pelvis y el feliz resultado obtenido con una táctica quirúrgica, que se nos ocurrió de inmediato, con el objeto de solucionarlo.

Como consideramos que un hecho tan insólito, puede presentarse también a los estimados colegas, relataremos sucintamente el criterio seguido en esta grave emergencia.

Se trataba de A. E., una paciente de 38 años, portadora de una litiasis coraliforme derecha, dolorosa, ligeramete febril, acompañada de discreta piuria y hematuria.

Decidida su intervención, se le practicó una lumbotomía con incisión de Pflaumer, observándose el riñón con una intensa perinefritis extendida hasta el hilio. Se libera cuidadosamente la pelvis y se incinde en forma de T., como muestra el dibujo, con el objeto de extirpar el cálculo, dada la gran masa de parénquima renal en buen estado de conservación; se trata de facilitar la extracción con otra incisión sobre el borde interno del polo inferior, de acuerdo a la misma figura.

Como la pelvis había quedado suspendida solamente por su cara posterior y dada su gran friabilidad, se desgarra totalmente, en su porción intrasinusal, al realizar las maniobras de extracción del gran cálculo, sin que reste un borde intrasinusal que ofrezca garantías para una sutura de reparación. Se aprovecha esta desgraciada circunstancia para extraer con más facilidad el cálculo coraliforme y pequeñas concreciones de los cálices, efectuándose un suave raspado del fondo de los mismos y un prolijo lavado. A continuación se coloca un tubo fenestrado que sale por el polo inferior del riñón y a través de un ojal por la pared anterolateral del abdomen y otro tubo urétero-nefrostómico transversal como lo muestran las figuras. En vista de la peligrosa vecindad de los vasos del pedículo y de la profundidad del desgarro, resolvimos colocar unos simples puntos de unión en la parte anterior y 2 puntos capitales (a y b) según nuestro criterio,* tomando los extremos superior e inferior de la pelvis, atravesando mediante agujas de costurera perpendicularmente el parénquima anudándose en el borde externo del riñón como lo muestran las figuras 5 y 6; fijación del riñón con un punto polar transparenquimatoso y cierre de la herida



A los 15 días, se le retira el drenaje vertical y a los 20, el tubo urétero-nefrostómico reemplazándose con un cateter como se observa en una de las radiografías. Al mes, se le practica a través del cateter la pielografía adjunta y a los 45 días de la operación es dada de alta en buenas condiciones locales y generales, salvo una discreta piuria.

La enferma concurre al Servicio 2 meses después de su alta con buen aspecto general y sin molestias urinarias por lo que le proponemos un nuevo estudio radiográfico con el objeto de observar el estado de la glándula.

No concurre más al hospital y hace 2 meses, a los 3 años de la operación, con motivo de realizar esta presentación, nos enteramos que la enferma había partido al interior del país, sin dar ninguna referencia.

De todas maneras, consideramos que si a los 3 meses de operada, no acusaba ninguna molestia, podría estimarse como satisfactorio el resultado obtenido con esta técnica, aunque hubiéramos deseado tener un control radiográfico alejado, lo mismo que poder presentarla a ustedes.

Sin embargo, estamos satisfechos de haber logrado la solución inmediata de tan rara complicación operatoria.

PSEUDO - CAVERNA RENAL

Por el Dr. OSCAR J. VAMPA

El día 23 de agosto de 1963 se presenta en mi consultorio el señor F. P., argentino, casado, de 49 años de edad, quien refiere que hace 20 días, al estar trabajando, siente un fuerte dolor en la región lumbar izquierda con irradiación hacia el abdomen y testículo de ese lado. El dolor se acompaña de cierta dificultad en la micción y a la hora más o menos aparece una hematuria con pequeños coágulos. El cuadro se completa además con náuseas y vómitos. El enfermo venía munido de un estudio urográfico con el diagnóstico de tumor de riñón para ser operado.

El enfermo es tratado como si fuera un cólico renal. A los cinco días cede totalmente el dolor y la hematuria macroscópica.

Al interrogatorio, el enfermo refiere que hasta el momento del ataque se hallaba en perfecto estado de salud, no teniendo antecedentes urológicos anteriores. Tenía frecuentes cuadros de bronquitis con tos, expectoración y dolores torácicos y lumbares —que el enfermo atribuye al cigarrillo— y que le obligan a guardar cama.

Los antecedentes hereditarios y familiares carecen de importancia.

El profesional que lo atendió en aquella oportunidad le envía un urograma de excreción, en el cual no se visualizaba bien el cáliz superior del riñón izquierdo (Fig. 1), por lo cual le practican un retroneumoperitoneo y una pielografía ascendente; en esta placa (Fig. 2) se observaba una imagen redondeada, como excavada en pleno parénquima renal, y de situación paracalicial superior izquierda.

Con esos elementos se interna en el Hospital Italiano de La Plata.

Se le practican los análisis clínicos de rutina, los cuales arrojan solamente las siguientes anormalidades: 1) discreto aumento del Índice de Katz: 20 mm.; 2) linfocitosis de 8.500; 3) en orina hay sangre y vestigios de albúmina.

La radiografía de tórax no muestra imágenes patológicas.

Riñones: No se palpan puntos ureterales izq. positivos.

Se procede a realizar un cateterismo doble de uréter para recoger orina de ambos riñones. La orina del riñón izquierda es hematurica. Luego se hace una pielografía doble y en ella se repite la imagen pseudo cavernosa, que comunica, por medio de un fino trayecto, con el cáliz superior. Además el cáliz tiene su estructura papilar borrada por un proceso pielonefrítico y se halla estrechado en su unión con la pelvis, condicionando una dilatación (Fig. 3).

Se retiran los catéteres y se hace bascular la mesa radiológica para que el enfermo adopte la posición de pie. En esta posición se saca una nueva placa en la cual se puede observar una imagen suspendida, que corresponde a la cavidad de las placas anteriores (Fig. 4).

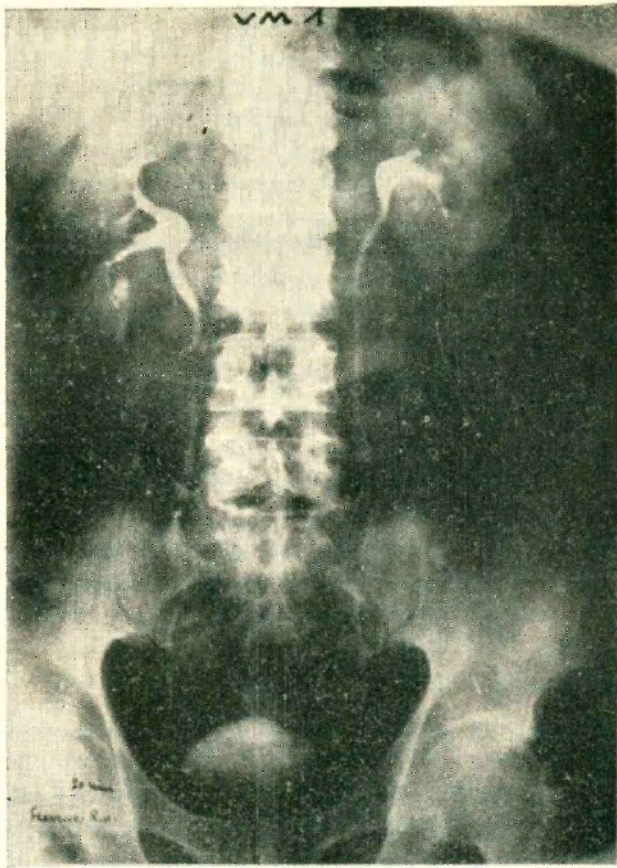


FIG. 1. — Urograma excretor a los 20 m.
No se visualiza cáliz superior del riñón
izquierdo.

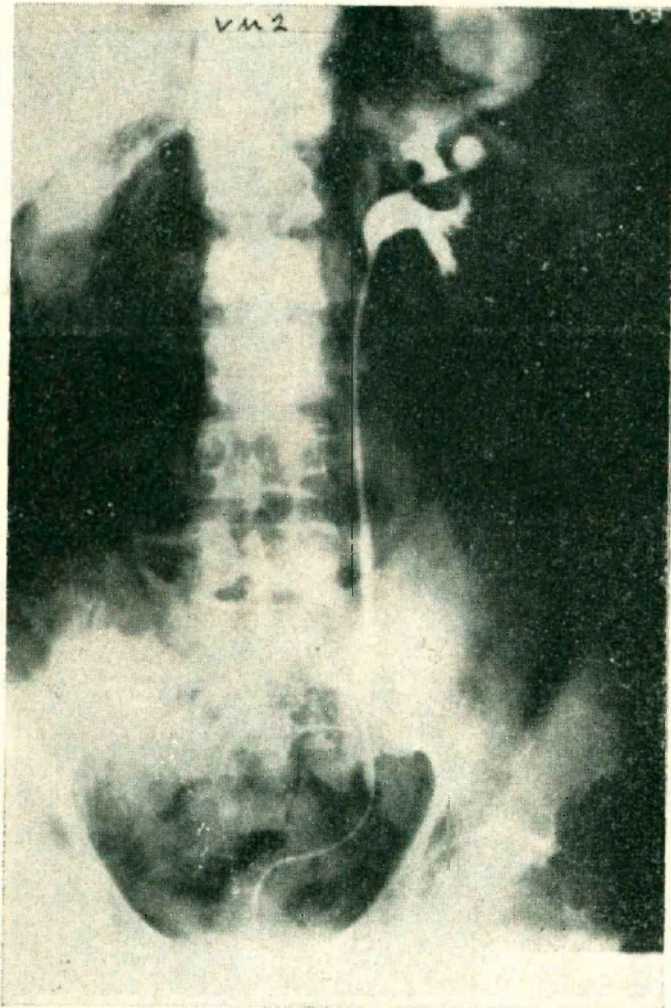


FIG. 2. — Retroneumoperitoneo y pielografía ascendente izquierda. Imagen redondeada paracalcial superior.

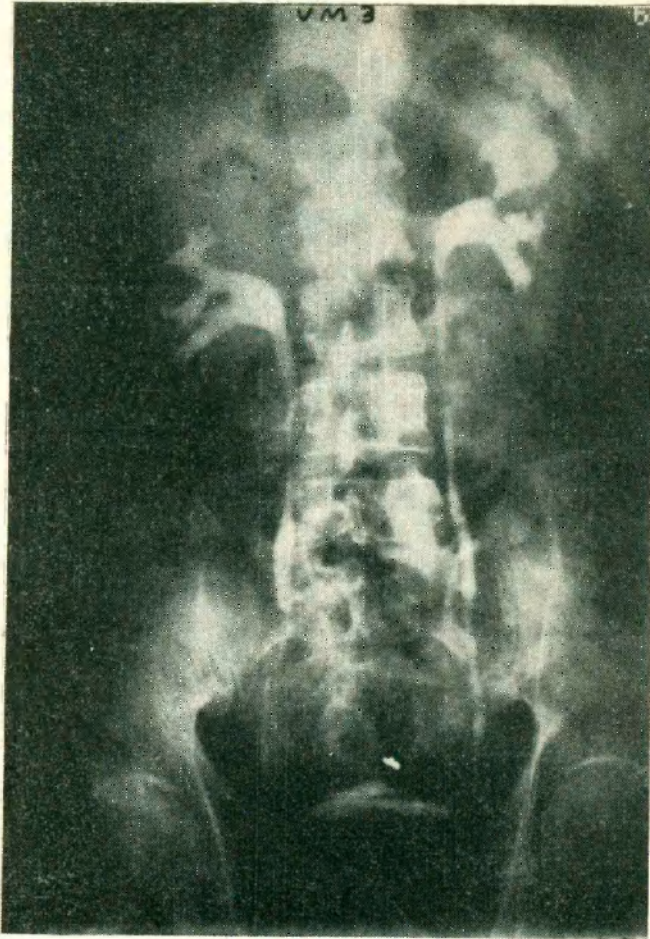


FIG. 3. — Pielografía ascendente doble. Se repite la imagen de la radiografía Nº 2 con una imagen pseudocavernosa.

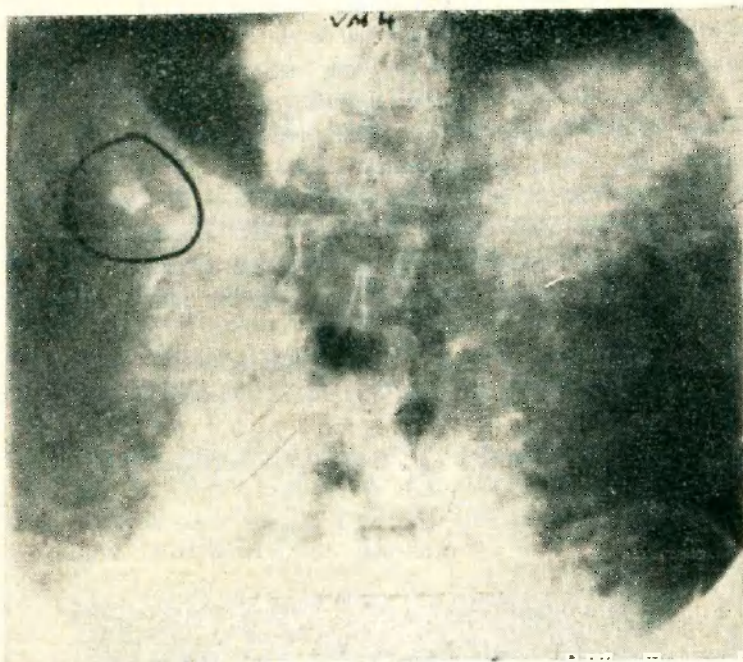


FIG. 4 Imagen suspendida luego de retirar los catéteres y con el enfermo en posición de pie. La imagen corresponde al lado izquierdo.

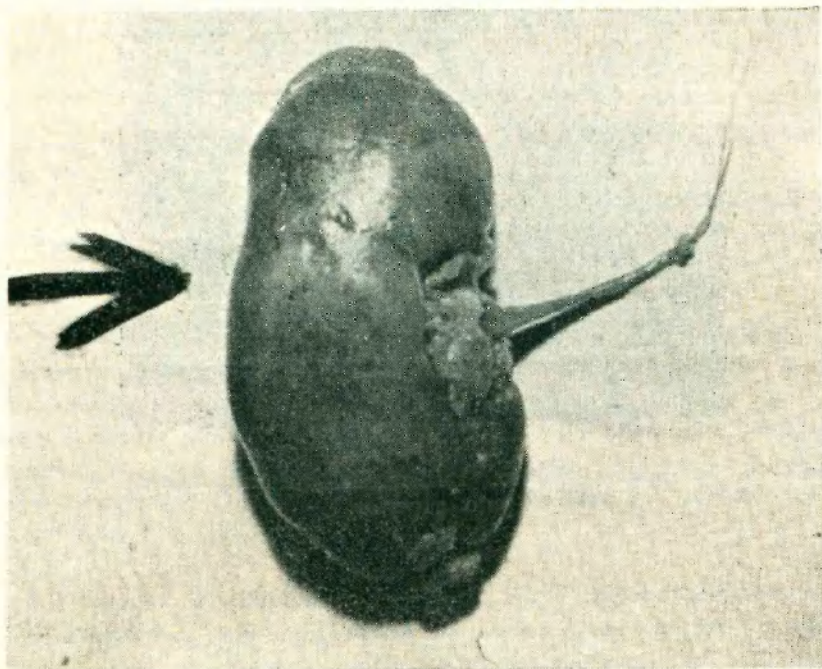


FIG. 5. — El riñón presenta en su polo superior una retracción y el borde externo no se deprime en esa zona.

Los análisis bacteriológicos de las orinas obtenidas por cateterismo son negativos, como así también los exámenes directos y cultivos para bacilo de Koch.

Con estos elementos es que decidimos practicar una lumbotomía exploradora.

Bajo anestesia general penthotal-novocaína-paranoval y siguiendo los trazados de la lumbotomía clásica se llega a la atmósfera grasosa perirrenal, que presenta un aspecto esclerolipomatoso, lo que hace dificultosa la liberación del riñón.

El polo superior del riñón es el que está más adherido. En la parte media del mismo existe una zona donde es imposible separar la grasa y que además presenta un aspecto más pálido que el resto del riñón; al tacto es dura, de consistencia leñosa.

Ante el aspecto que presenta el riñón por su perinefritis y por la lesión sospechosa es que se practica la nefrectomía.

Terminado el acto quirúrgico se procede a examinar la pieza, la cual presenta una zona pálida, dura, deprimida, en su polo superior, que hasta deforma el borde externo del riñón (Fig. 5).

Al corte corresponde a una zona de esclerosis fibrolipomatosa que invade el polo superior (Fig. 6).

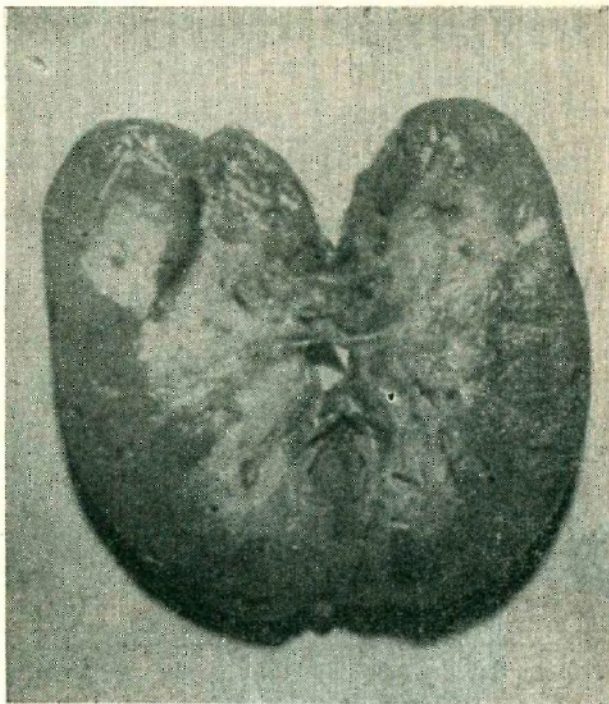


FIG. 6. — Riñón abierto. Infiltración esclerolipomatosa en el polo superior.

El estudio anatomopatológico arroja el siguiente resultado: "Se observa una zona infartada, deprimida, en organización retráctil, con hemorragias. Hay engrosamiento de la pared arterial. El cáliz de la zona está dilatado y deformado en saco.

Infarto anémico en organización retráctil con hemorragias secundarias. deformación calicial.

El diagnóstico anátomo-patológico si bien pudo ser sospechado en el acto

operatorio, no daba una explicación satisfactoria a la imagen sacular paracalicial.

Los infartos del riñón se producen por obstrucción de las arterias renales o alguna de sus ramas, ya que son arterias terminales.

Pueden ser parciales o totales y de origen ateromatoso o por embolias de origen cardíaco o vascular.

El diagnóstico de un infarto renal es muy difícil salvo que esté en antecedentes de una de las afecciones causales: como cardiopatías, arteritis, etc.

Si el infarto es total es decir que se obstruye la arteria renal se presenta un cuadro de gran gravedad con dolor violento lumbar, hematuria, shock, temperatura, etc. En el urograma de excreción el riñón aparece excluido. El cateterismo renal sólo da algunas gotas de orina. Las radiografías que se practican con inyección de sustancia opaca dan una imagen normal. Con estos elementos el diagnóstico está hecho.

Pero los infartos localizados e intraparenquimatosos son de muy difícil diagnóstico aún con ayuda de los exámenes radiológicos, porque suelen no dar alteraciones en los urogramas o en las pielografías ascendentes. Pueden ser responsables eso sí de una rápida hipertensión.

RESUMEN

El presente caso pone en evidencia un infarto parcelar intraparenquimatoso cuya organización produce una deformidad calicial que semeja una caverna.

Ahora bien, pienso que no es posible que ese infarto se haya organizado en tan poco tiempo, es decir 20 días, desde el comienzo del episodio. Por lo tanto creo que el cuadro clínico fue dado por un infarto en una zona donde ya se habían producido otros u otro que no se advirtieron en su oportunidad o se confundieron con alguno de los cuadros dolorosos que obligaron a guardar cama con hematurias que pasaron inadvertidas o bien fueron microscópicas.

DISCUSION

Dr. Bernardi: Quisiera preguntarle al comunicante si se comprobó la existencia de función a la arteriografía.

Considero que debió haberse practicado una nefrectomía parcial superior porque es un riñón que presenta una esclerolipomatosis más o menos pronunciada, pero el resto del parénquima estaba bien. En este enfermo, sí, hubiera cabido una intervención de ese tipo, más económica.

Dr. Vampa Mainero: Estoy en un todo de acuerdo con el doctor Bernardi.

Debió haberse practicado una nefrectomía polar, pero este paciente ya venía con ~~su~~ psicología especial de que tenía un tumor de riñón y creo que al encontrar esa zona leñosa que podíamos sospechar pudiera tratarse de un infarto de riñón, este paciente no hubiera podido ser sometido a una nueva intervención quirúrgica.

Por eso, traje este caso a la consideración de esta Sociedad aun sabiendo que la conducta seguida no fue la más correcta.