

## NEFROCOLOPEXIA TRANPERITONEAL - SU FUNDAMENTO ANATOMO-FISIOLOGICO

Por el Dr.

A L B E R T O G U T I E R R E Z

---

Satisfaciendo el deseo de algunos distinguidos urólogos, me permito distraer la atención de ustedes, acerca de los fundamentos en que se basa mi procedimiento de nefrocolopexia transperitoneal.

El método está fundamentado en la constitución de la celda renal y en el valor de las láminas de coalescencia.

En los libros clásicos de anatomía, se admite que la celda en que se aloja el riñón, está abierta hacia **adentro** y hacia **abajo**. Tal disposición anatómica justificaría que el riñón pueda desplazarse hacia abajo, en grado mayor o menor.

Mas, este concepto, aceptado como clásico, es erróneo. La celda renal presenta una disposición muy diferente a la aceptada como tal, no solo en cuanto a su constitución, sino que a sus relaciones con el riñón y la cápsula suprarrenal se refiere.

Hace ya más de diez años que, haciendo estudios anatómicos en fetos y en adultos, pude observar que dicha celda estaba cerrada hacia abajo y hacia adentro; vale decir que lo está en todo su perímetro, amoldándose a la superficie renal, si bien ciertamente separada de ella por la grasa perirrenal.

Ello se puede comprobar mediante disecciones prolijas, hechas desde la región lumbar hacia el riñón, como desde

el abdomen hacia la región lumbar; así como mediante inyecciones, de sustancias coloreadas, en el interior de la celda, y cortes transversales. De modo pues, que, presentando la celda tal característica, mal se puede aceptar la

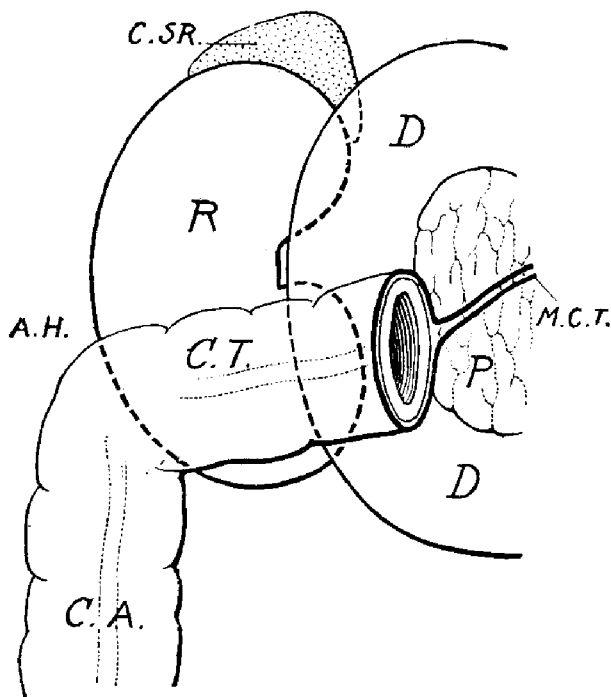


Figura 1  
Relaciones del riñón derecho

C. S. R., cápsula suprarrenal; P., páncreas; D., duodeno; C. A., colon ascendente; C. T., colon transverso; M. C. T., mesocolon transverso; A. H., ángulo hepático.

idea clásica del descenso del riñón por un canal preestablecido.

Tal disposición me hizo concebir la idea de que en los casos de ptosis del órgano, dicha celda se agranda y que con reducirla a nivel de su parte inferior, se podría combatir la ptosis renal.

Para hacer esta operación, era necesario actuar a través de la cavidad abdominal.

El escollo que se oponía, era el colon ascendente. Para llegar al riñón, era necesario desplazar dicho colon y esto en realidad, no es una dificultad.

Sabido es de todos ustedes, que los cólores, ascendente y descendente, al principio movibles en el interior de la cavidad abdominal, poniéndose en contacto por una parte

de sus respectivas superficies, así como de las de sus mesos, en el peritoneo parietal posterior, se sueldan, se fusionan a él y quedan secundariamente fijados al plano abdominal posterior. Este proceso de **fijación** de dichos cólores, da lugar a la formación entre el colon y el peritoneo unidos, a un plano que se denomina de coalescencia. Este plano, en

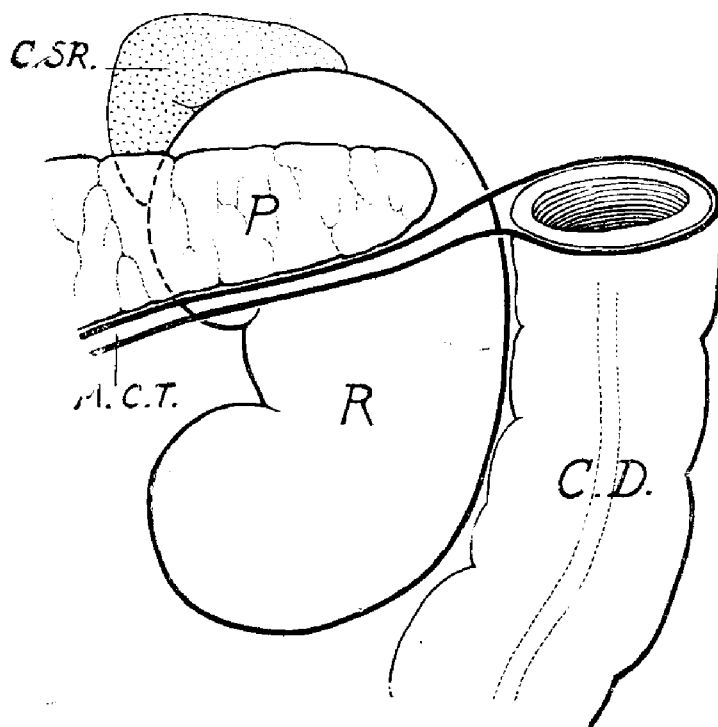


Figura 2  
Relaciones del riñón izquierdo

C. S. R., cápsula suprarenal; P., páncreas; R., riñón; C. D., colon descendente; M. C. T., mesocolon transverso.

una parte de su extensión, queda situado por delante de los riñones, constituyendo las llamadas **laminas retrocolónicas de Toldt**, derecha e izquierda, respectivamente.

Láminas cuya característica es la de estar constituidas por una capa de tejido celular laxo, más o menos abundante, interpuesto entre los órganos fusionados.

Esta característica de **laxitud**, tiene un valor grande en cirugía colónica. Una vez que el cirujano ha seccionado el peritoneo en la zona de fusión del colon con el peritoneo posterior, puede penetrar en el espacio laxo retrocolónico

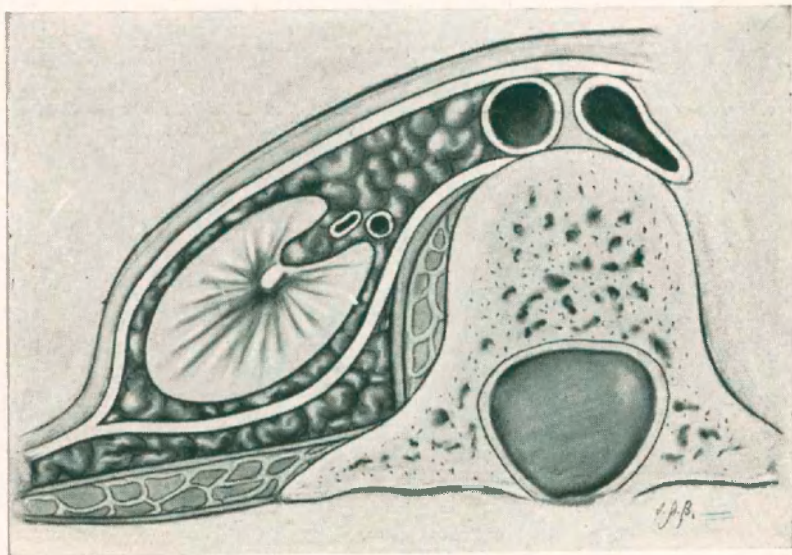


Figura 3

Celda renal, según el concepto anatómico clásico, visto en corte horizontal; la celda renal está abierta en la línea media.

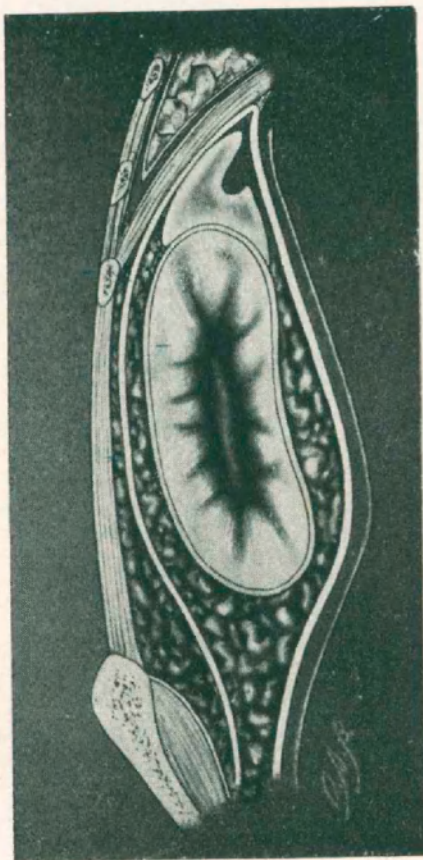


Figura 4

Celda renal, según el concepto anatómico clásico, visto en corte sagital; la celda renal está abierta hacia abajo.

correspondiente y con suma facilidad despegar un elemento de otro, pared de colon y su meso.

Cuando se ha movilizado todo el colon, se lo ha llevado a su estado embrionario, vale decir, primitivo. En tales condiciones, se tiene al descubierto, libre, a la vista, la pared abdominal posterior correspondiente y detrás del primitivo peritoneo ya desaparecido, determinados órganos, el riñón, el ureter, los vasos espermáticos, la vena cava o la arteria aorta, según la amplitud que tenga la movilización del lado en que se ha ejecutado.

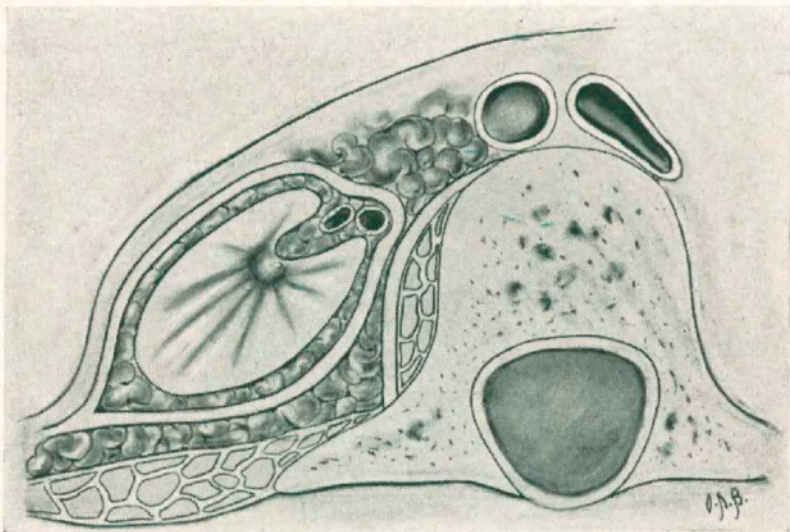


Figura 5

Corte horizontal de la celda renal, según el concepto anatómico moderno, la celda está cerrada en la línea media

Mediante esta movilización, pues, se tiene a la vista el riñón derecho, recubierto por la hoja anterior de su celda. Para proceder a su fijación, basta incidir su hoja anterior en su extremo inferior, para penetrar en la celda y tener a la vista el órgano.

Logrado esto, no se hace más que liberar el órgano de sus adherencias anteriores, como posteriores, y luego, colocada la paciente en posición de Trendelenbur, se procede a rechazar el órgano hacia la parte superior o alta de su celda. A continuación, mediante dos o tres puntos de seda **aislados**, pasados por el músculo psoas, se reúnen entre sí, las dos hojas de la celda renal, cerrando la cavidad.

Con esto se tiene finalizada la parte renal o sea la elevación del riñón, mediante reducción de su celda.

A continuación se procede a fijar de nuevo el colon al plano posterior. Esta fijación se hace con puntos de seda, aislados, puntos que por un lado toman la bandeleta del colon y por el otro, el peritoneo parietal.

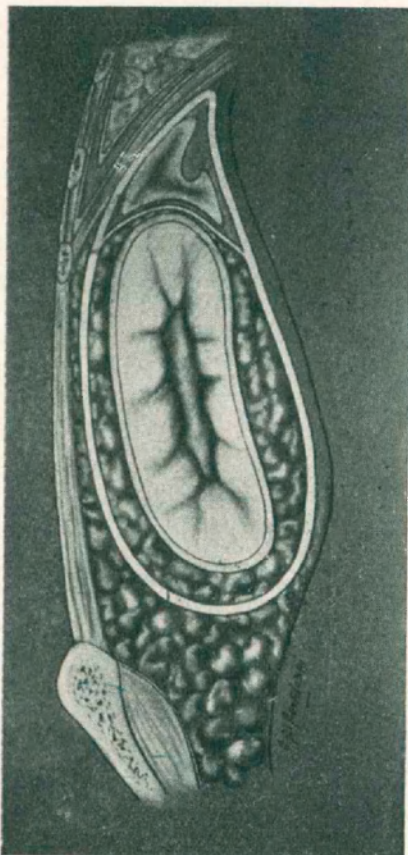


Figura 6

Corte sagital de la celda renal, según el concepto anatómico moderno, la celda está cerrada hacia abajo.

Comúnmente el colon derecho está **atípicamente** fijado o lo está en forma **segmentaria**, de modo que, cuando se procede a fijarlo, después de haber sido movilizado, se lo hace colocándole como al riñón, en **situación normal**.

La experiencia me ha demostrado que la ptosis del colon derecho coexiste con la del riñón. Esto lo he podido ver en el **anfiteatro**, en **radiografías** y durante las **intervenciones quirúrgicas**.

Las radiografías de colon previas al acto operatorio,

para que demuestren bien la ptosis del segmento derecho, deben de ser obtenidas, estando las enfermas en posición de **pie**. Si se las saca estando en posición de decúbito dorsal, el colon, desplazándose hacia lo alto, impresiona como si tuviese una situación correcta.

Valorando las relaciones que entre sí guardan el riñón derecho y el colon del mismo lado, es que interpreto la ptosis renal en forma diferente que la admitida como clásica.

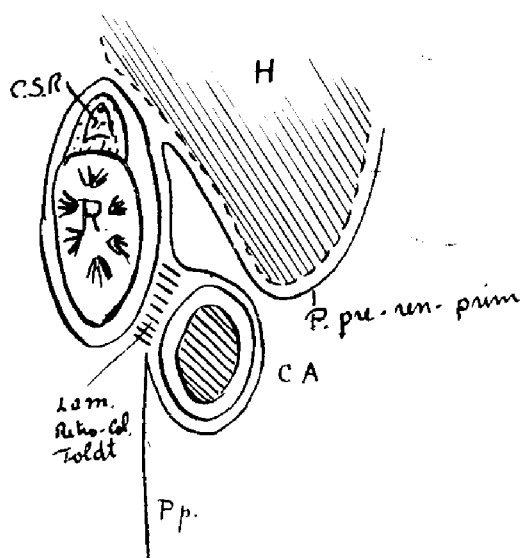


Figura 7

**Relaciones del colon transverso, con el riñón derecho**

C. S. R., cápsula suprarrenal; R., riñón; C. T., colon transverso; H., hígado; P. p., peritoneo parietal; P. pre-renal-prim., peritoneo pre renal primitivo

Tengo para mí que es el colon el que primero basecula y luego, tras de él, el riñón.

En su **descenso** o en su **fijación atípica, anormal**, el colon derecho arrastra el peritoneo parietal o dejando sin **refuerzo** a la celda renal, favorece el descenso del riñón.

En todas las intervenciones operatorias, he podido comprobar que el colon derecho, presentaba una situación atípica, a veces fijado en situación baja, otras con coalescencia irregular o incompleta.

Para un cirujano avezado en intervenciones abdominales, el procedimiento es de una ejecución muy simple.

Todo se reduce a movilizar el colon derecho o su mesosí lo posee, a exponer la celda renal, a abrirla en su extremo inferior, a rechazar el riñón al extremo superior de ella y luego a pasar dos o tres puntos de seda que la vuelvan a cerrar en un punto más alto, tomando apoyo en los músculos psoas-iliaco y cuadrado lumbar.

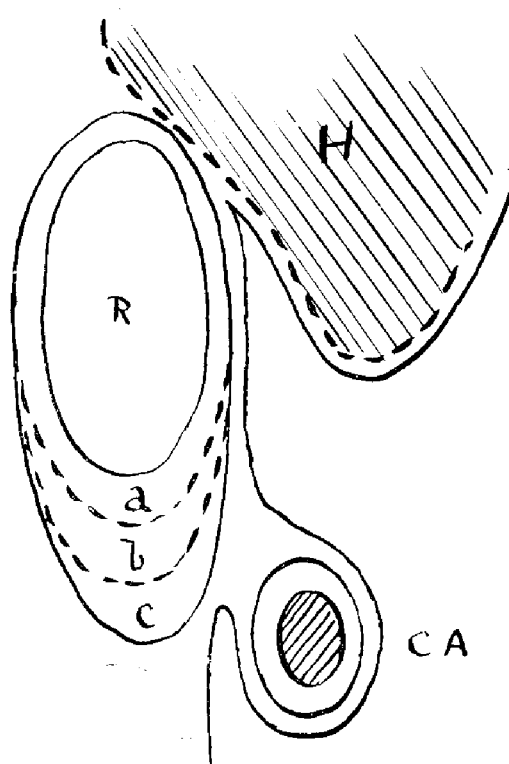


Figura 8

Detalles igual que la figura anterior

El colon transversal aparece caído, traccionando y alargando la celda renal. En a, está representado el límite inferior de ella; en b, y c, su ensanche por la tracción intestinal.

Nuestro procedimiento ofrece varias ventajas:

- 1a. — Que al hacer la sujeción del riñón, no se lo toca ni a él, ni a su cápsula propia.
- 2a. — Que se fija a su vez el colon derecho en situación normal.
- 3a. — Que se pueden ejecutar operaciones concomitantes, como ser: cistectomías, apendicectomías, etc.



Los resultados obtenidos por distinguidos cirujanos franceses, brasileños y uruguayos, confirman la bondad del procedimiento.

En esta brevísima exposición, he querido simplemente dar a conocer los fundamentos anatómicos del procedimiento que, desde el año 1923, vengo utilizando, reservando para otra ocasión el estudio clínico y los resultados obtenidos con el procedimiento.

Para terminar, voy a proyectar unas cuantas diapositivas que aclaren el punto tratado.

#### DISCUSION

**Astraldi.**—

*Sólo deseo pedir un voto de aplauso para el Dr. Gutiérrez, por habernos traído al seno de nuestra sociedad, su comunicación de hoy, para mostrarnos personalmente los fundamentos en que se basa su operación.*

---