

INCISIONES ABDOMINALES TRANSPERITONEALES EN CIRUGÍA RENOURETERAL

Por el DR. F. M. ALVARINHAS

Con motivo de haberse presentado en el seno de esta Sociedad un trabajo sobre este tema, deseamos contribuir al mismo con el aporte de nuestra casuística personal, la modalidad de las técnicas quirúrgicas seguidas y los beneficios recogidos con la práctica de las mismas.

Comenzaremos nuestro trabajo transcribiendo una frase de Charles Mayo: "Una incisión quirúrgica es eficaz de uno a otro lado y no de extremo a extremo". Agrega el renombrado cirujano que las incisiones para ser eficaces deben cumplir las siguientes premisas fundamentales:

- 1) Efectuarse en el lugar adecuado al órgano a tratar.
- 2) Tener la amplitud necesaria para que el abordaje requerido del órgano a tratar sea cómodo "in situ".
- 3) No ser mutilante de estructuras más nobles que el problema quirúrgico a tratar. Es decir, que la incisión debe ser menos operación que lo que se actúe sobre el órgano o estructuras anatómicas en cuestión. Esto es tanto más evidente —la necesidad de adecuar la incisión quirúrgica a la intervención a efectuar— cuando se establezca la necesidad de actuar en forma simultánea o concomitante, tanto sobre estructuras renales como sobre otras formaciones orgánicas abdominales relacionadas anatómicamente o patológicamente con el problema renal principal.

Estas circunstancias se pueden establecer ya sea que la actuación múltiple estaba en el plan previo quirúrgico, como si la necesidad de actuar en forma concomitante surge en el momento por imperio de las circunstancias del acto operatorio o de la patología encontrada en el mismo.

No es nuestro propósito exponer aquí una incisión quirúrgica "ideal", sólo expondremos nuestra experiencia con las incisiones abdominales transperitoneales para la resolución de los casos en que nos cupo actuar y en los cuales nos rindió felices resultados en cuanto a amplitud y eficiencia.

Dentro del orden de las incisiones abdominales transperitoneales exponemos nuestra experiencia con la incisión abdominal anterior paramediana externa en la cirugía urológica pura y combinada, la incisión abdominal transversal superior (incisión de Sprangler), la excelente incisión transversal inferior de Maidryl (abdominal transversa infraumbilical) y haremos referencia al caso en el cual utilizamos la incisión mediana (abdominal infraumbilical).

Es por tal motivo que exponemos nuestra casuística en dos grandes grupos: incisiones transversas supra e infraumbilicales, e incisiones longitudinales paramedianas externas supra e infraumbilicales.

Grupo 1: Incisión transversa de Sprangler, en el lado derecho, para el abordaje quirúrgico del área renal, zona subhepática y ángulo cólico derecho; en el lado izquierdo para el abordaje del área renal, bazo y ángulo cólico izquierdo.

Incisión transversa infraumbilical: Incisión de Maidryl, incisión de Pffanens-tiel, para la resolución de los problemas de uréter medio e inferior, ciego, apéndice, pelvianos y vejiga.

Grupo 2: Incisión longitudinal paramediana externa supraumbilical para el abordaje anterior del riñón y estructuras abdominales suprayacentes e incisión mediana infraumbilical para la resolución de problemas del área pelviana media y uréter inferior.

GRUPO 1. — INCISIONES TRANSVERSALES:

- a) Supraumbilical transversa de Sprangler, derecha e izquierda.
- b) Infraumbilical transversa de Maidryl.
- c) Infraumbilical transversa mediana de Pffanens-tiel.

CASO 1: FÍSTULA CUTÁNEO PIELOCOLÓNICA DERECHA. — *Tratamiento:* Fistulectomía, nefrectomía y cierre de la fistula colónica en un tiempo, sin colostomía de descarga, mediante una incisión de Sprangler. Historia clínica N° 11.522. Sala 6. Hospital J. A. Fernández.

A. de P., española, viuda, 73 años. Es internada en el servicio de urología del Hospital J. A. Fernández, a cargo del Dr. R. Rubi, presentando una fistula en la región lumbar derecha en el extremo posterior de una incisión quirúrgica de lumbotomía, que le fuera practicada en otro servicio hace un año, en un intento de pielotomía por cálculo coraliforme de riñón derecho. Dicha intervención debió ser interrumpida por un accidente anestésico en el curso de la misma.

Practicados los exámenes complementarios se comprueba por fistulografía la comunicación del orificio cutáneo posterior con la pelvis renal derecha, ocupada por un gran cálculo coraliforme, y continuándose el trayecto fistuloso hasta el relleno parcial del ángulo cólico derecho. Radiografía simple: Imagen litiásica coraliforme en el área renal derecha. Urograma excretor: Exclusión funcional renal derecha. Pielografía ascendente: No se consigue el cateterismo ascendente del sistema derecho. Radiografía de colon por enema: El relleno retrógrado no da imágenes aclaratorias respecto del problema fistuloso.

Con el diagnóstico de fistula cutáneo-pielo-colónica de origen traumático intraquirúrgico se decide la intervención y el abordaje por medio de una incisión de Sprangler con objeto de tratar en un solo tiempo: Fistulectomía, nefrectomía, cierre del extremo colónico de la fistula y tratamiento de la eventración del extremo inferior de la lumbotomía. La elección del abordaje con una incisión que permite al mismo tiempo actuar sobre el área renal y sobre colon la determinó la posibilidad de tener que practicar una colostomía de descarga en un punto más proximal que la fistula.

Operación: 1-III-61. Cirujano: Dr. F. M. Alvarinhas. Anestesia general. Incisión de Sprangler, derecha. Fistulectomía, nefrectomía. Decolamiento del ángulo cólico derecho. Cierre del orificio fistuloso de la cara posterior del colon ascendente en dos planos. Drenaje retroperitoneal. Cierre de pared por planos con alambre, reparando la eventración.

Post-operatorio normal. Curación de la enferma.

CASO N° 2: R. C., 59 años, arg., H. Clínica, 11608, Sala VI, Hospital Fernández.

Ingres a al Servicio con hematuria desde hace dos meses, dolor en hipocondrio y flanco izquierdo. Al examen se palpa gran tumoración en abdomen izquierdo con caracteres de contacto lumbar. La radiografía directa muestra una gran sombra del área renal. Urograma excretor no hay imagen del lado izquierdo. Radiografía de colon por enema: Gran desplazamiento del marco cólico izquierdo configurando los caracteres de tumor renal.

Operación: 21-II-61. Cirujano: Dr. Alvarinhas. Incisión transversal de Sprangel izquierda, se reclina el colon izquierdo desprendiendo el ángulo esplénico y decolando el mesocolon. Se presenta un enorme tumor renal. Ligadura y sección del pedículo, nefroureterectomía ampliada, con vaciamiento de la atmósfera célula adiposa de la fosa lumbar. Cierre de pared, dejando drenaje del área lumbar. Reconstrucción del peritoneo. Cierre de planos con alambre.

Post-operatorio inmediato bueno. Radioterapia en el área lumbar, mediastino y supraclavicular. El enfermo fallece a comienzos del año 1963 por carcinomatosis generalizada.

Informe anatomopatológico: Carcinoma de células claras.

CASO Nº 3: J. E. A., 34 años, argentino. H. Clínica 12387, Sala 6, Hospital Fernández.

El enfermo ingresa al Servicio por Guardia, en observación presentando intensa hematuria y dolor en hipocondrio y región lumbar izquierda como consecuencia de un traumatismo sufrido al caer de un tren.

Se mantiene la conducta expectante con tratamiento adecuado durante una semana, persistiendo la hematuria aunque sin desequilibrio del estado general. Ante la intensificación del cuadro que determina bloqueo vesical se decide la intervención.

Operación: 24-IV-963. Incisión de Sprangel izquierda transperitoneal que permite la exploración intraabdominal comprobándose indemnidad de los órganos abdominales, en especial el bazo, motivo de la exploración. Expuesto el riñón luego del decolamiento colónico se comprueba una gran efracción del mismo en la cara anterior en su porción media.

Como no se encuentran comprometidos en la efracción grandes vasos del pedículo se decide la conducta conservadora. Sutura con puntos totales (cuatro) de catgut. Injerto de grasa y músculo. Reconstrucción de la cápsula. Drenaje lumbar extraperitoneal. Cierre de pared por planos, reconstruyendo previamente el cierre del peritoneo.

Post-operatorio inmediato bueno.

Al quinto día del post-operatorio, el enfermo presenta una hematuria cataclísmica con colapso, configurando un cuadro de anemia aguda grave. Reintervención: Se practica la nefrectomía. Riñón con amplio desgarramiento transversal e infarto del polo inferior.

El paciente evoluciona bien, dándose de alta a los doce días de la reintervención.

CASO Nº 4: E. de N., 60 años, viuda. (Part.).

Enferma a la cual había intervenido en 1954 de quiste papilífero de ovario derecho, practicándole ooforectomía y exploración abdominal por medio de una incisión mediana supra- infraumbilical con objeto de tratar además una gran hernia umbilical y practicar una plástica de pared a lo San Martín. En el acto operatorio se comprueba vesícula escleroatrófica con cálculo único. No se practica la exéresis de la misma por no permitirlo el estado general y la incomodidad del abordaje mediano.

La enferma siguió siempre asintomática de su problema vesicular, motivo por el cual nunca se decidió a la intervención vesicular.

En 1962 presenta dolor lumbar derecho irradiado a hipocondrio, de caracteres continuo y sordo, quebrantamiento del estado general y adelgazamiento. Al examen físico llama la atención riñón derecho palpable fácilmente en toda su extensión desde el polo inferior al superior, no móvil, doloroso y aumentado de tamaño. Los exámenes radiográficos muestran así como la imagen positiva de la litiasis única de la vesícula, un área renal aumentada de tamaño ocupando la fosa lumbosacral derecha. Aceptada la intervención con caracteres de exploración nos decidimos por la incisión de Sprangler que nos permitiría así como la exposición renal, tratar vesícula y explorar el fondo pelviano asiento de la anterior patología tumoral (quiste papilífero de ovario).

La operación practicada con incisión de Sprangler permitió explorar cómodamente la pelvis menor, indemne de patología tumoral, el riñón derecho, previo decolamiento colónico duodenal y el área hepático vesicular.

Vesícula escleroatrófica con cálculo único que se extirpa de fondo a cuello juntamente con el lecho hepático por lo sospechoso de malignidad de la misma. En la cara anterosuperior de hígado varias formaciones nodulares con caracteres de metastasis tumoral. Se practica exéresis de una de ellas. Continuando la exploración se comprueba hipertrofia por metastasis intraparenquimatosas del lóbulo derecho de hígado en su cara infero-posterior, circunstancia

patológica ésta que explica el descenso fijo del riñón derecho, encontrado en la semiología física.

La anatomía patológica del material de exéresis informó: Adenocarcinoma vesicular.

La enferma evolucionó mal falleciendo por carcinomatosis generalizada a los tres meses de la intervención.

CASO Nº 5: A. P., 29 años, soltero, argentino, H. Clínica. Sala 6. C. 24 Hospital J. A. Fernández.

Uronefrosis izquierda secundaria a dos intervenciones previas, la primera por litiasis corali-forme, la segunda, plástica pieloureteral que produce la recidiva de la dilatación pielocalicilar.

La escasa función del parenquima determinada por el renograma radioisotópico y las imágenes radiográficas de gran dilatación obtenidas con el urograma retardado marcan la conducta de exéresis del órgano.

En prevención de las dificultades técnicas para exposición del órgano por las intervenciones previas, se decide el abordaje del mismo mediante una incisión de Sprangler izquierda.

Operación: 6-IV-1963. Incisión de Sprangler izquierda. Reclinado el colon descendente y decolado el ángulo cólico izquierdo se expone el pedículo renal izquierdo. Se liga con seda arterias y venas en forma individualizada y luego de la sección del pedículo se prosigue con la exéresis del órgano prácticamente exangüe a pesar de la multiplicidad de adherencias secundarias a las dos intervenciones previas.

CASO Nº 6: A. de R., portuguesa, 52 años, casada. Soc. Port. Soc. Mut.

Fístula ureterovaginal post-histerectomía total por fibroma uterino.

Los exámenes clínicos y radiológicos determinan la naturaleza ureteral izquierda del proceso.

Dado que la enferma había sido intervenida para su histerectomía por una incisión de Pfannestiel se decide reintervenir por la misma vía.

Operación: 5-IX-1963. Cirujano: Dr. Alvarinhas. Anestesia general.

Incisión de Pfannestiel, resecaando la cicatriz anterior.

Decolamiento del mesosigmoide y exposición de la pequeña pelvis. Individualización del uréter retrorsigmoideo y de allí se lo sigue hasta el área de confluencia de la cúpula vaginal, zona de asiento de la fístula. Sección del uréter proximal yuxta vaginal.

Reimplante según técnica de Cordonnier. Extraperitonización del área de anastomosis con el mesosigma. Drenaje extraperitoneal.

Cierre de pared por planos. Sonda uretral de Foley.

Buena evolución de la enferma alta a los doce días.

En este caso de fístula uréterovaginal post-histerectomía se procedió al abordaje trasperitoneal por una incisión de Pfannestiel dado que la enferma había sido operada en la primera intervención por dicha incisión y se sospechaba la necesidad de decolar el sigma para la mejor exposición del área comprometida.

CASO Nº 7: N. D. S. Historia Clínica Nº 11.804. Sala VI. Hospital Fernández. Jefe: Dr. Roberto Rubí. 39 años, argentino, casado, jornalero, natural de Santiago del Estero.

Antecedentes personales: Operado de apendicitis aguda en 1957.

Enfermedad actual: Hace dos años comenzó con hematuria de dos o tres días de duración, que desaparecía espontáneamente para reaparecer cuatro o cinco meses después. Fue examinado en un servicio de la especialidad en donde le informaron una exclusión renal izquierda. En el curso del año 1960 se repite la sintomatología más exagerada, hematuria, dolor miccional y frecuencia cada 15 ó 20 minutos.

Es internado en el Hospital Regional de Santiago del Estero, de donde nos es enviado el enfermo con diagnóstico de: Exclusión funcional renal izquierda, y uronefrosis derecha de probable etiología tuberculosa. Ha sido medicado en forma específica durante 2 años.

Estado actual: Enfermo en regular estado de nutrición. Asintomático desde el punto de vista pulmonar, no presenta proceso T.B.K. en actividad. Abdomen blando, depresible, indoloro, puño percusión positiva lado derecho.

Orina límpida. D. 1017, ácida. Bacteriología: Negativa al K.

Urograma excretor: Derecha moderada dilatación pielocalicilar. El uréter derecho con estenosis terminal, presenta dilatación supraestrictural. No hay evidencia de función renal izquierda.

Pielografía ascendente: No es posible cateterizar el árbol urinario izquierdo. El cateterismo derecho muestra moderada dilatación pielocalicilar y amputación del grupo calicilar superior.

Cistoscopia: Uretra permeable. Capacidad vesical reducida (100 cc.). Mucosa congestiva con exudados y puntillado hemorrágico trigonal. Con el diagnóstico de tuberculosis renal derecha, exclusión funcional izquierda y pequeña vejiga en retracción se decide el planteo quirúrgico siguiente: Exploración izquierda y derivación ureteral derecha, para proseguir de acuerdo a la evolución del enfermo.

1ª Operación: 19-IX-61. Cirujano: Dr. Alvarinhas. Ayudantes: Dres. Mocellini y Serra. Anestesia general: Dr. Kleiman.

Incisión lumboilíaca izquierda. Exploración completa de la región renal sin encontrar la glándula ni el uréter. No hay evidencia de la misma en zona heterotópica. Cierre por planos.

Ureterostomía cutánea derecha. Cirujano: Dr. Mocellini. Ayudantes: Dres. Alvarinhas y Serra. En el mismo acto quirúrgico anterior se decide practicar la ureterostomía cutánea derecha, con resección del segmento ureteral estenosado para su estudio histopatológico.

Post-operatorio sin inconvenientes. Se mantiene la ureterostomía cutánea derivativa, para mejor evacuación del árbol urinario derecho y estudio radiográfico ascendente del mismo.

Informe anatomopatológico del segmento ureteral derecho estenosado: Inf. N° 48.549. Dr. M. Rapaport. Ureteritis crónica no específica.

Informe de la aortografía post-operatoria obtenida por el método de Seldinger: arteria renal derecha sana en su origen, ampulación en la rama que corresponde al polo superior. No se visualiza arteriograma correspondiente al lado izquierdo. No hay nefrograma del lado izquierdo.

Informe de la pielografía ascendente del lado derecho practicada por la ureterostomía cutánea. Dilatación pielocalicilar con amputación del grupo calicilar superior.

Recuperado el enfermo de las intervenciones anteriores se decide abordar el problema polar superior.

2ª Operación: 23-I-62. Cirujano: Dr. Mocellini. Ayudantes: Dres. Alvarinhas y Serra. Anestesia general: Dr. Kleiman.

Incisión toracoabdominal de Fey. Se aborda la glándula, aumentada de tamaño y con formación quística de su polo izquierdo del tamaño de una mandarina. Evacuación y resección de la misma, con control posterior de la hemostasia del borde cruento de sección. Se coloca grasa en la superficie cruenta y se aproximan los bordes. Drenaje lumbar. Cierre de la pared por planos.

En el post-operatorio mediato aparece como complicación un absceso urinoso de la herida que requiere ser drenado, y posteriormente una atelectasia del lóbulo inferior derecho. Se lo medica con antibióticos y bacteriostáticos, mejorando al cabo de dos meses de tratamiento.

Siete meses después de la anterior operación y considerando el enfermo en condiciones aceptables se decide abordar el problema vesical. Previo tratamiento con bacteriostáticos intestinales y transfusiones de sangre total para apuntalar su estado general se procede a practicar la ileocistoplastia de sustitución.

3ra. Operación: Cirujano: Dr. Alvarinhas. Ayudantes: Dr. Mocellini y Garzón. Anestesia general: peridural continua.

Incisión transversal de Maydрил, de E.I.D. a E.I.I. con sección de ambos músculos rectos anteriores del abdomen. Reclinado peritoneo a expone ampliamente el espacio prevesical, la pequeña vejiga (en todas sus caras) y el ureter en su extremo de abocamiento cutáneo. Extirpación de la vejiga con ligadura de sus pedículos vasculares. Se deja preparado el campo vesical cubierto con una gasa.

Abierto peritoneo, exploración de cavidad. Exteriorización de la antecúltima asa ileal. Se aísla la misma y se reconstruye el tránsito con anastomosis ileal termo-terminal. Cierre de peritoneo excluyendo el asa aislada que queda extraperitoneal. Cistectomía total. Anastomosis ileo-trigonal término-lateral. Anastomosis uretero ileal término-lateral, a lo Cordonnier. Cierre de pared por planos. Drenaje suprapúbico. Sonda uretral N° 22. Transfusión operatorio 1000 cc.

Post-operatorio bueno en los cuatro primeros días, estableciéndose un desequilibrio humoral posteriormente que se corrigió en tres días de tratamiento.

Recuperación posterior lenta pero firme hasta el día 20 en que se retira la sonda uretral restableciéndose la micción por las vías naturales.

En el post-operatorio alejado (dos meses) se establece una infección ascendente con anuria y gran quebranto de las defensas del enfermo lo que determina su fallecimiento en uremia.

GRUPO 2. — INCISIONES LONGITUDINALES:

Paramediana derecha y Mediana infraumbilical.

CASO N° 1: R. L. H. Clínica N° 9263. Sala 6 Cama 7, Hospital Fernández, 30 años, casado, masculino, yugoslavo.

Ptosis renal derecha, visceroptosis generalizada, apendicitis crónica.

Operación: 4-IX-62. Incisión paramediana externa supraumbilical. Nefrocolopexia según técnica de Gutiérrez. Fijación del ángulo cólico derecho. Apendicectomía con jareta. Cierre anatómico de pared sin drenaje. Alta al 8º día.

CASO Nº 2: N. de G. H. Clínica Nº 12.462. Sala 6 Cama 33, Hospital Fernández, 55 años casada, sexo femenino, argentina.

Ptosis renal derecha, visceroptosis colónica, litiasis vesicular.

Operación: 2-VI-63. Incisión paramediana externa. Nefrocolopexia según técnica de Gutiérrez. Colectistomía de cuello a fondo. Fijación del ángulo cólico derecho. Apendicectomía con jareta. Alta al 9º día.

CASO Nº 3: D. de I. H. Clínica Nº 12.043. Sala 6 Cama 33, Hospital Fernández, 26 años, argentina, viuda.

Ptosis renal derecha, con dilatación piclocalicilar. Sintomatología dolorosa de fosa iliaca derecha y pelvis menor.

Operación: 17-VII-62. Incisión paramediana externa supra e infraumbilical. Exploración de abdomen. Vesícula sana. Nefrocolopexia según técnica de Gutiérrez. Fijación del ángulo cólico derecho. Apendicectomía retrógrada. Sección de adherencias ceco-tubáricas. Alta el 12º día.

CASO Nº 4: M. de F. Soc. Port. Soc. M. 42 años, casada, portuguesa.

Ptosis renal derecha. Apendicitis crónica. Quiste de ovario derecho.

Operación: 7-III-62. Incisión paramediana externa supra e infraumbilical. Exploración de abdomen. Nefrocolopexia según técnica de Gutiérrez. Apendicectomía con jareta. Ooforectomía derecha. Alta al 10º día.

CASO Nº 5: M. P. A., 49 años, argentina, casada. H. Clínica Nº 00376, Sala 6, H. Fernández.

Paciente colecistectomizada, con antecedentes de asma bronquial, apendicitis crónica, ptosis renal derecha.

Operación: 30-X-63. Incisión longitudinal pararectal derecha supra e infraumbilical, reseca la anterior cicatriz de colecistectomía. Nefrocolopexia según técnica de Gutiérrez. Apendicectomía con jareta. Cierre de la pared sin drenaje.

Post-operatorio bueno. Alta al 7º día.

CASO Nº 6: A. de S., 50 años, casada. H. Clínica Nº . Sala 6, Hospital Fernández.

Ptosis renal derecha, apendicitis subaguda.

Operación: 15-V-64. Incisión longitudinal paramediana derecha, supra-infraumbilical. Nefrocolopexia según técnica de Gutiérrez, apendicectomía Mc. Burney con jareta.

Cierre de pared con drenaje del celular en el extremo inferior de la incisión. Alta a los 7 días. Pequeño absceso de pared que se drena por el extremo inferior de la incisión.

CASO Nº 7: L. de R. H. Clínica Nº 12.329. Sala 6, Hospital Fernández. Casada, 43 años.

Fístula uretero vaginal derecha post-histerectomía total por fibromatosis uterina.

Determinada la naturaleza ureteral de la fístula por los métodos diagnósticos habituales y dadas las características de la misma: proyección en el fondo de saco vaginal post histerectomía se decide la intervención por vía transperitoneal.

Operación: 12-III-63. Cirujano: Dr. Alvarinhas. Anestesia: peridural. Incisión mediana infraumbilical, reseca la cicatriz de la incisión anterior (mediana infraumbilical).

Penetrando en cavidad abdominal se procede a despejar el campo de la pelvis menor procediendo a la sección de adherencias epiploicas y anexectomía derecha (piosalpíx derecho y ovarios quísticos) derecho e izquierdo. Despejado el campo anatómico de la pelvis menor se disecciona el ureter pelviano hasta el fondo vaginal, maniobra relativamente fácil por la dilatación del mismo que quedó al descubierto al haberse practicado la anexectomía en cuya base de peritoneo parcial corre parcialmente el ureter. Sección del ureter a 1 cc. de su penetración en el fondo de cúpula vaginal. Resección posterior del magma fibroso de la fístula ureterovaginal. Desperitonización de la cara posterosuperior de vejiga. Implante ureterovesical según técnica de Cordonnier y extraperitonización de la anastomosis con un colgajo de peritoneo parietal. Cierre anatómico de pared por planos. Drenaje del área laterovesical extraperitoneal por contraabertura. Sonda uretral de Foley.

La enferma evoluciona bien, alta al décimo día.

En este caso se optó por el abordaje mediano infraumbilical transperitoneal para la solución de la fístula ureterovaginal derecha, dado que la misma asentaba sobre el fondo de la cúpula vaginal de histerectomía. El acceso pelviano así obtenido permitió efectuar ooforectomía

bilateral y salpinguectomía (piosalpix) derecha, un cómodo acceso al área de la fístula así como el reimplante uretero vesical programado.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Cumplimos en someter a la consideración de los estimados colegas el presente trabajo, exponiendo mi experiencia personal con las incisiones abdominales transperitoneales para la resolución de los problemas quirúrgicos de estructuras anatómicas dependientes del aparato urinario, que debieron ser tratadas en forma pura o concomitante con otras estructuras anatómicas dependientes de otros aparatos, relacionadas anatómica y patogénicamente entre sí.

No ha sido mi propósito exponer preferencia por una determinada incisión o abordaje, pero sí mostrar cómo la adecuación de la misma en cada caso ha permitido la solución del problema quirúrgico planteado.

Componen la casuística adjuntada 14 casos divididos en dos grupos de 7 intervenciones cada uno. En el primer grupo se han reunido las intervenciones practicadas con incisiones transversales (Sprangle, Pfannestiel, Maidryl) y en el segundo, incisión longitudinal agrupa las nefrocolopexias practicadas con la técnica de Avelino Gutiérrez y mediana infraumbilical.