

NEFRECTOMIA PARCIAL.

A PROPOSITO DE DOS OBSERVACIONES

Dres. EDGAR CISNEROS y RONALD L. MONASTERIO PINCKERT

La nefrectomía parciales según E. Papin "el proceder quirúrgico mediante el cual se suprime una parte solamente del parénquima renal respetando el pedículo vascular y el aparato excretor pieloureteral de la porción conservada".

Desde que Spencer Well en el año 1884 realizara la primera resección renal parcial se ha avanzado mucho sobre este procedimiento quirúrgico, ampliando sus indicaciones por el perfeccionamiento de los medios diagnósticos, que permiten localizar con más exactitud el sitio de la lesión y el control posoperatorio, sobre todo de las infecciones.

Indicaciones

Son pasibles de nefrectomía parcial: 1º) La litiasis renal cuando los cálculos están ubicados en un solo cáliz. 2º) Las calicectasias o uronefrosis parciales por posible estrechez cicatricial en el istmo calicular. 3º) Los riñones con duplicidad pieloureteral con patología de una de los segmentos. 4º) Pielonefritis localizadas. 5º) Los quistes solitarios del riñón. 6º) Los quistes hidatídicos permiten la nefrectomía parcial cuando no hay comunicación entre él y las vías excretoras y el parénquima remanente tenga valor funcional. 7º) El riñón poliquístico cuando en un sector del parénquima renal exista una aglomeración de quistes y el valor funcional de la citada zona sea escasa o nulo. 8º) Las infecciones renales localizadas (forúnculos y antráx renales). 9º) Las roturas localizadas por traumatismos renales, tal el caso de uno de nuestros pacientes, es una de las indicaciones más específicas y donde los resultados son mejores, sobre todo si el traumatismo afectó uno de los polos. 10º) Los infartos renales localizados de causa embólica o traumática e inflamatoria. 11º) La tuberculosis renal en los riñones desdoblados, cuando un sector sea el afectado por la infección fímica o como terapéutica heroica en caso de riñón único o reducción funcional muy marcada del adelfo. 12º) Los vasos polares que dificultan la evacuación piélica y cuyo pinzamiento temporario muestra isquemia localizada del parénquima. 13º) Los tumores benignos previa confirmación anatomopatológica de los mismos.

Técnica quirúrgica

A continuación describiremos en forma somera los diferentes tiempos operatorios de la nefrectomía parcial como la realizamos nosotros: 1º) Lumbotomía anatómica o de Israel - Bergman con o sin resección de la duodécima costilla. 2º) Exteriorización del riñón y disección del pedículo renal para tenerlo a la vista durante todo el tiempo que dure la intervención. 3º) Sección de la cápsula tratando de formar 2 colgajos para cubrir el muñón operatorio. 4º) Inmovilización del riñón tomándolo a plena mano y sección de la cortical con bisturí continuando la resección del polo con disección roma, sea con el mango del bisturí o con el pulpejo de los dedos, tratando de rodear el cáliz hasta tenerlo completamente liberado, a medida que se progresa con la resección se va haciendo hemostasia de los vasos que sangran y se va en busca de la arte-

ria principal de la zona localizada por aortografía preoperatoria. 5º) Resección del cáliz, en este momento se provecha para extraer por el infundíbulo algún cálculo que pudiera existir en la pelvis renal. 6º) Cierre del infundíbulo calicular con puntos separados de catgut 00. 7º) Se completa la hemostasia con puntos en U de catgut sobre capítones de músculo previamente colocados en solución antiséptica. 8º) Sutura de los colgajos capsulares sobre el muñón. 9º) Pexia renal con canastilla de Deming. 10º) Cierre por planos con drenaje.

Casuística

Caso N° 1. — N. R., de 21 años, paraguayo, casado, operador de radio. H. C. N° 86997. Policlínico San Bernardo - Salta. Ingresó el 13/11/67.

A.E.A.: La enfermedad se inicia hace 1 año (noviembre de 1966), con un cólico renal que cedió con medicación sintomática. Eliminó 1 cálculo. Hace 4 meses hematuria que duró 3 días.

E.A.: Buen estado general. Afebril. El examen físico del aparato genitourinario es negativo.

Urograma excretor 10/10/67: Al examen de la radiografía directa en decúbito dorsal se observan 2 sombras con el aspecto de cálculos ubicados en la zona correspondiente al grupo calicular inferior del riñón derecho (Fig. 1). En la radiografía en decúbito dorsal a los 10' de la inyección de 20 cms de Hypaque se observa una buena eliminación renal bilateral. Las sombras calculosas se encuentran ubicadas en el cáliz inferior, siendo la morfología pielocalicular de aspecto normal (Fig. 2). Al examen de la radiografía en decúbito dorsal a los 25' de la inyección se observan los mismos caracteres radiológicos ya anotados. En la radiografía de pie a los 30' se observa un descenso de la sombra renal izquierda, habiendo una incompleta evacuación piélica bilateral.

Neumopelviografía: Se observan 2 sombras calculosas, una en cáliz inferior y otra en pelvis (Fig. 3).

Aortografía: Se observa una buena circulación renal. Se localiza una arteria que irriga el polo inferior del riñón derecho (Fig. 4).

Operación 5/12/67: Anestesia peridural. Lumbotomía anatómica con resección de la duodécima costilla. Disección de la cara externa de la pelvis renal y del pedículo vascular. Formación de 2 colgajos de la cápsula de polo inferior de riñón derecho. Resección del mismo por sección roma con los dedos y con el mango del bisturí. Ligadura de los vasos sangrantes y de la arteria del polo inferior visualizada en la aortografía. Exploración de la pelvis renal por el infundíbulo del cáliz inferior resecaado consiguiéndose la extracción de 1 cálculo, en el cáliz se encuentra el otro cálculo. Cierre del infundíbulo calicular. Puntos hemostáticos en U sobre capítones de músculo. Sutura de los colgajos capsulares. Cierre por planos con drenaje.

Evolución: El paciente evolucionó muy bien. Afebril. Sangró discretamente por la herida operatoria. Alta el 23/12/67.

Anatomía patológica, protocolo N° 9986: Discreta pielonefritis crónica inespecífica.

Aortografía 5/3/68: Muestra el riñón derecho con su polo inferior amputado. Comparada con la preoperatoria muestra la ausencia de la arteria principal del polo inferior derecho ligada en su emergencia del tronco de la renal (Fig. 5). En el urograma se observa el cáliz inferior amputado (Fig. 6).

Caso N° 2. — O. Z., de 11 años, argentino, estudiante. H. C. N° 40797. Policlínico San Bernardo - Salta. Ingresó el 29/2/68.

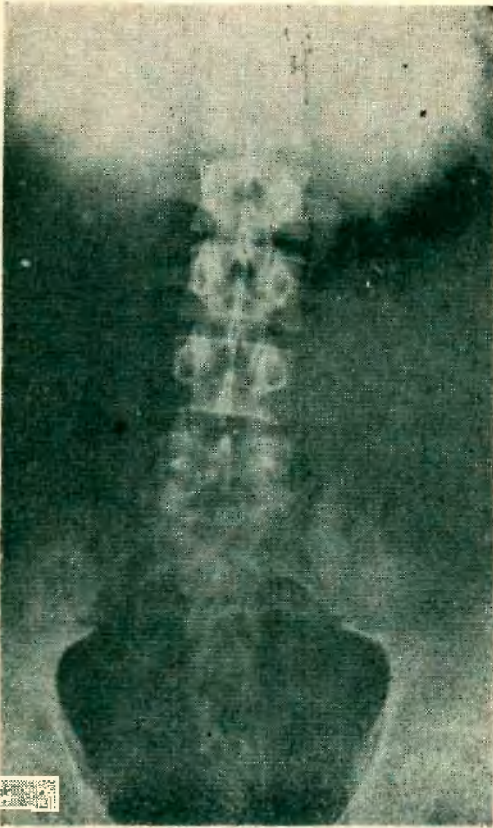


Figura 1. — Rx. directa. Se observan 2 cálculos.



Fig. 3. — Neumopelvigrafía. Se observan los 2 cálculos con la ubicación antedicha.

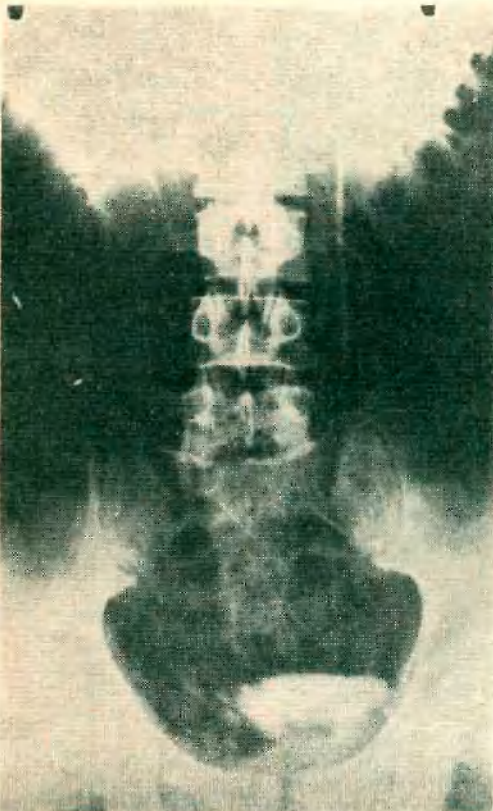


Fig. 2. — Urograma excretor. Se observan los 2 cálculos. Uno en pelvis y el otro en cáliz inferior.

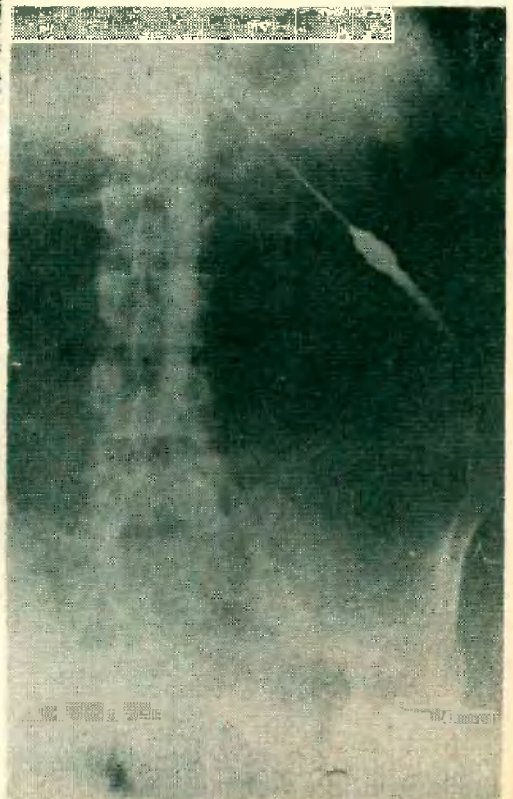


Fig. 4. — Aortografía preoperatoria.



Fig. 5. — Aortografía postoperatoria.



Fig. 6. — Urograma postoperatorio. Se observa amputación de cáliz inferior.



Fig. 7. — Urograma caso N. 2. Falta de relleno del cáliz superior del riñón der.

A.E.A.: La enfermedad se inicia el día de la fecha en que sufre un traumatismo en la región renal derecha. Es recibido en la guardia del hospital en estado de shock y con hematuria franca. Al examen se constatan escoriaciones en zona lumbar derecha, dolor intenso a la presión al mismo nivel, defensa abdominal difusa, taquicardia y hematuria. Se le hace terapéutica antishock y analgésicos cediendo la defensa abdominal y el shock. Se le practican radiografías directas de abdomen y tórax no encontrándose nada de particular. El 1º de marzo en la mañana es visto por nosotros y encontramos un paciente dolorido, taquicárdico, con dolor intenso en zona lumbar derecha que impide la palpación, defensa abdominal y hematuria. Se le realiza un urograma por excreción que nos muestra una falta de relleno del cáliz superior del riñón derecho con el uréter homólogo desplazado hacia la línea media. Riñón izquierdo normal (Fig. 7).

Operación 1/3/68: Anestesia general. Se transfundieron 500 cms de sangre. Laparotomía longitudinal transrectal derecha de reborde costal a 5 cms por debajo del ombligo. Abierta la cavidad peritoneal se constata un hematoma retroperitoneal que infiltra colon ascendente y ciego, examinado el contenido abdominal no se observa rotura de víscera. Se incide peritoneo parietal posterior evacuándose regular cantidad de sangre. Se observa el riñón completamente decapsulado con una rotura en su polo superior. Pedículo renal sin alteraciones. Se reseca el polo superior. Sutura del infundíbulo del cáliz superior. Hemostasia de los vasos sangrantes y del muñón con puntos en U sobre capiones de músculo. El riñón remanente presenta buena coloración. Drenaje tubular del retroperitoneo que se saca por contraabertura. Cierre del peritoneo posterior. Cierre de la pared por planos.

Evolución: Muy buena. A las 24 horas orinas claras. 13/2/68: Herida completamente cicatrizada. Alta. Se sigue por consultorio externo.

Aortografía 5/3/68: Muestra la amputación del polo superior del riñón derecho con perfecta circulación del remanente. *Urograma:* Se observa la falta de relleno del cáliz superior.

Comentarios

Queremos hacer algunos comentarios sobre el segundo caso por su importancia en cirugía de urgencia. La vía de abordaje debe permitirnos la exploración del abdomen para tratar la patología concomitante si existiera. Tratar la lesión con criterio conservador pensando en que pudiera tratarse de un riñón único y efectuar un urograma preoperatorio siempre que sea posible, que nos informará sobre la cuantía de la lesión y el estado funcional del adelfo.

BIBLIOGRAFIA

1. Azagra, L.: "Cirugía renal conservadora. Nefrectomía parcial". Librería Hachette, 1951.
2. Ercole, R.: "Nefrectomía parcial por calicectasia con litiasis". Rev. Arg. Urol., Nros. 1-2:7, 1954.
3. Ercole, R.: "Heminefrectomía por litiasis en una niña de 6 años". Rev. Arg. Urol., 12:117, 1951.
4. Gorla, U. A.: "Sutura hemostática del riñón". 6º Cong. Amer. y 3º Argent. de Urol., 4:93, 1957.
5. Puigvert, A.: "La tuberculosis urinaria y genital masculina". Ed. Salvat, 1958, pág. 315.
6. Swinney, J. y Hammaersley, D. P.: "Nefrectomía parcial". Cirugía urológica, Ed. Salvat, 1965, pág. 27.
7. Vargas Zalazar, R.; Cantin, F.; Concha, C. H. y Olmedo, R.: "Resecciones parciales del riñón". 6º Cong. Amer. y 3º Argent. de Urol., 4:156, 1957.