

## LA IMPORTANCIA DE LA VIA TRANSPERITONEAL EN LA HIPERTENSION NEFROGENA

Por el Dr. ARTURO SERGIO REBAUDI \*

Cuando un médico recurre a la cirugía a fin de mejorar definitivamente un estado patológico y devolver a ese individuo su normalidad física y psíquica, debe conocer o reconocer el funcionalismo de los demás órganos de la economía para asegurar los resultados de la terapéutica.

Motivó esta conducta el siguiente caso: N. N., de 57 años de edad, sexo femenino.

*Antecedentes hereditarios:* Padre y madre fallecidos de accidentes cerebro vasculares.

*Antecedentes personales:* Desde hace 10 años se sabe hipertensa, habiendo llegado a 240 mm. Hg. de máxima y 160 de mínima; dispepsia vesicular y costipación. Tuvo cistitis en varias oportunidades.

*Enfermedad actual:* Desde hace dos meses mareos, cefaleas, P. A. máxima 200 y mínima 150 mm. de Hg.

Es remitida para su estudio urológico.

*Estado actual:* Enferma lúcida, buen estado general. Aparato respiratorio normal, abdomen blando, depresible, indoloro, no palpándose hígado ni bazo. Aparato circulatorio: pulso igual, regular, frecuencia por minuto 80. Pulsos periféricos normales. Presión arterial máxima 210 y mínima 150 mm. de Hg. Ruidos cardíacos normales. Electrocardiograma: cardiopatía hipertensiva e hipertrofia ventricular izquierda, trastornos de repolarización, déficit coronario.

Fondo de ojo: grado II.

Análisis: básicos normales.

Eritrosedimentación: 10 en la primera hora, 30 en la segunda hora.

Catecolaminas normales.

Bacteriológico de orina: estafilococos, 100.000 colonias.

Renograma: anulación funcional del riñón derecho; riñón izquierdo, retardo y aplanamiento de la faz vascular y retardo de la faz parenquimatosa que puede ser secundario a la faz anterior.

Estudio radiográfico: la radiografía simple y el urograma ponen de manifiesto una evidente disminución de tamaño y función del riñón derecho. Calices deformados en palillos de tambor. Vejiga sana.

Aortografía: realizada por el Dr. Salvidea. Selectiva renal izquierda normal. No es posible el enganche de la arteria renal derecha por su pequeño tamaño. La panorámica muestra esta pequeña arteria y una más pequeña polar inferior.

Además, pone más en evidencia el tamaño del riñón y la existencia de un alo radioluciente en torno del riñón, producido probablemente por la existencia de perinefritis. Arteriografía selectiva de la mesentérica superior, puede observarse normal, incluso la cística.

Flebografía selectiva renal derecha: vena renal pequeña con zonas de infartos antiguos en el parénquima, con una imagen de quiste renal intraparenquimatoso contorneado por venas.

Se decide la nefrectomía derecha, utilizando la vía pararrectal transperitoneal extracólica.

*Operación:* 8/7/1969. Cirujano, Dr. Rebaudi; ayudante, Dr. Speranza. Anestesia general. Se coloca el enfermo en decúbito supino lordótico, se practica incisión pararrectal derecha, supra e infraumbilical.

Una vez abierta la cavidad abdominal, se comprueba la existencia de una gran vesícula dura y tensa.

Se explora las víceras, observándose en el hígado metástasis en su cara anterior, no encontrándose el primitivo. Se toma el colon ascendente, se lo levanta y se lo separa hacia la izquierda. Se abre el peritoneo posterior en forma longitudinal, por disección obtusa se reclina el peritoneo, el colon y el duodeno de la superficie del riñón y del pedículo. Observándose la vena cava, se ligan los pedículos y el ureter y se extrae el pequeño riñón con toda la grasa perirrenal. Se coloca drenaje por contraabertura en región lumbar.

Suturado el peritoneo posterior, se efectúa apendicectomía típico con jareta. Luego se expone la vesícula y se procede a efectuar colecistectomía de fondo a cuello con ligadura previa del meso, drenaje del lecho vascular, sutura por planos.

Postoperatorio absolutamente normal. Alta de internación el 15/7/1969, a los siete días de la intervención. En el momento del alta la presión arterial máxima 140 mm. y mínima 90 mm. de Hg., pulso 80 por minuto.

Controles posteriores demostraron que la presión seguía en las mismas cifras, durante cuatro meses, después de lo cual su estado general decae y fallece a los seis meses de la operación.

*Estudio anatomopatológico:* Realizado por el Dr. Penhos.

*Macroscopía:* N° 1. Vesícula: aumentada de volumen, en su interior se comprueba la existencia de numerosos cálculos pequeños. En el fondo existe un engrosamiento parietal de dos y medio cms. de diámetro, con superficie elevada y despulida.

N° 2. Riñón: de seis por tres cm. de cápsula con dificultad, superficie irregular, granulosa, con retacción fibrosa y quistes uriníferos, el mayor de dos cms. de diámetro, consistencia aumentada; hipotrofia cortical relación uno a tres.

N° 3: Apéndice.

*Microscopía:* N° 1. Vesícula: adenocarcinoma que penetra hasta la capa muscular profunda.

N° 2. Riñón: pielonefritis atrófica de grado avanzado, acompañado de arterio y arterioloesclerosis.

N° 3. Apéndice: apendicitis crónica.

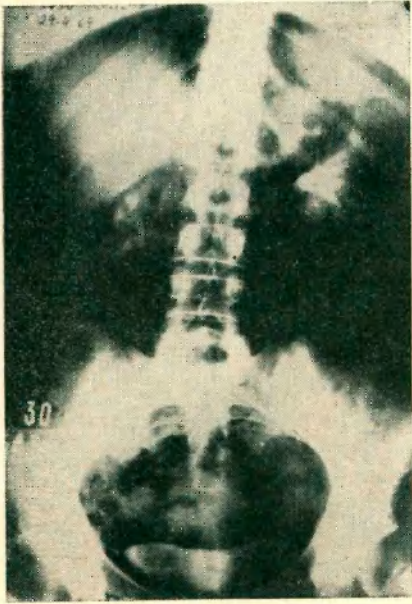
#### COMENTARIO

Las únicas ventajas de la vía transperitoneal son: 1° La exploración y visualización de las víceras abdominales. 2° Facilitar el acceso al pedículo vascular renal. 3° La posibilidad de practicar simultáneamente intervenciones en la cavidad abdominal.

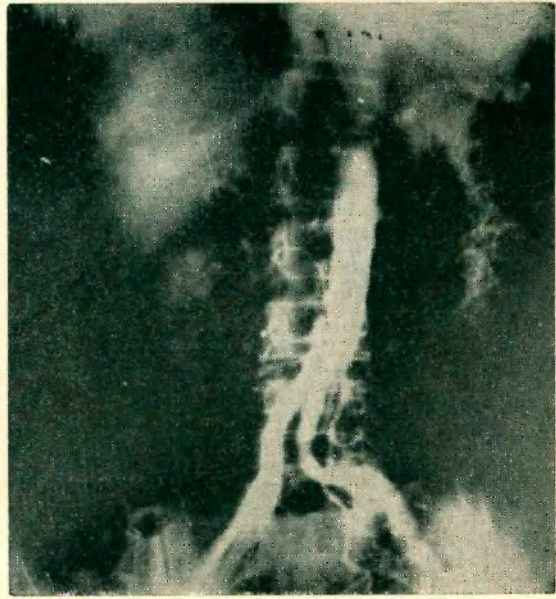
Nuestra intención era la de abordar el pedículo con facilidad, pues según lo mostraban las arteriografías y flebogografías, éste era corto y el riñón se encontraba prácticamente sobre la vena cava y evitar de este modo accidentes desagradables.

Ni la clínica, ni los estudios realizados desde los más sencillos hasta los más complejos, como la arteriografía selectiva, sirvieron para hacer diagnóstico del cáncer de vesícula, ni de sus metástasis existentes a nivel del hígado.

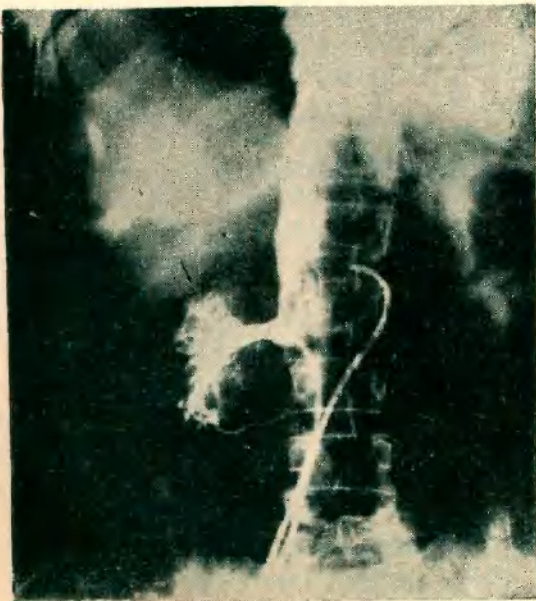
En cambio la vía transperitoneal nos permitió hacer un diagnóstico correcto; y aunque la enferma curó de su hipertensión, los familiares y nosotros estábamos al tanto de la gravedad de su prognosis.



Urográfico de expresión



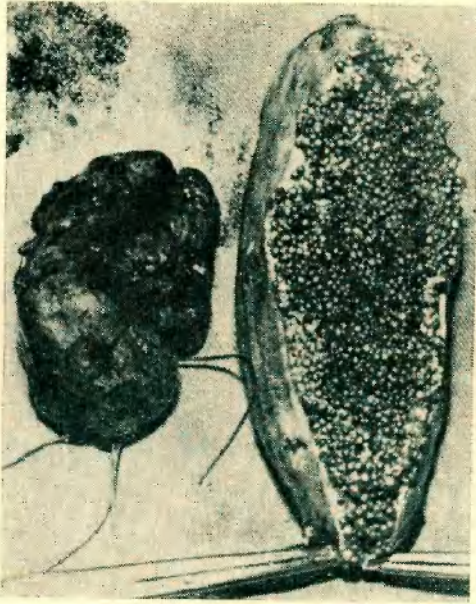
Aortografía



Flebografía selectiva derecha



Metástasis hepática



Riñón y vesícula



Carcinoma de vesícula