

NEFRECTOMIA POLAR BILATERAL

Prof. Aux. Dr. León María METZ
 Dr. Salomón CHARAS
 Dr. Héctor LICASTRO

Institutos Médicos Antártida

Sanatorio Lavalle

El caso que presentamos es el de una señora de 30 años de edad, M. S. de M. H.CI. 35612, del Sanatorio Lavalle, madre de dos hijos, aparentemente sana y exuberante, que presentaba una litiasis coraliforme bilateral. Consultó por lumbalgia bilateral e infección urinaria.

Urograma: litiasis coraliforme bilateral con múltiples pequeños cálculos; doble sistema excretor derecho con buena función y dilataciones caliciales bilaterales.

Se pide examen cardiológico y análisis de rutina, los que, siendo satisfactorios, posibilitan programar la primera intervención; elegimos el riñón izquierdo por ser el mejor riñón, para efectuarle la nefrectomía polar inferior.

Protocolo quirúrgico (20/3/73)

Cirujano: Dr. León María Metz
Ayudantes: Dr. S. Charas
 Dr. H. Licastro

Anestesia general.

Tóraco-lumbotomía entre 11° y 12° costillas. Se libera el riñón de la perinefritis habitual en estos casos. Se reclina la cápsula renal que cubre el polo inferior, seccionando el parénquima en ángulo de 120° con la hoja del bisturí. Mientras el ayudante clampea con sus dedos el pedículo o se coloca un lazo de goma alrededor del mismo o se coloca un clamp vascular, se sutura con puntos en equis de catgut 00 simple todos los vasos arteriales y venosos.

Se extraen los cálculos, explorando la pelvis, cavidades caliciales, y la unión pieloureteral; lavado a presión con suero fisiológico y nueva exploración instrumental de las cavidades. Sutura del cáliz o pelvis renal con puntos simples o equis con catgut 00 simple. Reclinando la cápsula renal, se procede a la colocación de 6 ó 7 puntos simples de catgut 1 simple, que unen ambos labios del parénquima sin interponer tejido alguno. Nefropexia con dos puntos por transfijión y drenaje perirrenal. Cierre de la pared por planos.

El informe anatomopatológico es el siguiente: polo inferior renal de 4 x 3 x 3 cm de 20 gramos de peso, con cicatrices corticales y medular atrófica; cálices dilatados y con litiasis.

Diagnóstico: pielonefritis crónica litiásica, inespecífica en actividad.

La paciente no presenta pérdida de orina en el post-operatorio, siendo dada de alta el 27/3/73 a los 7 días de operada, en muy buen estado general.

Urograma: a los tres meses, ausencia de imágenes litiásicas izquierdas con buena función.

Se pide una *aortografía* para evaluar la vascularización renal derecha (riñón más comprometido y con doble sistema excretor) y para control de la nefrectomía polar izquierda; se ve la bifurcación arterial renal derecha y la atrofia del polo inferior del mismo lado, con un

buen nefrograma izquierdo. Se plantea la heminefrectomía inferior derecha.

Protocolo quirúrgico (11/9/73)

Cirujano: Dr. León María Metz
Ayudantes: Dr. H. Licastro
 Dr. S. Charas

Anestesia general.

Toracolumbotomía entre 11° y 12° costillas. Se libera el riñón. Como se trataba de un doble sistema, se liga por separado la pelvis y los vasos del pedículo inferior. Se procede a la heminefrectomía, según técnica ya descrita.

El informe anatomopatológico es el siguiente: polo inferior renal de 4 x 4 x 3 cm con cortical irregular y retraída, cálices dilatados y litiásicos.

Diagnóstico: pielonefritis crónica litiásica, inespecífica en actividad.

Alta: 17/9/73, a los 6 días de operada, sin pérdida de orina por la herida.

Urograma: a los 3 meses, que muestra la ausencia de imagen litiásica bilateral, con muy buena función renal.

De acuerdo con lo escrito por el Dr. Alberto L. Fernández, la nefrectomía parcial en la litiasis se sitúa entre dos criterios quirúrgicos extremos: el que aspira sólo a la extracción del cálculo o cálculos existentes conservando la totalidad del parénquima renal (terapéutica mínima) y aquel otro que pretende curar sacrificando todo el órgano (terapéutica máxima). La nefrectomía parcial trata de conservar el máximo posible de parénquima sano, evitando al mismo tiempo, en gran número de casos, la temida recidiva y son estas dos razones las que fundamentan precisamente la validez del procedimiento, aunque desde el punto de vista de la cirugía conservadora, estrictamente funcional, por tanto, podría objetarse que se sacrifica tejido fisiológicamente útil. ¿ Pero de qué vale conservar tejido sano si sus vías de excreción están lesionadas y la recidiva calculosa será la regla ? . Por otra parte, una cirugía que aspire a la sola exéresis del cáliz o del grupo calicular enfermo, con conservación del parénquima nos parece totalmente carente de fundamento, tanto anatómico como funcional, ya que, vía excretora y parénquima constituyen una unidad indivisible. ¿ De qué valdría la conservación de un parénquima funcionante si no tiene donde desaguar y la atrofia sería su inexorable final ? .

El interés de presentar este caso clínico, radica en mostrar la solución satisfactoria que se le pudo brindar a una persona joven, que, de otra manera, no hubiese podido aspirar a una vida completa y prolongada.

Esta paciente, de todas maneras, deberá seguir bajo control endocrinológico y urológico periódico.

SESION DEL 27 DE JUNIO DE 1974

P. Dr. Leónidas Rebaudi:

Quería felicitar al Dr. Metz por la excelente presentación que ha hecho; y quisiera saber en que se basa al no ligar la arteria previamente, sabiendo lo bien que él diseca los pedículos. Yo, personalmente, hago la nefrectomía parcial igual que la que realiza el Dr. Metz, pero quisiera saber por qué no liga esa arteria, cuando la tiene.

R. Dr. Metz:

Yo pienso que no es beneficioso ligar una arteria polar inferior o polar superior, en cuanto creo que es mucho más útil ligar todas las ramas de esa arteria en forma cuidadosa, de esa forma me aseguro que todo el parénquima que dejo es un parénquima nutrido, y no primero ligo el vaso y después dejo parénquima desnutrido, porque al hacer la hemostasia a nivel del corte, ese problema de dejar parénquima sin ninguna irrigación, no existe. Teniendo la precaución de hacer una hemostasia cuidadosa, vaso por vaso, además de colocar esos puntos simples transfixionados en ángulo de 45° que mecoaptan perfectamente de las dos valvas renales, no he tenido ningún inconveniente en los 22 casos. Salvo en este caso que presento, que era una heminefrectomía, lo cual bien lo hago constar de acuerdo con lo que dice el Dr. Castría, en ese caso sí, justifico la ligadura previa del pedículo, porque conceptúo que esa no es una nefrectomía polar sino una heminefrectomía, que es otro problema, pero para nefrectomía polar, creo que es mucho más beneficiosa la ligadura de vaso por vaso, que la del vaso de polo inferior.