

Servicio de Clínica Génito - Urinaria del
Hospital Alvear Prof.: JUAN SALLERAS

Por el Doctor
JUAN SALLERAS

PTOSIS RENAL, ECTOPIAS Y NEFROPEXIA

POCAS afecciones del aparato urinario presentan mayor facilidad diagnóstica que la ptosis del riñón y también pocas son las que suscitan mayor variedad de opiniones cuando se refiere a su tratamiento.

En cuanto al diagnóstico, a veces los síntomas subjetivos son tan claros que ellos bastan para pensar en tal afección (tironeamiento profundo en la zona lumbar derecha en los cambios de posición, sensación de descenso del órgano especialmente a la mañana al levantarse, completa desaparición de estos síntomas al acostarse, reflejos vesicales, con: polaquiuria, disuria, oliguria o poliuria, dolores irradiados a lo largo del uréter, etc. Así como todos los síntomas citados suelen desaparecer al acostarse el enfermo, así también, nos dice el paciente que desaparecen al colocarse una faja abdominal ortopédica, especialmente al principio de su proceso; después, ya ni con faja mejora.

La palpación, en posición decúbito dorsal, nos pone en evidencia de un descenso de la glándula, variable según el grado de ptosis. Sin embargo, nosotros hemos comprobado repetidas veces, que un riñón puede no palparse en posición horizontal y ser un caso típico de descenso glandular. Por esta causa en el Servicio a mi cargo, jamás se deja de hacer la palpación, en posición de pie y para esta afección constituye un grave error, olvidar o despreciar este tipo de palpación que es mucho más demostrativa que la horizontal. La falta de la palpación de pie, ha conducido repetidamente a errores de diagnóstico. Esta práctica nos fué sugerida hace

algunos años, por una enferma que teniendo toda la sintomatología de un riñón descendido, la palpación en decúbito dorsal, era negativa y en cambio de pie era positiva: la pielografía, en horizontal y vertical nos demostró un buen descenso del riñón en estudio.

Con ambas palpaciones, se puede determinar el grado de movilidad renal y si en lugar de palpar en horizontal colocamos el enfermo en Trendelenburg, entonces conoceremos todas las posibilidades de excursión renal, lo que nos permitirá juzgar del grado de fijeza de una ptosis determinada. Ahí nace otro capítulo del mayor interés práctico, que tiene por objeto diferenciar las ptosis fijas o muy poco movibles, de las ectopías congénitas del riñón.

Los elementos de juicio para tal diagnóstico diferencial, son muy escasos en cuanto a la semiología se refiere, pues si se palpa un riñón descendido más o menos fijo o una ectopía renal cualquiera no hay ningún elemento semiológico capaz de diferenciar ambos riñones (ptosis o ectopía). Ya veremos dentro un momento, que sólo la pielografía es capaz de hacer tal diagnóstico diferencial.

Así como acabamos de hablar de ectopías renales congénitas, mucho más frecuente de lo que sospechábamos antes de la era pielográfica, así también deseamos hacer conocer a nuestros colegas, la presencia de un tipo de ptosis renal que no responde a ninguno de los antecedentes clásicos (sin enflaquecimientos repentinos, sin multiparidad, sin traumatismos, sin uso de corsé, etc., etc.). Estas enfermas o enfermos, se presentan con fenómenos dolorosos o reflejos, debidos a una ptosis renal clínica y radiográfica, sin causa que la justifique. Casi todas ellas son personas jóvenes, algunas de menos de veinte años y nos dicen que sufren de su riñón desde hace mucho tiempo y siendo en general del lado derecho, aparecen ya, sin la necesidad del diagnóstico diferencial, con la apendicitis aguda o crónica, porque presentan la clásica cicatriz de una antigua o reciente apendicectomía, lo que su repetición nos ha inducido a decir que dichos enfermos presentan "el signo de la cicatriz".

Tratando de profundizar el conocimiento de tales ptosis, nos hemos esmerado en estudiar los elementos anatómicos que intervienen en su producción y hemos encontrado invariablemente lo siguiente: practicada la lumbotomía con facilidad, llegamos a la grasa perirrenal y contrariamente a lo que sucede en las ptosis clásicas en que la glándula se exterioriza con toda facilidad y se fija con



Figura 1
Ectopía renal derecha.

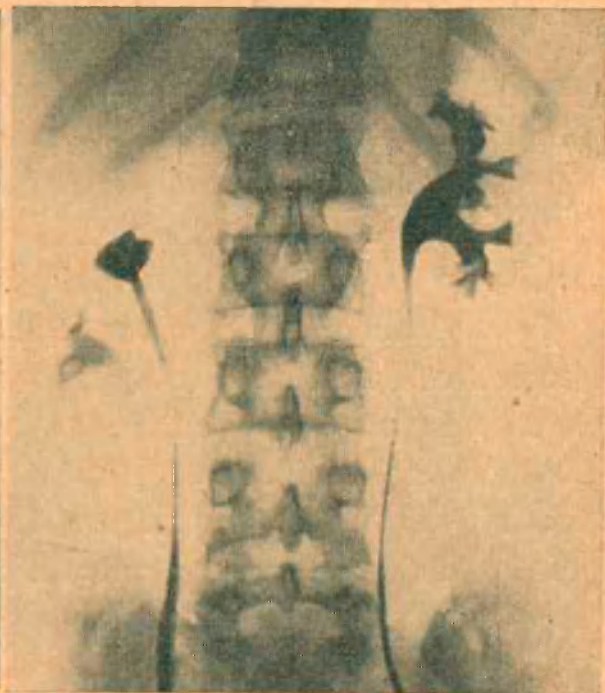


Figura 2
Hist. 69208.—Ectopía renal derecha con
uréter bífido.



Figura 3
Hist. 21973.—Ectopía renal derecha
lumbar.



Figura 4
Hist. 4703.—Ectopía renal derecha lum-
bar, con uréter bífido izquierdo.

toda comodidad, en esta clase de ptosis, una vez exteriorizada la glándula que muy frecuentemente se hace con alguna o mucha dificultad, tiene una tendencia muy marcada a volver a su loge, obligando al ayudante a retenerla con fuerza. Examinando la glándula detenidamente se observa sin excepción, la presencia de una capa conjuntivo-muscular bien visible y de un espesor de varios milímetros, que no sólo rodea toda la glándula, sino que se adhiere a la cápsula fibrosa del riñón, en forma tal, que para separarla hay que recurrir casi siempre a la tijera o al bisturí. Sólo después de liberar la cápsula propia del riñón, de la capa fibromuscular descripta, se consigue exteriorizar a la glándula y llevarla al punto que va a ser fijada. El estudio histológico de dicha capa hecho por nosotros, nos ha demostrado estar constituida por abundante cantidad de fibras musculares lisas y tejido conjuntivo, todo ello independiente de la capa grasosa y de la cápsula propia, de manera que vendría a ser una capa intermedia músculo-conjuntiva, cuya misión sería mantener a la glándula fijada en una posición anormalmente baja, sin perder los caracteres de movilidad propios de las ptosis móviles.

Como dicha cápsula fibromuscular, no responde en su formación, ni en su estructura a ningún proceso adquirido por inflamación, nosotros hemos creído que se trataría de un proceso congénito y en este sentido la hemos clasificado, como una "*ptosis congénita*", mantenida, así, por el mecanismo antedicho, ya que todos los caracteres de la glándula así como del uréter son normales, contrariamente a las ectopías, cuyo uréter visiblemente corto, lo denuncia como congénito. De este modo, nosotros dividiremos, las ptosis renales, en: congénitas y adquiridas; respondiendo estas últimas a las clásicas y las primeras a las que presentan la cápsula fibromuscular descripta por nosotros, sin ninguna de las causas predisponentes señaladas por las adquiridas.

DIAGNÓSTICO PIELOGRÁFICO.

En general empleamos, la pielografía ascendente, con yoduro sódico al 30 %. Tomamos casi siempre una pielografía en decúbito dorsal y a los 10 minutos otra en posición vertical. Esta última sin sondas y sin volver a inyectar substancia opaca. En esta forma,



Figura 5

Hist. 4483.—Ectopia renal lumbar derecha.

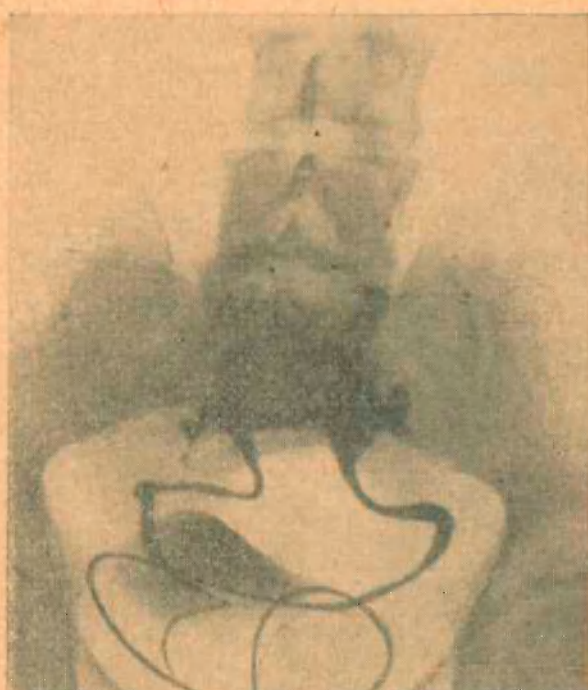


Figura 6

Hist. 6434.—Ectopia renal doble pelviana.



Figura 7

Hist. 4497.—Ectopia doble lumbar baja.

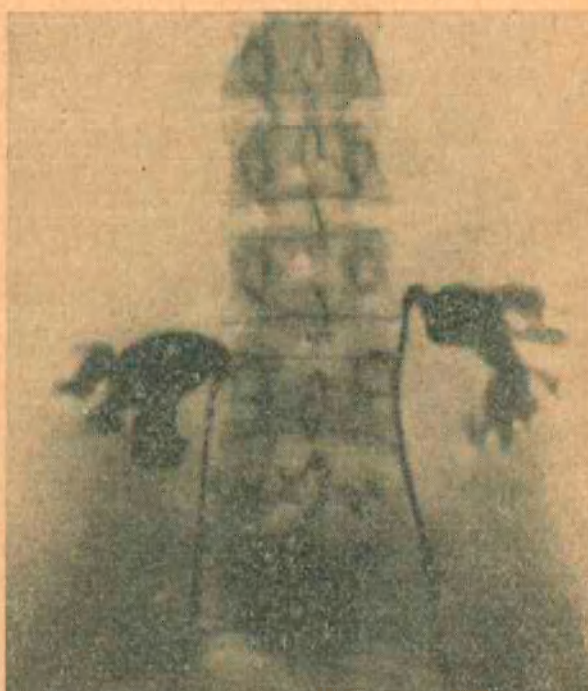


Figura 8

Hist. 7126.—Ectopia lumbar doble baja.

obtenemos una imagen del riñón horizontal y otra en posición vertical, pudiendo así estudiar cuatro elementos a saber: 1º, Las ptosis visibles, en decúbito dorsal; 2º, Las ptosis sólo visibles en posición vertical; y 3º, Medir al mismo tiempo, la manera de evacuarse la pelvis renal, elemento nuevo de importancia indiscutible para fijar el pronóstico y la indicación operatoria de dicha enfermedad; 4º, Hacer el diagnóstico diferencial, entre ptosis y ectopía, fundado especialmente en la longitud del uréter.

1º Ptosis en decúbito dorsal.

Casi siempre, la pielografía confirma el diagnóstico clínico, agregándole, sin embargo, una mayor exactitud diagnóstica y especialmente un elemento de valor inapreciable a saber: el tiempo que tarda en evacuarse la pelvis renal.

2º Ptosis sólo en posición de pie o en ambas posiciones.

Hemos observado enfermos especialmente en obesos, con imposibilidad de palpar de pie y que sólo la pielografía los ha denunciado. En el año 1929, en colaboración con el Dr. L. Arrues, publicamos el primer caso típico de esta variedad, recientemente considerada en el extranjero, sin hacer alusión a nuestro trabajo original con varios años de prioridad. Desde entonces podemos mostrar, una serie de hechos iguales al caso publicado en 1929, pudiendo asegurar hoy que buscamos las ptosis ocultas a la palpación manual y las encontramos frecuentemente.

Cuando los descensos, son visibles en ambas posiciones, entonces nos sirve para medir el grado de movilidad renal y en algunos casos, hemos comprobado que la pielografía en Trendelenburg, nos revela movilidades mayores que las demostradas por la posición horizontal, pudiendo estudiar así todas las excursiones de que es capaz, el riñón, en Trendelenburg, horizontal y vertical, lo que sirve de elemento de juicio para saber a qué altura podrá ser fijada la glándula en el acto quirúrgico.

3º La medida del tiempo de evacuación de la pelvis renal.

Este elemento, que substituye en forma incompleta, pero muy aproximada a la pieloscopia, permite tomando una placa, cada cin-



Figura 9

Hist. 5503.—Ectopía lumbar doble mediana.

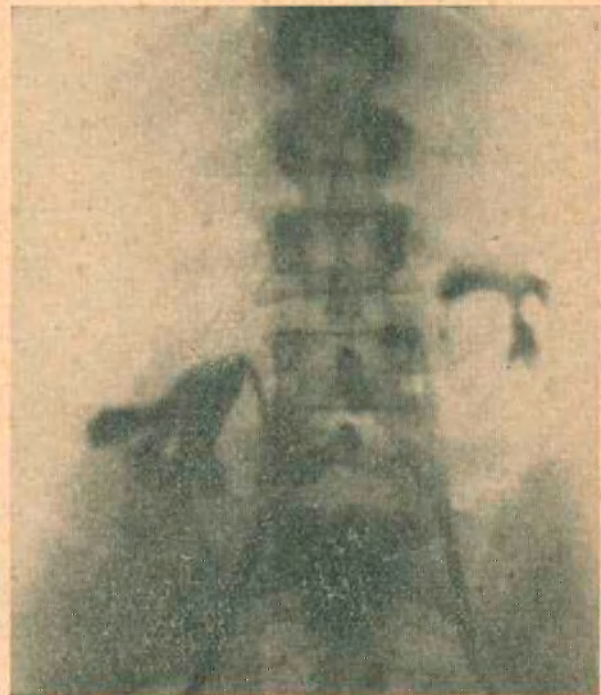


Figura 10

Hist. 974.—Ectopía lumbar doble con ptosis del derecho.



Figura 11

Hist. 974.—Resultado de la nefropexia del caso anterior.

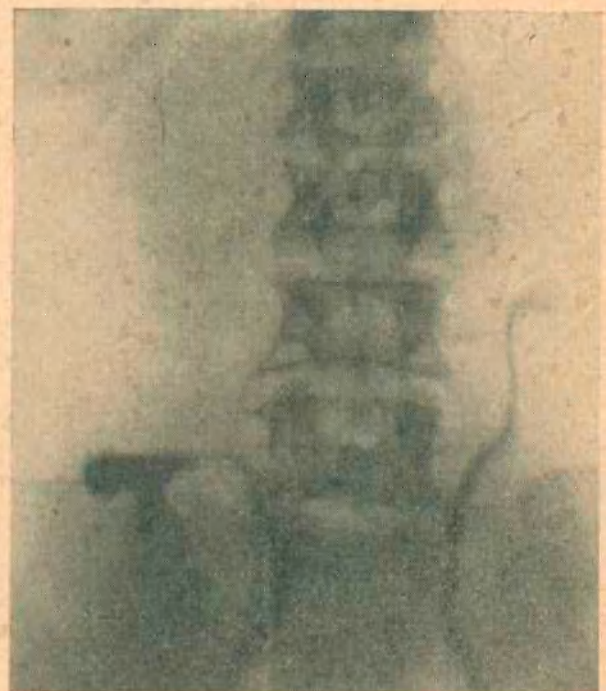


Figura 12

Hist. 787.—Ectopía renal doble con ptosis del derecho

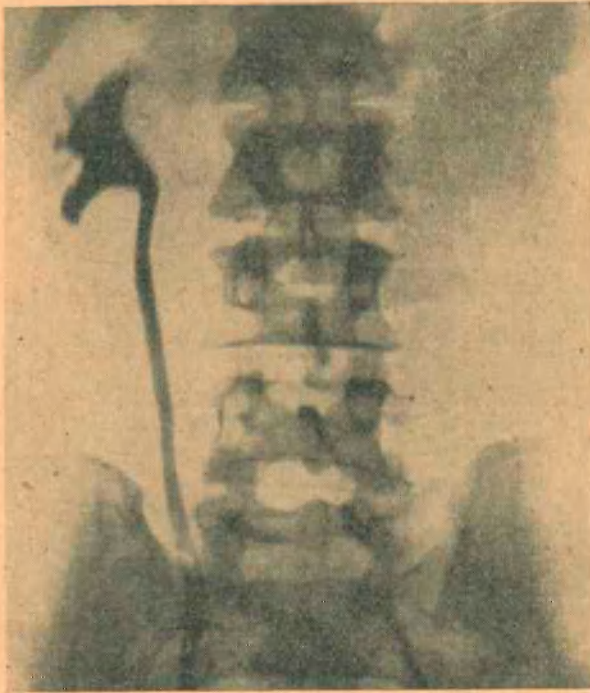
co minutos, tener una idea muy exacta del tiempo que tarda en evacuarse la pelvis renal. Normalmente sabemos que dicha pelvis se evacua totalmente entre ocho y diez minutos, habiendo algunos casos y nosotros los hemos visto de pelvis hiperquinéticas, cuya evacuación total, se hace en tres o cuatro minutos.

Nosotros después de varios tanteos y con el fin de economizar películas, sólo obtenemos una imagen a los diez minutos de la inyección del líquido opaco y *previo retiro* de las sondas ureterales, para que la evacuación se haga normalmente, reservando las pielografías seriadas cada cinco minutos para casos especiales o no muy claros. En general, observamos, que la pelvis de una ptosis renal que todavía no sufre, tiene un tiempo de evacuación total, a los diez minutos. En cambio cuando dicha pelvis presenta signos evidentes de fatiga o de haber sido vencida en su poder de evacuarse, la pielografía lo traduce por persistencia del líquido opaco por varios minutos o mucho tiempo según sea el grado de pérdida de su poder contráctil.

La evacuación de la pelvis renal, es independiente de la posición de la glándula, pudiendo mostrar gran número de ptosis simples o dobles que, a pesar de sus enormes descensos, presentan tiempos de evacuación totalmente normales, lo que viene a confirmar la teoría, de que la evacuación de la orina, se hace por contracción de la pelvis y del uréter y no por gravedad.

Uno de los elementos de mayor valor, que nosotros tenemos en cuenta para la indicación médico-ortopédico o quirúrgico, es precisamente la medida del tiempo de evacuación de la pelvis renal. La intervención quirúrgica, la consideramos urgente, cuando hay un retardo manifiesto del tiempo de evacuación cuyo caso, de acuerdo con comprobaciones personales, se puede llegar a restablecerlo a la normalidad, controlada por la pielografía y medida del tiempo de evacuación después de la nefropexia. En cambio, cuando la evacuación es muy retardada, un cuarto de hora o más, ya la nefropexia no conseguirá nada y tendremos que recurrir a la nefrectomía, por la complicación más común, la hidronefrosis.

Con lo que acabamos de decir, se comprende cuánta importancia tiene el estudio pielográfico de la pelvis renal, desde el punto de vista de su poder de contractilidad cuya traducción fisiológica es la buena o mala evacuación del contenido líquido, en un tiempo



Hist. 13
Hist. 787.—Resultado de la nefropexia
de la figura anterior.



Figura 14
Hist. 46002.—Ptosis renal derecha
(decúbito dorsal).



Figura 15
Hist. 46002.—Mismo caso anterior (po-
sición de pie), con tiempo de evacuación
retardado (10').



Figura 16
Hist. 24116.—Ptosis renal derecha (po-
sición dorsal). Reflujo pielocalicilar
doble.

normal o patológico. De ahí derivan las más oportunas indicaciones médicas o quirúrgicas de dicha afección, tan frecuente en la práctica diaria.

4° *Diagnóstico diferencial entre ptosis y ectopía.*

Clínicamente es imposible diferenciar, una ptosis fijada por un proceso de perinefritis, con una ectopía. En ambas se palpa un riñón más o menos bajo con escasa movilidad. Si se trata de una ptosis móvil, entonces la excursión completa del riñón hasta la fosa lumbar, permitirá diferenciarlo, de una ectopía siempre situada a una altura inferior a la normal, cualquiera que sea la posición en que se busca.

La pielografía en cambio, permite hacer el diagnóstico diferencial con toda exactitud, especialmente cuando la pielografía es doble. En esta última, comparando la longitud de ambos uréteres, puede observarse nítidamente, como el uréter del riñón ectópico, es anormalmente más corto que el del otro lado. Hay casos de ectopías dobles, correspondiendo a uréteres cortos de acuerdo con el tipo de anomalía de posición (ectopía lumbar, ilíaca, pelviana). En éste último caso, se encuentran uréteres de longitud muy reducida, coincidiendo en general con glándulas de aspecto normal, pudiendo, sin embargo, dichas glándulas aparecer con ciertas anomalías en la pelvis, en los cálices y en la forma del riñón. En general puede asegurarse, que cuando se encuentra un riñón o ambos, en posición fija y baja reconocibles por la palpación simple o combinada, se trata de una anomalía de posición de una glándula de forma normal o anormal.

PIELOGRAFÍA DESCENDENTE.

La utilizamos con muy buen resultado y como elemento de diagnóstico es perfecto. Usamos de preferencia, el Uroselectan B, y nos conformamos para el diagnóstico, con tomar dos películas, una a los cinco minutos que suele ser la mejor y otra a los veinte minutos que ya demuestra una eliminación mucho menos intensa, sobre todo en riñones normales. Cuando utilizamos este tipo de pielografía, para conocer el tiempo de evacuación de la pelvis renal entonces tomamos una tercera a los 45 minutos, para observar en cual de las dos pelvis queda todavía substancia opaca interpretando este detalle, como retardo de su evacuación.



Figura 17

Hist. 24116.—Mismo caso anterior (posición de pie), ligero retardo de la evacuación (10').



Figura 18

Hist. 56763.—Ptosis renal derecha (posición horizontal). ¿Reflujo pielolinfático?



Figura 19

Hist. 56763.—Mismo caso anterior (posición de pie), evacuación normal (10').

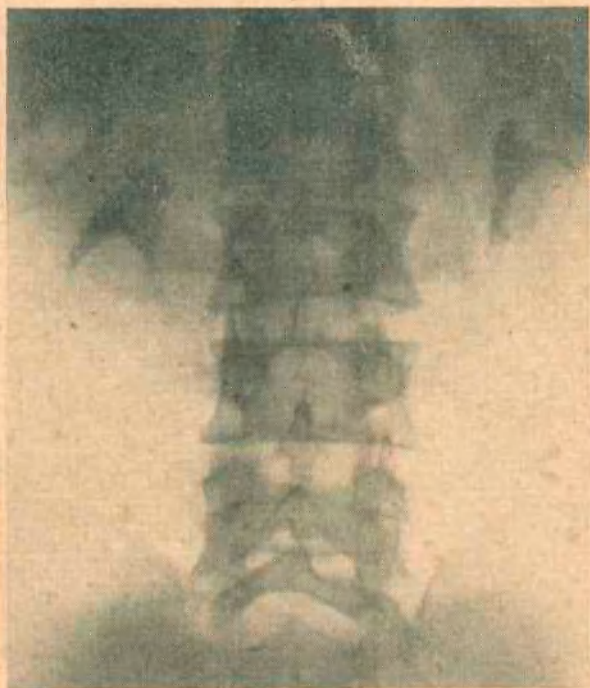


Figura 20

Hist. 1246.—Ptosis renal derecha (decúbito dorsal).

En realidad, como decimos antes, nosotros dada la importancia asignada a la evacuación de la pelvis renal, como elemento de juicio para determinar el momento quirúrgico más oportuno, preferimos la pielografía ascendente, aunque reconocemos las ventajas de orden técnico que indiscutiblemente presenta la descendente, pero no puede esta última substituir a la primera en cuanto a la medida del tiempo de evacuación.

La pielografía descendente, la practicamos siempre por lo menos en dos posiciones, horizontal y vertical y en algunas ocasiones hemos también utilizado la posición de Trendelenburg. En esta forma tenemos las diferentes posiciones de la glándula en relación con la posición del paciente, lo que permite medir toda su excursión o sea su movilidad.

TRATAMIENTO DE LAS PTOSIS Y ECTOPÍAS.

Sólo tratamos a las ptosis o ectopías, con síntomas renales, vesicales, gástrico-intestinales o nerviosos.

Las ptosis o ectopías, que no dan síntomas, no las tratamos. Hemos examinado frecuentemente enfermas con ptosis dobles o simples de todos los tipos y variedades sin molestias de ninguna especie y a pesar de que ambas glándulas o una de ellas, presentan los caracteres semiológicos del riñón flotante, no han presentado en ningún momento ninguna molestia renal, ni refleja, por lo cual nosotros, en tales casos no hacemos completamente nada. Nos limitamos a observarlas y les aconsejamos la necesidad de vernos al menor trastorno.

Las ptosis o ectopías, que dan síntomas renovesicales, gástrico-intestinales o nerviosos. En tales casos, indicamos antes de aconsejar un tratamiento quirúrgico, un tratamiento ortopédico con faja abdominal simple, del tipo circular, elástica, con máximo de presión al nivel del hipogastrio, al cual levanta en forma sensible. No usamos nunca, las clásicas pelotas de Glenard, porque produce dolores sobre el riñón que comprimen. Las fajas usadas por nosotros son sencillas, cómodas, que puede hacer el mismo paciente y muy económicas. La única precaución que debe tener el enfermo es de renovarlas, en cuando el tejido elástico cede y entonces, no sostiene bien el abdomen en su porción hipogástrica. Dicha faja debe ser

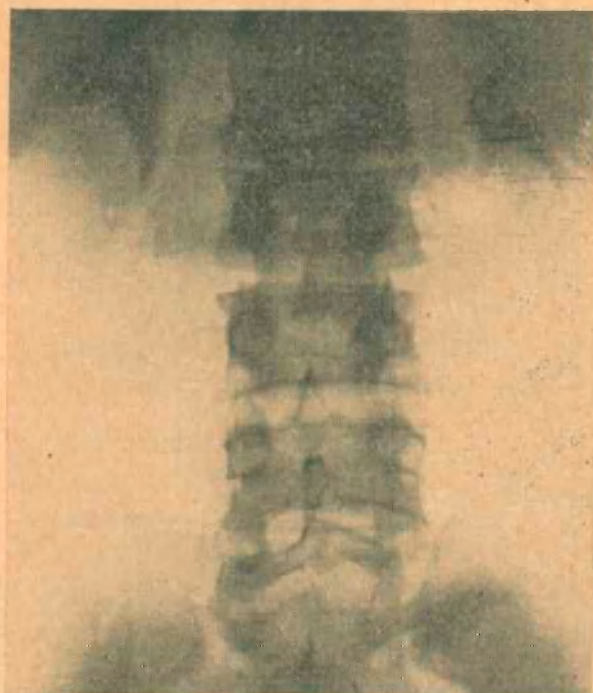


Figura 21

Hist. 1246.—Mismo caso anterior
(posición de Trendelenburg).



Figura 22

Hist. 1246.—Mismo caso anterior
(posición de pie).

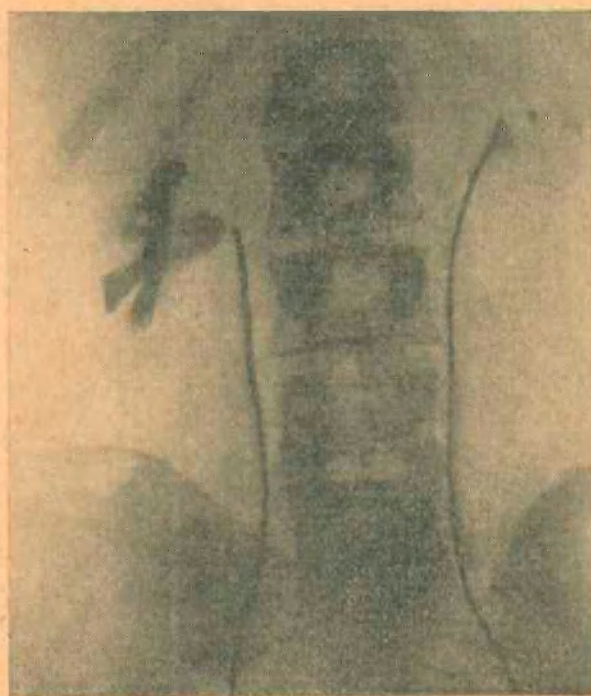


Figura 23

Hist. 45207.—Ptosis renal derecha.



Figura 24

Hist. 45207.—Mismo caso anterior.
Resultado de la nefropexia.

colocada por el enfermo, acostado y con la mano levantar el abdomen o bien hacer una inspiración profunda al colocarla.

Al mismo tiempo, se le aconseja un régimen adecuado para engrosar unos cuantos kilos, partiendo de la base que la atmósfera célulo-adiposa del riñón, es un excelente medio de sostén glandular. Además, se le aconseja un reposo relativo con el mismo fin y para movilizar lo menos posible al riñón.

Este procedimiento de la faja y del aumento de peso suele dar resultados buenos al comienzo del proceso, lo que justifica el conocido régimen de cama como reposo, alimentación suculenta o sobrealimentación que en algunos casos impone un sacrificio al enfermo de varios meses.

Sin embargo, a este respecto nosotros, diferenciamos las ptosis que hemos llamado al principio del presente trabajo, congénitas, de las adquiridas. Estas últimas, de acuerdo con repetida experiencia son las únicas que benefician en general del tratamiento de reposo y faja ortopédica. Las primeras en cambio no mejoran nada o muy poca cosa aún después de varios meses de insistir en dicho método terapéutico. Mas, esta última afección la encontramos con alguna frecuencia en enfermas jóvenes, solteras, con un muy buen estado general, más bien con ligera obesidad.

La explicación de tales resultados, en ambas ptosis, la encontramos nosotros, en la existencia de la cápsula fibro muscular que hemos descrito oportunamente, que impide toda fijación glandular fuera de la zona abarcada por esta especie de canasta en que se mueve. Por esta misma causa se explican los fracasos frecuentes de la nefropexia cuando no se tiene en cuenta dicho elemento y no se le desprende con toda minuciosidad. Así también se explican los fracasos de las nefropexias con métodos que no liberan totalmente a la glándula descendida y mantenida en posición baja por dicha cápsula.

Se comprende que en tales casos, no hacemos nada con sólo levantar la glándula y fijarla a cualquier altura que sea, ya que de inmediato, la tracción de una cápsula contráctil desplaza al riñón hacia la zona que lo retenía seguramente desde su nacimiento, lo que también explica los fracasos inmediatos de dicha intervención quirúrgica, con desplazamiento inmediato de la glándula.

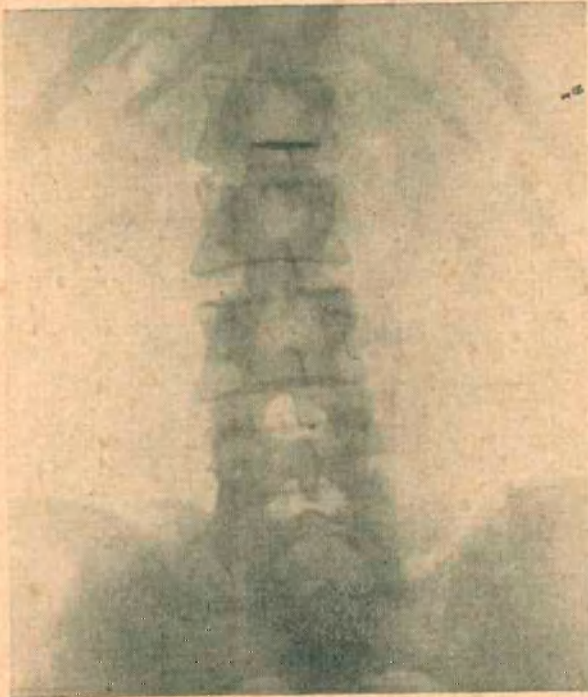


Figura 25

Hist. 45207.—Mismo caso anterior, con evacuación normal.



Figura 26

Hist. 54136.—Ptosis renal derecha. Reflujo canalicular.



Figura 27

Hist. 54136.—Mismo caso anterior. Resultado de la nefropexia. Se repite el reflujo canalicular.

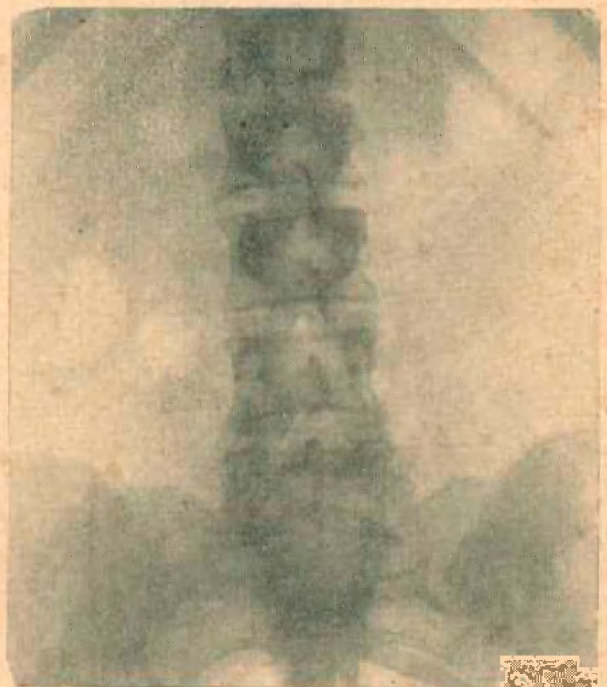


Figura 28

Hist. 54136.—Mismo caso anterior con evacuación normal (10').

VERDADERA INDICACIÓN QUIRÚRGICA DE LA PTOSIS O ECTOPÍA.

De acuerdo con lo que acabamos de manifestar, serán objeto de la nefropexia: 1º, todas las ptosis que nosotros llamamos congénitas, siempre que produzcan dolores, molestias renovesicales o reflejas, o sea todas aquellas formas no silenciosas.

2º Todas las ptosis llamadas adquiridas, cuyo tratamiento ortopédico haya fracasado.

3º Todas las ectopías, con dolores renovesicales, o con reflejos gastrointestinales, nerviosos, etc., síntomas debidos a su movilidad.

La indicación quirúrgica, en los tres casos anteriores, puede hacerse urgente, cuando observamos, que el tiempo de evacuación de la pelvis renal comienza a retardarse en varios minutos. Si no atendemos rápidamente dicha indicación, nos podemos encontrar repentinamente ante una obstrucción aguda y en lugar de hacer cirugía conservadora, mediante la nefropexia, nos veremos obligados a hacer cirugía mutilante mediante la nefrectomía.

Por esta razón, hoy ningún cirujano consciente, podrá prescindir de un elemento indispensable para fijar el momento oportuno de una nefropexia, cual el estudio del tiempo de evacuación de la pelvis renal, mediante la pieloscopia o bien la pielografía seriada.

NEFROPEXIA.

La técnica varía mucho según se trate de una ectopía o de una ptosis.

Nefropexia en las ptosis

La incisión que nosotros practicamos, para la lumbotomía, comienza al nivel del 10º espacio intercostal, justo en el surco que sigue la masa sacrolumbar por su borde externo y en su intersección con las costillas: sigue dicho surco hacia abajo hasta encontrar el ángulo costo muscular; allí cambia de dirección atravesando diagonalmente el cuadrilátero de Grmfeld buscando, la espina ilíaca ante-

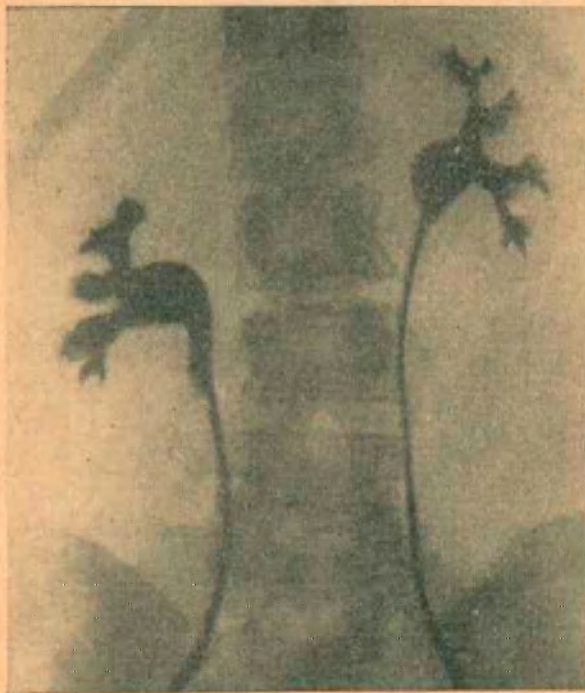


Figura 29

Hist. 21118.—Ptosis renal derecha
(decúbito dorsal).

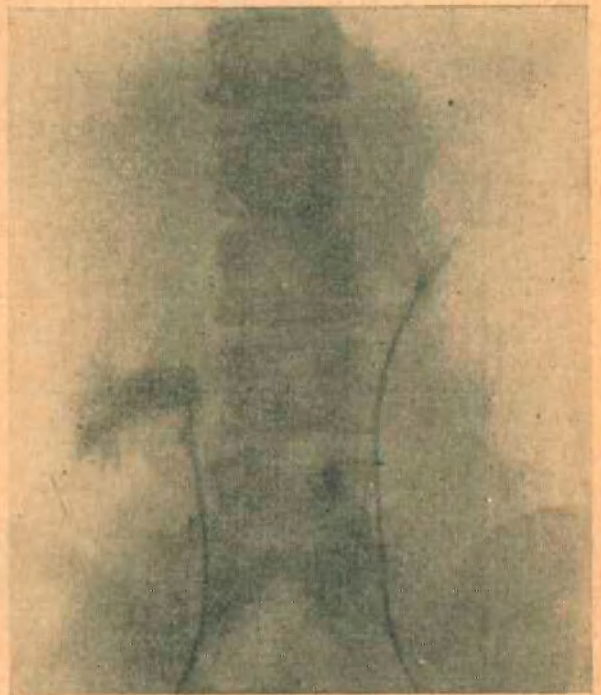


Figura 30

Hist. 21118.—Mismo caso anterior de
pie, con retardo de la evacuación (a los
10').

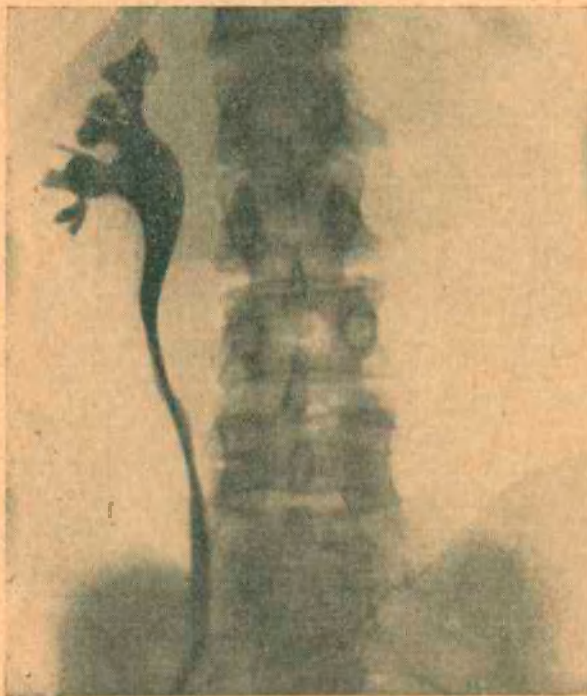


Figura 31

Hist. 21118.—Mismo caso anterior.
Resultado de la nefropexia.



Figura 32

Hist. 66243.—Ptosis renal derecha (de-
cúbito dorsal). Hermoso reflujo pielo-
venoso doble.

rosuperior a cuya altura termina a dos travesas de dedo por encima y adentro de la misma.

La incisión de los planos musculares, se extiende de acuerdo con la altura de la glándula siendo tanto más prolongada cuanto más bajo se halle el riñón descendido.

Como ya dijimos en otra oportunidad en este mismo trabajo, uno de los tiempos fundamentales en toda nefropexia, es la exteriorización del riñón. A este efecto es necesario librarlo de toda clase de adherencias fibromusculares, que lo mantienen bajo y liberarlo en todas sus caras, y especialmente al nivel del íleo, en donde suelen encontrarse tractus conjuntivos muy firmes. Una vez practicada dicha liberación muy cuidadosa se observa que la glándula se convierte en un órgano de lo más complaciente, pudiéndolo llevar a cualquiera situación. No es raro, encontrarse con dificultades notables al tratar de liberar el riñón de sus adherencia, debiendo recurrir frecuentemente al bisturí o a la tijera, para esculpir y separar los tractus fibromusculares o simplemente fibrosos que lo mantienen en baja posición; estas dificultades, son particularmente mayores cuando se trata de las llamadas por nosotros, *ptosis congénitas*.

Falla de los colgajos capsulares

En lugar de hacer cuatro colgajos iguales, por dos incisiones de cruz a lo Marión, nosotros hemos adoptado el método de los cuatro colgajos desiguales, a saber: dos superiores en la unión de los dos tercios superiores con el tercio inferior y dos inferiores con la cápsula correspondiente al tercio inferior.

El objeto de tallar así los colgajos, es procurar levantar la glándula al maximum, porque habíamos observado que haciendo los colgajos iguales a menudo el riñón quedaba un poco más bajo después de la pexia, sobresaliendo del reborde costal; en cambio, los colgajos cortos inferiores, permiten levantar más al riñón quedando normalmente escondido debajo de las últimas costillas. Sin embargo, cuando el hígado se encuentra en posición baja, ni aun con nuestra técnica es posible llevar al riñón, a esconderse debajo del reborde costal, quedando por lo mismo siempre sobresaliendo el polo inferior debajo de la última costilla, en proporción al descenso del hígado.



Figura 33

Hist. 66243.—Mismo caso anterior (de pie), con evacuación retardada.

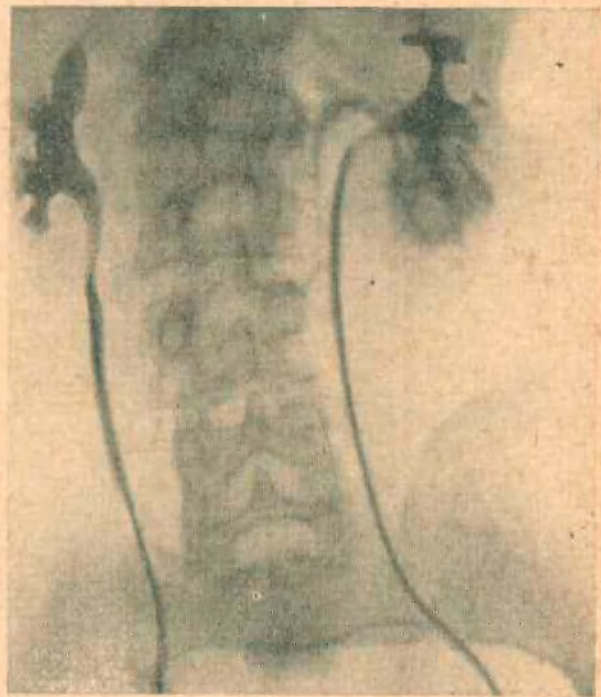


Figura 34

Hist. 66243.—Mismo caso anterior. Resultado de la nefropexia. Se repite el reflujo izquierdo.

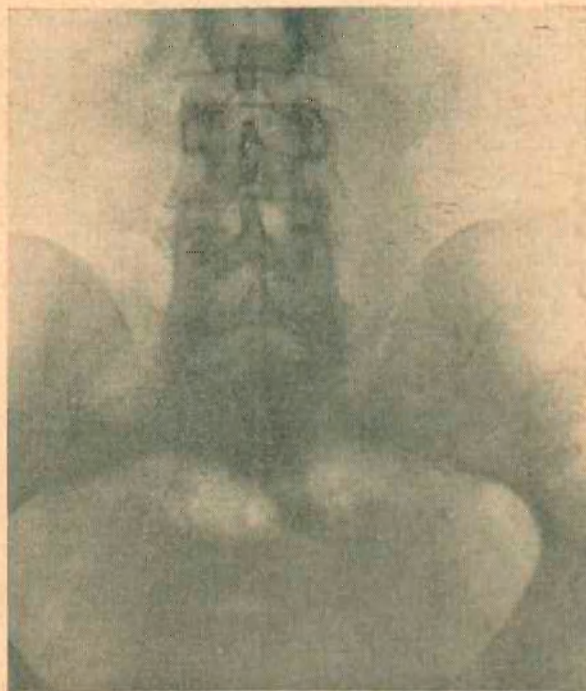


Figura 35

Hist. 66243.—Mismo caso anterior, con evacuación normal 10'.

Los dos colgajos capsulares inferiores, se fijan con catgut número 2, al espacio intercostal 11° y en caso de no poder hacerlo en ese espacio se fijan, un punto anterior en el 11° espacio y el posterior en el ángulo costo muscular. Siendo posible, los dos puntos inferiores deben anudarse en el 11° espacio, porque como dichos puntos son los que levantan al riñón, deben llevarse lo más alto posible para hacer así una corrección lo más perfecta posible.

Los dos colgajos superiores de cápsula, se pueden fijar al 10°, espacio intercostal, pero cuando hay descenso más o menos marcado del hígado, entonces pueden fijarse en el 11°, sin inconveniente por cuanto dichos colgajos, no sirven más que para evitar los desplazamientos del riñón, sin intervenir para nada en el levantamiento del órgano, a cargo exclusivamente de los colgajos inferiores.

El pasaje de los catguts, en los espacios intercostales, debe hacerse con una aguja de Doyen de gran curvatura y ser acompañado por el dedo índice, una vez atravesado el fondo de saco pleural, sin ninguna consecuencia y el diafragma, hasta la salida de la aguja, por debajo del reborde costal. Los colgajos capsulares deben ser lo más extensos posible a expensas de las caras anterior y posterior de la glándula hasta llegar cerca del hileo renal.

Hecha la pexia en la forma indicada, utilizando hilos de catgut, en lugar de hilos de lino como aconseja Marión, no queda más que el cierre de la pared por planos, dejando un tubo de drenaje de unos 20 mm., en la loge y sólo por 48 horas. Después curaciones planas.

Nefropexia en las ectopías

La técnica difiere del caso de ptosis, en que la fijación de los colgajos como se comprende con toda facilidad se fijarán de acuerdo con la altura de la glándula y sobre todo de la longitud del uréter, conocida de antemano por la pielografía. De cualquier modo debe tratarse de llevar lo más alto posible el riñón y fijarlo al último espacio o en la pared, sin tironear demasiado el uréter, para evitar necrosis del mismo por torceduras o por estiramiento excesivo, bastando dejarlo con una extensión que no deje pliegue ni acodaduras. Cuando en esta afección encontramos, lo que no es raro, algún vaso anormal, ya sea polar inferior o superior, si dicho vaso perturba, la buena fijación del órgano propuesta, no hay ningún inconve-

niente en ligarlo y proceder así a una buena técnica. Nosotros hemos ligado vasos en tales condiciones de un calibre regular, sin que ni inmediatamente, ni a distancia, hayamos tenido que lamentar ningún accidente.

CUIDADOS POSTOPERATORIOS.

Los comunes a cualquier operado de riñón con la sola diferencia de la posición en cama: ésta debe ser en ligero Trendelenburg, durante por los menos 12 días, al cabo de los cuales la posición debe ser horizontal, con cabeza levantada. Hasta los 20 días, en general el enfermo no abandona la cama. El objeto de este reposo, algo largo, es permitir la fijación lo mejor posible del riñón, en su nueva situación.

RESULTADOS INMEDIATOS Y ALEJADOS.

Muy buenos. No conocemos recidivas y si algún colega las encontró en nuestros operados, le estimaremos nos las haga conocer. Hemos seguido a muchas enfermas y controlado su estado general, la situación de la glándula por palpación y por la pielografía el resultado ortopédico de la intervención: todos estos elementos nos han corroborado, los excelentes resultados obtenidos por este método que responde a todas las exigencias de una buena pexia, que no sólo cura al enfermo, sino que deja además el órgano en su verdadera posición.

De acuerdo con el trabajo realizado por nosotros podemos llegar a las siguientes conclusiones:

1º — La pielografía es el principal elemento de diagnóstico diferencial entre las ptosis y las ectopías, y se funda en la longitud del uréter.

2º — Existen un buen número de ectopías, con ptosis dolorosas secundarias, que exigen una nefropexia atípica.

3º — Las ptosis deben estudiarse siempre, en posición de pie, clínica y pielográficamente.

4º — El mejor elemento de juicio en nuestras manos para fijar una terapéutica adecuada, en las ptosis renales, es hacerlo de acuerdo con el resultado de la evacuación de la pelvis renal.

5° — Cuando la evacuación de dicha pelvis es normal, puede ensayarse, un tratamiento ortopédico por faja. En cambio cuando hay retardo de evacuación, la nefropexia es de urgencia.

6° — Existen según nuestra experiencia dos tipos de ptosis, una que llamamos *congénita* y otra adquirida.

7° — No debe operarse ninguna ptosis, ni ectopía que no presente síntomas netos o alguna complicación.

8° — La nefropexia utilizada por nosotros, desde hace más de diez años, es la de Marión con ligeras modificaciones, sobre el modo de tallar los colgajos, que en lugar de ser iguales, los cortamos desiguales.

9° — En las ectopías, fijamos el riñón en donde se puede, teniendo en cuenta siempre de hacerlo lo más elevado posible.

10° — Los resultados clínicos y radiográficos comprueban, un éxito completo mantenido desde muchos años, en más de cien observaciones personales.
