

Serv. de Urología del Hospital Italiano;
Jefe: Doctor LUIS E. PAGLIERE

Por el Doctor
LUIS E. PAGLIERE

NEFRECTOMIA RETROPERITONEAL EN UNA PIONEFROSIS CON ECTOPIA PELVIANA

EN mérito a la brevedad, expondré en forma suscita la historia clínica que da lugar a esta comunicación.

HISTORIA CLINICA:

Se trata de un joven de 18 años, que en marzo de 1934 nota por primera vez que sus orinas son turbias, lo que le hace consultar a un médico, pocos días después, tiene un intenso dolor en el bajo vientre y es internado en un hospital, donde pasados algunos días fué sometido a una intervención, practicándosele una apendicectomía; a los pocos días de operado, tiene un nuevo ataque doloroso que dura algunas horas, le hacen una radiografía sin que esto permitiera establecer la causa de su dolencia y pocos días después es dado de alta; a los tres meses, se reproduce el ataque doloroso, pero esta vez, con la aparición de un tumor en el hipogastrio, con disminución de la cantidad de orina, sin fiebre y que cede a los ocho días, coincidiendo con una gran poliurea y hematuria.

Desde entonces los episodios se repiten a intervalos variables, son siempre piréticos y seguidos de poliurea y hematuria, en los últimos tiempos el ritmo de los ataques se ha acelerado.

Ingresa al Servicio de urología el 16 de mayo de 1935.

Estado actual. — Examen general sin particularidades, apirético, no tiene dolores, micción normal. Orinas 1º, 2º y 3º vaso, ligeramente turbias con pequeños grumos de pus.

Exploración uretral N° 22: No hay residuo vesical. Riñones no se palpan.

Cromocistoscopia. — Mucosa vesical normal, orificios ureterales normalmente implantados, el derecho expulsa rítmicamente orinas límpidas; el izquierdo, si bien tiene algunas contracciones, no expulsa líquido alguno; el índigo carmín aparece a los cuatro minutos por el riñón derecho; el izquierdo no da eliminación a los veinte minutos de observación.

Radiografía simple N° 1. — No se observa nada anormal, pielografía descendente Nos. 2, 3 y 4 hacen ver un riñón derecho con vías escretorias ligeramente dilatadas, el izquierdo no da sombra alguna.

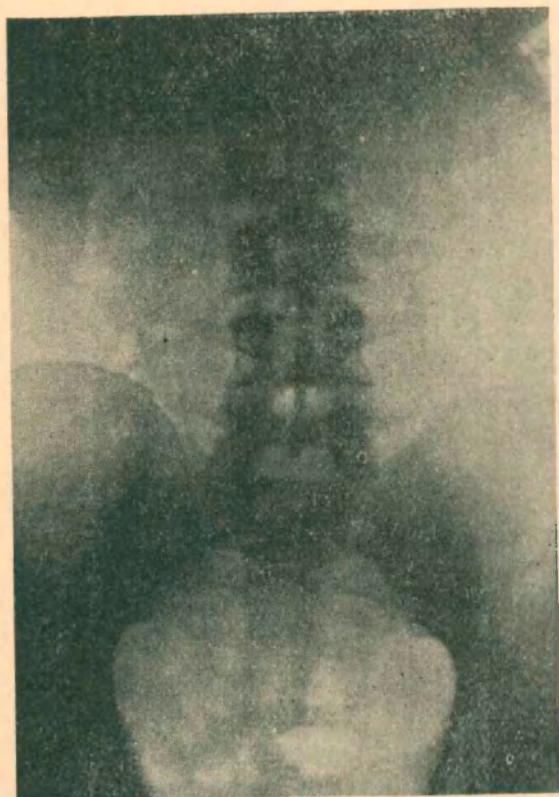


Figura 1



Figura 2



Figura 3

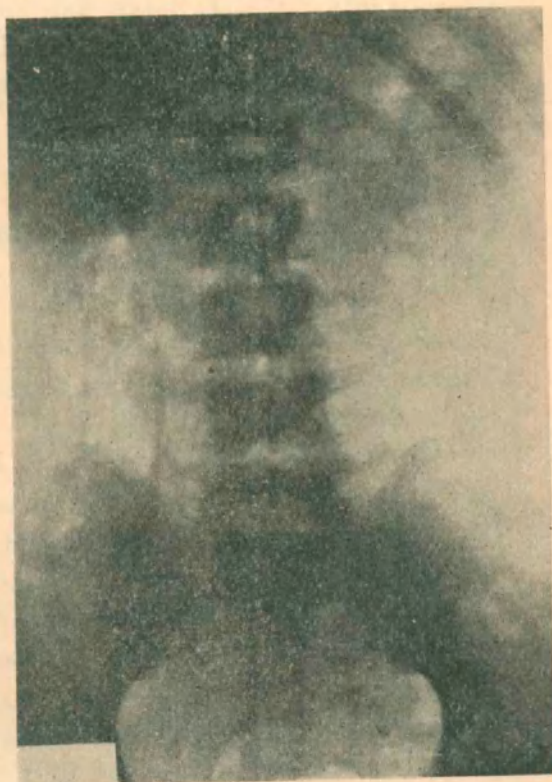


Figura 4

Se intenta una pielografía izquierda ascendente, no se puede penetrar más de tres centímetros en el uréter y el líquido inyectado refluye a la vejiga sin dar sombra pielográfica. Una radiografía insuflando aire en la vejiga no aporta dato de interés.

A los 11 días de estar internado, tiene un ataque doloroso en el hipogastrio con ligera elevación térmica y formación en dicha región de un tumor duro, doloroso, del tamaño de una naranja. A los tres días cesan los dolores, se produce poliurea hematúrica y desaparece la tumoración.

El 6 de junio se intenta otra pielografía ascendente, sin resultado; el 10 del mismo mes, nuevo cólico renal, esta vez la temperatura sube a 38 y 39 grados;



Figura 5

reaparece el tumor con intensos dolores, y el 22 de junio, después de esperar doce días que el cólico cediera para operarle en frío, es operado, pues el estado general se desmejora.

Decidida la operación, me propuse seguir la vía extraperitoneal, el desarrollo del acto quirúrgico justificó plenamente la elección de esta vía.

Operación. — Incisión desde el anillo inguinal externo hasta dos traveses de dedo por arriba de la espina ilíaca antero superior y siguiendo el pliegue inguinal. Sección de planos musculares y ligadura de los vasos hipogástricos; llegado al peritoneo se lo despega y se lo separa hacia la línea media, se reparan hacia afuera y profundamente los vasos ilíacos. Se inicia el desprendimiento del tumor renal que ocupa la casi totalidad del campo operatorio, se liga un pedículo

vascular que desde el polo superior del tumor va hacia arriba en dirección de la aorta. Como las adherencias no permiten continuar el desprendimiento del tumor renal que, por otra parte, está muy tenso, se aspira el contenido, dando salida a unos 500 gramos de pus denso. Hago a continuación el desprendimiento sub-

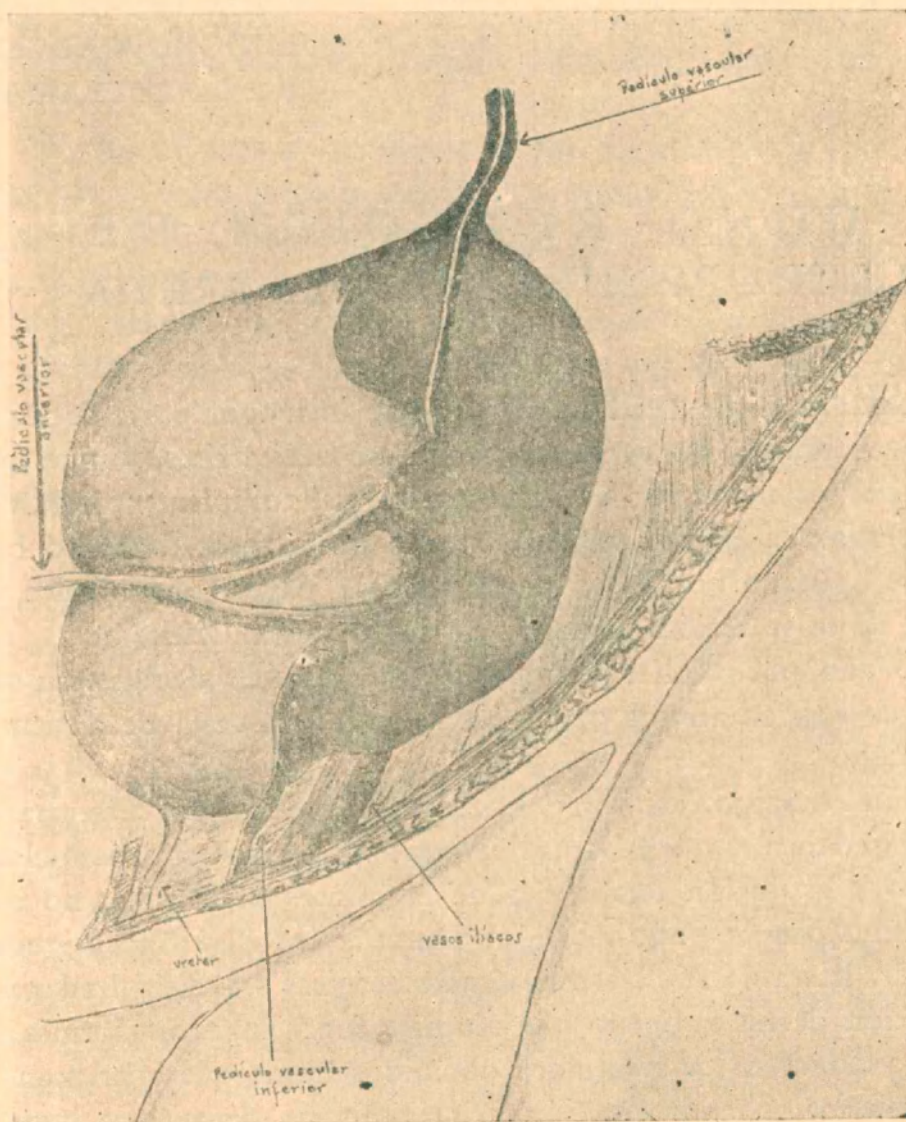


Fig. 6 — Riñón y pelvis renal extraídos.

capsular, aprovechando la brecha abierta en el riñón, pero las dificultades se renuevan al llegar a la pelvis dilatada y adherida y allí debo continuar desprendiendo la pelvis de los tejidos circunvecinos, hacia el borde interno, se reconoce otro pedículo vascular que se secciona y un tercero que se aborda por el polo inferior, que también se secciona y liga.

En la parte profunda e inferior de la pelvis renal se reconoce el uréter, que

ligo y secciono, pudiendo así extraer el tumor renal. Queda en la amplia cavidad restos de cápsula y pelvis renal que se abandonan; drenaje y cierre parcial.



Esquema que demuestra los distintos pedículos.

CONSIDERACIONES.

De la descripción que antecede se deduce que la incisión dió amplio campo operatorio, que el contenido séptico pudo ser evacuado sin contaminar el peritoneo, que los distintos pedículos, que fueron examinados cuidadosamente antes de su sección y ligadura se alcanzaron fácilmente y que el drenaje de la cavidad resultante se hizo, como toda la operación, por vía extraperitoneal, así pues, considero que sólo un error de diagnóstico puede justificar la vía transperitoneal con frecuencia seguida en casos semejantes.