

Serv. de Urología del Hosp. Fernández;  
Jefe: Prof. Dr. ENRIQUE CASTAÑO

Por los Doctores

ENRIQUE CASTAÑO,  
R. DE SURRA CANARD  
y H. D. MUÑOZ

## LA CIRUGIA RENAL CONSERVADORA EN EL RIÑÓN INFECTADO

**P**RESENTAMOS al seno de eseta sociedad por creerlo de interés, un caso que confirma los beneficios de la cirugía conservadora en el riñón infectado. De esta observación no se pueden deducir conclusiones generales, pero sí llamar la atención sobre los beneficios que esta conducta reporta y evitar el sacrificio precipitado de un órgano importante.

La evolución terapéutica del riñón infectado ha pasado por cuatro períodos: en el primero (higiénico dietético) se limitaba la medicación al simple reposo en cama, la supresión de alimentación tóxica y la ingestión de preparados diuréticos. Luego entran en juego los agentes terapéuticos desinfectantes de la vía excretora. El tercer período se inicia con la endoscopia y el cateterismo ureteral y por último se busca en la cirugía la curación del órgano enfermo; en un comienzo extirpándolo y en la actualidad corrigiendo las causas que lo predisponen a la infección.

Desde hace muchos años la cirugía corrige todas aquellas lesiones que mantienen una infección piélica, como ser la presencia de cálculos, acodaduras, etc.; pero el riñón distendido, infectado y en consecuencia insuficiente era sacrificado porque las primeras tentativas fueron al fracaso (punción-nefrostomía) etc.

El Profesor Von Lichtemberg ha dedicado al tema que nos ocupa muchos años de labor, ha logrado indicar normas de conducta que permiten mejorar muchos enfermos. Aplicando esas ideas directivas hemos operado nuestra enferma con todo éxito. Su historia es la siguiente:

A. L. de B., de 56 años; es operada hace seis años, de su aparato genital (histerectomía subtotal con salpingectomía derecha. Dos años más tarde sufre del aparato cardiovascular (aortitis), y al mismo tiempo de una litiasis biliar cuyas crisis dolorosas persisten en la actualidad. En el año 1936, sin precisar fecha la enferma describe dos episodios dolorosos con los caracteres del cólico renal y bien distintas de las molestias ocasionadas por su calculosis vesicular. En esa época no se sometió a ninguna investigación urológica. A fines de julio, 2 meses después de su segundo cólico renal enferma de un proceso febril con temperaturas de 38° y 40° y atribuido de inmediato por el médico asistente a su aparato urinario, por comprobar la existencia de una piuria y de un tumor en el flanco derecho. Como la hipertermia persistiera por espacio de unos 15 días sin cesar a la medicación corriente, uno de nosotros es llamado a ocuparse de la paciente. En el momento del examen se está en presencia de una enferma muy adelgazada con facies de infectada e intoxicada febricitante, con lengua seca, y saburral que se queja de dolor marcado en la región lumbar y flanco del lado derecho con irradiación hacia la región hipogástrica y de frecuencia miccional con disminución de la cantidad de orina.

El examen clínico revela: aparato respiratorio normal. Aparato cardiovascular: ligero aumento del área de percusión de la aorta. Tensiones, Máx.: 17; Mín.: 12.

Al nivel del abdomen llama la atención la saliencia del flanco derecho; la pared excursiona bien con los movimientos respiratorios; la palpación comprueba que el vientre es depresible, indoloro en toda su extensión, menos al nivel del flanco derecho, allí se toca un tumor redondeado del tamaño de una cabeza de feto a término que se extiende por arriba hasta un través de dedo del reborde costal, por debajo alcanza la línea bi-espinosa; por dentro llega hasta el borde externo del músculo recto. El tumor excursiona poco con los movimientos respiratorios, goza de peloteo y de contacto tanto abdominal como lubar. El colon ascendente y la porción derecha del transversal cubre un tercio inferior del tumor estando el ángulo hepático muy descendido. El hígado está en sus límites normales y la investigación de la vesícula biliar despierta dolor. El resto del examen somático es negativo.

El estado de gravedad de la paciente no permite llevar a cabo investigaciones urológicas más precisas y con el diagnóstico presunto de un riñón infectado en retención, del lado derecho, se la traslada a una clínica para realizar allí un tratamiento médico que permita mejorarla.

Durante las primeras 24 horas se limita la terapéutica a hidratar la paciente dándole suero fisiológico y glucosado por vía subcutánea a la par que tónicos cardíacos óleo-solubles. Un primer análisis de orina, revela: orina purulenta, ácida al tornasol, densidad 1010, urea: 12.8 %, cloruros: 8 %, pus contiene, hemoglobina contiene, albúmina: 0.70 %, sedimento: pus, hematíes, urato de sodio, microorganismos. Cultivo de orina: coli-bacilo. Inoculación al cobayo (—). Urea en sangre: 0.82 %.

Luego se lleva a cabo un examen endoscópico que revela: piuria muy abundante, con grumos, siendo necesario varios litros de agua para lograr un medio

transparente; capacidad vesical conservada; mucosa congestionada; meatoscopia izquierda normal; meatoscopia derecha: orificio puntiforme, eyaculación purulenta y perezosa. Con un catéter N° 6 (Pasteau) se franquea el meato, y se llega con cierta dificultad hasta la pelvis renal (20 ctms.) obteniendo por la sonda la salida de pus cremoso en goteo repetido interrumpido solamente por la existencia de grumos que obstruyen el catéter; se lava el bacinete con suero fisiológico y comprobando que el drenaje es suficiente, se lo deja en permanencia. Con ello



Radiografía N° 1  
Radío simple.

sobreviene un descenso inmediato de la temperatura, disminución del volumen del tumor del flanco y mejoría del estado general. Con toda paciencia se practican lavados diarios de la vía excretora, se cambia el catéter cada 48 horas, aumentando progresivamente su grosor y se sustituye el suero fisiológico por soluciones de nitrato de plata al 0.25-0.50 %.

Simultáneamente se continúa con la medicación general dietética.

El segundo cultivo de orina recogida por cateterismo da también *coli-bacilo*.

Al mes de esta conducta terapéutica se observa: gran mejoría del estado general y la siguiente evolución de la uremia: 0.74; 0.69; 0.65; 0.39 ‰ (a los 26 días).

Un índigo carmín (a los 26 días) dió R. D. 8 minutos y R. I. 4 minutos y una separación de orinas puso de manifiesto:

Riñón derecho:

Urea: 7.84 ‰. Cloruros: 5 ‰. Sedimento: pus (+++). Hematíes (+).

Riñón izquierdo:

Urea: 10.28 ‰. Cloruros: 7.60 ‰. Sedimento: pus (no hay); hematíes (no hay).



Radiografía N° 2  
Pielografía derecha. Posición: de pie  
(antes de la operación).

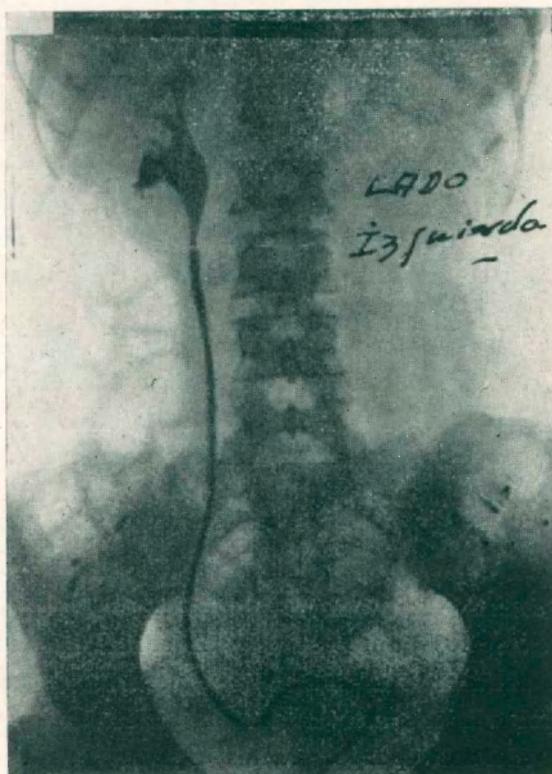
Mejorada la enferma se lleva a cabo su examen radiográfico: una primer película simple, en posición decúbite dorsal muestra un riñón derecho grande que se extiende de la 1ª L. hasta el menisco entre 4ª y 5ª L. Angulo esplénico del colon en su sitio. Angulo hepático descendido enfrentando el polo inferior del riñón derecho; ciego en la pelvis.

Primera: pielografía de pie antes de la operación: pelvis a nivel de la tercera y cuarta vértebra lumbar, distendida con cálice inferior muy grande.

En posesión de un diagnóstico de certidumbre: hidro-pionefrosis en un riñón descendido con exámenes funcionales que permiten suponer que su parén-

quima goza todavía de una función discreta, se continúa la conducta seguida hasta ese momento.

La enferma ha soportado por suerte con toda felicidad, dos meses, un catéter ureteral. Dar por terminado el tratamiento en estas condiciones era exponer la enferma a una recidiva en un futuro muy próximo; por ello se contempló la posibilidad de un acto quirúrgico. El estudio de la historia clínica demuestra que nuestra enferma padece de una ptosis de su colon derecho parte del transverso y de su riñón derecho sobrevenidas en una época que ignoramos; además posee



Radiografía N° 3  
Pielografía derecha. Posición: de pie  
(después de la operación).

un aparato digestivo deficiente (constipación crónica y litiasis biliar) y ha sido sometida a una intervención sobre su aparato genital. La esplanoptosis congénita o adquirida constituye una de las muchas causas que favorecen el desarrollo de una hidronefrosis y a ello se agrega en los últimos 6 años una intervención que ha modificado la estructura anatómica del ligamento ancho, pudiendo ello engendrar o exagerar una alteración de la dinámica del aparato excretor. Por otro lado el déficit funcional del aparato digestivo origina despeños colibacilares epistóxicos o permanentes que infectan con facilidad un riñón constipado.

Considerando difícil corregir: la estática del aparato digestivo, extirpar la vesícula biliar calculosa de años, esperar la recuperación funcional del intestino

y conocer la esencia de la perturbación peristáltica ureteral, hemos optado por realizar una fijación del riñón y un drenaje de la pelvis infectada a la manera de Von Lichtemberg.

Preparada la enferma de la manera habitual, 4 días antes de la operación con: suero fisiológico 500 c. c., suero glucosado 500 c. c., suero clorurado hipertónico 30 c. c., endovenoso, suero glucosado hipertónico al  $\frac{1}{2}$  30 c. c., + insulina 10 U. La enferma va a la mesa de operaciones con su catéter ureteral. Operador: Dr. Castaño. Ayudantes: Dres. Surra y Muñoz. Anestesia general con éter. Incisión de Israel. Incindidos los planos musculares se va en procura del riñón que se encuentra muy descendido y con discreta perinefritis. Una arteria polar superior que se respeta. Incisión de la cápsula y preparación de cuatro colgajos a la manera de Marion. Luego nefrotomía por punción a bisturí en el polo inferior y se pasa a través de esa brecha con ayuda de la pinza de Von Lichtemberg una sonda Nelaton hasta el bacinete. Se fija la sonda a la cápsula del polo inferior con dos puntos de catgut. Péxía del órgano, pasando los hilos de los colgajos superiores por el 11° espacio intercostal y los inferiores, fijándolos a la masa muscular. Cierre de la pared por planos, previo drenaje de rubberdan a la loge renal. El catéter ureteral se lo deja en permanencia.

*Postoperatorio:* en las primeras 24 horas, choc intenso, oliguria marcada que exigen una medicación serológica y cardiotónica apropiada. Al segundo día se restablece la función excretora; la sonda drenaje y el catéter ureteral funcionan satisfactoriamente; temperatura: 38°; ligero íleus del delgado. En los días que siguen, se lava con suero fisiológico el bacinete a través de los dos drenajes para barrer los pequeños coágulos allí existentes, y luego con solución de nitrato de plata para aseptizar la vía excretora. El rubberdan es retirado a los tres días; enema al 4° día; se sacan los puntos al 8° y la sonda de Nelaton al 10°. Como la orina contiene un abundante sedimento de sales se le agrega a la medicación general, urotropina por vía endovenosa. Al duodécimo día, temperatura normal; se cambia el catéter ureteral; por la herida operatoria salen algunas gotas de orina. A los 15 días, herida cerrada. Se retira el catéter ureteral a los 20 días. Como medida de prudencia se lava la pelvis renal día por medio, teniendo la enferma las orinas límpidas con algunos grumitos (en miga de pan); no existe retención en el bacinete. Al mes de la operación es dada de alta, con un estado general excelente, orinas límpidas; una pielografía de control tomada en posición de pie; pone de manifiesto: el polo superior del riñón derecho está a la altura de la duodécima vértebra dorsal; pelvis de tamaño normal, ausencia de acoradura en la unión urétero piélica.

Como dijimos al comienzo no se debe sentar normas con un hecho aislado, pero sí deseamos contribuir a la casuística nacional con un caso más de cirugía conservadora que se agrega a los simi-

lares presentados por nuestros colegas a esta misma sociedad. Cabe sin embargo señalar la tolerancia de nuestra enferma por el catéter permanente sin cuyo requisito no hubiéramos podido realizar su mejoría primera. Adembás es interesante observar la recuperación funcional del riñón cuando se libera su retención y se logra disminuir su estado aséptico. (Ver curva de la uremia).

-----