

Servicio de Urología del Hospital
Salaberry, Jefe Dr. A. ASTRALDI

Por los Doctores

ALEJANDRO ASTRALDI, J. S.
FERNANDEZ y P. TORROBA

ALGUNOS DATOS SOBRE CIRUGIA CONSERVADORA RENAL-CALICEOTOMIA

CIRCUNSTANCIAS que no son ni remotamente excepcionales, pero que creemos un tanto olvidadas, en materia de cirugía conservadora renal, permiten en dos enfermos su deambulacion a los 8 días de la intervencion. Es por este motivo que molestamos vuestra atencion a objeto de someter a las consideraciones que se crean convenientes.

Se trata de dos enfermos; una mujer y un hombre, cuyos números de historia clínica son 210 y 178 respectivamente. La primera presenta una calculosis renal bilateral y el segundo una calculosis renal y ureteral del mismo lado. (Ver radiografías).

En el primer caso, se practicó, porque así lo indicaba una nefrotomía parcial superior para una caliciotomía, pensando hacer una pielotomía del lado opuesto en un segundo tiempo.

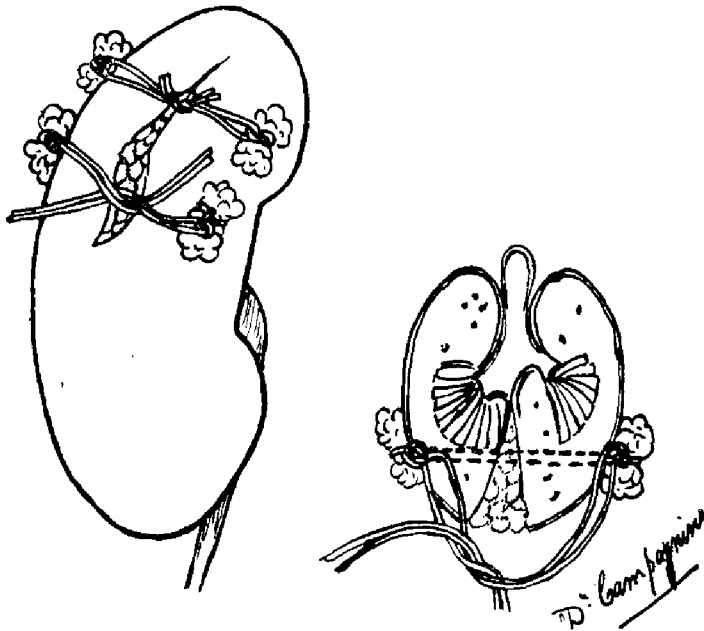
Se procedió así siguiendo el criterio —criticable o no— de abordar primero el lado menos enfermo.

En el segundo caso, después de haber conseguido la expulsión espontánea del cálculo ureteral, ayudado por maniobras endoureterales, nos abocamos a su situación renal. Se efectúa igual intervencion que en el caso anterior.

En el primer caso no hubo preparacion previa de la enferma por ser sus orinas asépticas, prueba de ello nos lo da el examen general de todo elemento séptico focales. En el segundo caso seguimos el criterio de Heitz Boyer sustentado y defendido en la tesis de Frederet; nos referimos al enfriamiento de la litiasis, de acuerdo a concep-

tos ya conocidos y por cuyos motivos no entramos en consideraciones.

Creemos que en cirugía conservadora renal, todo aquello que se refiere fundamentalmente a la calculosis —sin por esto hacer excepción para otros elementos supurativos y cuando las circunstancias lo permitan— depende el éxito operatorio y post-operatorio. Prueba de ello lo tenemos en el capítulo de las verdaderas recidivas calculosas después de la operación conservadora.



En las intervenciones practicadas en ambos enfermos, dos hechos fundamentales eran de tenerse presente —la hemorragia y la sutura— esta última, consecuencia ineludible de la primera.

El abordaje se hizo sobre la línea exangüe de Hyrtl y de una extensión tal y que estuviera en perfecta relación más o menos a los datos radiográficos, para lo que al cálculo se refiere, y que permitiera merced al uso de la pinza para cálculos ureterales, su fácil y rápida extracción. A esta altura, dos hechos eran a ponerse en práctica para cohibir la hemorragia que estas operaciones dan. Para ello 1º el poder hemostático de la grasa (procedimiento de Tschaika); asociado al procedimiento de Hagenbach; y 2º la compresión de am-

bas valvas renales durante 5 minutos siguiendo la técnica vienesa. Se procedió así.

Con la compresión temporal del pedículo renal y preparación previa de los hilos de suturas, la manera de Hagenbach, se coloca entre los labios de la herida renal un trozo alargado de grasa de la atmósfera perirrenal, se mantiene in situ por medio de una pinza cerrando los labios de la herida por el procedimiento antes mencionado, luego lo reforzamos con un agregado nuestro, haciendo un nudo con cada uno de los extremos de los hilos, nudo que cae a nivel de la herida peratoria; resguardando al parénquima renal de éstos, la cápsula propia del riñón que hace de punto de apoyo. Se termina la operación con la compresión digital antes mencionada, durante 5 minutos.

En una palabra, para la caliciotomía hacemos una síntesis de varios procedimientos.

Compresión temporaria del pedículo renal con gasa; inclusión de grasa entre la herida a la manera de Tschaika (pero sin suturarla), y el procedimiento de Hagenbach reforzado, y compresión a la manera vienesa.
