

Por los Doctores

ALFONSO PUJOL
y JUAN IRAZU

OPERACION DE GOLDSTEIN EN UN RIÑÓN POLIQUISTICO

LA cirugía conservadora de los llamados riñones poliquísticos no ha tenido un mayor desarrollo en nuestro ambiente urológico, a juzgar por las observaciones publicadas sobre ese particular, las cuales, según nuestra revisión bibliográfica, son muy escasas.

En un trabajo muy completo que lleva por título "Cirugía del riñón poliquístico", el doctor Luis Figueroa Alcorta, hace un estudio detallado de los diferentes procedimientos propuestos para esos fines y analiza prolijamente las diferentes circunstancias en que las intervenciones cruentas están indicadas.

Uno de nuestros enfermos portador de riñón poliquístico bilateral nos colocó, últimamente, frente a un problema clínico y terapéutico, cuyo feliz resultado nos induce a presentar esta comunicación. Enunciaremos los datos clínicos principales que son los siguientes:

FICHA N° 12.942.

D. D., 56 años, italiano, casado, estibador. Enfermo internado en el Hospital Argerich, Servicio del Prof. Adolfo F. Landívar.

Refiere el paciente que a los 28 años se enfermó de blenorragia y sífilis, curando la primera por completo y tratando su sífilis en forma insuficiente.

Su esposa es sana, tuvo 6 embarazos, 2 de los cuales terminaron en aborto, los 4 restantes llegaron a término; pero uno de los hijos falleció al nacer y otro al cabo de un año.

Desde hace un año y medio aproximadamente, experimenta unos ataques dísneicos que se los han tratado como asma. Transcurridos 6 meses, es decir hace un año, empezó a sufrir de dolores lumboabdominales continuos, sin exacerbaciones paroxísticas, no modificables por la posición que se irradiaban hacia la ingle; su intensidad y persistencia ha sido y es mayor sobre el lado derecho. Nunca tuvo hematuria.

Estado actual. — Sujeto magro y mucosas pálidas. Se ausculta un doble soplo en foco aórtico.

A la inspección del abdomen se observan con toda facilidad, 2 masas tumorales abollonadas, emplazadas simétricamente a cada uno de los lados de la línea media y abdominal e insinuando su extremidad inferior en la cavidad pélvica; excursionan siguiendo el ritmo respiratorio (Fig. 2).

Por palpación se comprueba el peloteo renal característico y se despierta

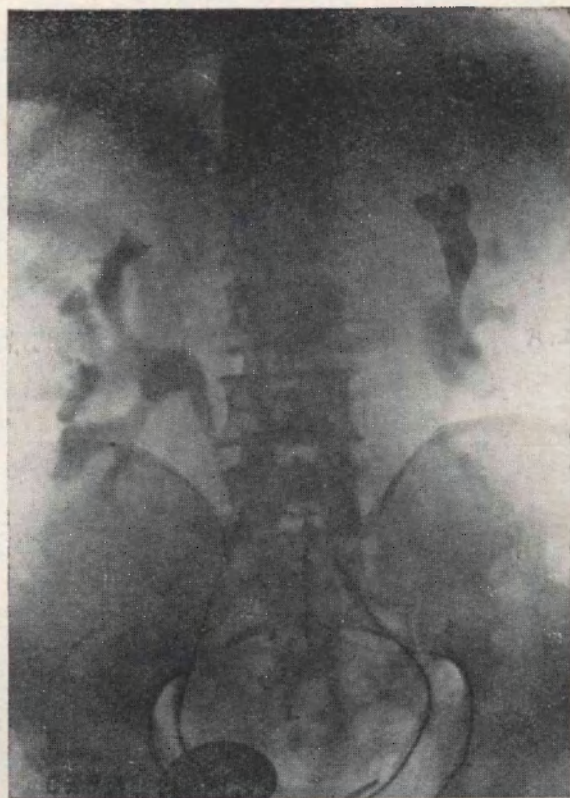


Figura 1. — Riñón izquierdo. Riñón derecho, operado.

un fuerte dolor, que no está en relación con la sensibilidad normal de la glándula.

Reacciones de *Wassermann* y *Kahn* positivas francas.

Recuento globular: 3.000.000 de glóbulos rojos.

Radiografía simple, negativa.

P. S. P. eliminación inicial a los 15 minutos, total, 25 %.

Prueba de *Volhard*: Elasticidad renal muy reducida.

Urografía excretoria: Negativa.

Pielografía excretoria. — El resultado negativo de la urografía excretoria y el deseo de obtener un comprobante fiel de la verdadera lesión renal nos animó a practicar la pielografía ascendente, aun cuando conocíamos su contraindicación en estos procesos; por esa razón al efectuarla nos rodeamos de todas las precauciones de asepsia posibles, pero a pesar de élllo tuvimos que lamentar y tratar

un proceso febril de tipo infeccioso a localización renal, que se mostró resistente a las medicaciones usuales.

La imagen pielográfica evidencia lesiones características correspondientes a los riñones poliquisticos (Fig. 1).

Con los signos funcionales y físicos, sumados a los datos radiológicos, establecimos el diagnóstico de riñón poliquistico bilateral.

Como ya lo declaramos en un principio, nuestro enfermo nos planteó un doble problema clínico y terapéutico; el problema clínico consistía en poder determinar el origen o la causa de los dolores y el terapéutico, aliviar o librar

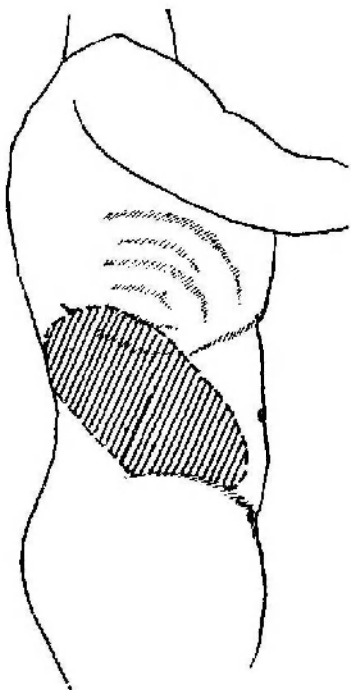


Figura 2

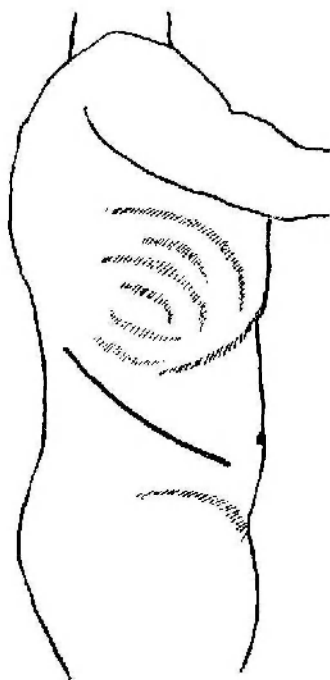


Figura 3

al enfermo de dichos dolores. Teniendo ese propósito como fin y atendiendo al estado general del enfermo, analizamos todas las conductas terapéuticas aconsejadas en casos semejantes y, por último, nos decidimos a practicarle una operación de *Goldstein*, bajo anestesia local.

Una hora antes de la intervención le inyectamos al paciente índigo carmín en las dosis habitual por vía endovenosa, con la intención de averiguar si el líquido de los quistes se teñía por el colorante.

Operación: 15 de Noviembre de 1939.

Anestesia local con novocaina.

Lumbotomía clásica alargada sobre el lado derecho (Fig. 3).

Abierta la pared se encuentra un voluminoso riñón poliquistico muy adherente a la celda y al peritoneo; algunos de los quistes se presentaban llenos de pus, especialmente los superficiales, los cuales fueron abiertos en su totalidad;

otros, los más numerosos, contenían líquido no contaminado. Se punzaron varios de los quistes aparentemente sanos cuyo líquido se mostró teñido en forma bien manifiesta por el índigo carmín, se recogió dicho líquido quístico en el cual posteriormente se comprobó la presencia del carmín de índigo en cantidades perfectamente dosables.

Procedióse inmediatamente a la liberación del riñón, lo cual resultó una tarea difícil; conseguido ésto, se incindió el riñón tumoral sobre su borde convexo externo mediante una incisión profunda, aunque en ningún momento llegó

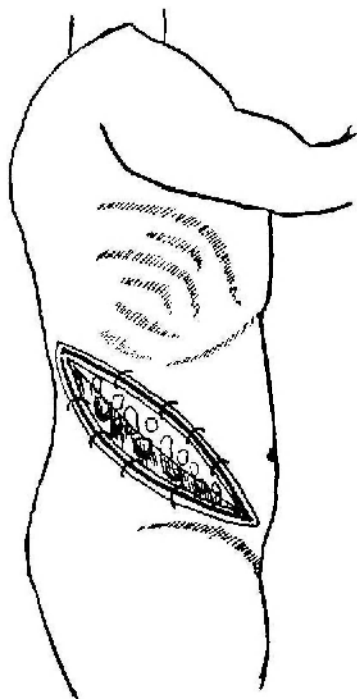


Figura 4

a interesar los cálices ni la pelvis. Al efectuar esta sección se evacuaron gran cantidad de quistes y luego procedióse aún a vaciar muchos otros quistes accesibles a los instrumentos, después de las maniobras anteriores.

Si bien es cierto que GOLDSTEIN aconseja, siempre que ello sea posible, practicar una decorticación del riñón, en nuestro enfermo no era un caso apropiado para realizarla.

En este punto de la intervención nos encontramos con el riñón liberado todo cuanto es posible, incidido longitudinalmente de acuerdo a una nefrostomía convencional que sólo interesa parénquima y no vías excretorias y vaciados de su contenido todos los quistes encontrados al paso de la incisión o alcanzados por los ins-

trumentos; en esas condiciones practicamos una fijación de cada uno de los labios de la incisión renal a la pared musculo-cutánea con puntos separados, quedando finalmente el riñón expuesto al exterior en una gran porción de su parénquima. No se deja drenaje y sí sólo gasas embebidas en suero fisiológico (Fig. 4).

Post-Operatorio. — Choc mínimo, el enfermo toleró perfectamente la intervención; curas húmedas que conservan abierta la herida renal durante un mes aproximadamente. El enfermo deja la cama a los 8 días después de operado y con gran sorpresa de su parte nos manifiesta que sus dolores han desaparecido por completo.

A los 2 meses de su operación declara el enfermo eufóricamente, "que considera haber nacido de nuevo", queriendo expresar con ello que ya no sufre más de los dolores que lo tenían agobiado y que la sensación de gran tumor de su abdomen se ha reducido hasta casi anularse. Por nuestra parte comprobamos por palpación abdominal, una disminución notable de la tumoración renal derecha.

En concordancia, pues, con lo que enunciamos al principio de estas líneas, podemos concluir estableciendo que el problema clínico que nos planteaba la pregunta: Sobre cuál era el origen o la causa de los dolores; tiene ahora su respuesta, la tensión del líquido de los quistes y la presión efectuada por éstos sobre los tejidos sensibles renales o extra-renales.

En cuanto al problema terapéutico no puede ser más elocuente y promisor el resultado obtenido en este caso y él ha sido fundamentalmente la razón de nuestra comunicación en la esperanza de que mediante este recurso terapéutico se intenten aliviar los pacientes portadores de riñones poliquísticos que presentan, como síntoma principal el dolor, ya que no existen hoy, otros medios más eficaces de tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

- Figueroa Alcorta, Luis.* — Cirugía del riñón poliquístico. Año 1938.
Geisinger, J. F. — A. M. J. Surg., 27, 1935, 531; March.
Goldstein, Albert E. — J. Urol., 34: 536 - 548, December, 1935.
Lazarus. — Urolog. and. Cutan. Rev., 38, 1934, 457; July.
Mursell, H. T. — Brit. J. Urol., 7, 1935, 40; March.
Oppenheimer. — Ann. Surg., 100, 1934, 1136; December.
Papin et Busser. — J. d'Urol., 39, 1935, 335; Avril.

DISCUSION

Dr. Schappapietra. — *Yo no he entendido el post-operatorio alejado del estado local. ¿Eso ha quedado fistulizado o ha cicatrizado?*

Dr. García. — *¿Tiene funcionamiento después o antes, o se tiene urograma después para poder apreciar la mejoría del valor funcional?*

Dr. Pujol. — *Al doctor Schiappapietra debo decirle que la intención es dejar ese riñón la mayor parte de tiempo posible, en comunicación con el exterior, a fin de que todos los quistes que pueden aparecer en el post-operatorio, puedan ser destruídos. Como lo decimos en el trabajo, estuvo en ese estado alrededor de un mes: en el momento actual la herida ya está cerrada.*

Al doctor García debo contestarle que la uretrografía no se ha hecho. Tenemos la idea de hacerla y también de hacer un indigo carmín, pero cuidamos mucho al enfermo y tememos que la inyección de iodo pueda perjudicarlo, dado que es un hombre que tiene una deficiencia renal muy grande.