

Por los Doctores

FRANCISCO GRIMALDI
y RICARDO BERNARDI

SOBRE CIRUGIA DEL RIÑON UNICO

EL tratamiento quirúrgico de las afecciones del riñón único, congénito o adquirido, constituye una de las más difíciles intervenciones de la urología, por el enorme peligro de muerte que significa para el enfermo cualquier accidente o falta operatoria y por la gran responsabilidad, que lógicamente representa todo esto para el cirujano. Para sintetizar en una frase nuestro criterio quirúrgico en estos casos, aconsejaríamos realizar: "la mejor intervención, pero la menos arriesgada".

Benoist, en la sesión del 19 de junio de 1939, de la Sociedad Francesa de Urología, presentó un interesante caso de riñón único adquirido a raíz de una nefrectomía por bacilosis, practicada por Marion 4 años antes y a quien el primero realizó una decapsulación con nefrotomía por anuria persistente.

El enfermo salvó el episodio urémico con toda felicidad, encontrándose en buenas condiciones dos meses después de esta intervención.

De la Marniere, intervino con éxito 4 veces a un enfermo por anuria en riñón único congénito.

Panoff y Greenberg, refieren a su vez 3 casos similares a los anteriores: 1º) nefrectomía izquierda por fístula renal persistente, cuyo origen no determina; anuria calculosa derecha; nefrostomía; desaparición de la uremia, pero el enfermo fallece de neumonía a los 6 días; 2º) nefrectomía derecha por pielonefritis crónica; anuria izquierda por estrechez o vaso anómalo; el cateterismo ureteral recoge 200 c.c. de orinas turbias, pero en un segundo episodio de retención le practican una nefrostomía temporaria, con la que el enfermo salva su vida; 3º) nefrectomía izquierda por piodrosis calculosa; pielotomía derecha; curación.

Higgins, en 100 casos de litiasis renal, encuentra 22 enfermos con cálculos en el riñón único adquirido; Harris, realizó una plástica

de pelvis en un riñón único congénito con todo éxito y Keyes, 6 casos con excelentes resultados.

1er. caso: Relataremos suscintamente los datos positivos.

Se trata de una enferma de 37 años de edad. que comienza su padecimiento 4 años antes de su primera intervención (28 de diciembre de 1938) con cólicos

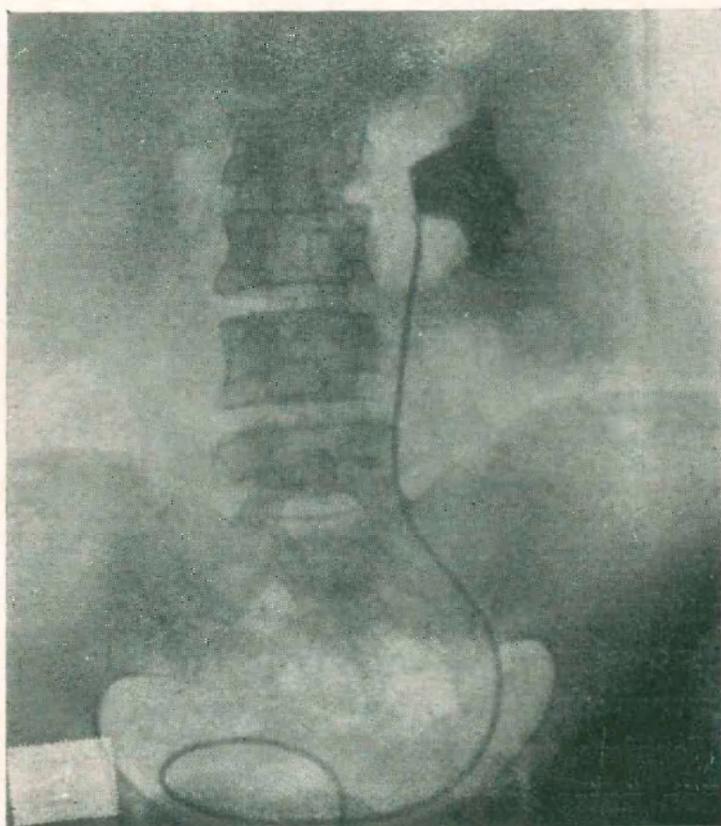


Figura 1

Pielografía ascendente del riñón izquierdo doble. Uronefrosis del inferior.

nefríticos izquierdos sin expulsión de cálculos y con orinas claras, por crisis de retención uronefrótica.

Al examen urológico, diagnosticamos una uronefrosis del riñón inferior en una anomalía por duplicidad de sus vías de excreción.

La pelvis contenía 40 c.c. de orinas normales.

La urografía excretoria, realizada en ese entonces y que lamentamos no poder exhibirla por habérsenos extraviado, mostraba unas vías de excreción superiores perfectamente normales en su forma y tamaño, mientras que la pelvis inferior

estaba dilatada, con los caracteres de la bolsa uronefrótica, como puede observarse con nitidez en esta pielografía ascendente, único documento que desgraciadamente poseemos, para certificar la retención.

En cuanto al lado derecho, la pelvis estaba ligeramente dilatada en esa época

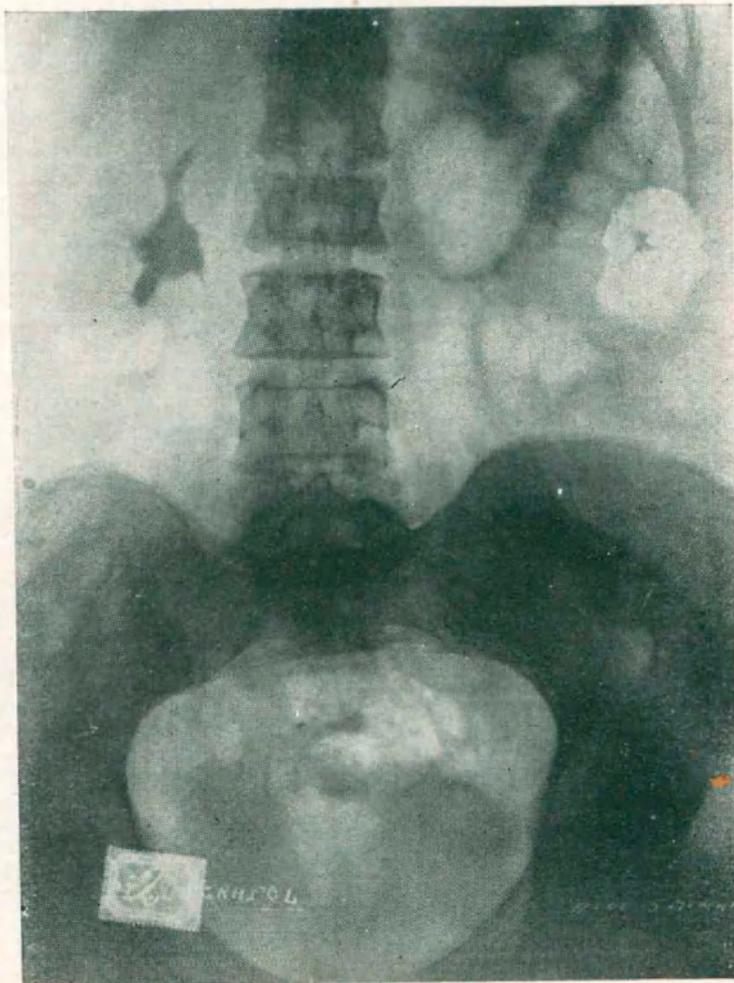


Figura 2

Urografía excretoria a los 5'. Ausencia del riñón izquierdo por nefrectomía; uronefrosis del derecho.

(octubre de 1938), pero la eliminación del índigo-carmin a los 4 minutos y la ausencia absoluta de síntomas clínicos nos hizo despreocuparnos por completo de ella.

En el lado izquierdo la cromo-cistoscopia acusaba 5 minutos para el meato interno y 9 para el externo o inferior.

Intervinimos a la enferma el día 22 de diciembre de 1938, con el propósito de realizar una heminefrectomía, que no nos fué posible, por hallarnos ante un

pedículo sumamente corto, con división intrasinusal de sus vasos. La sección, a pesar de nuestros cuidados, se hizo por arriba de los vasos tributarios del riñón superior, lo que nos obligó a practicar una *nefrectomía*.

Dos meses más tarde, comenzó con una sensación de dolorimiento lumbar

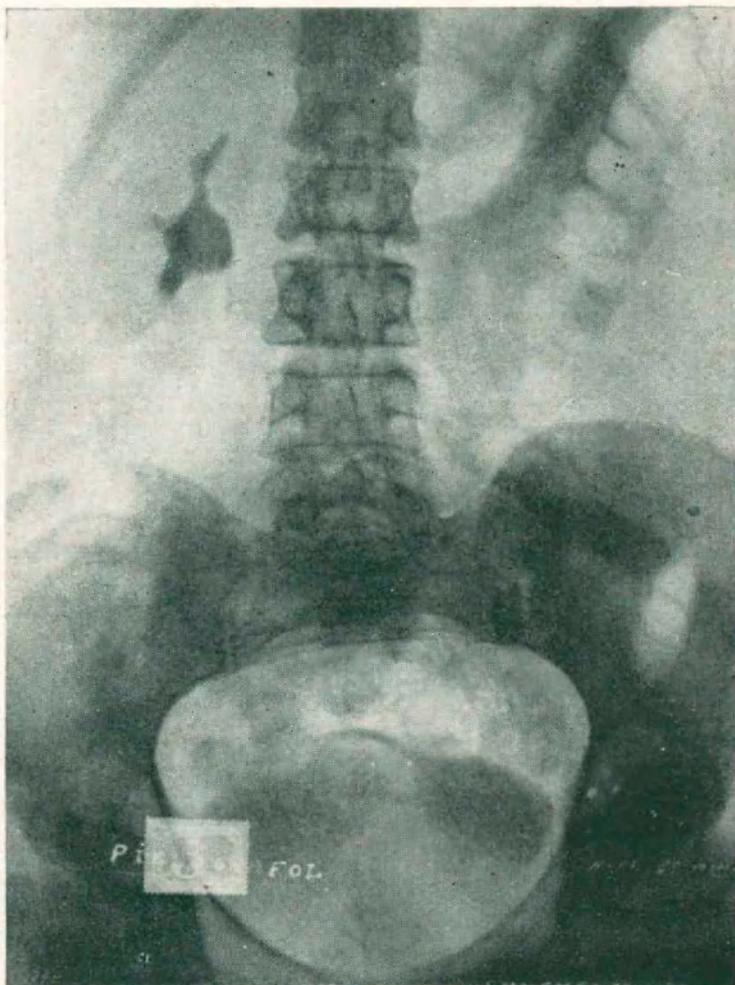


Figura 3
Urografía excretoria a los 20'. Igual imagen.

derecho, que paulatinamente se fué acentuando hasta adquirir los caracteres de intensos cólicos interminentes, acompañados de vómitos, escalofríos y discreta fiebre.

A la cistoscopia la eyaculación era clara, y el índigo-carmín aparecía a los 5 minutos, débilmente.

El cateterismo permitió recoger 20 c.c. de orinas de aspecto normal.

El examen urográfico mostró una discreta uronefrosis derecha, según consta en estas 3 radiografías realizadas el 4 de junio de 1939, en las que se certifica la *ausencia del riñón izquierdo*.

Ante esta nueva y desagradable situación, le indicamos antiespasmódicos, extractos del lóbulo posterior de la hipófisis y cloruro de sodio hipertónico, como estimulantes de la fibra lisa, así como 10 cateterismos, con instilación de nitrato de plata al 1 por ciento con el propósito de modificar la retención, sin obtener éxito.

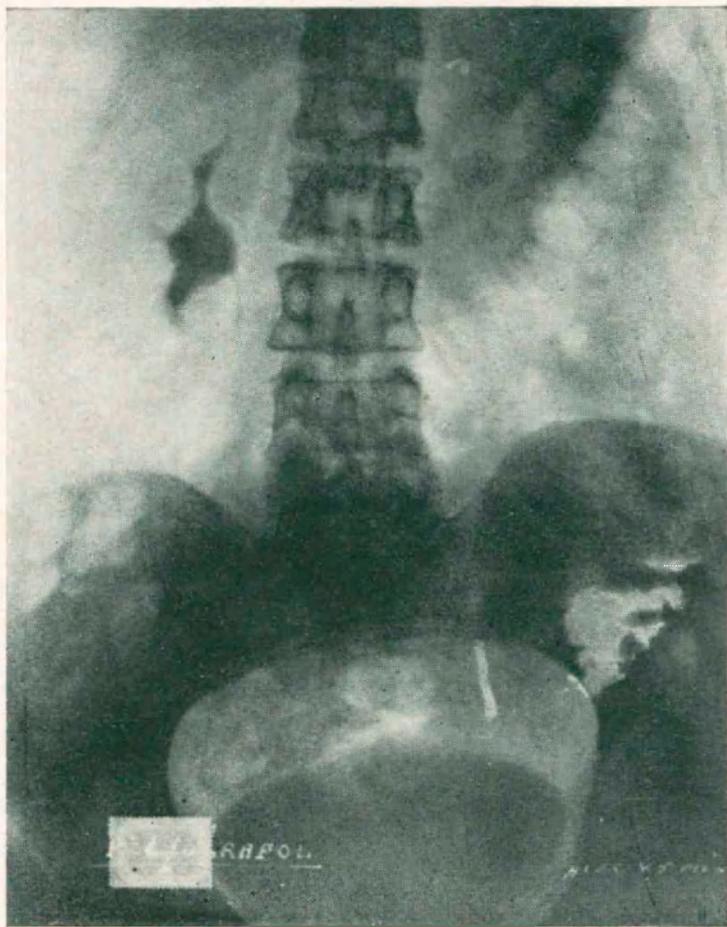


Figura 4
Urografía excretoria a los 45'. Igual imagen.

Fué por ello que completamos el estudio con 2 pielografías ascendentes, obtenidas 2 meses después de la intravenosa, (radiografías N^o 5 y 6), con Uroselectán B, en posición de decúbito dorsal y de pie.

En la primera (N^o 5) observamos que la pelvis está mucho más grande, que el meato pielo-ureteral está a un buen centímetro por arriba de su punto más declive y que el extremo inferior del cáliz, tomado como punto de reparo, se encuentra a la altura de la parte media del cuerpo de la tercera vértebra lumbar, o a 3 y media traveses de dedos por encima de la cresta ilíaca. Sobre ella hemos proyectado para poder comparar mejor el contorno de la pelvis después de la intervención.

En la segunda (Nº 6) pielografía obtenida en posición de pie, observamos un franco descenso del órgano con una ligera rotación hacia adentro del polo superior. La mitad de la pelvis, es decir, la que está precisamente por arriba del abocamiento ureteral, se ha evacuado, lo mismo que el cáliz superior, mientras que su tercio inferior y el cáliz inferior, conservan la substancia por encontrarse más abajo de la desembocadura.

Esta evacuación piélica, en las pielografías normales, se presenta a veces

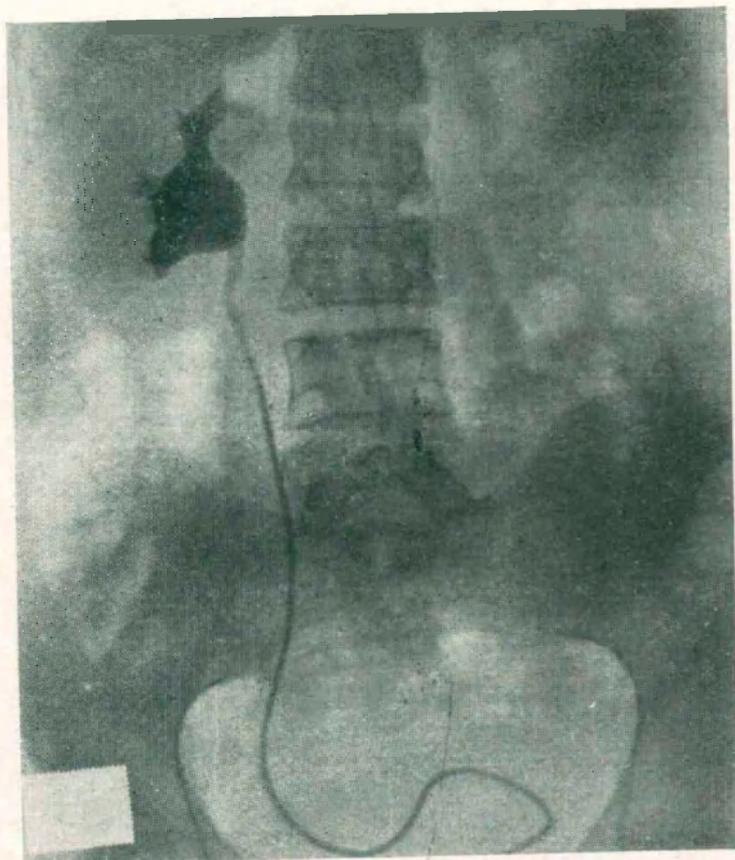


Figura 5

Pielografía ascendente derecha, en posición de decúbito dorsal; uronefrosis.

cuando son obtenidas en posición de pie y puede ser motivo de errores de diagnóstico (amputación, por cáncer, etc.).

El extremo del cáliz inferior en esta 2ª pielografía, se encuentra a la altura del 4º disco intervertebral lumbar y a media través de dedo por encima de la cresta ilíaca.

Con el diagnóstico, de uronefrosis por ptosis, en riñón único adquirido, la operamos el día 8 de julio de 1940.

De acuerdo al criterio referido al principio, sobre el menor traumatismo

posible, le practicamos con todo éxito una nefropexia capsular, mediante el procedimiento del Profesor Surraco.

La enferma sufrió, sin embargo, un pneumotórax quirúrgico, que se complicó con una pleuresía sero-purulenta, la que hasta el momento actual, le produce temperatura vespertina, (37'5 a 38°) discreta disnea y adelgazamiento. La

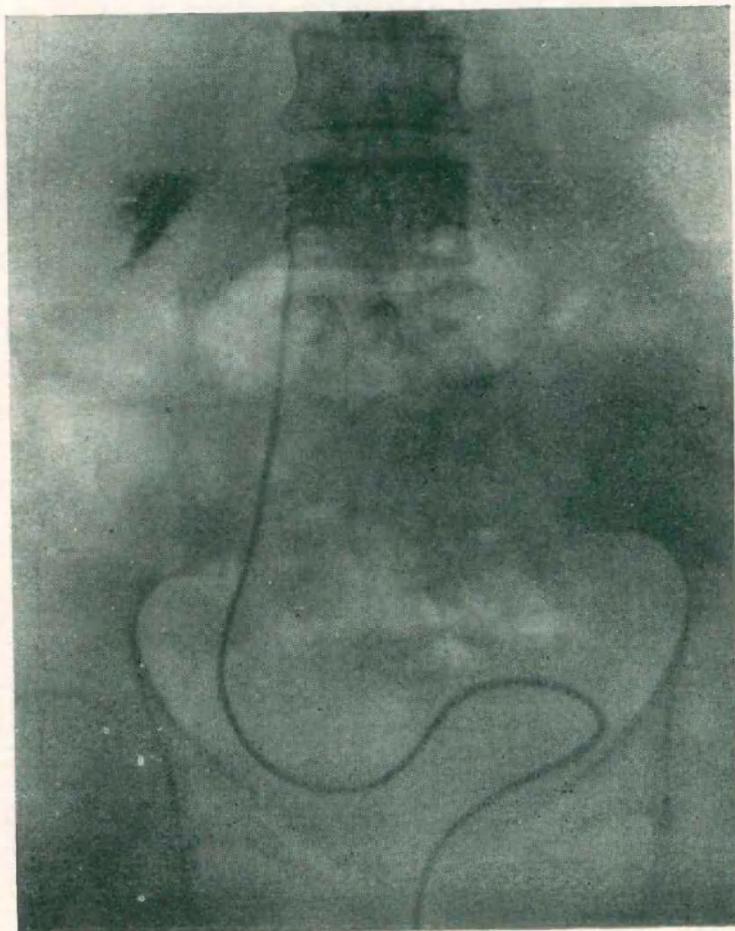


Figura 6

Pielografía ascendente derecha, en posición de pié; uronefrosis por ptosis renal (antes de la nefropexia).

radiografía del tórax, obtenida el día 13 del corriente mes, muestra con toda nitidez el derrame pleural, del que se está tratando.

En cuanto a las pielografías ascendentes realizadas el 13 de agosto del corriente año, es decir, aproximadamente un mes después de la intervención, muestra algunos detalles interesantes, que pasamos a referir.

En la pielografía decúbito dorsal, (Nº 7) llama la atención la reducción del tamaño de la pelvis (algo más de la mitad), lo que podemos comprobar mejor con la proyección sobre la primera ureteropielografía.

Otro detalle sumamente interesante, es el que se refiere al orificio pielo-ureteral, por hallarse después de la intervención en el punto más declive de la pelvis, sin acodaduras, vale decir, en situación y forma ideales.

Con respecto a la nueva ubicación, diremos que el extremo del cáliz inferior se halla a la altura del 2º disco intervertebral y su polo inferior a medio centímetro por arriba del borde inferior de la tercera vértebra.

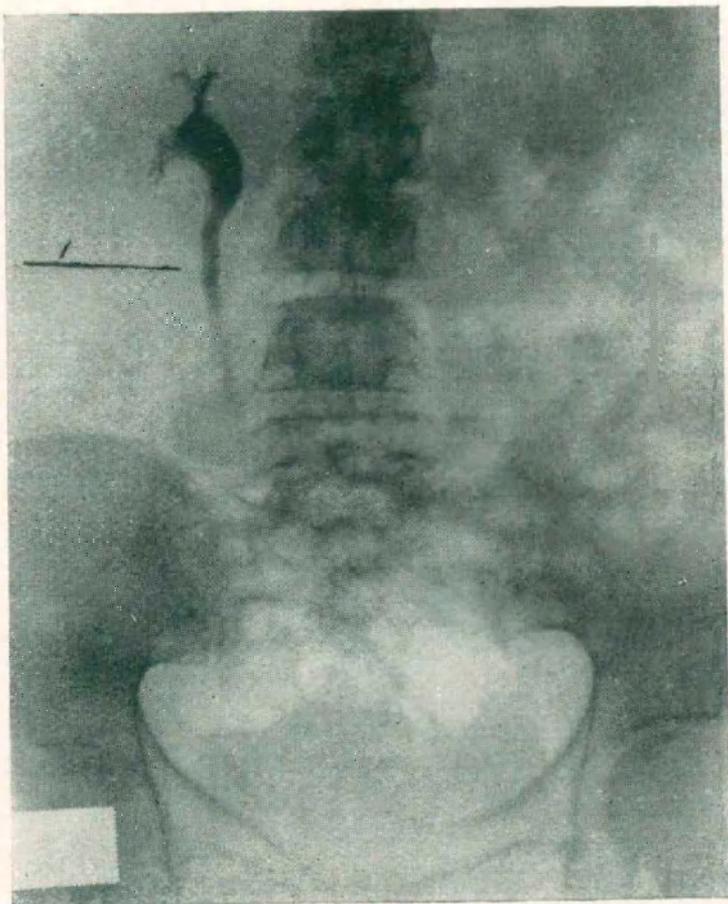


Figura 7
Pielografía ascendente, en posición decúbito dorsal, después de la nefropexia.

El uréter presenta en su primera porción lumbar discretas ondulaciones que atribuimos a la onda peristáltica.

En la pielografía de pie (Nº 8), nos llama inmediatamente la atención, la ausencia total del líquido de contraste, hecho que certifica la perfecta evacuación de la pelvis después de la operación, en contra de la segunda pielografía realizada, en posición de pie, antes de la misma. Este buen funcionamiento tiene su explicación en la pielografía anterior: la pelvis y el uréter mantienen una continuidad tan absoluta, que puede decirse que están superpuestos.

En cuanto al riñón, si se observa con detenimiento tiene su polo inferior, a la altura del borde inferior de la 3^a vértebra lumbar, dando la sensación de no haber descendido con el cambio de posición.

Lo más interesante de todo ésto, y contra lo que se afirma corrientemente,

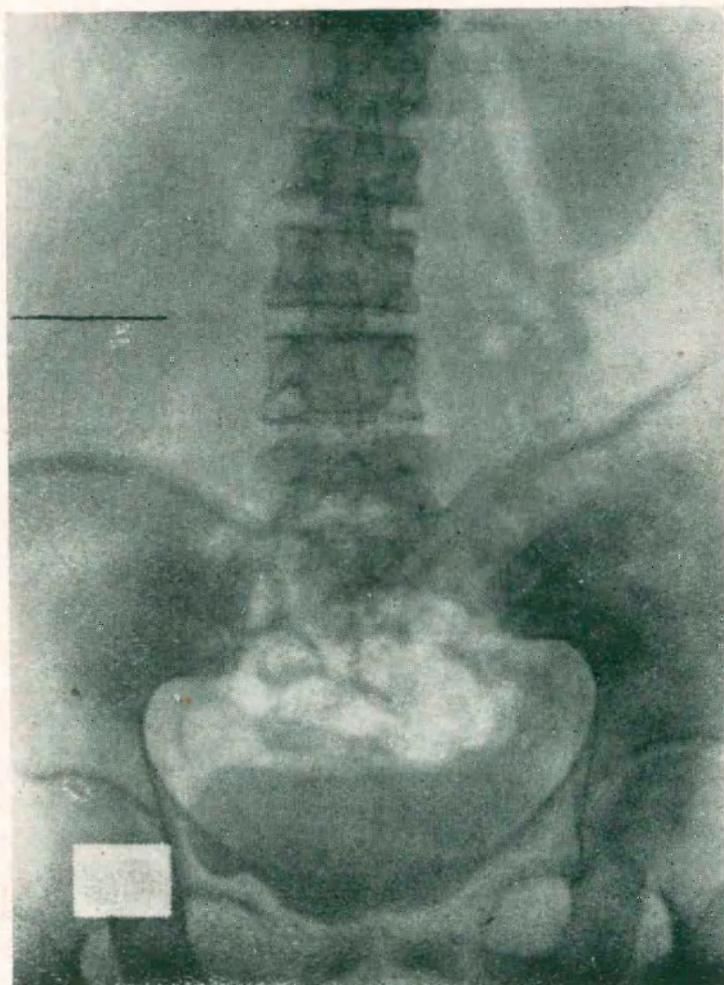


Figura 8

Pielografía ascendente, en posición de pié, después de la nefropexia. La pelvis se ha evacuado totalmente y el riñón ha descendido menos de 1 centímetro.

es que, a pesar del adelgazamiento sufrido por la enferma a raíz de su pleuresía (6 kilos en un mes), el órgano se mantiene en excelente posición.

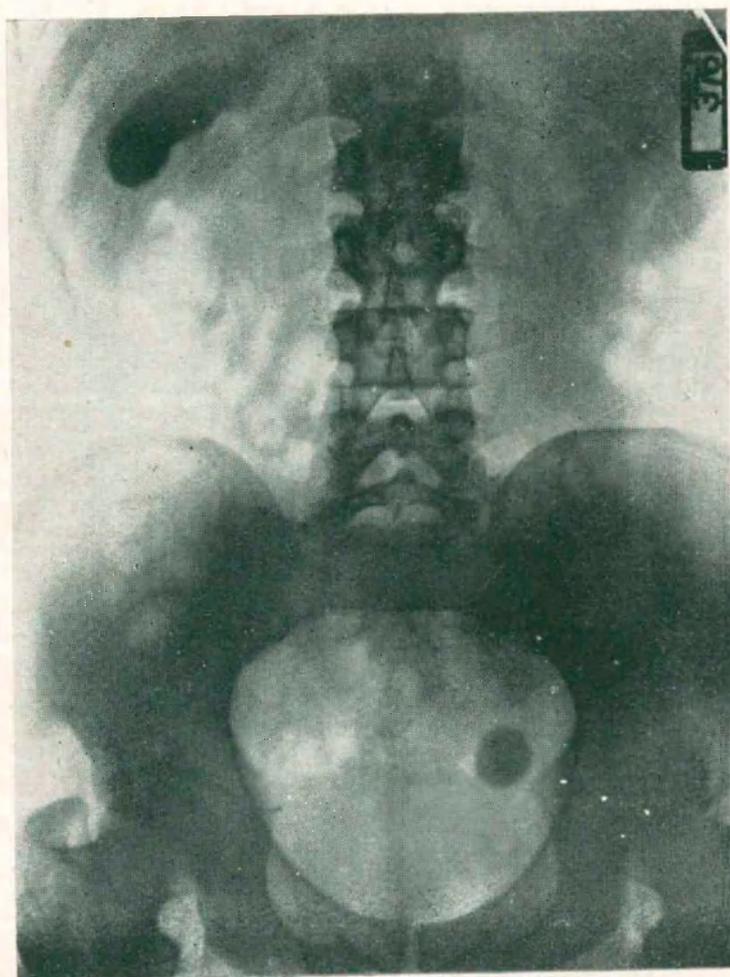
Además de la pielografía, la prueba de la cromo-cistoscopia, con eliminación intensa de la substancia a los 4 minutos y el cateterismo ureteral mostraron *un perfecto funcionamiento renal y la ausencia absoluta de retención piélica.*

II CASO.

Se trata de V. A. Ch., de 37 años, argentino, soltero.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — A los 11 años pleuresía y neumonía, operado



Caso II. Figura 9

Radiografía directa obtenida antes de la primera intervención; se ve el cálculo del uréter inferior izquierdo.

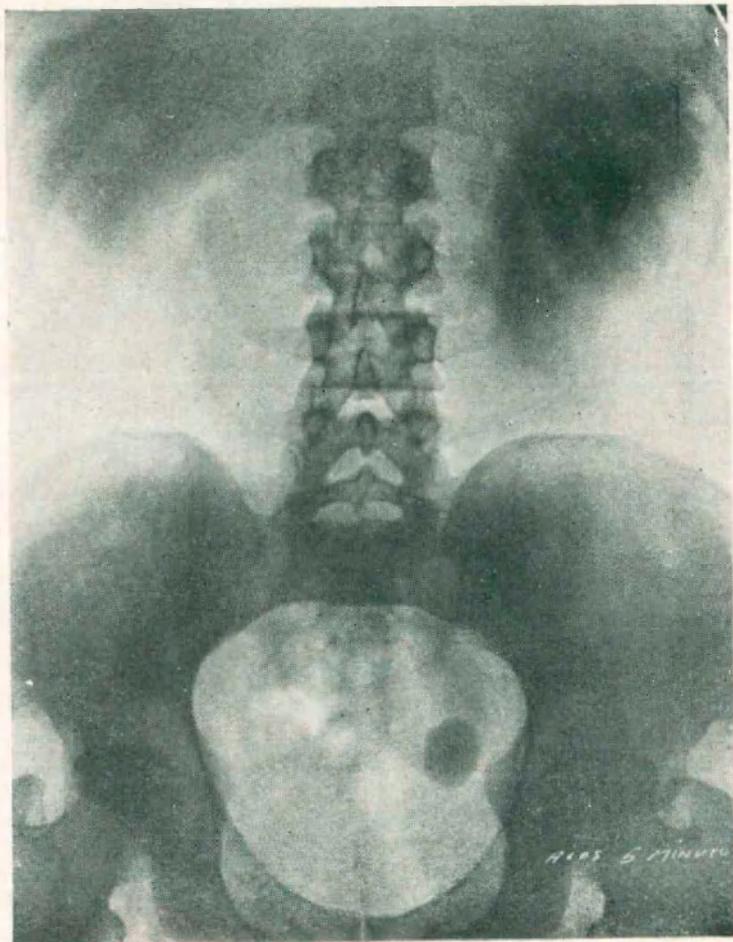
La sombra derecha es extrarrenal (comprobación por una radiografía en oblicua).

de hernia estrangulada (inguinal derecha), a los 23 años; 6 meses después operado por una hernia inguinal derecha. Amigdalectomía a los 30 años. Blenorragia adquirida a los 15 años tratada con lavajes en forma intermitente le quedó desde entonces una secreción uretral permanente.

Enfermedad actual. — En 1935, después de varios días de lumbalgia ex-

pulsa sin dificultad, pero con gran ardor al orinar un cálculo del tamaño de un grano de arroz.

Queda bien hasta el año siguiente (abril de 1936) en que bruscamente siente un fuerte dolor en la fosa lumbar izquierda con irradiaciones hacia el flanco y región inguino-abdominal correspondientes; guarda cama durante 15



Caso II. Figura 10

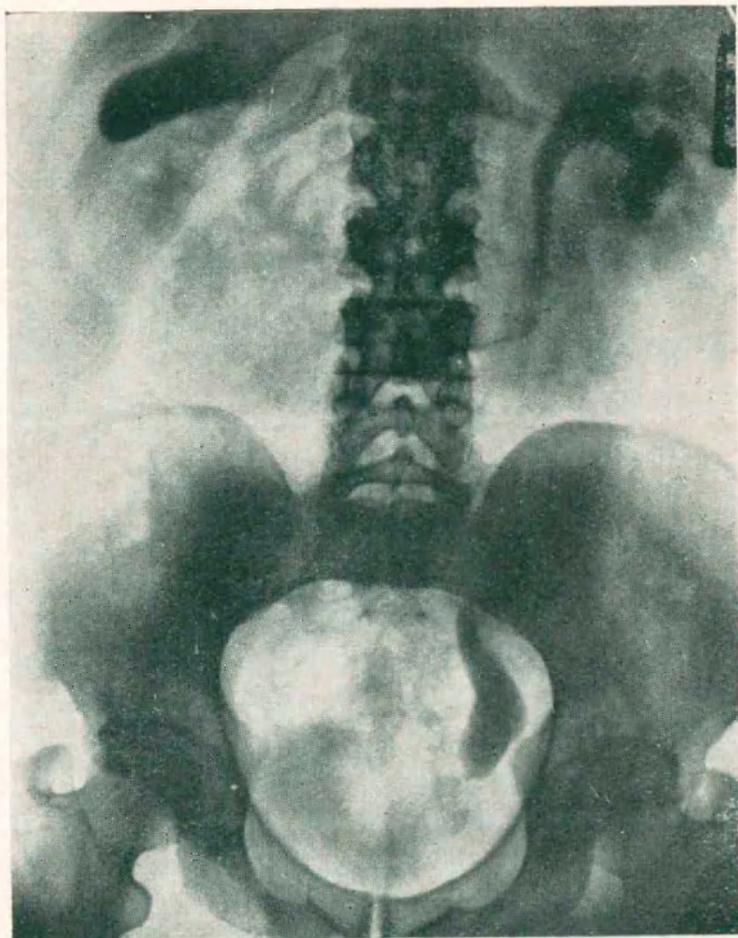
Urograma excretorio obtenida a los 20 minutos. Se observa la ausencia de eliminación por el riñón derecho, así como la litiasis ureteral izquierda y la dilatación de las vías excretorias superiores.

días, y con una inyección de Pantopón, régimen y comprimidos antisépticos, se mejora.

En octubre de 1936, después de un viaje prolongado en automóvil, se repite la crisis dolorosa, del mismo lado, con igual intensidad e irradiación, alcanzando en esta oportunidad el testículo; quédale desde entonces una sensación dolorosa en la fosa lumbar izquierda, permanente, con paroxismos dolorosos más

intensos que, casi a diario, le obligan a guardar reposo durante algunas horas, acompañada a menudo de escalofríos y transpiración.

Su orina ha sido siempre turbia, pero a raíz del último cólico nota en ella un sedimento abundante; llámale la atención también el hecho de que, en



Caso II. Figura 11

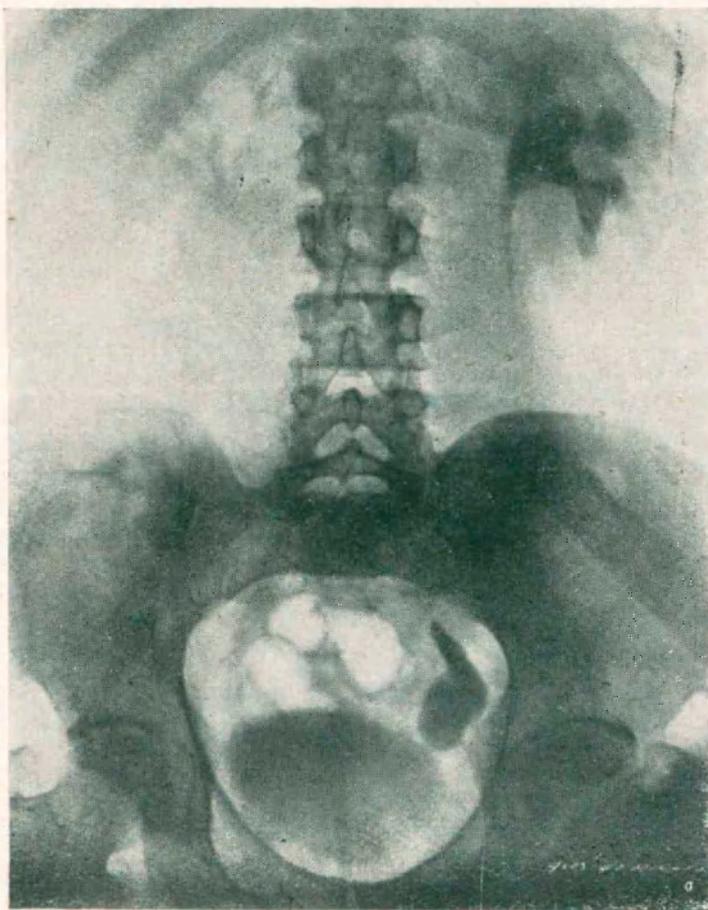
Urograma excretorio obtenido a los 5 minutos. Muestra al igual que una radiografía directa obtenida anteriormente, la existencia de un cálculo ureteral de las mismas dimensiones y localización que el que se sacara 2 años antes. Además comprueba la persistencia de la dilatación uretero pielocalicial.

los días en que sufre escalofríos, se produce, en la noche, una debacle de orina (2 a 3 litros).

Estado actual. — Enfermo pálido, mucosas anemiadas, lengua saburral. Abdomen: se palpa con facilidad el riñón izquierdo, con peloteo de Guyon positivo.

Cistoscopia. — Capacidad 200 cm³, mucosa vesical normal, excepción he-

cha de la región del triángulo que se presenta congestionada y edematosa (edema en pequeñas bolas). Meato derecho, no se ve. Meato izquierdo, asienta sobre un músculo sobre-elevado, edematoso, se contrae rítmicamente y tiene eyaculaciones claras en apariencia, pero con grumos gruesos.



Caso II. Figura 12

Urograma excretorio. Esta placa obtenida a los 40 minutos, comprueba como otras 4 anteriores, la absolutamente negativa eliminación de substancia opaca por el riñón derecho, así como la dilatación uretero pielocalicial, después de operado de su recidiva calculosa.

Indigo Carmín. — Lado derecho no se ve eyacular; lado izquierdo a los 7 minutos intenso.

Urea en suero sanguíneo. — 0.20 por ciento, el 2 de julio de 1937.

Una radiografía simple prueba la existencia de un cálculo del tamaño de una nuez, en la extremidad inferior del uréter izquierdo (fig. 9). Varios uro-

gramas excretorios obtenidos a los 5, 15, 25 y 40 minutos. demuestran la inexistencia funcional del riñón derecho, así como la dilatación evidente del uréter, pelvis y cálices del riñón existente.

Operación. — El 24 de julio de 1937. Anestesia general con éter.

Operador: Dr. Francisco E. Grimaldi. Ayudante: Dr. Alberto A. Rubí.

Incisión de Albarrán. se disecciona el uréter a la altura de los vasos ilíacos (entrecruzamiento) y se pasa una gasa por debajo; luego se consigue, con maniobras manuales, hacer correr el cálculo yuxta-mural hasta llevarlo a la altura de la bifurcación de los vasos ilíacos, extrayéndoselo por incisión longitudinal.

Comprobada la permeabilidad del uréter subyacente, se sutura la incisión ureteral. Rubber-drain. Reconstrucción de la pared en un doble plano músculo-aponeurótico. Tejido celular con Catgut.

El post-operatorio se desarrolla sin mayores incidentes. dándose de alta el 20 de agosto de 1937.

El 5 de junio de 1939 reingresa manifestando que en el mes de diciembre de 1937 sintió fuertes dolores en hipogastrio, que no cedieron ni a los enemas calmantes ni a las inyecciones.

A los cinco días se le interviene, encontrándose una peritonitis de origen apendicular. Le dejan drenaje.

En febrero de 1938 siente fuertes dolores en el epigastrio, aceptándose como un episodio vesicular agudo.

En mayo de 1938, elimina un cálculo del tamaño de un grano de arroz, precedido de cólico nefrítico.

A fines del mismo año, reaparecen los dolores en la zona lumbar izquierda con irradiaciones en la región umbilical y no cediendo con nada.

Una radiografía en el momento de su ingreso muestra en la extremidad inferior del uréter izquierdo, un cálculo de la misma forma y tamaño que el que le fuera extraído 2 años antes.

El estado general es relativamente deficiente, pero la azoemia se mantiene dentro de los límites normales.

La urografía excretoria demuestra una vez más la existencia de un solo riñón que funciona, con una gran dilatación de todas las vías excretorias.

El 24 de junio de 1939 se le vuelve a intervenir. Anestesia raquídea.

Operador: Dr. Francisco E. Grimaldi. Ayudante: Dr. Carreño.

Se reseca la cicatriz anterior sobre la línea de Albarrán; se llega al uréter, el que aparece envuelto en un manto escleroso que hace prácticamente imposible la disección del conducto en busca del cálculo, por lo que se decide a abrir la cavidad peritoneal, reconociéndose el cuerpo extraño a través de la serosa y tras-

ladándosele a la parte superior de la herida, donde, después de cerrar la cavidad se practica la ureterolitotomía.

El post-operatorio transcurre sin incidencias durante las tres primeras semanas, al cabo de las cuales la herida se encontraba cerrada.

Temiendo la repetición de la recidiva, que atribuimos a la infección y a la bolsa ureteral inferior que comunicaba con la vejiga mediante un pequeño istmo en la zona correspondiente al meato, resolvemos practicar una amplia meatotomía, utilizando para ello la electrocoagulación.

Desde entonces el enfermo entra en anuria excretoria, con dolores intolerables en la región lumbar izquierda, con elevación térmica, escalofríos, reabriéndose al día siguiente, con toda amplitud la herida, mojándose con abundante cantidad de orina.

El estado general se agrava, tomando todos los caracteres de una septicemia.

Fracasamos en nuestros intentos de cateterismo ureteral, ya que el edema del meato lo hace impracticable.

La sulfamidoterapia y todos los tratamientos de orden clínico a nuestro alcance nos permiten, con lentitud, mejorar la situación hasta encarrilarla perfectamente, pero retardando el alta del enfermo, ya prácticamente curado, en 4 meses.

Desde entonces damos preferencia en nuestra práctica a la meatotomía fría.

COMENTARIOS

Repetidas pruebas, los exámenes funcionales, incluida la urografía excretoria, la cromo cistoscopia, la falta de eliminación de orina por la uretra cuando el riñón enfermo fuera cateterizado, la existencia de un trigono uretral normal aunque no pudimos visualizar el meato derecho, autorizan a catalogar el caso como de riñón único adquirido.

Lo presentamos por dos razones fundamentales:

- 1º Por la verdadera recidiva de la litiasis ureteral, en tiempo relativamente breve, hecho no excepcional, pero que obligó por la periureteritis intensa y extensa a asociar la vía extra-peritoneal a la intra-abdominal en la extirpación del cálculo.
- 2º Por la complicación que trajera el procedimiento utilizado para efectuar la meatotomía ureteral justificada a nuestro entender para el drenaje de una cavidad evidentemente favorecedora de la recidiva.

BIBLIOGRAFIA

- M. Benoist.* — "Decapsulation et nephrotomie partielles sur rein unique pour anurie secretoire de nature indéterminé-guerison".
(Société Française d' Urologie — 19 - VI - 1939).
(Journal D' Urologie. — T. 48 - N° 23).
- C. Panoff y A. L. Greenberg.* — "Indications for surgery on the solitary (acquired) kidney".
(The Urological and Cutaneous Review — May 1940).
-