

Cátedra de Urología del Hosp. Rawson.
Jefe: Profesor Dr. ENRIQUE CASTAÑO

Por el Doctor
ARMANDO TRABUCCO

FIJACION DEL RIÑÓN MOVIL; SU PUNTO IDEAL

HECHA la indicación operatoria en un riñón móvil, cualquiera que sea el grado de descenso de este órgano, y de acuerdo por supuesto a la intensidad de los síntomas, queda librado al arbitrio del cirujano, cual será, en el momento de la intervención, el punto donde deberá fijar el riñón para que las futuras adherencias más o menos laxas que se establezcan, puedan adosarlo a la pared posterior del abdomen a fin de sostenerlo, evitando en lo posible nuevas movilizaciones que de producirse harán sin duda recidivar los mismos síntomas que han llevado al paciente a la intervención quirúrgica.

En numerosas ocasiones hemos podido ver y a nosotros mismos nos ha pasado que los resultados de una nefropexia, o no han llevado a ninguna mejoría o han tenido consecuencias desastrosas, exacerbando los síntomas anteriores o provocando hidronefrosis irreductibles. Creemos firmemente que la falta de éxito en estas intervenciones, cuando ella está formalmente indicada, se debe a la mala elección del punto en que el órgano debe ser fijado. Esta falta traerá como consecuencia la dilatación de la pelvis y de los cálices y el fracaso de la terapéutica contra el dolor.

Para la curación del riñón móvil se han preconizado infinidad de procedimientos, siendo algunos defensores de las fijaciones bajas, otros en cambio llevan al riñón lo más arriba posible hasta provocar una verdadera hiperdistensión ureteral; otros en cambio son más simplistas y se contentan con la liberación del riñón y enervación del pedículo renal, etc., etc.; todas estas intervenciones han dado resultados más o menos buenos, pero también se registran fracasos decepcionantes.

Estos problemas que a todo cirujano se les han presentado, alguna vez lo llevan a preguntarse si en presencia de un riñón móvil, será conveniente o no la intervención quirúrgica a fin de mejorar los síntomas que dicho riñón provoca?

Con lo que veremos más adelante creemos poder contestar afirmativamente. El riñón móvil que provoca trastornos dolorosos o lesiones hidronefróticas debe ser fijado. *Pero debe ser fijado en un punto que llamaremos ideal.*

Desecharemos las fijaciones que preconizan llevar al riñón al punto más alto que las maniobras quirúrgicas permitan. También desecharemos las que aconsejan dejarlo en el punto en que se encuentra.

El riñón móvil para que no sufra alteraciones en su parénquima ni variaciones patológicas de su aparato excretor y para que cure los síntomas dolorosos que provoca, debe ser fijado a nuestro juicio, en el lugar que se encuentra cuando la excursión respiratoria se halla en su grado de expiración máxima. No importa que el órgano esté abajo de la parrilla costal o por arriba de la décima costilla; lo esencial es hacer la nefropexia como dijimos en el lugar en que se encuentra cuando la expiración llega a su máximo grado. Para buscar el sitio en que el riñón se encuentra al efectuar la expiración total empleamos el procedimiento de Bacon y Hess. Este último autor ha descripto este medio de investigación radiológica, en un trabajo en que estudia la movilidad renal en sus diversos aspectos, así como las diversas afecciones del riñón y de la atmósfera perirrenal. Consiste este método en hacer dos radiografías o más bien dos exposiciones radiográficas en una misma película, teniendo cuidado de que sea una expiración forzada y la otra en inspiración forzada, no alterando el sujeto el sitio en que se encuentra su columna raquídea, ni su pelvis ósea, es decir, sin mover ni desplazar el tronco para nada.

Este tipo de radiografía nos dará un dato de sumo interés, como es el desplazamiento máximo de que es capaz el riñón, en los dos actos respiratorios opuestos, estando el sujeto acostado.

Veremos con este método que todo riñón tiene un desplazamiento determinado entre los puntos máximos de la excursión respiratoria. En el riñón móvil, claro está, estos desplazamientos estarán aumentados considerablemente. Podremos observar además la situa-

ción en que se encuentra el uréter, pudiendo comprobar que a la máxima flexuosidad y acodamiento de este órgano en el momento de la inspiración corresponde su máximo enderezamiento cuando lo sorprendemos radiográficamente en el momento de la expiración forzada.

El sitio en que se encuentra el riñón cuando el uréter está corregido de sus desviaciones anormales, es decir, *el sitio en que se sorprende el órgano en expiración forzada, es precisamente el punto ideal para su fijación.*

Si la nefropexia se efectúa más arriba provocaríamos la hiperdistensión del uréter y de la pelvis, de segura repercusión sobre la quinecia de estos órganos que indudablemente lo llevaría a las hidronefrosis a posteriori, como más de una vez hemos visto en radiografías sacadas después de ciertas intervenciones en donde se mostraba como éxito quirúrgico, un uréter tendido como hilo, con un riñón colocado muy arriba, pero que el urograma comparativo con las radiografías previas a la intervención acusaban una hidronefrosis mucho más acentuada que cuando el riñón se encuentra libre en su celda y franca ptosis.

Si lo fijamos más abajo de lo que nos indica la posición expiratoria correremos el riesgo de no mejorar la sintomatología dolorosa y si dejamos el riñón en el mismo sitio practicándole tan sólo su debridación y enervación, conseguiremos un resultado terapéutico pasajero; a corto plazo se producirán los mismos síntomas y tendremos al enfermo en el mismo estado que antes. Sostenemos una vez más que el riñón debe ser fijado en el sitio en que se encuentra cuando radiográficamente se sorprende en la expiración máxima.

A continuación presentaremos algunas Historias clínicas con los resultados obtenidos con este método y en donde se podrá ver también la marcha post-operatoria.

Historia Clínica CXCIV. — N° 20. — C. L. de B., argentina, de 27 años, casada. Ingresó al Servicio en septiembre de 1940.

Como *antecedentes hereditarios*, no presenta nada de particular.

Antecedentes personales. — Menarquía a los 13 años del tipo 3/7. Se casa a los 17 años, habiendo tenido tres hijos que se encuentran sanos.

Según datos suministrados por un servicio de Clínica Médica en el cual estuvo internada la enferma, ha estado afectada de tuberculosis pulmonar, habiéndose curado clínica y radiológicamente.

Enfermedad actual. — Aqueja la enferma fuertes dolores en la región lumbar derecha con irradiaciones hacia la ingle del mismo lado, acompañados generalmente por escalofríos, náuseas, vómitos y polaquiuria; al mismo tiempo que una pronunciada oliguria. Estos trastornos ceden generalmente a la aplicación de inyecciones calmantes.

Estado actual. — La palpación del riñón derecho es algo dolorosa. Punto ureteral paraumbilical e inferior derecho doloroso.

Riñón izquierdo. — Nada de particular.

Vejiga. — Examen somático: sin particularidades dignas de mención. A la cistoscopia se nota una vejiga cuya mucosa tiene aspecto sano, siendo sus uréteres normales. El indigo carmín inyectado en ese momento revela 4' en el riñón izquierdo y 11" en el derecho.

Examen clínico. — Nada de particular.

Análisis. — Orina: no revela nada digno de mención. Puede observarse en su sedimento algunos leucocitos y escasos bacilos del tipo coli.

Azohemia, 0.39 por mil. Cloro plasmático, 3.50 por mil: Cloro globular, 1.75 por mil.

Radiografías. — N° de archivo 2040.

La radiografía simple muestra la silueta de ambos riñones de tamaño normal: no se ven sombras anormales. La pielografía derecha muestra una discreta dilatación del uréter que al llegar a la altura de la pelvis renal hace un marcado codo hacia adelante sospechando por sus características que se trata de un vaso polar.

Pequeña hidronefrosis con dilatación discreta de la papila superior.

Se hace una radiografía en espiración e inspiración encontrándose un desplazamiento de más de 5 cm. del riñón derecho. En inspiración el cáliz superior se encuentra a la altura de la octava costilla y en espiración forzada se encuentra a la altura de la undécima.

Marcha de la enfermedad. — Debido a las crisis dolorosas que esta enferma aqueja se resuelve la intervención para investigar las causas de la muesca que presenta el uréter en su unión con la pelvis y fijar el riñón de manera que su polo superior se encuentre en el último espacio intercostal.

Se interviene a la enferma: Cirujano Dr. Trabucco; ayudantes: Dres. Ortiz y Ponte. Anestesia general por éter. Se incinde la piel y tejido celular subcutáneo: se llega a la celda renal separando sin cortar al gran dorsal y al oblicuo mayor. Se exterioriza el riñón investigando uréter, pelvis y pedículo, encontrándose una ligera adherencia que fijaba al uréter.

Se utiliza el método empleado por nosotros que llamamos "combinado" y que consiste en el sostenimiento del riñón mediante un punto de transfixión en el polo superior, además una cesta capsular confeccionada en el polo inferior y un punto de sostén total hecho con la cápsula grasosa. Se hacen pasar los puntos superiores en el último espacio intercostal. Se cierra sin dejar drenaje y se recomienda la posición de Trendelenburg durante 15 días.

Se sacan nuevas radiografías encontrándose un riñón derecho cuyo polo superior se halla en el undécimo espacio intercostal con el uréter estirado, pero no sobreestirado, observándose también disminución de la capacidad piélica y

mejoramiento de los cálices, comprobándose además con una radiografía en inspiración y otra en expiración la excursión normal de 1 cm. a 1,50 cm. en los límites normales de inspiración y expiración.

La enferma hasta ahora no ha presentado síntomas dolorosos ni infecciosos urinarios de ninguna especie.

M. de la V., de 30 años de edad. — Antecedentes hereditarios y personales de escasa importancia, salvo las afecciones comunes de la primera infancia. Menar-

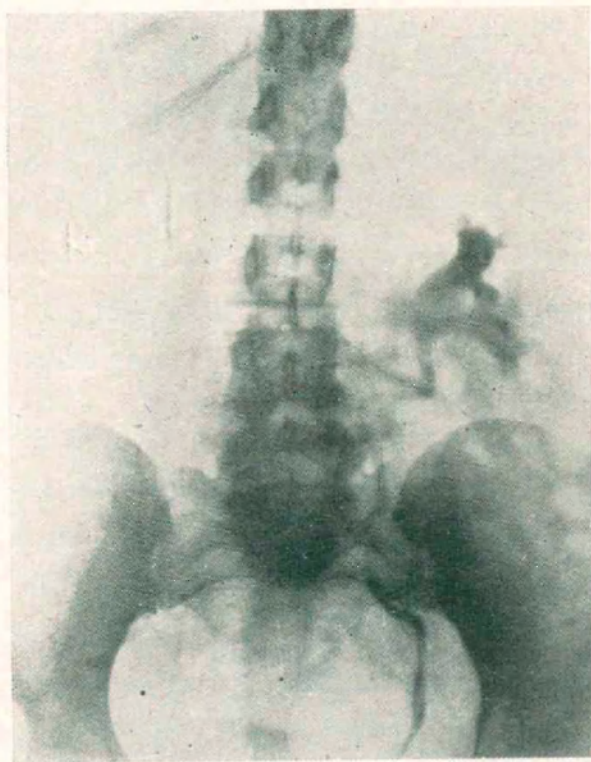


Figura 1. — Caso M. de la V. Pielografía ascendente antes de la intervención. Nótase la doble acodadura del uréter y una pequeña hidronefrosis.

quia a los 4 años: 28/4. Enferma de la sala de ginecología del Hospital Rawson. La enferma ha sido tratada en el servicio de ginecología por una anexitis, pero se encuentra de ella curada y en buenas condiciones.

Enfermedad actual. — Desde hace más de tres años la enferma viene quejándose de dolores continuados y persistentes en la región lumbar izquierda; endolorimiento sordo, molesto, pero que periódicamente se exagera llevando a producir verdaderos cólicos nefríticos con irradiaciones hacia la ingle y pierna; con náuseas y vómitos que ceden generalmente con la estadía prolongada en cama.

Estado actual. — Riñón derecho: nada de particular.

Riñón izquierdo: Se palpa el polo inferior del riñón siendo éste regular, liso y doloroso a la presión. Punto doloroso paraumbilical izquierdo.

Vejiga. — Somáticamente nada de particular. La cistoscopia revela una mucosa normal con uréteres también normales. Se practica un índigo carmín encontrándose el funcionamiento a los 3' en el lado derecho y a los 5' en el izquierdo.

Análisis. — Orina, como características salientes revela leucocitos y células descamativas. Azohemia: 0,43 por mil.

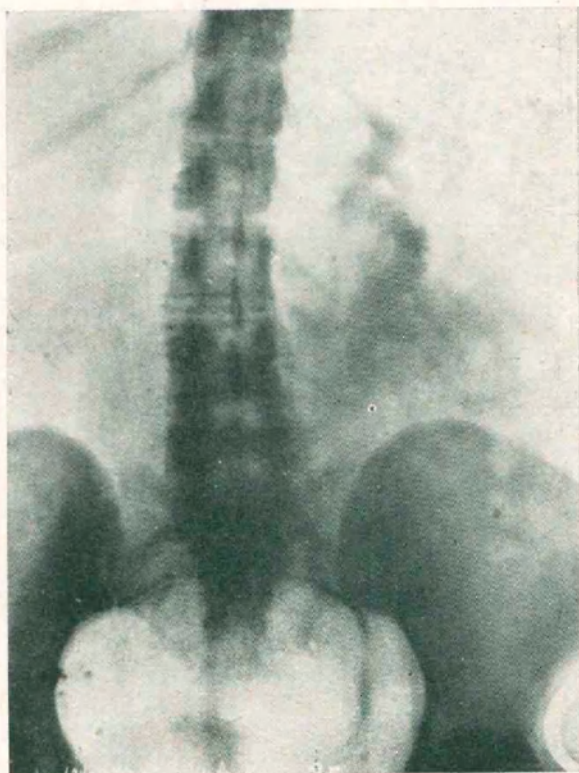


Figura 2. — Caso M. de la V. Antes de la intervención. Se practica una pielografía en inspiración y expiración sacadas en la misma película. Nótese la marcada excursión renal y la corrección de la doble acodadura en expiración forzada.

Radiografías. — La radiografía simple revela: sombra renal izquierda descendida en relación a la derecha, ambas de contornos y caracteres normales.

La radiografía izquierda muestra un riñón cuyo polo superior se encuentra a la altura de la apófisis transversa de la segunda vértebra lumbar. La pelvis muestra una discreta dilatación con algunos cálices distendidos.

El uréter presenta dos marcadas acodaduras en ángulo recto a la altura de la 4ª vértebra lumbar, de ahí se dirige hacia vejiga haciendo una doble acodadura en ángulo menor que 90°.

De acuerdo a lo que preconizamos practicamos dos radiografías en una misma película teniendo la precaución de que una sea en inspiración forzada y otra en

expiración forzada. Con este método nos encontramos con un desplazamiento renal de más de 6 cm., estando el cáliz superior colocado por delante de la duodécima costilla en el radiograma sacado en expiración forzada.

Marcha de la enfermedad. — En vista de la persistencia de esos dolores y de que los tratamientos que ha seguido esta enferma durante varios años, cura de reposo y de engorde, fajas especiales para sostener el riñón caído, etc. y que no han sido capaces de curar el estado doloroso que esta enferma presenta, aconsejamos la intervención quirúrgica.

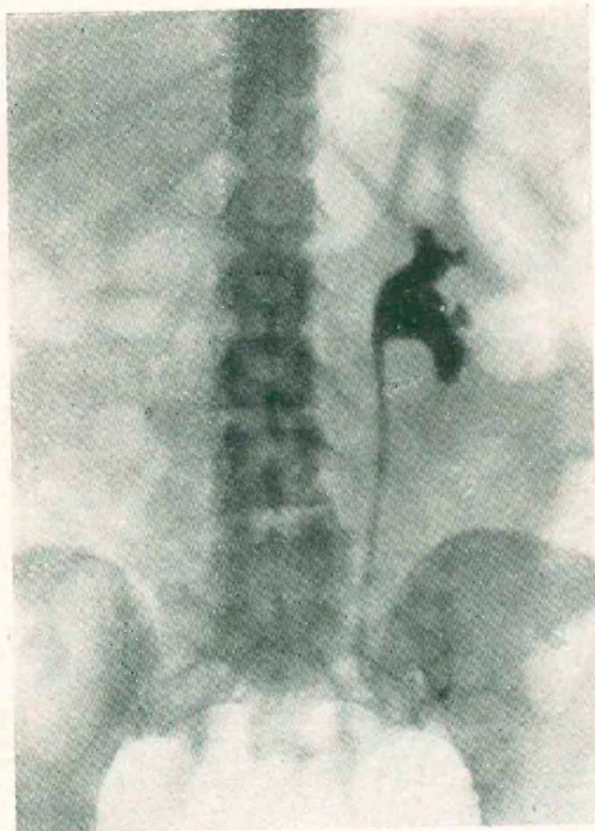


Figura 3. — Caso M. de la V. Pielografía ascendente después de la intervención. Nótase el uréter corregido, pero con contornos normales y mejoramiento de la hidronefrosis. Compárese con figura 1.

Nos hemos encontrado muy honrados al aceptar la invitación que el profesor Villar nos hiciera para intervenir a esta enferma. Dejamos constancia de nuestro agradecimiento más profundo hacia tan eximio cirujano que ha tenido la deferencia de invitarnos.

Anestesia raquídea con percaína. Fracasando la primera inyección se practica otra, pudiéndose intervenir sin ningún inconveniente.

Incisión cutánea partiendo de la 10ª costilla hacia el reborde de la 12ª y de allí hacia adelante hasta el reborde de la espina iliaca superior.

Se libera al riñón de su cápsula grasosa, se fija al riñón de manera de que los puntos del polo superior según la técnica de la nefropexia "por métodos com-

binados' que preconizamos, haga coincidir al cáliz superior con la duodécima costilla. Se cierra pared por planos sin dejar drenaje.

Post-operatorio. — Excelente, recomendándose cama en Trendelenburg. Es dada de alta a los 15 días sacándosele al mes una nueva pielografía izquierda en donde puede comprobarse la fijación hecha de acuerdo a los datos que nos daba la expiración máxima con un movimiento discreto en los grados extremos de inspiración y expiración: revelándonos también la pielografía una notable mejoría de la hidronefrosis así como el uréter normal y en buen estado.

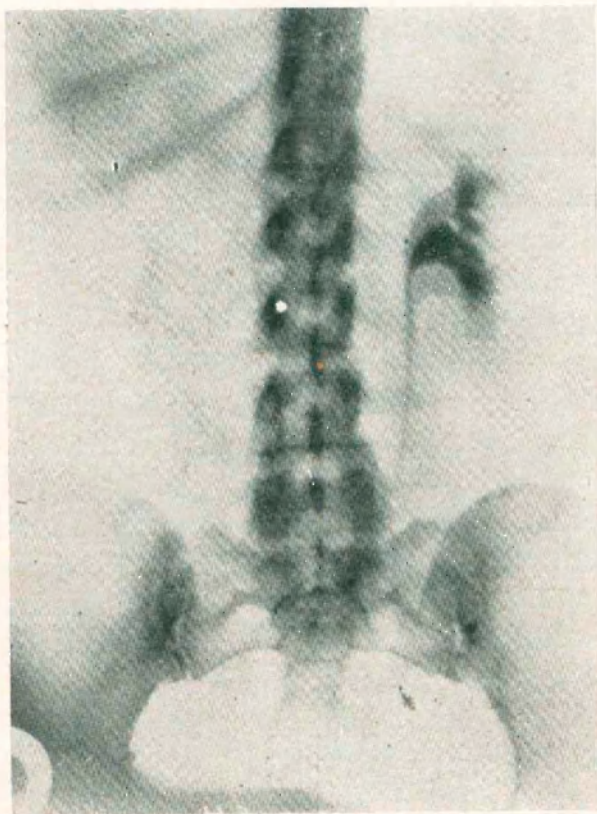


Figura 4. — Caso M. de la V. Después de la intervención. Pielografía en inspiración y expiración sacadas en la misma película. Nótese la excursión renal normal, estando el uréter en posición. Compárese con la figura 2.

Historia Clínica CCXXIX. — N° 22. Perteneciente a José M., argentino, de 25 años, soltero. Ingresa al servicio el 27 de mayo de 1940.

Antecedentes hereditarios y personales — Sin características digna de mención.

Enfermedad actual. — Desde hace 8 meses el enfermo siente al levantarse un intenso dolor en la región lumbar derecha con irradiación hacia ingle y testículo del mismo lado, dolor que persiste durante 30 minutos, al cado de los cuales cede paulatinamente.

Estas molestias se repitieron varias veces, motivo por el cual ingresa al servicio para ser estudiado.

Estado actual. — Riñones: no se palpan ni son dolorosos. Uretra, nada de particular. Vejiga, somáticamente nada de particular.

Cistoscopia. — Buena capacidad vesical. La mucosa es sana y los orificios uretrales no presentan caracteres anormales.

Próstata — Vesículas seminales, testículos, epididimos, nada de particular.

Examen clínico. — En general satisfactorio, siendo el sujeto un longilíneo.

Análisis. — Orinas: Sin características anormales dignas de mención. Azohemia 0.53 %. Cloro plasmático 3.10 %. Cloro globular 1.50 $\frac{\%}{100}$. Reserva alcalina 55.20.

Radiografía. — Simple, no muestra nada digno de mención.

Pielografía derecha. — La pielografía derecha muestra un sistema pielocalicial ligeramente dilatado especialmente en lo que se refiere al cáliz superior. Sacando una radiografía en expiración e inspiración forzada puede comprobarse que el cáliz superior en la expiración forzada se encuentra situado por debajo de la undécima costilla. En la segunda, es decir, en la inspiración forzada, el riñón desciende más de 5 cms. acodándose el uréter a la altura de la IV lumbar.

Marcha de la enfermedad. — Se decide la intervención quirúrgica. Anestesia con éter el día 6 de junio de 1940.

Operador Dr. Trabucco. — Ayudantes: Dres. Ortiz y Tetamanti.

Se practica la nefropexia directa de acuerdo al sistema "combinado", teniendo la precaución de que el cáliz superior caiga justo por debajo de la undécima costilla. Se cierra por planos sin dejar drenaje. Post-operatorio, recomiéndase posición de Trendelenburg. A los 30 días es necesario entreabrir los labios de la herida para dejar salir una secreción serosanguinolenta que se hace más adelante purulenta, estableciéndose un flemón de pared. El enfermo es dado de alta no habiéndosele repetido ninguno de los dolores que presentaba antes de ser intervenido.

La radiografía de control mostró un riñón colocado a la altura de la 12^a costilla teniendo un cáliz superior por arriba de ella. El uréter se encuentra en su posición normal comprobándose su estado no hallándose ni acodado ni sobre-distendido.

Historia clínica serie CXCIV. N° 1. — A. de P. Argentina de 38 años de edad, casada. Ingresó al servicio el 31 de agosto de 1940.

Antecedentes hereditarios y personales. — Presenta como digno de mención que a los 23 años aquejaba trastornos gástricos con cólicos hepáticos a repetición habiéndosele hecho a los 25 años una colecistotomía, persistiendo a pesar de ello las gastralgias y los mareos no guardando estos relación con las comidas.

Enfermedad actual. — Desde hace 2 años acusa la enferma dolores del flanco y de la pierna derecha acentuándose los dolores lumbares hace dos meses y por lo que resuelve internarse en el servicio.

Riñones. — Debido al vientre globuloso no es posible palpar riñones de ningún lado.

Examen clínico. — Nada de particular.

A la cistoscopia presenta una mucosa brillante y transparente. Orificios uretrales, nada de particular.

Análisis de orina, sin particularidades dignas de mención.

Azohemia: 0.35 %. Cloro plasmático: 3.60 %. Cloro globular: 1.80 $\frac{0}{100}$.

Radiografías. — La radiografía simple muestra una sombra renal derecha situada por debajo de la última costilla con contornos y caracteres normales.

La pielografía derecha nos revela un uréter ligeramente aumentado de tamaño que a la altura de la 3ª lumbar hace un codo manifiesto en caño de fusil, pareciendo como que cabalga sobre un vaso anormal, penetra luego en la pelvis por su parte inferior volviendo a acodarse en ángulo agudo. La pelvis está agrandada mostrando una discreta hidronefrosis habiendo pocas alteraciones de las papilas caliciales.

Practicase otra pielografía derecha tomando dos exposiciones: una en expiración forzada que nos permite ver al cáliz superior por arriba en el undécimo espacio intercostal y otra en inspiración forzada que dibuja la imagen renal a 5 cms. aproximadamente más abajo de la anterior.

Marcha de la enfermedad:

El 29 de agosto de 1940 con anestesia general al éter se practica la pexia renal. Cirujano Dr. Surra; ayudantes Dres. Montes y Rodríguez.

Se hace la incisión clásica de Israel abriendo piel, tejiendo subcutáneo, músculo y fascia, se debrida y exterioriza el riñón. Se labra luego un colgajo de cápsula renal en la cara posterior dividiéndola en dos de acuerdo al eje longitudinal que servirán de colgajo inferior. Por el borde externo e interno del polo superior se pasa una hebra de catgut por grasa subcutánea que servirá de punto por transfixión. Se fija el riñón a la altura donde indica la expiración forzada: se cierra la pared por planos dejando drenaje.

Se da de alta el 17 de septiembre, recomendándole a la enferma volver para la pielografía de control. Desgraciadamente no hemos podido hacerla porque la enferma no ha concurrido al servicio.

CONCLUSIONES:

Debido a la discrepancia de opiniones que existen entre los cirujanos sobre las intervenciones que tienen como fin fijar el riñón, a fin de curar los síntomas dolorosos provocados por su descenso y debido también a la discrepancia de opiniones sobre el sitio a fijar se nos a ocurrido emplear un sitio para la nefropexia que nos atrevemos a llamar "punto ideal", habiendo obtenido resultados excelentes bajo los puntos de vista tanto clínico como radiográficos.

El punto ideal es el sitio en que el riñón se encuentra, cuando se hace un Roentgenograma en expiración forzada siguiendo para esto la técnica preconizada por Bacon y Hess.

BIBLIOGRAFIA

- Hess Elmer. — Renal mobility. Jour. A. M. A. May 28, 1938, pp. 1818.
Trabucco A. — Nefropexia por métodos combinados. Prensa Méd. Arg. Tomo XXVII. N° 44: 30 de octubre de 1940.