

Hospital Alvear. Servicio de Urología  
Jefe: Prof. Dr. Armando Trabucco.

## NEFRECTOMIA POR UNA GRAN HIDRONEFROSIS MARZUPIALIZADA A TRAVES DEL PERITONEO ANTERIOR

Por los Dres. ARMANDO TRABUCCO y CONSTANTE COMOTTO

El caso que presentamos nos planteó un problema quirúrgico que hubo de ser resuelto en el momento, al que le hallamos una solución que nos permitió zanjar una dificultad que parecía insalvable, consiguiendo un resultado inmediato y alejado tan excelente, que nos impulsó a someter el caso a la consideración de nuestros estimados colegas.

Se trata de una enferma de 31 años de edad que ingresó al servicio el 29 de abril del corriente año, enviada desde la Maternidad Pardo por presentar un trayecto urinario fistuloso postoperatorio de la pared abdominal anterior.

En la anamnesis la enferma nos refirió que desde dos años atrás, notaba principalmente en el cierre de sus ropas, que su vientre aumentaba perceptiblemente, a expensas de una tumoración que se desarrollaba en su flanco derecho, pero especialmente hacia la fosa iliaca correspondiente, observando que con frecuencia disminuía de tamaño, coincidiendo con evacuaciones vesicales más abundantes que lo habitual. Fuera de lo descripto no experimentaba ninguna otra molestia; su salud se mantenía excelente, como siempre lo había sido.

Examinada por facultativos, estos diagnosticaron "Quiste del ovario derecho, aconsejando la intervención quirúrgica, que fué llevada a cabo en un hospital del interior, en la localidad donde reside la enferma. Se le practicó una laparotomía infraumbilical, y a los pocos días, (siempre de acuerdo a lo informado por la enferma) su estado general se agravó con fiebre y aumento de tensión del vientre, hasta que transcurridos unos diez días, la reintervinieron por vía abdominal anterior, evacuándole varios litros de líquido a través de la nueva brecha quirúrgica, y mejorando inmediatamente, le desaparecieron las molestias, aunque a partir de entonces, continuó perdiendo líquido constantemente por una fístula que quedó a través de la cicatriz de la segunda intervención. En esas condiciones fué dirigida a la Maternidad Pardo, donde el líquido expulsado por la fístula fué identificado como orina, en virtud de su constitución química característica, y además por teñirse, aunque débilmente, con los colorantes tipo azul de metileno que son excretados por el riñón. Una sonda Nelaton colocada en el trayecto fistuloso permitió recoger 700 c.c. de líquido en 24 horas.

El examen somático de los distintos sistemas orgánicos de la enferma no revelaron ninguna anormalidad.

Sobre la pared abdominal anterior se encontró la cicatriz de una laparotomía mediana infraumbilical, y sobre el borde externo del recto anterior otra cicatriz de unos 10 centímetros de longitud, en cuyo extremo inferior, sobre la línea bi-iliaca se observó la abertura irregular del tamaño de una moneda de 5 ctvs. de un trayecto fistuloso cateterizado por una sonda de Nelaton Nº 12, por la que rezumaba líquido de color turbio, algo lechoso y regularmente abundante, que impregnaba de olor amoniacal la curación que lo cubría. La palpación abdominal no revelaba nada de particular.

Los exámenes de laboratorio practicados sobre el líquido de la fistula acusaron:

Densidad 1010; Reacción ácida; Urea, 5.04 g. %; Cloruros, 6.22 g. %; Albúmina, 2 g. %; púscitos abundantes; oxalato de calcio.

*Orina Global:* Densidad 1022; urea, 5.12 g. %; Cloruros, 5.12 g. %; púscitos escasos.

*Recuento Globular:* Hematíes, 4.980.000; blancos, 6.800; hemoglobina, 11 g., fórmula de la serie blanca, normal; serorreacción de Kahn, negativa; Azohemia, 0.25 g. %; glicemia, 0.85 g. %.

*Examen endoscópico:* Cistoscopia: Mucosa despulida; meatos a las V y VII horas. Meato ureteral izquierdo de aspecto normal; eyaculaciones lípidas con caracteres de ritmo y frecuencias normales. Meato ureteral derecho de aspecto normal; no se observaron eyaculaciones.

*Prueba del Carmín Indigo.* Lado izquierdo: El colorante apareció a los 3 minutos con caracteres de excelente función. Lado derecho: No se observaron eyaculaciones hasta los 15 minutos de observación. Cateterismo ureteral izquierdo: se obtuvo orina lípida. Cateterismo ureteral derecho: se obtuvo turbio.

*Estudio radiológico del aparato urinario.* Radiografía simple: sombra renal izquierda de contorno normal; se observa una mancha de tipo calcuoso del tamaño de un garbanzo, que ocupa el centro del área renal. En el lado derecho se observa la sombra del catéter colocado en la fistula. Pielografía ascendente izquierda: pelvis, cálices y uréter de caracteres normales. Pielografías ascendente derecha: Por el catéter ureteral se inyectaron 180 c.c. de solución de  $\text{I} \text{ Na}$  al 15 %, que reflúan por el trayecto fistuloso sin que la enferma acusara molestias. Se observa una sombra de forma más o menos piriforme con la base de unos 10 centímetros de ancho, que llega hasta el último espacio intercostal y el vértice redondeado hasta la altura de la base del sacro, de opacidad irregular y de contornos algo lobulados.

A esta altura de nuestro examen clínico y con los elementos de diagnóstico aportados, podíamos concluir que se trataba de un proceso uropionefrótico del riñón derecho, que en su origen y seguramente debido al enorme tamaño y a su desplazamiento hacia abajo y adentro, condujo a un error de diagnóstico que motivó la intervención por vía transperitoneal anterior, como si se tratara efectivamente de un gran quiste del ovario derecho.

Debe tenerse en consideración que en los hospitales del interior los elementos de diagnóstico suelen ser muy precarios, por lo que se explica la posibilidad de un error que en nuestro medio sería casi imposible.

Los caracteres del líquido segregado por el trayecto fistuloso y que analizamos más arriba, no dejaban lugar a dudas de que se trataba de orina. El relleno de la cavidad por vía ureteral y el reflujo por el trayecto fistuloso, indiscutiblemente completaban el diagnóstico, imponiéndose la intervención quirúrgica en el deseo de curar a la enferma, asegurándose previamente de la integridad funcional y anatómica del otro riñón por medio de los exámenes practicados.

En estas condiciones decidimos la operación radical con extirpación de la bolsa uropionefrótica con la fistula de drenaje.

Intervención: Doctores A. Trabucco, C. Comotto y C. Borzone.

*Anestesia general con éter.* Una incisión en raqueta circunscribe el orificio fistuloso atravesando el tejido celular subcutáneo, y se practica alrededor del mismo una sutura en jareta para cerrarlo. Luego la incisión es prolongada hacia el ángulo costolumbar a la manera clásica. Atravesados los planos superficiales y el muscular, se llega a la celda renal sin otras dificultades que la ligadura de una gran cantidad de vasos. Alcanzaba la bolsa pionefrótica que se procura aislar buscando el plano de clivaje que hacia no ofrece mayor dificultad, se puede llegar así hasta el pedículo vascular, que se repara y liga en masa. Salvado este importante paso, se

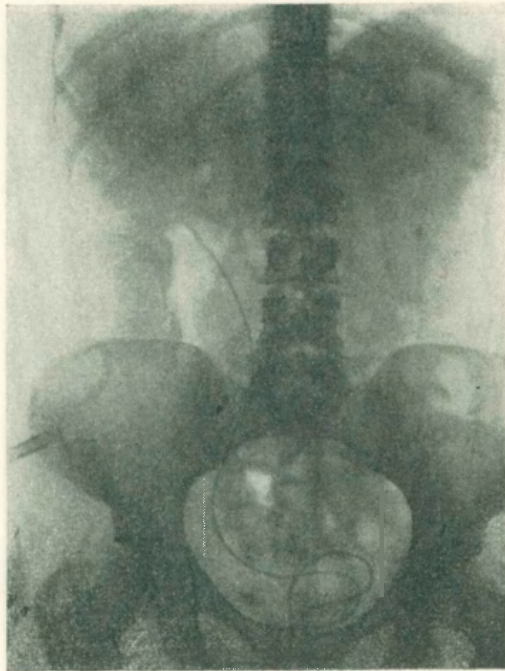


Figura 1

Radiografía con cateterismo del uréter derecho. Se observa del mismo lado una sonda colocada en el trayecto fistuloso. Es bien visible una concreción calculosa dentro del área renal izquierda.

intenta seguir aislando la bolsa por su cara interna, comenzando aquí las dificultades, pues se comprueba la íntima adherencia con el duodeno y parte del páncreas. Resultando imposible clivar más arriba de esa zona, se resuelve intentar el aislamiento por la cara externa liberando hasta donde fuera posible, lo que se consigue en un buen trecho, ligando de paso algunos vasos. Nuevamente la adherencia con el peritoneo se hace íntima y se producen brechas, visualizándose el hígado, las que se suturan de inmediato. En vista de la creciente dificultad se resuelve reseca todo lo que había sido aislado de la bolsa pionefrótica, que representaba la mayor parte del órgano, incluyendo la cara externa, la anterior y la zona del pedículo. En cuanto a la cara interna de la bolsa, íntimamente peritonizada por la situación planteada en

la primera intervención, fué respetada, a fin de hacer de ella una pared firme que cerrase la cavidad peritoneal en una parte posterolumbar, hecho importante porque el duodeno y la cabeza del páncreas estaban al descubierto. Se sutura entonces el borde del resto de la bolsa uropionefrótica a la pared muscular posterior con puntos de catgut separados, dejando así un verdadero tabique de protección para el duodeno y demás órganos de esta región.

Pensamos que la ligadura del pedículo vascular, privando de sus vasos nutricios a la porción de la bolsa piógena no rescada, provocaría su necrosis y eliminación, exclusivamente

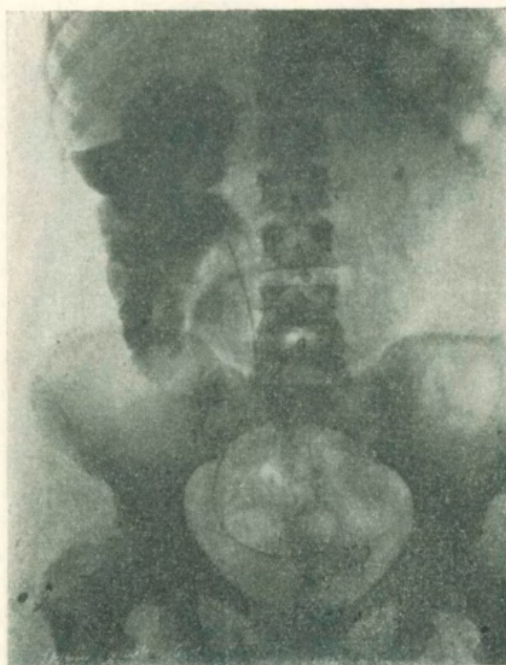


Figura 2

Inyección de la bolsa uropionefrótica por el catéter ureteral de 180 c.c. de solución de Ioduro de Sodio al 15 %.

la de ella, por cuanto el peritoneo y demás formaciones que la doblaban tenían su nutrición propia. Sabíamos que se necesitaría un largo y lento trabajo de eliminación preliminar y de reparación posterior, pero no nos quedaba otra solución que la que llevamos a la práctica. Dejamos ampliamente drenada la cavidad en ambos extremos de la brecha operatoria con tubos de goma que nos servirían para el lavado de dicha cavidad, además drenaje con "rubber-dam" (se colocaron 8 gramos de polvo de sulfatiazol) y un pequeño taponaje para asegurar la hemostasia; cierre de la pared en dos planos.

Los esquemas adjuntos dan una idea gráfica de las relaciones de la bolsa uronefrótica. En primer lugar lo que imaginamos hubo de ser antes de la primera intervención; en segundo

término, después de la marzupialización, y por último el acto quirúrgico en su faz fundamental.

El postoperatorio inmediato fué bastante accidentado. La enferma, regularmente shockada, fué sometida a los tónicos cardíacos usuales y a intensa hidratación parenteral. Inmediatamente se practicó una transfusión de sangre de 250 c.c. y al día siguiente se le efectuó otra de 500 c.c. Se indicó penicilina a razón de 50.000 unidades cada tres horas. Al cabo de las 24 horas el estado general de la enferma era regularmente satisfactorio, el pulso más tenso y la taquicardia del principio que era de 150 pulsaciones por minuto había descendido

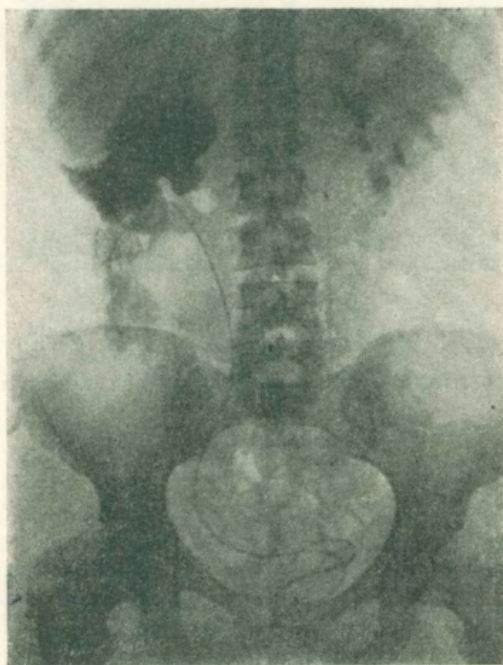


Figura 3

Pielograma izquierdo. Bolsa uropionefrótica derecha, evacuada en parte de la sustancia opaca.

a 100; la diuresis era de 800 c.c.; las mucosas regularmente húmedas. Se continuó con los tónicos cardíacos y con la hidratación intensa, siguiendo con la penicilina hasta completar 2.000.000 de unidades. El estado de la enferma en el 4º día era bastante satisfactorio; la diuresis era de 1.500 c.c. en las 24 horas; el pulso de 80 pulsaciones por minuto y afebril. Se comenzó con la alimentación a base de líquidos y compotas, y a partir del 6º día fué considerada fuera de peligro inmediato, remontando paulatinamente el estado general en los días sucesivos.

La herida operatoria drenó abundante serosidad y pus de mucha fetidez, no obstante los lavajes diarios con soluciones de permanganato de potasio y de Carrel efectuados através

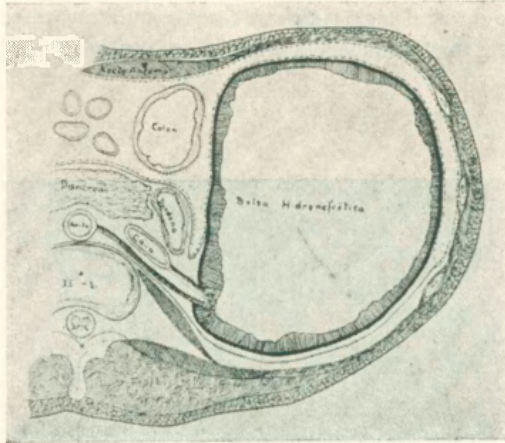


Figura 4

La bolsa uroponefrótica antes de ser marzupializada através del peitoneo anterior. Corte transversal semi esquemático por la IV<sup>a</sup> lumbar.

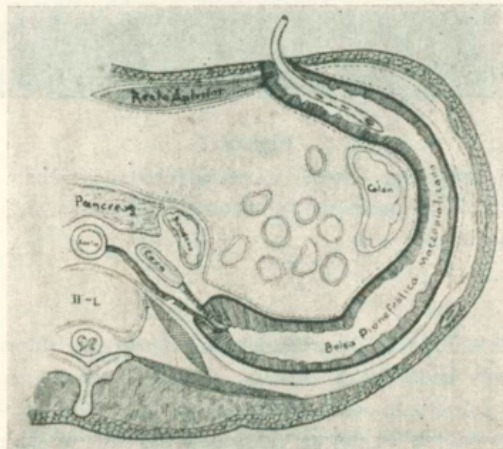


Figura 5

La bolsa uroponefrótica ha sido marzupializada através de peitoneo anterior. En estas condiciones llegó a nuestro servicio.

de los tubos de goma que atravesaban la herida, empleando para este fin un irrigador con uno a dos litros de líquido. Se usaron colorantes de tipo acridínico y polvos y pomadas con sulfamida.

Al cabo de unos veinte días, la secreción de la herida paulatinamente fué disminuyendo en fetidez y aumentando en serosidad, mientras que la brecha operatoria se cerraba lentamente. Los tubos de drenaje e irrigación fueron entonces retirados, y aproximadamente al mes se sus-

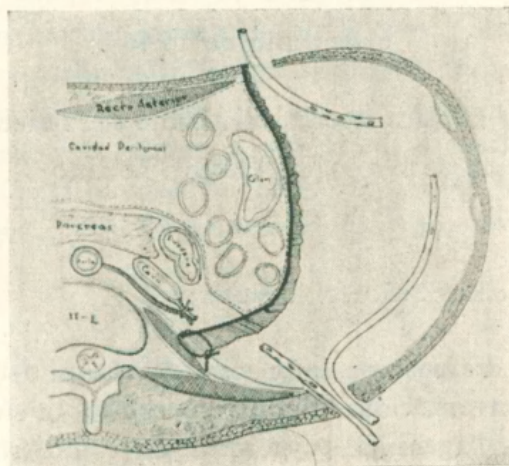


Figura 6

La pared externa de la bolsa uropionefrótica ha sido resecada. La pared interna conservada en su mayor parte, dada la imposibilidad de separarla del peritoneo parietal, se la suturó a la pared lumbar posterior sirviendo así de tabique de contención de las vísceras abdominales.

pendieron los lavados con irrigador. El estado general excelente con franca recuperación general, y a los 35 días se permitió que la enferma se levantara.

El cierre de la herida se completó al mes y medio de la intervención y se autorizó el alta curada.

En cuanto a la pequeña concreción de tipo calcuoso que describimos en el centro del área renal izquierda, en vista del silencio sintomático de la misma, se resolvió por el momento tenerla en cuenta, advirtiendo a la enferma de la necesidad de vigilarla periódicamente y de acudir de inmediato al servicio en presencia de cualquier síntoma urológico que apareciera.