

NEFRECTOMIA PARCIAL POR CALIECTASIA CON LITIASIS

Por el Dr. RICARDO ERCOLE

El año ppdo. relatamos a esta Sociedad una observación de riñón con doble vía excretora e hidronefrosis de una de ellas, en la cual efectuamos con éxito una heminefrectomía. Presentamos ahora el resultado favorable de una nefrectomía parcial en un riñón normalmente conformado, afecto de una dilatación calicial localizada al polo superior, con litiasis e infección.

Si bien es cierto que las anomalías del riñón y particularmente la doble vía excretora constituyen el gran porcentaje de los casos en que ha sido posible efectuar la resección parcial del riñón, al poder conservar el resto del parénquima con su vía excretora intacta (el 80 % de los casos de acuerdo con Campbell), existe una experiencia quirúrgica, aunque menor, en que esta cirugía conservadora ha sido efectuada con éxito en riñones normalmente constituidos. Hasta el año 1937 Goldstein y Abeshouse, habían reunido un total de 296 casos de esta cirugía efectuados en distintos procesos patológicos del riñón.

Naturalmente que las indicaciones de la nefrectomía parcial en los riñones bien conformados son limitadas, ya que es necesario que el proceso patológico que justifique esta intervención esté localizada a un sector del riñón abordable quirúrgicamente y que por la naturaleza del mismo se justifique una operación de carácter conservador. Campbell limita las indicaciones de esta intervención a los siguientes casos:

- 1.—Hidronefrosis localizada.
- 2.—La proyección de un cálculo de la pelvis en un solo caliz.
- 3.—Quistes.
- 4.—Tumores benignos.
- 5.—Algunos casos de traumatismos localizados del riñón.

Ni en el cáncer del riñón, ni en la tuberculosis se justifica una operación de esta naturaleza y en cuanto al antrax, estamos convencidos de acuerdo a nuestra experiencia, que la operación conservadora ideal no debe ser la nefrectomía parcial sino la enucleación del antrax, tal como lo hemos efectuado ya en distintas oportunidades.

La observación que presentamos constituye una de las indicaciones más frecuentes de esta intervención (80 casos sobre el total de 296 operaciones de la recopilación ya citada).

La dilatación calicial localizada ha sido denominada indistintamente como hidrocalicosis, quiste pielogénico o divertículo calicial y últimamente por Engel, caliectasia, término que nos parece acertado, pues como sostiene dicho autor, él engloba todos los casos, sin implicar un concepto etiológico. Un cálculo, por acción mecánica, al enclavarse en el infundíbulo del caliz o por el proceso inflamatorio que determina y la reacción fibrosa consiguiente que estrecha el infundíbulo, puede ser el causante de dicha ectasia. Pero en otras circunstancias, la ectasia calicial es primitiva, sea congénita o adquirida y a ello puede agregarse como consecuencia del estasis y de la infección, la formación de un cálculo.

Tanto en las ectasias caliciales con infección, como en las ectasias con litiasis, cuando el proceso está limitado a uno de los polos del riñón, la operación ideal para su tratamiento radical debe ser la nefrectomía parcial. La extracción simple del cálculo, cuando él existe, no soluciona el problema, ya que deja en unos casos, la afección primitiva que lo determinó y en otros la secuela que el cálculo ha ocasionado, es decir, la estrechez del infundíbulo del caliz, que ya no regresará con su extracción y que será la causante de su de recidiva.

Hasta el año 1937, Goldstein y Abeshouse recopilaron 80 casos, incluidos sus tres observaciones personales, de caliectasia tratados por nefrectomía parcial, con una mortalidad del 3,8 %, habiendo observado una fístula urinaria en dos casos y siendo necesario en tres llegar a la nefrectomía secundaria. Mathé relata en el año 1943 6 observaciones personales, Abeshouse agrega hasta el corriente año otras 7 observaciones a las ya citadas en colaboración con Goldstein y finalmente Engel, también en este año relata 9 casos operados con éxito.

Observación personal: H. C. N° 7819.

Clementina L., 62 años, italiana, viuda. Ingresó en 1946 en nuestro servicio de Urología del Hospital Marcelino Freyre.

Antecedentes personales. — Nacida a término. Enfermedades habituales de la infancia. Operada por vía abdominal de prolapso de útero. Menopausa a los 50 años. Ha tenido 2 hijos. No es constipada.

Enfermedad actual. — Desde hace 36 años tiene en forma periódica dolores lumbares del lado izquierdo de moderada intensidad, acompañados de polaquiurias con orinas turbias y a

veces hematurias. Estos accidentes se repiten cada 2 ó 3 meses, últimamente con mayor intensidad. Hace 7 años eliminó algunos calculitos del tamaño de un grano de trigo.

Estado actual. — Enferma sin disnea ni temperatura, en decubito horizontal. Buen estado general. Buen apetito.

Cabeza: Ojos: pupilas redondas, céntricas, iguales. Reaccionan bien a la luz. Reflejos oculomotores conservados.

Boca: Dentadura en buen estado, mucosa de lenguas y carrillos húmedas y rosadas. Mucosa del orificio faríngeo congestiva y un punto amarillo de angina pultácea derecha.



Figura 1

Urograma por excreción. Del lado izquierdo se demuestra marcada dilatación calicial, correspondiente a los cálices superior y cáliz medio; cálices inferiores normales. Del lado derecho pielograma normal a excepción de los cálices superiores discretamente ectasiados.

Cuello: Cilíndrico, simétrico, no se palpan adenopatías ni tirodes, discreto latido arterial supraclavicular.

Tórax. — Inspección normal; examen físico sin particularidades.

Aparato cardiovascular: Pulso, rítmico, blando, una contracción débil y otra fuerte. Frec.: 74 al min. Corazón: tonos normales en los cuatro focos pero alejados.

Abdomen: Globuloso, blando, depresible. No se palpa hígado ni bazo. Cicatriz de la herida operatoria. Mediana infraumbilical.

Aparato urogenital. — *Uroscopia:* Orinas turbias.

Riñones: No se palpan.

Uréteres: Punto ureteral medio izquierdo doloroso.

Cistoscopia: Buena capacidad. Mucosa vesical normal. Orificios vesicales bien implantados.

Organos genitales: Externos bien constituídos. Tacto vaginal: matriz en anteversión. Anexos no se palpan.

Sistema nervioso: Reflejos conservados.

Sistema osteomusculoarticular: Artritis reumatoidea en varias articulaciones.

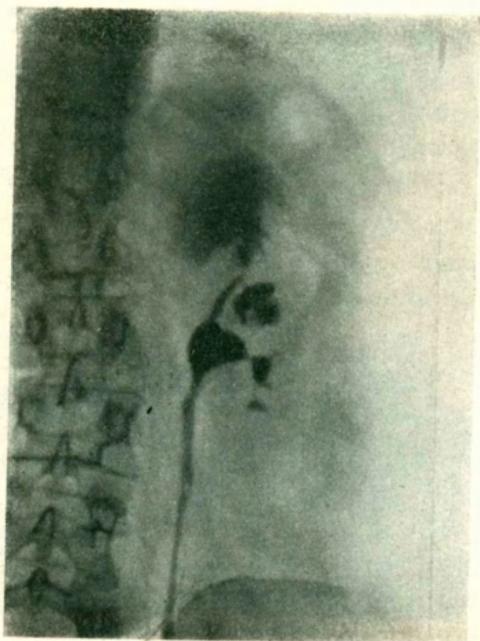


Figura 2

Pielografía por relleno. Se dibujan gruesas cavidades correspondientes a los cálices superiores y al cáliz medio, en comunicación con un trayecto estrecho con la pelvis normal. Cálices inferiores también normales

Expiración radiográfica. — Radiografía directa. En la proyección del polo superior del riñón izquierdo se observan pequeñas imágenes opacas de aspecto calculoso.

Urograma por excreción: Lado derecho. Buena eliminación. Pelvis y cálices bien conformados. llamando sin embargo la atención que los cálices superiores se encuentran extasiados. Lado izquierdo. Marcada dilatación calicial correspondiente a los cálices superiores y medios. Los cálices inferiores y la pelvis se dibujan incompletamente, pero se adivinan normales. Riñón alargado y algo más abultado en el polo superior.

Pielografía por relleno: Del lado izquierdo. Pelvis renal de aspecto normal lo mismo que los cálices inferiores. El cáliz mayor superior se dibuja alargado y marcadamente estrecha-

do, rellenándose luego una cavidad del diámetro de una moneda de 10 centavos, correspondientes a un cáliz medio, y unas cavidades mayores que representan evidentemente los cálices superiores.

Examen de laboratorio. — Orina: Albúmina: vestigios. Glucosa: no contiene. Sedimentos: abundantes glóbulos de pus. El examen bacterioscópico revela regular cantidad de estafilococos y de colibacilos.

Examen de sangre: Hematíes: 4.060.000. Hemoglobina: 64 % (Sahli).

Urea en sangre: 0,36 grs. %.

Índice de depuración ureica:

Índice de depuración ureica: 1ª Toma: I. D. st. 54; 2ª Toma: I. D. st. 60.

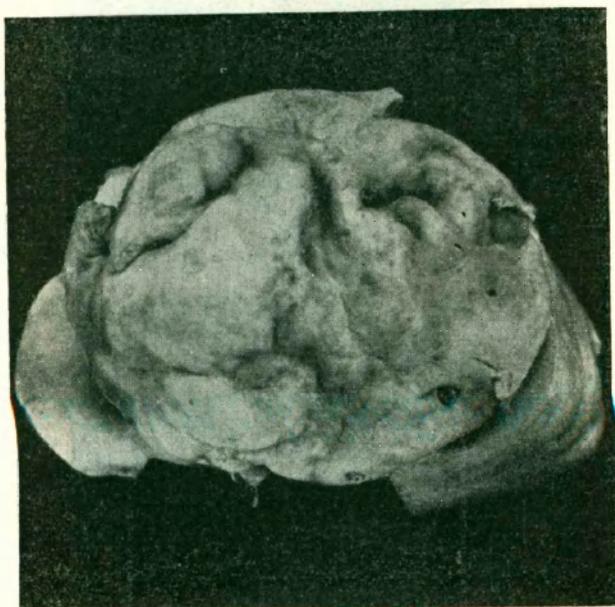


Figura 3
Fotografía del trozo de riñón resecaado.

Con el diagnóstico de ectasia calicial localizada, infectada y con litiasis se decide la intervención quirúrgica.

Operación. — 21 de noviembre de 1946.

Cirujano: Dr. Ricardo Ercole. Ayudantes, Dr. Iturralde, Dr. Caprio.

Anestesia: Pentothal sódico 1 gramo. Duración de la intervención 50'. Lumbotomía anatómica típica. Riñón con regular proceso de perinefritis en polo superior, en cambio en polo inferior perfectamente libre. Hay un grueso vaso polar inferior y dos vasos polares superiores, estos últimos se ligan. Es posible delimitar a nivel del polo superior una zona entre la parte sana y la enferma que marca la línea de resección renal. En esta zona se efectúa la sección del parénquima para resecaar el polo superior del riñón. Resecada esta zona del riñón que tiene todo el aspecto de una pielonefritis crónica con escaso parénquima conservado, se

comprueba que queda sin reseca la cavidad correspondiente al cáliz medio dilatado por cuyo motivo se hace una nueva resección que divide el riñón a nivel del cuerpo en su parte media y que reseca en definitiva aproximadamente la mitad del riñón ya en zona francamente sana. Sutura con puntos en U de la brecha renal colocándose en total cinco puntos con catgut simples. El riñón que queda impresiona como de buena irrigación. No hay pérdida de sangre. Una gasa y un tubo de drenaje. Puntos separados de catgut crómico a la aponeurosis del transverso. Lino a la piel.

Post-operatorio: Muy bueno. Evoluciona sin temperatura. A los 10 días se retira el

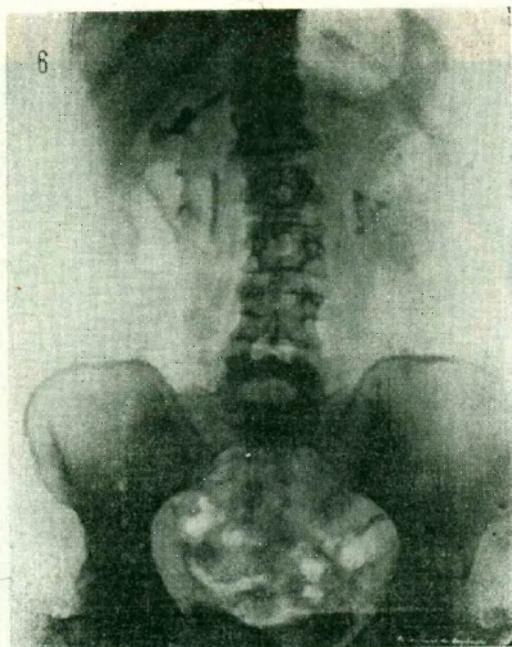


Figura 4

Urograma por excreción obtenido después de la intervención. Del lado operado se visualiza la pelvis renal y los cálices inferiores de aspecto normal.

drenaje de gasa y dos días más tarde el tubo de goma. No da sangre. La tensión arterial se toma en varias oportunidades y es normal. Se mantiene el reposo.

17-12-46. Se efectúa un estudio radiográfico de control.

Exploración radiográfica: Urograma por excreción. Del lado derecho del mismo aspecto radiográfico del urograma anterior. Del lado izquierdo, se visualiza una pelvis pequeña, y los cálices inferiores con su aspecto normal. Por encima de la imagen pielográfica, pequeñas imágenes opacas que evidentemente corresponden a restos de cálculos que han quedado en la brecha operatoria.

Pielografía por teleno: Se dibuja la pelvis con aspecto normal, lo mismo que los cálices

inferiores. La pelvis se prolonga hacia arriba en un delgado trayecto de unos 3 cms. de largo. No se visualiza la vía excretora superior. El uréter es de aspecto normal.

Cromocistoscopia: Se comprueba la aparición del Indigocarmin por ambos meatos ureterales a los 4' de la inyección con eyaculaciones de buen ritmo y de buena intensidad.

23-12-46. — La enferma es dada de alta con dieta de residuo ácido y prescripción de vitamina "A".

Examen de la pieza operatoria: que debemos a la gentileza del Prof. Dr. José M. Cid.

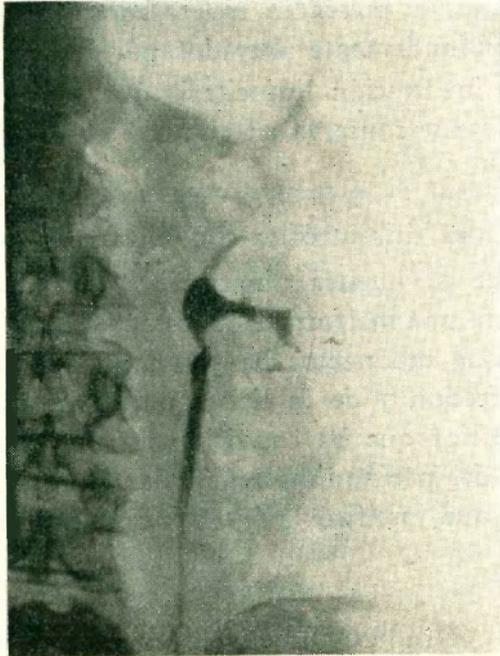


Figura 5

Pielografía por relleno obtenida después de la intervención. Se dibujan la pelvis renal y los cálices inferiores de aspecto normales. La pelvis se prolonga hacia arriba en un delgado trayecto de unos 3 cms. que corresponde al resto del cáliz superior estrechado.

Descripción macroscópica: La pieza está constituida por algo más del tercio del riñón. El extremo polo presenta una superficie cerebroide por la existencia de surcos curvilíneos estrechos y profundos. Esta región es depresible y al corte se ve que está constituida por parénquima renal muy disminuído de

espesor, de 2 a 4 mm. Las cavidades renales de la región están considerablemente dilatadas y su superficie interna es despulida en la mayor parte de su extensión. Esta zona hidronefrótica se continúa con el resto del parénquima renal, que presenta caracteres prácticamente normales.

Descripción microscópica: En los cortes practicados en la región descrita se observa profunda trofia del parénquima renal, coincidentemente con la existencia de un proceso inflamatorio crónico localizado en los intersticios. Se observan numerosos tubos dilatados conteniendo substancia de aspecto coloidal. Algunos glómerulos se presentan esclerosados, así como su cápsula. Los cálices se presentan profundamente alterados por un proceso inflamatorio de tipo crónico con gran infiltración linfocitaria que forma una gruesa capa por debajo del epitelio. Este se conserva en algunos puntos y está ausente en una gran extensión.

Diagnóstico: Pielonefritis atrófica con hidronefrosis parcial.

Interpretamos que en nuestra observación, la caliectasia tiene una base congénita, ya que existe una malformación de los cálices superiores en el riñón sano, semejante a la que suponemos ha presentado el riñón enfermo. Como consecuencia de la infección y de la litiasis se ha determinado una estrechez marcada del cáliz superior que ha condicionado una mayor ectasis calicial y la lesión consiguiente del parénquima renal, dando el cuadro de una pielonefritis crónica litiásica, que justificó la intervención quirúrgica efectuada.

COMENTARIOS

1. — El término de caliectasia es el más apropiado para designar la dilatación calicial localizada, conocida indistintamente como hidrocalicosis, quiste pielogénico o divertículo calicial. Como establece Engel, él no implica un concepto etiológico y engloba todos los casos.

2. — Esta afección se exterioriza clínicamente por los síntomas de su infección, por los de la litiasis o por ambos procesos a la vez.

3. — La simple extracción del cálculo no es suficiente para curar la enfermedad, ya que la dilatación calicial no regresará con esta intervención y ello será motivo de la persistencia de la infección o de la recidiva del cálculo.

4. — El tratamiento más racional es la nefrectomía parcial. La mortalidad operatoria de esta intervención es reducida (3,8 %) y sus complicaciones,

la fístula urinaria y la hemorragia secundaria, son eventualidades poco frecuentes si la intervención se efectúa con técnica apropiada.

BIBLIOGRAFIA

- Abeshouse B. S.* — Journal of Urology V. 57, 1947, pág. 631.
- Campbell M. F.* — Resection of the Kidney. J.A.M.A. V. 117, 1941, pág. 1223.
- Engel Wm. J.* — The late results of partial Nephrectomy for Calyectasis with Stone. Journal of Urology V. 57, 1947, pág. 619.
- Ercole R.* — Heminefrectomía por hidronefrosis en un riñón con doble vía excretoria. Revista Argentina de Urología, 1946 (en prensa).
- García A. y Gálvez J.* — La nefrectomía parcial. Rev. Argentina de Urología, V. 10, 1941, pág. 209.
- Goldstein A. E. y Abeshouses B. S.* — Partial resections of Kidney; report of 6 cases and review of literature. Journal of Urology, V. 38, 1937, pág. 15.
- Mathé C. P.* — Partial resection of Kidney; report of 13 casos. Journal of Urology, V. 50, 1943, pág. 525.

DISCUSIÓN

Dr. Rebaudi. — *Quisiera conocer mejor la técnica quirúrgica que emplea el Dr. Ercole para ver si se conforma con lo que he pensado. Quisiera saberlo porque experimentalmente resulta muy difícil hacer la ligadura de los vasos y ver la zona exangüe y seccionar en ese sitio. Este procedimiento lo he podido hacer tanto en el hombre vivo como experimentalmente.*

Dr. Schiappapietra. — *La nomenclatura de "caliectasia" está bien determinada, pero la de "uronefrosis parcial" encuadraría dentro de la nomenclatura correspondiente.*

Dr. Ercole. — *Me voy a referir a la técnica empleada en este caso. Me limité a efectuar la compresión del pedículo renal. Ya hice notar en la comunicación, que existía una línea franca de demarcación entre la zona sana y la enferma, que señalaba el sitio donde correspondía hacer la resección renal. Para poder extirpar el cáliz medio dilatado, tuve que resecar un poco de parénquima sano, sin tocar para nada el parénquima renal. Seccionado el riñón: en ese sitio, efectué puntos en U, poniéndolo lo más cerca posible de la periferia para comprometer el mínimo de parénquima renal. No dejé drenaje dentro de las cavidades.*

En cuanto a la nomenclatura, "uronefrosis parcial", también es un tér-

mino que puede adaptarse a esta afección. Creí que el término de "caliectasia" era más demostrativo y correspondía a la ectasia calicial, no interviniendo para nada en el proceso la ectasia de la pelvis renal, es decir, que el proceso queda limitado a los cálices superiores. Por eso, me pareció acertado el término. En el Congreso de Cincinnati, Abeshouse, expresó que el término de "caliectasia", le parecía adecuado. En realidad, engloba todos los casos de ectasia calicial sin prejuzgar sobre ningún factor etiológico.
