

CONSIDERACIONES DE PTOSIS RENAL Y NEFROPEXIA

Por el Dr. JUAN B. DERDOY

Ptosis renal se denomina al riñón caído o ubicado fuera de su posición anatómica a ambos lados de la columna vertebral a la altura de la 12 vértebras dorsal, 1º y 2º lumbares; normalmente el riñón está mantenido en su posición por el pedículo vascular, la aponeurosis o fascia renal y el tonismo de la pared abdominal que hace de cincha y comprime las vísceras contra él.

Es común hallar la ptosis en la mujer donde el 20% según Himman, el 18% Kidd Mac Kenzie, el 22% según Glenard la presentan; sin embargo todas las estadísticas sólo dan el 2% francos síntomas de enfermedad y pertenecen a este grupo los casos que iré a referirme.

La literatura médica, nacional y extranjera es muy numerosa en el estudio de este tópico y así los trabajos de Guyon, Marion, Albarran, Spurr Salleras Trabucco, Bertola, Isnardi, Berri, Bazterrica, etc. y de otros han completado en amplias exposiciones el tema; pero en la clínica diaria se ven pacientes con grandes sufrimientos por esta afección; desconocida o con error de diagnóstico es que traigo estos casos ante vosotros, sin otra pretensión que contribuir a ponderar los beneficios del tratamiento.

La ptosis es más frecuente del lado derecho, explicada por ser aquí el canal vertebral más amplio (Wolk y Delitzin) ser el pedículo vascular más largo y estar el riñón sometido a la presión del peso del hígado.

La *edad media de la vida entre 25 y 40 años* se han atribuido a factores del trabajo, parto, profesión en bipedestación etc.

El *traumatismo renal* sólo individualizaría una afección ya existente (Leguen) esto lo hemos constatado en la ficha N° 13047 y 15292 cuyas adherencias eran muy sólidas, difusas, de aspecto antiguo que no respondían a una causa etiológica próxima.

Es variada la interpretación de la Etiopatogenia. Para ((Glenard) la nefroptosis es la consecuencia de una enteroptosis generalizada.

(Spurr) considera la enteroptosis y la nefroptosis como consecuencia de un estado de orden general sin que uno u otro sean entre sí causantes. (Ver Congreso de Medicina).

(Albarran) Es una predisposición congénita y hay coexistencia de otras anomalías de desarrollo.

(Vicente Ruiz) (Tesis de doctorado). Defiende el concepto del *Prof. Dr. Alberto Gutiérrez*, para quien la nefroptosis deriva de un vicio de desarrollo de los procesos de coalescencia del mesenterio primitivo siendo la ptosis colónica su causante.

(Salleras) Defiende una teoría congénita creyendo que el riñón está fijo por bridas y membranas que lo inmovilizan acodando también el uréter. Ha realizado estudios histopatológicos de estas bridas constatando en algunos de ellos su histología muscular. Coincide con este criterio de las bridas; Riley cirujano de Boston.

Entre los síntomas que predominan en la ptosis está el dolor, muy variable en su localización, sensibilidad, aparición, *que se manifiesta en forma de crisis* descritas por Dielt en 1850 (Caracterizado por dolor abdominal, violento, vómitos, náuseas, escalofríos, caimiento general, etc.) o en forma de *dolor crónico difuso* con alternativas más o menos intensas pero siempre molesto, paroxístico, sordo localizado al flanco, que se exagera con el ejercicio, viajes, menstruación, que se alivia con alguna posición especial casi siempre decúbito lateral derecho. *Con irradiación* hacia la ingle y vejiga, pero en ocasiones resulta enmascarado por el reflejo de otros órganos huecos (apéndice, vesícula, trompa) y en estos casos sólo el interrogatorio bien dirigido puede individualizarlo.

Los trastornos de orden digestivos: se manifiestan como verdaderas enfermedades.

La constipación intestinal suele ser pertinaz y es casi constante de tipo espasmódico rebelde a los tratamientos.

La *dispepsia —anorexia* son comunes como expresiones funcionales de origen reflejo— las alteraciones vesiculares y duodenales. La *apendicitis crónica* considerada por muchos como parte integrante del cuadro clínico de ptosis. Marion aconseja hacer la apendicetomía durante la nefropexia.

Autores como Ducuing, Giscard, Maio, Plenz, Ibarra, Loring, Isnardi, Anglave, Albarran y otros se han ocupado de este tipo de complicaciones.

Los enfermos que corresponden a las fichas 21422, 13946, 15292, 3736 fueron operados de apendicitis crónica.

Los correspondientes a 13946, 15292 se le practicó la colecistectomía. La

enferma 15292 fué operada de retroversión uterina, sin embargo su mejoría siempre fué relativa hasta que se le efectuó la pexia.

Entre los síntomas urinarios hemos encontrado la polaquiuria en todos los enfermos ha sido diurna y nocturna, a veces discreta que la paciente no ha tenido en cuenta, pero interrogando en tal sentido es constante y uno de los síntomas de valor.

La poliuria: Existe en las infecciones de pelvis renal. En el caso de nuestra ficha N° 13947 la diuresis fué de más de dos litros en 24 horas, durante años reduciendo al litro y cuarto después de la operación.

La hematuria: La hemos observado en tres de los enfermos, ha sido total de poca intensidad, calmando espontáneamente; obedece a la congestión renal por la acodadura ureteral y obliga a hacer el diagnóstico diferencial con todas las afecciones hematóricas.

Los *síntomas nerviosos* son de gran importancia a tenerles en cuenta —astenia, fatiga, irritabilidad, estados emocionales, constatados en casi todas las historias, en la ficha N° 13947 la depresión física y moral constituyó una sintomatología de neurosis que hubo de examinarla un neurólogo. Fué mejorada por la nefropexia, habrán intervenido los factores tóxicos, infecciosos y dolor.

La *fiebre* es continua o en agujas; la infección casi siempre es producida por el bacilo coli, la ectasia y retención de orina en la pelvis.

En la ficha 13.947 hemos encontrado una febrícula durante tres años (37° a 38°) que obligaba a tomar avrias aspirinas diarias, se investigó brucelosis, focos sépticos, metritis, etc. desapareciendo la fiebre continua con la operación.

El diagnóstico debe basarse en la movilidad anormal, fijeza del riñón, dilatación pelvicalicial con retención o sin ella; infección, carácter bacterioscópico, acodadura e implantación anormal del uréter, pues aclarando estos aspectos estaremos en condiciones de aplicar un criterio terapéutico médico o quirúrgico. Nos valemus de los métodos semiológicos de examen clínico, interrogatorio, inspección, percusión, palpación; cateterismo de uréteres, análisis y radiológica.

La palpación mediante la técnica bimanual de Guyon, Israel y Glenard, nos esneña los distintos grados de ptosis, la forma, sensibilidad, peloteo, movilidad etc. posibilidad o no de reintegrar el riñón a la fosa lumbar.

La inspección y percusión son sólo ilustrativas en los casos de órganos muy grandes con deformación de la pared lumbo-abdominal. Con el cateterismo ureteral se reconoce la pequeña hidronefrosis, propia de la ptosis renal que no pasa en general de 30 c.c.

El diagnóstico preciso en esta enfermedad lo tenemos con el estudio de los rayos Roentgen; se debe hacer la urografía de excreción, las radiografías ascendentes en decúbito dorsal, de pie y oblicua, las pieloscopías; con el doctor Zorri-lla en la Clínica Regional del Sud practicamos todas las radiografías ascendentes mediante el control radioscópico y bajo la pantalla fluorescente, acechamos el momento del relleno con la sustancia *opaca* (ioduro-sodio 15 % Urosectan etc.) del uréter, pelvis y cálices sacamos las diversas muestras de radiografías, antes que el enfermo acuse dolor a la distensión del líquido que penetra en la cavidad; con ello evitamos los cólicos renales, hematurias traumáticas, el reflujo pielovenoso y linfático; teniendo además la visión perfecta del acomodamiento del continente al contenido. Por último estando la pelvis llena; se retira la sonda obteniéndose un nuevo fin a los 10' para tener idea del dinamismo pelviano de evacuación.

La eliminación del índigo carmin controlada por la cistocopia ha sido un índice que nos confirmó en todos los enfermos la existencia de un obstáculo a la eliminación mostrándose atónico, falta de coloración, disminución de ritmo y fuerza con relación al otro uréter.

Completando con las pruebas funcionales renales y el examen clínico general, se plantea la intervención quirúrgica, en los casos que llenen las indicaciones fundamentales, dolor, retención, fiebre, etc. únicos casos de nefroposis que se beneficiaran de la liberación de bridas y fijación del riñón.

La nefropexia es un término que se debe a Le Dentu que así lo denominó en un trabajo que presentó en 1880.

Es una operación que existen una gran cantidad de procedimientos, Ruiz cita 131 técnicas Isnardi se eleva a 134 que dice, puede combinarse en más de 400.

Rayer fijó el riñón ptósico con fajas ortopédicas.

En 1875 Greenville Donw de Galvestow fijó por primera vez un riñón.

En 1881 Baccini lo fijó con su propia cápsula.

Guyon, Rehn hacen fijación a través del parénquima. Albarran practica el método capsular, después Marion, Salleras, Spurr y otros la modifican. Se hacen métodos de fijación por operaciones tendones, músculos. Aponeurosis Gutiérrez practicó la nefrocolopexia. Hay métodos que estrechan la celda renal, otros de enclavamiento del riñón en la pared lumbar. Las vías de abordaje son lumbar o peritoneal. Nosotros practicamos la vía lumbar, la perfecta liberación del riñón de todas las adherencias, la uréterolisis, la enervación del pedículo y fijamos con cuatro colgajos desiguales, dos altos a los espacios intercostales y los dos inferiores a los bordes de los músculos de la incisión lumbar.

CONCLUSIONES

- 1º Los enfermos operados han presentado todos el riñón fijo envuelto por membranas, duras, adherentes a la glándula y pared; respondiendo a los conceptos del Prof. Salleras de la teoría congénita.
- 2º Que la pexia se ha hecho cápsula, a cuatro colgajos fijando el riñón a la altura que permite el descenso hepático, que ha dado un resultado muy favorable con curaciones completas en algunos enfermos, pero mejoría notable en todos.
- 3º Que el tiempo principal es la perfecta liberación del riñón de sus adherencias, la ureterolisis y enervación del pedículo.
- 4º Consideramos que la pielografía descendente debe ser empleada con más frecuencia en todos los síndromes dolorosos abdominales lo que evitaría con el diagnóstico correcto de afecciones renales; tratamiento equivocados y errores de interpretaciones en los síntomas que acusa el enfermo.
- 5º Que la indicación quirúrgica sólo existe en los casos con dolores, dilatación e infección; por ser las ptosis que se beneficiarán del mismo.
- 6º Que el método capsular de fijación nos ha dado buen resultado y lo creemos útil por ser simple de fácil ejecución y no tener mayores riesgos.

DISCUSIÓN

Dr. Vilar. — *Nosotros, que hemos pertenecido al Servicio del doctor Salleras, y hemos seguido posteriormente, observando los enfermos ptósicos no renales, haciendo sistemáticamente urogramas de excreción en diversas posiciones, llegamos a la conclusión de que todo se reduce a los trastornos de evacuación.*

Un riñón móvil o ectópico, que no tenga trastornos de evacuación, en realidad, es asintomático y no tiene indicación quirúrgica. En cambio, cuando existe trastorno de evacuación, que es acusado con todo detalle por el urograma de excreción tomado en distintas posiciones, la indicación quirúrgica es la conducta a seguir.

Al establecerse la indicación quirúrgica, debe tenerse en cuenta la longitud del uréter. A veces, se tienen grandes sorpresas al pretenderse hacer la fijación alta de un riñón aparentemente ptósico, el que, en realidad, es ectópico porque tiene un uréter corto.

Nosotros hemos encontrado siempre la celdilla. Es una especie de paracaídas que se dirige hacia adelante y hacia abajo, llevando al riñón en ese sentido.

Es curioso observar que, en ocasiones, los enfermos tienen trastornos de evacuación cuando están en posición de pie; otros, los tienen, cuando están acostados. De manera que todas esas cosas deben ser tenidas en cuenta.

Estos trastornos traen todos los síntomas imaginables, desde la febrícula, porque el coli se hace patógeno y hay dolores reflejos y alteraciones de distinto orden. Pero todo debemos interpretarlo como trastornos de la evacuación.

El tratamiento quirúrgico solamente lo indicamos cuando observamos trastornos de la evacuación. En la intervención, tenemos mucho cuidado en la liberación de todas las adherencias, no sólo de la glándula, sino también del uréter. A la fijación le asignamos una importancia secundaria. En muchos casos, hemos dejado la glándula suelta, como se hace en cualquier intervención conservadora renal, en que no se tiene en cuenta la posición de la glándula.

Ultimamente, fuimos consultados por un enfermo al que se le hizo una nefrocolopexia e hizo una anuria post-operatoria refleja por retención de ese lado. Nos limitamos puramente a la liberación de adherencias, lo cual hicimos con mucho cuidado.

Dr. Hughes. — He de traer a colación un pequeño detalle que me parece importante y digno de ser tenido en cuenta en el problema del diagnóstico del trastorno de la evacuación.

Creemos, como el doctor Vilar, que los riñones que sufren son aquellos en los que se producen trastornos de la evacuación. En el diagnóstico de ese trastorno, damos gran importancia a la urografía de excreción, que nos parece el procedimiento de elección.

Insistimos en un detalle que no se tiene mayormente en cuenta. La práctica corriente de la realización de la urografía de excreción consiste en sacar primero una placa simple, después, una en posición de acostado y finalmente, una en posición de pie.

Nosotros hacemos una maniobra inversa. Sacamos la placa simple, damos la inyección y sacamos la primera placa de pie. De ese modo, es posible determinar el trastorno de la evacuación. Luego, se saca la segunda placa estando el enfermo en posición acostada. Así se observa si en la posición acostada el riñón se drena, como es lo corriente que suceda cuando hay un trastorno de evacuación por ptosis.

Dr. Comotto. — En el Servicio del Hospital Alvear, por sugestión del doctor Trabucco, usamos un procedimiento para determinar la altura conveniente de fijación del riñón.

El mismo consiste en obtener una urografía ascendente y después, una nueva placa en inspiración profunda, sin cambiar el chasis. Así tenemos el dato sobre la posición fisiológica del órgano, lo que nos sirve para la fijación

posterior del riñón. Con ese procedimiento, se evitan los inconvenientes de fijar al riñón demasiado alto o demasiado bajo.

Dr. Derdoy. — Agradezco al doctor Vilar su interesante contribución a mi trabajo. Es exacto lo que él manifiesta acerca de la posición del enfermo. Creo que evidentemente, se trata de un síntoma de gran valor.

He interrogado a los pacientes que sentían dolores abdominales acerca de si se aliviaban en tal o cual posición, lo que me ha servido para cerciorarme de que se trataba de una sintomatología urinaria.

Acercas del trastorno de evacuación, diré que, evidentemente, la liberación de todas las neomembranas y bridas favorece la situación. La liberación del riñón deja a esta glándula en buena posición al extremo que, como lo dice el doctor Vilar, a veces, no es necesaria su fijación.

Algunos cirujanos fijan el riñón en posición horizontal, para que la pelvis esté abajo y drene. Es un procedimiento un tanto exagerado.

Las demás observaciones formuladas por el doctor Vilar, me ratifican el concepto que yo tenía acerca de la opinión del doctor Salleras en esta materia.

Por otra parte, considero muy atinada la sugestión del doctor Hughes de tomar las radiografías en el orden por él indicado, porque esa será la forma de tener un mejor control. Yo no lo he seguido aun, pero la considero interesante.

Con respecto a la observación del doctor Comotto, le diré que conozco el trabajo que ha publicado el doctor Trabucco en la Revista Argentina de Urología, en 1941, que se refiere al procedimiento radiológico de Hess, que toma radiografías en inspiración y expiración, a fin de determinar de ese modo, el punto ideal de fijación del riñón.

Como lo expresara en mi trabajo, en los primeros casos que asistí, traté de fijar el riñón bien alto, pero los post-operatorios me obligaron a no ir tan arriba. Después, leí el trabajo del doctor Trabucco y tuve la enorme satisfacción de ver confirmados mis procedimientos, que yo hacía entonces en forma más o menos empírica.
