

NEFRECTOMIA PARCIAL

PRESENTACION DE ENFERMO

Por el Dr. RICARDO ERCOLE

En publicaciones anteriores presentadas a esta Sociedad hemos abordado el tema de la nefrectomía parcial. Deseamos en esta oportunidad relatar un nuevo caso con éxito que pone de manifiesto, como en las observaciones anteriores la evolución favorable del parénquima renal restante con su correspondiente vía excretora y destaca otras de las indicaciones de este tipo de intervención.

Observación personal: H. C. 954, María C. de K., 51 años, argentina, casada. Ingresa a nuestro Servicio el día 5 de abril de 1948.

Antecedentes personales: Gripe y sarampión en la primera infancia. Menarquía a los 14 años, de caracteres normales. Se casa a los 16 años con un hombre sano. Tiene dos hijos vivos y sanos. Anteriormente en el primer parto se le extrajo la criatura con fórceps, falleciendo la misma y quedando la enferma con una fístula vésico-vaginal que fué intervenida quirúrgicamente, no volviendo a sentir ningún trastorno. Buen apetito. Es algo constipada.

Enfermedad actual: Comienza hace 6 años con dolor de regular intensidad en región lumbar izquierda que se manifiesta preferentemente con los movimientos, en forma de puntada, que se irradia al flanco e hipogastrio, poliaquiuria diurna y nocturna, orina en ocasiones turbias y ardor miccional. Ve médicos que la medican con reposo y medicamentos, no mejorando sus trastornos. Se mantiene igual varios años con exacerbaciones y remisiones. Hace 6 meses tiene un cólico renal izquierdo. Fuerte dolor en región lumbar que se irradia al hipogastrio, náuseas, vómitos y fiebre frecuentes y penosos deseos de orinar, hematuria total sin coágulos que persiste una semana y desaparece espontáneamente. El ataque dura un día y cede con calmantes. Hace dos meses tiene otro ataque similar que dura también un día, persistiendo diez días la hematuria. Ve médico que diagnostica litiasis renal izquierda sugiriéndole consultar a un Servicio especializado, por lo cual se interna.

Estado actual: Enferma en decúbito indiferente, apirética, buen estado general, piel y mucosas normales.

Cabeza: Normal. Buena audición y visión. Reflejos pupilares normales. Garganta normal, lengua rosada. Piezas dentarias en discreto estado de conservación.

Cuello: Simétrico, no se observan ganglios, cicatrices ni latidos anormales.

Aparato respiratorio: Sin anormalidades.

Aparato circulatorio: No se palpa el choque de la punta. Tonos cardíacos normales en los 4 focos. Pulso rítmico, frecuencia 85'. Presión arterial: Mx 13, Mn 8.

Abdomen: Depresible, indoloro. No se palpa hígado ni bazo.

Aparato de locomoción y reflejos: Normales.

Aparato urinario: Riñones no se palpan. Puntos ureterales: Izquierdos sensibles.

Cistoscopia: Buena capacidad. Mucosa de aspecto normal, orificios ureterales bien implantados.

Aparato genital: Matriz en posición intermedia. Anexos no se palpan.

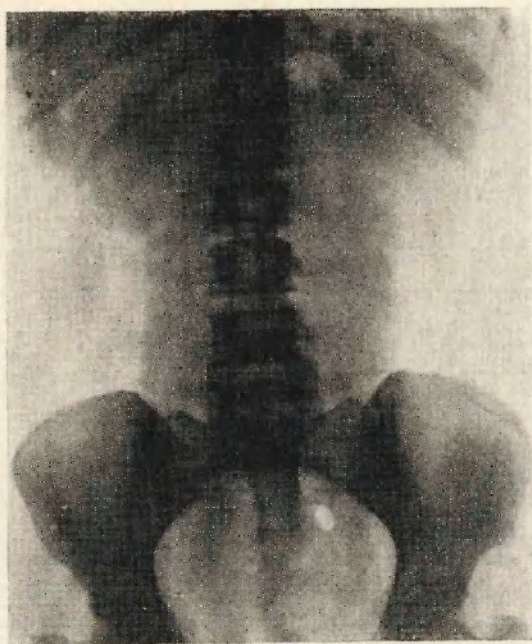


Figura 1

Radiografía directa: cálculo coraliforme en la porción del polo superior del riñón izquierdo.

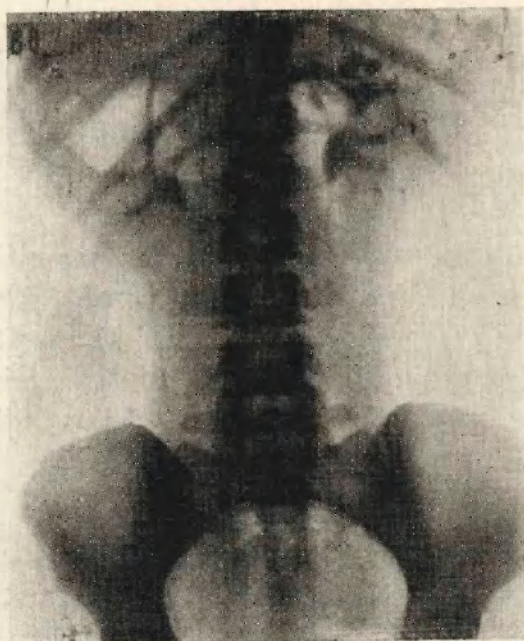


Figura 2

Urograma por excreción: el cálculo corresponde a los cálices superiores del riñón izquierdo.

Genitales externos: De aspecto normal.

Exploración radiográfica: Radiografía directa: Cálculo de tipo coraliforme en la proyección del polo superior del riñón izquierdo.

Urograma por excreción: Lado derecho: normal. Lado izquierdo: pielograma bien conformado con discreta ectasia pielo-calicial. El cálculo localiza exclusivamente en los cálices superiores.

Exámenes de laboratorio: Urea en sangre: 0.20 grs. ‰.

Análisis de orina: reacción ácida. Densidad 1.021. Albúmina: cont. 0.40 grs. ‰. Glucosa no contiene. Sedimento: abundante pus, abundantes leucocitos, escasos hematíes, microorganismos Gram negativos.

Examen bacterioscópico: Se observa abundante flora heterogénea en su mayoría de microorganismos, regular cantidad de células epiteliales planas y granulaciones de uratos amorfos.

Prueba de la sulfofenoltaleína: 1ª toma a los 25' = 59 %; 2ª toma a los 70' = 20 %. Total a los 70' = 79 %.

Operación: 29 de abril de 1948. Anestesia con pentothal 1,80 grs. Lumbotomía anatómica típica que brinda un buen campo operatorio. Riñón grande con una perinefritis bien firme en lo que corresponde al polo superior. Además existen dos vasos polares superiores que es necesario seccionar para poder exteriorizar el riñón. Lo que corresponde al polo superior del

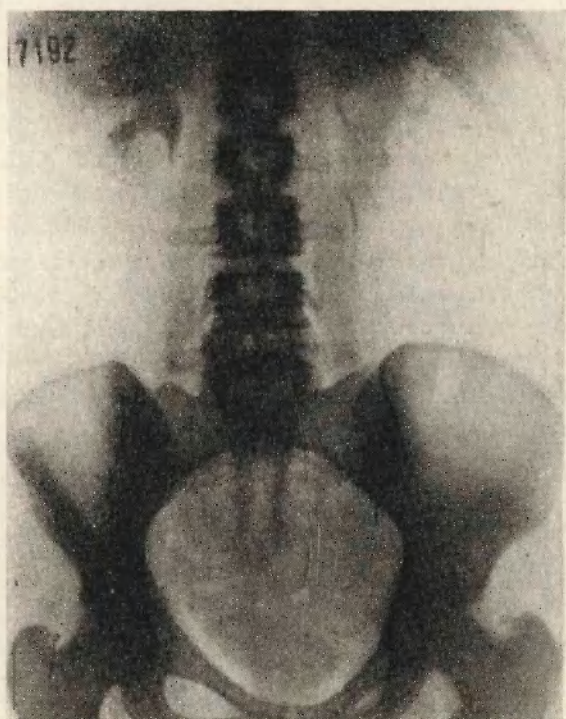


Figura 3

Urograma por excreción obtenido después de la intervención: con la vía excretora inferior conservada y con buena evacuación de la misma.

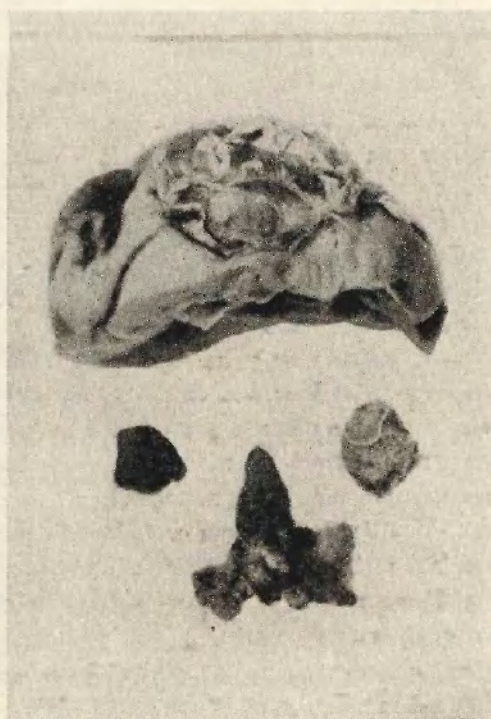


Figura 4

Fotografía de la pieza operatoria que corresponde al polo superior del riñón resecado y a los cálculos enclavados en el mismo.

riñón tiene poco parénquima conservado y con el aspecto de una pielonefritis crónica, en cambio el resto del parénquima es de aspecto normal. Se decide una nefrectomía parcial con la pretensión de extirpar el polo superior en la porción más enferma. Se secciona decididamente el parénquima renal en la unión del polo superior con el cuerpo del riñón, haciendo una compresión con los dedos del parénquima para hemostasia. Se intenta una hemostasia de la zona seccionada con electro-coagulación, pero en realidad se consigue poco. Hay una rama arterial más gruesa que impresiona que viene directamente de la arteria renal y que se liga. Se comprime la zona seccionada con una gasa durante unos minutos y previa colocación de un tubo de drenaje en el cáliz superior; se hace una sutura en la zona seccionada con 4 puntos separados de catgut simple que se ajustan lo suficientemente como para afrontar el parénquima

seccionado sin comprimirlo. En esta forma se consigue una hemostasia perfecta. Un punto fija el tubo de drenaje a la cápsula del riñón. Una gasa de drenaje. Cierre habitual. Lino a la piel.

Diagnóstico: Cálculo coraliforme del polo superior del riñón izquierdo. Pielonefritis crónica localizada.

Operación: Nefrectomía parcial.

Post-operatorio: Muy bueno. Discreto meteorismo en los primeros días. La herida drena escasa cantidad de líquido sanguinolento. El tubo de la nefrostomía da poca cantidad de orina. al principio hematúrica y luego clara. Como la enferma se encuentra regularmente caída se hace una transfusión de 400 c.c. Se saca el drenaje a los 8 días. Viene líquido achocolatado en moderada cantidad. El tubo de la nefrostomía se saca a los 12 días. La enferma se moviliza a los 15 días de la intervención.

Exploración radiográfica de control: 28-V-48. Urograma por excreción: Lado derecho: normal. Lado izquierdo: en la proyección del polo superior hay una pequeña imagen de calcificación que es bien distinta a la densidad radiográfica de los cálculos extirpados. Cálices medio e inferiores así como la pelvis, de aspecto normal. no visualizándose naturalmente los cálices superiores.

Con el objeto de aclarar las relaciones de las imágenes de calcificación con la vía excretora renal, se hace un pielograma por relleno: se alcanza a visualizar en el mismo los cálices medio e inferiores, así como también la pelvis, todo de aspecto normal. El cáliz mayor superior seccionado en su base y desde allí un trayecto que se corre hacia afuera y rellena una cavidad del diámetro de unos dos cms. que corresponde al sitio de la calcificación y que topográficamente se supone ubicada a nivel del sitio de la sección del parénquima. Se deduce que se ha hecho una infiltración perirrenal del líquido de contraste y que la calcificación corresponde al sitio de sutura del parénquima.

8-VI-48: La enferma es dada de alta. No refiere ninguna molestia en la zona operatoria. Sus orinas se han aclarado. Se indica un régimen higiénico dietético y Vitamina "A".