

INDICACIONES Y RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA PTOSIS RENAL

Por el Dr. JOSE M. GALARRAGA

Pretendemos exponer brevemente la experiencia del Servicio de la Cátedra de Clínica Génito-Urinaria de la Facultad de Medicina de Córdoba sobre un tema muy debatido en la Urología de todos los tiempos: el tratamiento de la ptosis renal.

De paso compararemos las cifras estadísticas que surgen de nuestra casuística (78 enfermos) con las que proporcionan otros autores, adelantando desde ya que ellas están en un casi completo acuerdo.

Prácticamente casi podríamos decir que la nefroptosis es una enfermedad del sexo femenino. En ello están de acuerdo casi todas las estadísticas, al afirmar que, por cada hombre con ptosis renal se encuentran doce mujeres padeciéndola, aproximadamente.

Entre nuestros enfermos la preponderancia del sexo femenino es menor, pero de cualquier forma las cifras son concluyentes: Hombres - 12, el 15,3%. Mujeres - 66, el 84,6%.

Se ha afirmado también que la ptosis renal es una afección casi exclusiva de la edad adulta. Sin embargo investigaciones más prolijas han demostrado que la nefroptosis, aún siendo más frecuente en la adultez, está lejos de ser una rareza en las edades extremas de la vida. En nuestra casuística tenemos sobre 78 enfermos: menos de 20 años - 1 ó sea el 1,2%. Entre 20 y 50 años - 64 ó sea el 82%. Más de 50 años - 13 ó sea el 16,7%. Para explicar el bajo porcentaje en que hemos observado la ptosis renal en la infancia y adolescencia, en discordancia con otras estadísticas, podríamos argüir que el material humano del Hospital en el que funciona nuestro Servicio es casi exclusivamente adulto, razón por la cual en rara oportunidad podemos examinar algún niño.

Otra afirmación clásica es también la de que el riñón ptósico en la mujer es siempre prácticamente el derecho (99% de las veces según Glenard) mientras que en el hombre, los dos lados se igualarían y aún prevalecería el izquier-

do. Algunos autores, entre ellos Potel y Cordier, consideran que aún sin distinción de sexo es siempre encontrado el riñón derecho caído mucho más frecuentemente que su congénere.

Más en consonancia con este último modo de ver, nuestra estadística nos dice que, sin considerar el sexo, encontramos el lado derecho afectado en el 98 % de los casos, mientras el izquierdo, lo está solamente en el 2 %. Ahora bien, si consideramos separadamente cada sexo, veremos que en la totalidad de las mujeres que padecían de ptosis unilateral, ella era del lado derecho y seguimos viendo esa preponderancia, aunque disminuída, entre los hombres al anotar un 87,5 % de nefroptosis de tal lado.

Por otra parte hemos encontrado ptosis bilaterales en 19 casos entre 87

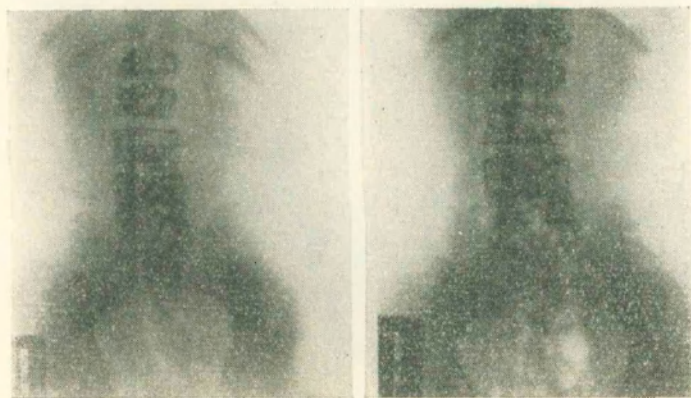


Figura 1
Pre-operatorio

Figura 2
Post-operatorio

Observación N° 73. Historia Clínica N° 2015. Técnica quirúrgica: Rehn.

enfermos, lo que representa un 24,3 % del total, valor porcentual alto si lo comparamos con el que proporcionan otros autores.

Es conocida de todos la discrepancia que existe en las opiniones al juzgar la importancia que puede tener el embarazo en la etiopatogenia de la ptosis renal. Algunos autores le niegan todo papel al encontrar igual o parecida frecuencia de nefroptosis entre nulíparas y múltiparas, mientras que otros, por el contrario, le otorgan al embarazo y sobre todo a la repetición del mismo, un rol etiopatogénico fundamental. Es creencia general que en los dos extremos existe exageración, en un caso en más y en el otro en menos, pero que es indudable que el embarazo, al debilitar la cincha muscular abdominal, tiene buena parte en la patogenia de un buen número de casos.

Nuestra casuística se mantiene en ese término medio sobre 66 mujeres afectas de ptosis renal: nulíparas 20, un 30,3 %; primíparas o múltiparas 46, el 69,6 % del total.

Con respecto a la sintomatología de la ptosis renal, en nuestros enfermos hemos encontrado:

Dolor sordo:	100 %	de las veces
Dolor paroxístico:	40,6	» » » »
Trastornos digestivos:	84,3	» » » »
Trastornos nerviosos:	68,4	» » » »
Trastornos miccionales:	40,7	» » » »
Hematuria:	31,2	» » » »

En lo que se refiere a las complicaciones de la enfermedad hemos hallado la uronefrosis, en distintos grados, en el 44,6 % de nuestros enfermos.

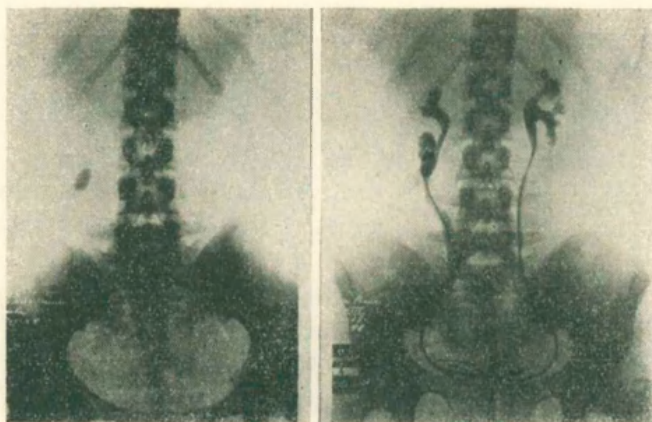


Figura 3

Figura 4

Pre-operatorio

Observación N° 32 - Historia Clínica N° 1380

Dentro de la larga lista de las llamadas complicaciones extrarenales (enterocolitis, apendicitis, trastornos hepáticos, trastornos genitales, etc.) es muy difícil poder afirmar cuando ellas son debidas verdaderamente a la nefroptosis y cuando deben ser atribuidas a ciertas enfermedades agregadas o consideradas como producto de otras ptosis viscerales que sabemos cuán frecuentemente acompañan a la ptosis renal. Una de ellas sobre todo, la apendicitis, ha dado lugar a verdaderas polémicas.

De los 78 enfermos que estudiamos llegaron a nuestras manos ya apendicectomizados 31 y pensamos, con Papin, que en ese 39,4 %, cifra relativamente alta ha de haber indudablemente una gran parte debida a errores de diagnóstico por examen incompleto y que muchos de esos sufrimientos "apendiculares" que persistieron después de la apendicectomía hasta llevarlos a la nueva consulta, hubiesen desaparecido sin tocar el apéndice con el tratamiento médico o quirúrgico de su ptosis renal.

Esta forma de pensar con respecto a la apendicitis crónica en la nefroptosis fué también sostenida en nuestro país por Salleras, quién llegó a descri-

bir "un poco en broma y otro poco en serio", según la forma de decir de Isnardi, en el cuadro clínico de la ptosis renal, el "signo de la cicatriz", refiriéndose a la frecuencia con que se encuentra en esos enfermos el imborrable rastro de la antigua apendicectomía.

El diagnóstico de la ptosis renal, hoy que contamos en ayuda de la palpación con el inestimable auxilio de los rayos X es, en general, fácil.

A este respecto, tanto la urografía endovenosa como la pielografía retrógrada, cuentan con decididos partidarios: por la primera abogan en trabajos frecuentes Constantinesco, Fey y Truchot entre otros y por la segunda lo hacen últimamente Smith y Wesson, por citar a algunos.

En nuestro Servicio podríamos decir que es norma en el estudio de este

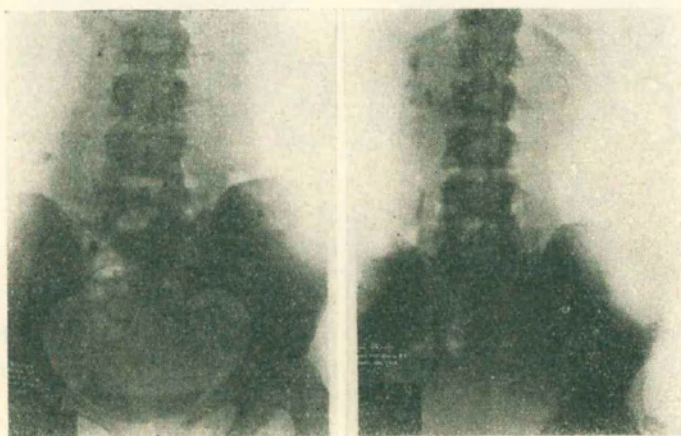


Figura 5

Pre-operatorio

Figura 6

Post-operatorio

Observación N° 57. Historia Clínica N° 1729. Técnica quirúrgica: Rehn.

tipo de enfermos (y así se ha hecho en los 78 que reúne nuestra casuística) el efectuar primero una urografía endovenosa y reservar la pielografía retrógrada para los casos en los que a pesar de aquella subsista alguna duda. Al practicar el estudio radiográfico nunca efectuamos la compresión, pues es sabido que si bien ésta mejora las imágenes morfológicas de pelvis y uréter superior, en cambio, actuando como faja ortopédica, puede levantar los riñones borrando acodaduras uretrales y otras veces, por el contrario, puede crear obstáculos ureterales, en realidad inexistentes.

Al efectuar la urografía endovenosa tomamos, en general, tres placas: la primera entre los 5 y 8 minutos después de la inyección de la substancia de contraste; la segunda entre los 15 y 20 minutos y la última entre los 25 y 30 minutos, por supuesto que con variaciones individuales según el ritmo de eliminación observado en el primer "cliché".

Como es de norma aprovechamos estas distintas tomas para variar la posición del enfermo: la primera en decúbito dorsal; la segunda de pie y la última en posición de Trendelenburg o también en distintos tiempos respiratorios (inspiración y espiración) como indica Trabucco.

La urografía endovenosa nos permite descartar las anomalías renopieloureterales que en cierto número de casos acompañan a la ptosis renal (las hemos encontrado en 6 casos entre nuestros enfermos: 6,4 %).

Al hacer la pielografía retrógrada acostumbramos tomar una primera placa con el enfermo en decúbito dorsal y el cateter ureteral colocado y una segunda una vez que éste ha sido retirado y con el enfermo en posición de pie.

Comúnmente usamos como medio de contraste la solución de yoduro de sodio al 12,5 %, que además de ser bien tolerada y dar imágenes nítidas, tiene la ventaja de su bajo costo. En ciertos casos hemos empleado también, con el mismo objeto, cualquiera de los preparados del comercio, ya sean los fabricados con este fin o los destinados a ser inyectados por vía endovenosa.

Algunos urólogos en lugar de la pielografía retrógrada común acostum-

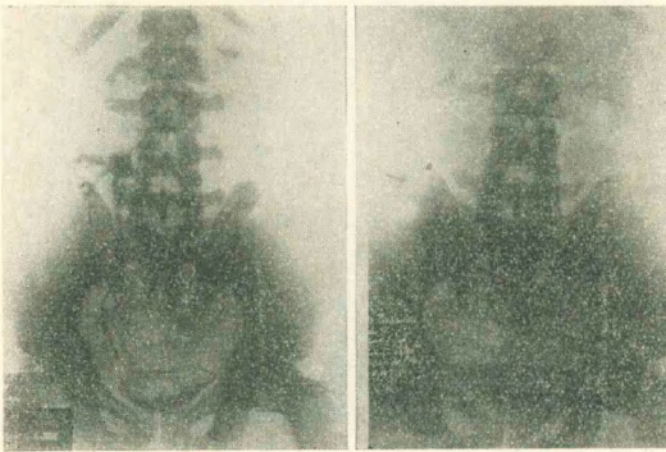


Figura 7
Pre-operatorio

Observación: N° 18. Historia Clínica N° 969.

Figura 8
Post-operatorio

Técnica quirúrgica: Rehn.

bran practicar la retrógrada de Scherck-Chevassu. Este último, modificador de la técnica original de Scherck y creador del instrumental imprescindible, afirma que la urografía endovenosa y la pielografía retrógrada son insuficientes para el estudio de la ptosis renal y que por lo tanto en todos los casos se debe practicar la urétero-pielografía retrógrada con su procedimiento.

En algunos Servicios se efectúa también como complemento diagnóstico, la pieloscopia, siguiendo las normas establecidas por Legueu, ardiente partidario de la misma.

Cumplida esta etapa diagnóstica y en el caso de que su conclusión haya sido afirmativa, nos queda otra por resolver, cuya solución, en general, es mucho más difícil. No referimos al interrogante de si la ptosis renal comprobada es o no la única o principal causa de las molestias acusadas por el enfermo.

Debemos recordar, investigar y descartar todas las afecciones que pueden coexistir y ser el origen principal del cuadro clínico en estudio: las litiasis y procesos infecciosos biliares; las atonías vesiculares, los procesos inflamatorios

y ulcerosos de estómago; las ptosis gástricas; las úlceras duodenales; las apendicitis crónicas; etc.

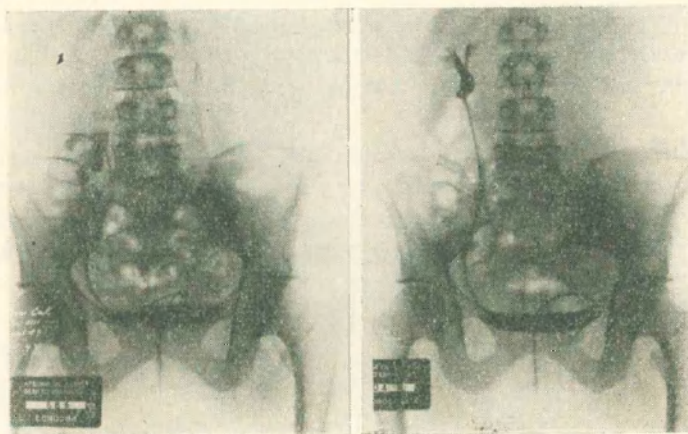


Figura 9

Pre-operatorio

Observación N° 29. Historia Clínica: 1320. Técnica quirúrgica: Rehn.

Figura 10

Post-operatorio

Es indudable que a este respecto vuelve a ser la radiología, ayuda fundamental e imprescindible. Así es que en la mayoría de nuestros enfermos se ha practicado un examen radioscópico y radiográfico de estómago y duodeno, una



Figura 11

Pre-operatorio

Observación N° 68. Historia Clínica N° 1911. Técnica quirúrgica: Marios Albarran

Figura 12

Post-operatorio

colecistografía y un estudio radiográfico por enema opaco de intestino grueso.

Es necesario también descartar diversas neuralgias por reumatismo vertebral y mal de Pott y en nuestro medio en especial, la brucelosis con sus

localizaciones vertebrales, tan frecuentemente encontrada en nuestro material humano.

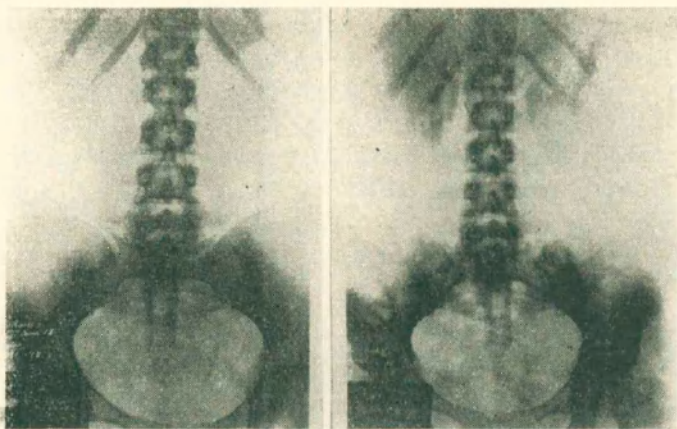


Figura 13

Figura 14

Post-operatorio
Observación N° 32. Técnica quirúrgica: Pielotomía-Rehn.

También en la mujer debemos recordar las afecciones uterinas y anexiales capaces de llevar una buena parte en la génesis de las molestias acusadas, sobre

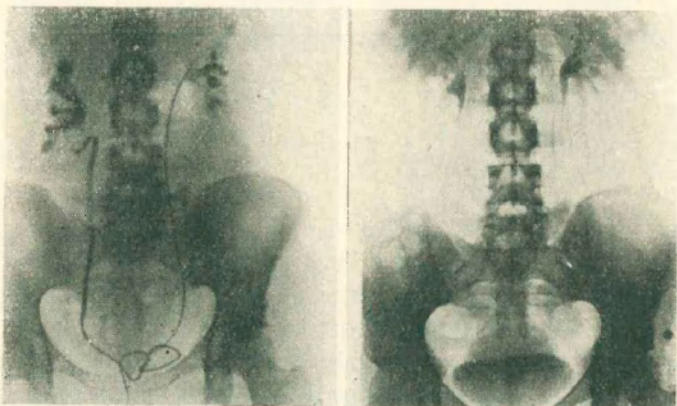


Figura 15

Figura 16

Pre-operatorio
Observación N° 17. Historia Clínica N° 290. Técnica quirúrgica: Rehn.

todo cuando trastornos endocrinos repercuten sobre el labil sistema neurovegetativo de la enferma.

Así, hay casos, con seguridad los menos, en los que las crisis dolorosas características, o las complicaciones uronefróticas o infecciosas, asociadas a

signos radiológicos indiscutibles y la ausencia de otra afección orgánica asociada, hacen que, sin ningún género de dudas, se deban atribuir a la ptosis renal, las molestias y padecimientos del enfermo.

Pero hay muchísimos otros en los que, si bien existe una nefroptosis, nada nos autoriza a cargar en su cuenta los dolores, los trastornos digestivos y nerviosos, pues aquí, como ya lo afirmara Legueu, la ptosis renal ha dejado de ser una entidad nosológica aislada, para ser nada más que la manifestación local de una afección general.

Esta distinción tiene una importancia fundamental al considerar el tratamiento de la ptosis renal, pues como es de prever en el primer grupo de enfermos la nefropexia podrá ser en la mayor parte de los casos una excelente solución, mientras que, en los pacientes del segundo grupo, la misma interven-

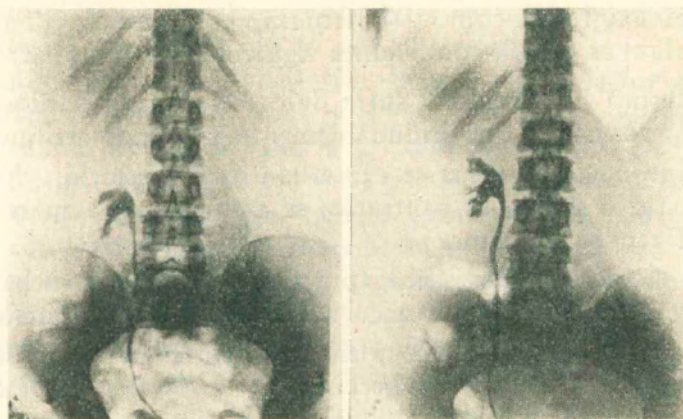


Figura 17

Pre-operatorio

Figura 18

Post-operatorio

Observación N° 2. Historia Clínica N° 549. Técnica quirúrgica: Albarran-Marion.

ción dará resultados poco halagadores o nulos, siendo por lo tanto enfermos que deberán ser sometidos al tratamiento médico.

En este último grupo de enfermos en los cuales el tratamiento médico está, según hemos dicho formalmente indicado, lo instituimos en común acuerdo con el médico clínico de nuestro Servicio, quién previo estudio completo del enfermo queda a cargo de la prescripción del régimen higiénico dietético y de las indicaciones medicamentosas correspondientes.

Como complemento del régimen alimenticio hipercalórico o régimen de engorde tratamos, en general, de bajar el metabolismo basal cuando él está aumentado o de llevarlo a cifras moderadamente bajas aunque esté normal, con los derivados del tioracilo o el lugol.

En lo que se refiere al uso de fajas ortopédicas, por lo general preferimos las fajas tipo Glenard, es decir aquellas destinadas a combatir la visceroptosis, a aquellas otras especiales para la nefroptosis. En muchos casos nos vemos precisados a contentarnos solamente con las comunes y simples fajas elásticas,

debido a que buena parte de nuestros enfermos no pueden adquirir, a causa de su situación económica, una faja ortopédica.

La cirugía de la ptosis renal es uno de los temas de la urología que más discusiones ha provocado. Se encuentran en bandos completamente opuestos, escuelas y cirujanos consagrados: por un lado partidarios entusiastas de la nefropexia y por el otro, detractores vehementes de la misma.

En nuestro Servicio, siguiendo las directivas del Profesor Dr. R. Gonzalez, se hace una selección rigurosa de los enfermos, tratando de evaluar, en la medida más exacta posible por los medios a nuestro alcance, en cuanto son debidas las molestias del enfermo a la posición viciosa de su riñón, y así, solamente en los casos en que creemos que la nefroptosis es la principal o la única causa del cuadro clínico, intervenimos quirúrgicamente.

Es así que hemos operado únicamente 21 enfermos sobre 78, lo que representa un 26,6 % del total.

En general exigimos, como Wolfson, para indicar la nefropexia que por lo menos algunas de las condiciones siguientes, se cumplan:

- 1° El enfermo ha sufrido y sufre dolores lumbares sordos o crisis dolorosas paroxísticas que indudablemente podemos atribuir a riñón.
- 2° Los síntomas dolorosos se exacerban con la estación de pie o la actividad física y por el contrario, se atenúan o desaparecen totalmente con el reposo en cama.
- 3° En el estudio radiográfico practicado se comprueba dilatación o ectasia pielocalicial o se encuentran acodaduras ureterales cerradas y repetidas en el mismo sitio y en las distintas placas radiográficas.
- 4° El cateterismo ureteral ha hecho cesar en forma espectacular y repentina una crisis dolorosa.

De las 21 nefropexias efectuadas, 16 han sido hechas según la técnica de Rehn con algunas modificaciones y 5 con distintos procedimientos capsulares.

Las modificaciones al procedimiento de Rehn que aludimos, consisten en lo siguiente: una vez liberado prolijamente el riñón y el uréter, pasamos un hilo, Zyter N° 4 por el polo inferior de riñón con una aguja de Hagerdon a gran curvatura. Ambos extremos del hilo se sacan con la aguja de Albarran atravesando todos los tejidos incluso piel a nivel de la pared posterior del décimo espacio intercostal (en el undécimo cuando no es posible llegar tan alto) separados ambos cabos por una distancia de uno o dos centímetros y allí se los anuda sobre una pequeña torunda de gasa.

Siempre efectuamos como complemento la maniobra de Bazy, es decir, la formación de una hamaca grasosa por debajo del polo inferior de riñón.

En lo que respecta a los cuidados del post-operatorio son los mismos que los de cualquier operado de riñón, agregando a ello una ligera posición de Trendelenburg mantenida durante unos quince días, al cabo de los cuales ponemos al enfermo en posición horizontal, permitiéndole abandonar la cama recién después del vigésimo día del post-operatorio.

Collings y Coyne Knight dicen que, en la última serie de sus operados, siguiendo ideas de Barnes, los hicieron levantar después de un corto post-ope-

ratorio en cama, y que han obtenido en ellos resultados tan buenos, como cuando, siguiendo las ideas clásicas, hacían permanecer en su lecho dos o tres semanas a los enfermos a quienes se le había practicado una nefropexia.

Todos los autores están de acuerdo al afirmar la escasa gravedad de la nefropexia. Entre nuestros casos la mortalidad es nula.

En lo que se refiere a los resultados por nosotros obtenidos, podemos afirmar que ellos son excelentes en todos los casos controlados, cualquiera que sea el procedimiento quirúrgico practicado.

Hemos examinado y controlado radiológicamente, después de tiempo variable en su duración pero siempre mayor que un año, a 18 de los 21 operados, y en todos ellos hemos encontrado muy buenos resultados anatómicos y funcionales, al estar el riñón bien situado, con buena función y libre evacuación urinaria.

Los resultados no son tan concluyentemente satisfactorios con respecto a las molestias aquejadas por el enfermo, pues en un cortísimo número de ellos algunos malestares han persistido lo que nos prueba de que a pesar de la minuciosa y prolija indicación operatoria, siempre algún factor patológico todavía se nos escapa.

Además de las 16 nefropexias a lo Rehn aquí relatadas hemos empleado dicho procedimiento quirúrgico en igual o mayor número de casos como complemento de otras intervenciones renales conservadoras, sin haber tenido en ningún caso complicaciones atribuidas al método operatorio, y los resultados obtenidos, con esta técnica de fácil y rápida ejecución han sido siempre, como ya lo hemos dicho, muy buenos.

En resumen: creemos que el secreto del éxito del tratamiento quirúrgico de la ptosis renal no se encuentra tanto en la elección de la técnica quirúrgica, cuanto en la correcta indicación de la misma. Lo prueba el hecho de que con cualquier procedimiento quirúrgico se pueden obtener buenos resultados anatómicos, pero así también con cualquiera de ellos se puede caer en el fracaso más absoluto, desde el punto de vista de la desaparición de las molestias del enfermo, si solamente se ha tenido en cuenta la comprobación de la existencia de la ptosis renal, para indicar, por ese solo hecho, la intervención quirúrgica.