

HEMINEFRECTOMIA POR LITIASIS EN UNA NIÑA DE SEIS AÑOS

Por el Dr. RICARDO ERCOLE

En el año 1936 presentamos a esta Sociedad 5 observaciones de litiasis urinaria en la infancia, en cuya oportunidad hicimos algunas consideraciones a propósito de esta afección en la niñez, destacando a través de nuestra experiencia la frecuencia relativa de la litiasis renal en los niños, la que es necesario investigar deliberadamente ante el menor síntoma urinario, ya que muchas veces pasa desapercibida al clínico por lo confuso de su sintomatología en esta edad, diagnosticándose recién cuando el paciente llega a la edad adulta. No es nuestro propósito, al contribuir con la presente observación a la casuística de la litiasis urinaria en la infancia, abordar este tema del que ya nos hemos ocupado en la publicación ya citada, y solamente queremos destacar, en este caso, el resultado obtenido con una operación conservadora como es la heminefrectomía.

Nuestra experiencia con la nefrectomía parcial, que diera motivo a un relato al IV Congreso Americano de Urología en el año 1949 y que hemos acrecentado después de entonces con nuevas observaciones confirmatorias del valor de esta intervención, nos llevan a destacar nuevamente con observaciones individuales, como la presente, la importancia de esta cirugía conservadora, que tiene en esta observación una de sus indicaciones más precisas, tanto por la naturaleza de la afección y del tipo de anomalía del riñón, como por la corta edad de la enfermita.

Para terminar queremos destacar un detalle de técnica que hemos utilizado con éxito en este caso y recientemente en otro, haciendo más fácil y de menos riesgos la intervención. El ha consistido en seccionar el parénquima a la altura de la porción más distal del caliz superior de la vía excretora a eliminarse, con lo cual la sección del parénquima está representada tan solo por un delegado rodete, que rodea al techo del citado cáliz, como se pone de manifiesto en el esquema adjunto, obteniéndose una hemostasia perfecta al efectuar la sutura del citado rodete parenquimatoso. No hemos tenido en este caso, como tampoco en una observación reciente, una fístula urinaria, como podría suponerse por haber dejado un pequeñísimo resto de

parénquima en relación con el techo del cáliz mencionado. Naturalmente que solo será posible esta técnica en aquellos casos en que el segmento a eliminarse corresponda a una vía excretora muy dilatada.

Observación personal: H. C. 1.222. — Dorita G. 6 años. Argentina. Ingres a nuestra Clínica privada el 13 de noviembre de 1950 por gentileza del Dr. D. Bolognesi.

Antecedentes personales. — Toxicosis a los 4 meses. Escarlatina hace dos años. No es constipada. Padre sanos. Son dos hermanos.

Enfermedad actual. — Dice la madre que desde la edad de 40 días nota sus orinas de olor fuerte, hecho que hizo notar periódicamente a su médico; quien no le dió a ello ninguna importancia. Hace dos meses nota sus orinas hematuricas que persisten así durante 10

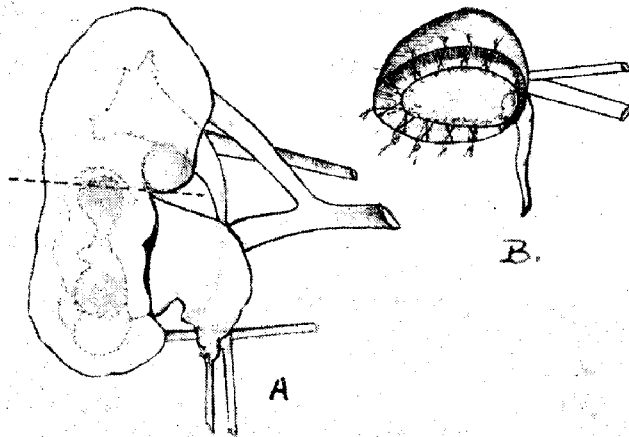


Figura 1

Esquema que muestra la técnica que hemos utilizado en la presente observación y que preconizamos en ciertos casos, para evitar la sección de una amplia zona de parénquima, con lo cual los riesgos de la hemorragia se disminuyen al hacer más sencilla la hemostasia:

- A) Línea de sección transversal del riñón que pasa inmediatamente por debajo de la cúpula del cáliz superior dilatado de la vía excretora inferior.
 B) Corresponde al segmento del riñón conservado mostrando la zona de sección operatoria. En su parte central se observa el techo del citado cáliz correspondiente al segmento del riñón resecado. Bordeando este cáliz, hay un rodete delgado de parénquima en el cual se ha conseguido la hemostasia con puntos separados en X.

días. Después de entonces sus orinas son turbias, demostrando el examen ser piúricas. Hizo tratamiento con penicilina que no le mejora, razón por la cual hace un estudio radiográfico que revela un cálculo de forma coraliforme en su riñón derecho.

Estado actual. — Buena constitución. Moderado panículo adiposo.

Cabeza y cuello. — Sin particularidades. Buena dentadura. Amígdalas normales.

Aparato respiratorio. — Pulmones libres.

Aparato circulatorio. — Corazón normal. Tensión arterial Mx. 9.5. Mn. 4.5.

Abdomen. — Blando, depresible, indoloro. Hígado y bazo: No se palpan.

Aparato Urinario. — Riñones no se palpan. No hay puntos dolorosos.

Uroscopía. — Orinas turbias por pus.

Sistema nervioso. — Reflejos conservados.

Exámenes de laboratorio:

Sangre. — Hematíes: 4.200.000. Leucocitos: 10.200. Hemoglobina: 75 %. Tiempo de coagulación: 6'. Tiempo de sangría: 1' 10". Urea: 0,30 grs. %.

Orina. — Albúmina: Contiene vestigios. Glucosa: No contiene.

Sedimento. — Células redondas. Regular cantidad de hematíes y de pus. Regular cantidad de gérmenes y mucus. Fosfatos amónicos magnésicos.

Exploración radiográfica. — Radiografía directa: Cálculo coraliforme en la proyección del riñón derecho.

Urograma por excreción. — Sombra renal mal visualizada; aumentada en su diámetro vertical. En la proyección del polo superior, se dibuja deficientemente una vía excretora de

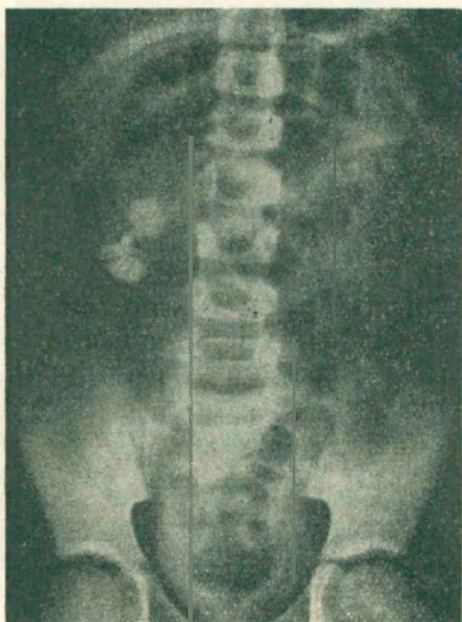


Figura 2

Urograma por excreción. — Del lado derecho se visualiza el caliz de tipo coraliforme. En la proyección del polo superior se dibuja deficientemente una vía excretora de poco desarrollo, con ureter normal.

poco desarrollo con un ureter normal. La vía excretora correspondiente a la proyección del cálculo, no se visualiza. Lado izquierdo pielograma normal.

Operación. — 14 de noviembre de 1950.

Anestesia: Pentothal sódico, protóxido, éter, oxígeno. Lumbotomía anatómica. Resección parcial de la XIIª costilla. Sección del pedículo intercostal XII. Discreto proceso de perinefritis de tipo esclerolipomatoso. Riñón grande, sobretudo en su diámetro vertical. Exteriorizado el riñón se demuestra que existe una doble vía excretora; la inferior corresponde a una pelvis muy dilatada de tipo hidronefrótico. La superior representada por un uréter de aspecto normal que pasando por delante de la pelvis inferior, se insinúa en el parenquima correspondiente al 1/3 superior del riñón, no visualizándose en consecuencia la pelvis. Los 2/3 inferiores del parenquima corresponde a un riñón retraído, en parte, de coloración blanquecina, con poco parenquima y en otras zonas con discreta cantidad de parenquima conservado. A su

través se palpan, en el polo inferior, un cálculo libre como una avellana y en la unión del 1/3 medio con el superior, otro cálculo del tamaño semejante, fijo a dicho nivel. El 1/3 superior del riñón es de aspecto normal. Hay un vaso polar inferior que penetra en el extremo más distal del riñón. No hay vaso polar superior. Pedículo único que penetra entre el borde superior de la pelvis inferior y el uréter superior. La vena renal se bifurca correspondiendo a una rama inferior y la superior al polo superior. No se individualiza la bifurcación de la arteria renal, pero se demuestra una rama retropielica que desde el borde superior del seno se dirige al sector inferior del riñón. Hay otra arteria que, con disposición semejante bordea al reborde anterior del seno. Se decide una heminefrectomía, para lo cual será necesario reseca los 2/3 inferiores del riñón. Ligadura del uréter inmediatamente por debajo de la pelvis. Ligadura del vaso polar inferior. Ligadura de la rama inferior de la vena renal y de las dos



Figura 3
Fotografía de la pieza operatoria

arterias mencionadas aplicadas en ambos bordes del seno. En este momento se establece bien el límite de separación entre el segmento superior bien irrigado y el inferior de color vinoso. En dicha zona y francamente, se secciona el parenquima hasta el seno. La sección pasa por el extremo más superior de un cáliz de la vía excretora inferior en el cual está alojado el cálculo. Hay un vaso importante en el seno que se liga. El resto de la sección da sangre en napa. La superficie de sección está constituida en la parte central, por la pared del cáliz ya mencionado, rodeada por un rodete de parenquima que hacia atrás tiene un espesor de medio centímetro y hacia adelante de un milímetro. Con el bisturí eléctrico se efectúa el etincelaje de toda la superficie correspondiente al cáliz. Puntos en X al rodete del parenquima con lo que se obtiene una hemostasia perfecta. Se reintegra el riñón a su loge. Un tubo de drenaje. Puntos separados de catgut crómico al transversal. Un punto de aproximación al dorsal ancho con el oblicuo mayor. Lino a la piel.

Diagnóstico operatorio. — Doble vía excretora. Litiasis coraliforme de la vía excretora superior. Pielonefritis crónica.

Operación. — Heminefrectomía.

Post-Operatorio. — Muy bueno. Evoluciono sin temperatura. Penicilina 100.000.U. C/6 horas. No hay meteorismo y la enfermita evacúa espontáneamente su intestino al segundo día de la intervención. Al tercer día la curación se moja con un líquido que se sospecha, sin poder asegurarse, que es orina. Sin embargo en los días subsiguientes la herida continúa

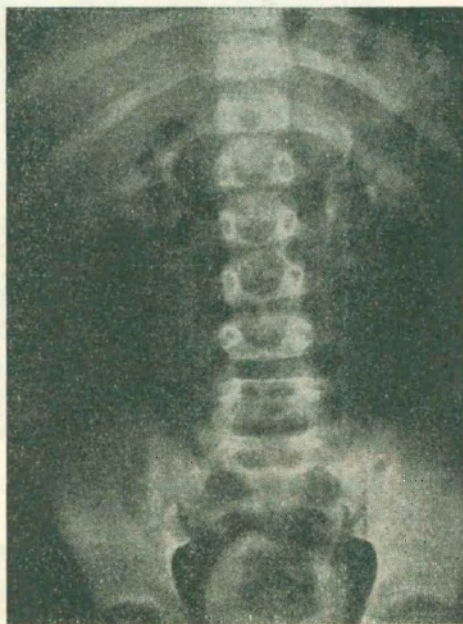


Figura 4

Urograma por excreción obtenido después de la intervención. — Del lado derecho se dibuja la sombra renal pequeña con su vía excretora bien visualizada.

seca. Se saca el tubo al octavo día. La enfermita se levanta a los 12 días y es dada de alta con su herida cicatrizada y sin aquejar ninguna molestia. Orinas claras.

Un urograma por excreción obtenido en el momento de darse de alta, dibuja del lado derecho un riñón pequeño, alto, con su vía excretora bien visualizada. No hay ectasia. Buena eliminación.