

NEFRECTOMIA PARCIAL, POR TUBERCULOSIS

Por el Dr. ALBERTO ROCCHI

La historia clínica cuyo resumen hacemos a continuación, pertenece a una enferma afectada de una lesión tuberculosa localizada y estabilizada, sin compromiso de la vía excretoria, con disposición anatómica favorable del pedículo, condiciones todas que permitieron efectuar una nefrectomía parcial, mostrando el control postoperatorio un resultado correcto hasta la fecha de la publicación del presente trabajo, a los once meses de intervenida.

E. M., 23 años, Argentina. Soltera. Refiere hematurias totales, indoloras, desde siete años atrás, síntoma que fué aumentando de intensidad hasta obligar a su internación, oportunidad en que fué necesario efectuar varias transfusiones debido a la severidad de las pérdidas sanguíneas.

El examen clínico no revela datos de interés. Destacamos la negatividad de la baciloscopia directa, así como de la investigación de células neoplásicas en sedimento urinario.

Urografía excretora (fig. 1).—Esbozo de duplicidad pielocalicial izquierda, riñón derecho normal.

Endoscopia.—Evacuación sanguinolenta por meato ureteral izquierdo. Cateterismo izquierdo.

Pielografía ascendente.—Se efectúa con seriógrafo tomando distintas incidencias y utilizando relleno progresivo, obteniendo en una de las películas una imagen que muestra una irregularidad de uno de los cálices superiores (fig. 2).

Operación con diagnóstico presuntivo de tuberculosis renal. Lumbotomía con resección de 12^o costilla. Al exteriorizar el riñón llama la atención la normalidad del aspecto exterior del mismo. Disecado el pedículo, aparece con el aspecto que muestra el esquema (fig. 3): la arteria renal se divide en dos ramas pequeñas para el polo superior y una de mayor calibre que penetra al seno por su parte media, un pedículo accesorio, común con el lumbo-ovárico penetra por la parte inferior del seno renal. Al polo inferior llega un ramito arterial nacido de la híaica, que se liga y secciona para facilitar las maniobras de exteriorización.

Se tallan dos colgajos capsulares sobre el polo superior que se rebaten, procediendo luego a ligar la rama superior de la arteria renal con lo cual se limita una zona de isquemia que no consideramos suficiente: se continúa con la rama siguiente y entonces la coloración característica se extiende por la superficie del órgano hasta abarcar más o menos su cuarta parte. Sección a electrobisturi del parénquima hasta alcanzar el caliz superior que se diseca en una extensión de 2 mms. No fué necesario efectuar pinzamiento del pedículo pues la hemorragia era poco significativa. Sutura del muñón caliceal con dos puntos invaginantes en U, de catgut OO simple, tomando el tejido pericaliceal. Sutura de los colgajos capsulares con interposición de un trozo de músculo (Figs. 4 y 5).

Drenaje en cigarrillo durante doce días, al retirar el cual la herida cierra inmediatamente. La fig. 6 muestra el aspecto macroscópico de la pieza operatoria al corte en el centro

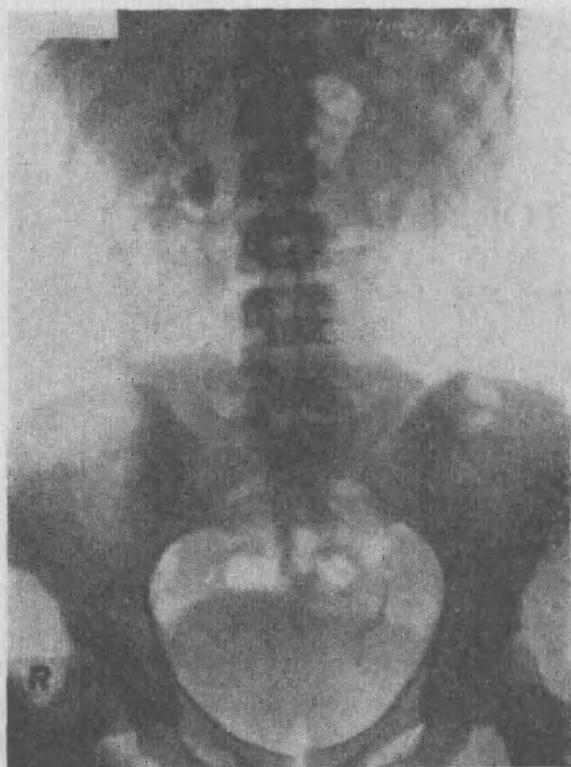


Figura 1

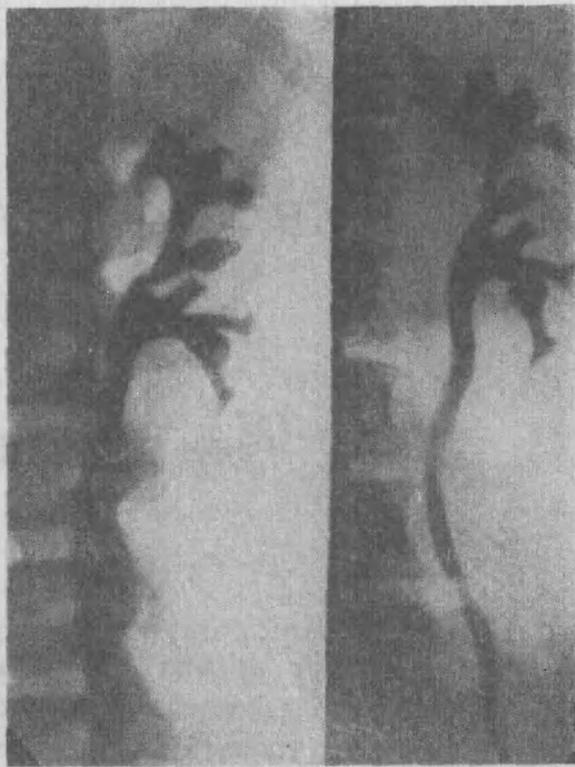


Figura 2

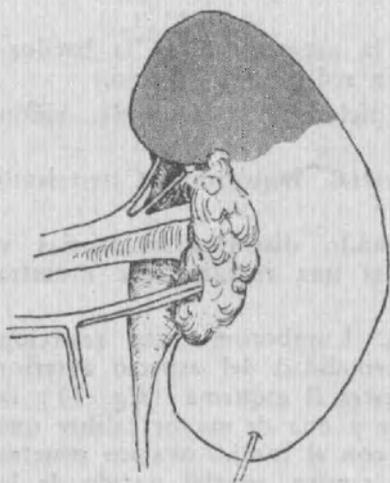


Figura 3

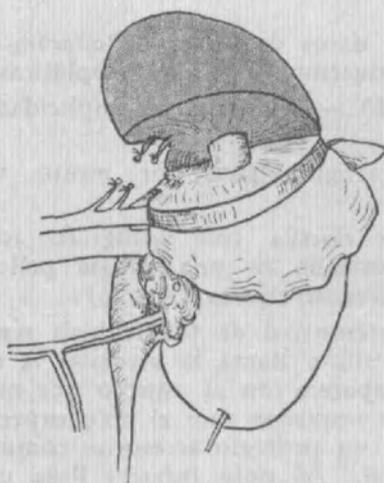


Figura 4



Figura 5

del cual se observa una zona fibrocásea, la cual examinada en preparación a poco aumento permite apreciar la típica disposición foliolar con varias células gigantes. A mayor aumento (fig. 8), una célula gigante con su centro caseoso.

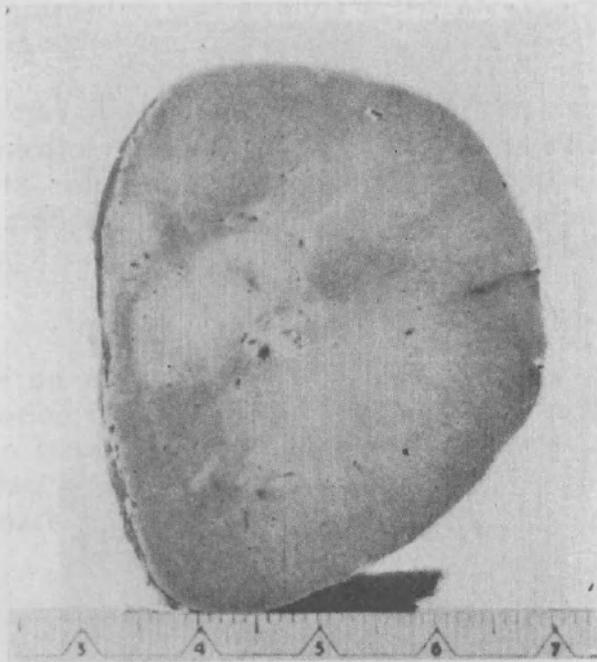


Figura 6

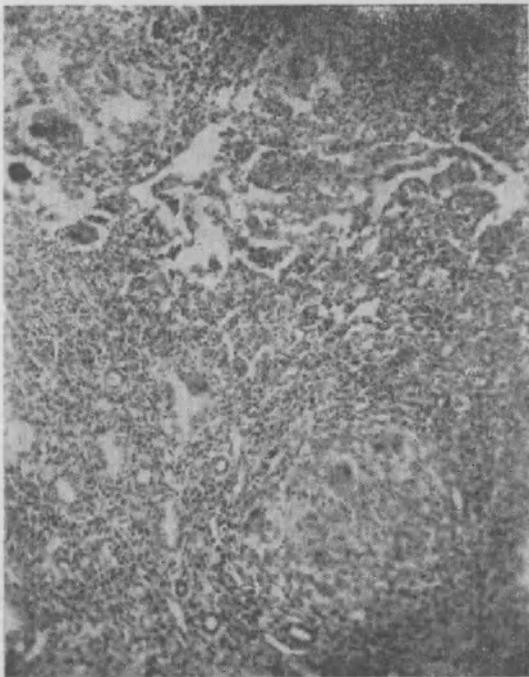


Figura 7

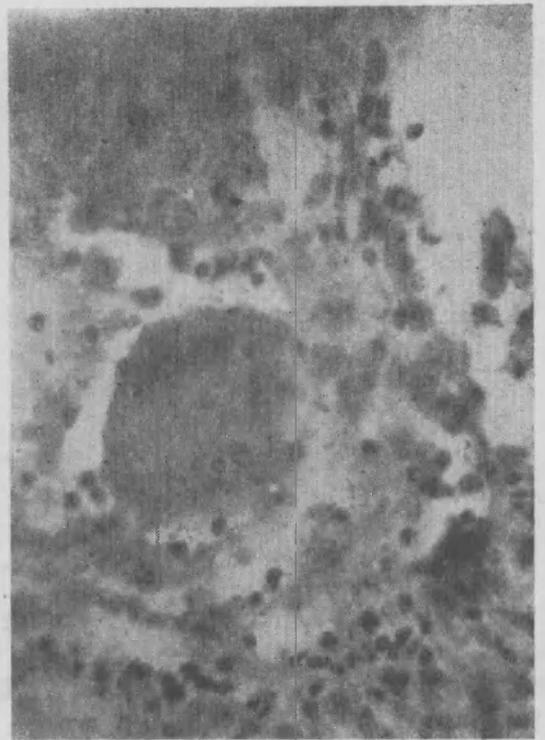


Figura 8

El control urográfico a los siete meses de la operación permite observar la recuperación funcional del riñón correspondiente.

La enferma lleva once meses de intervenida, no ha vuelto a repetir sus episodios hematuricos.

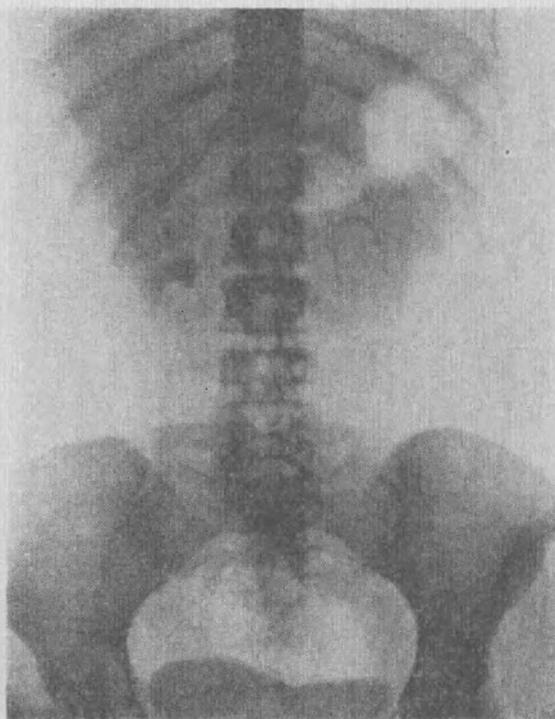


Figura 9

Útricos, la baciloscopia del sedimento urinario así como la inoculación al cobayo se mantienen negativas.

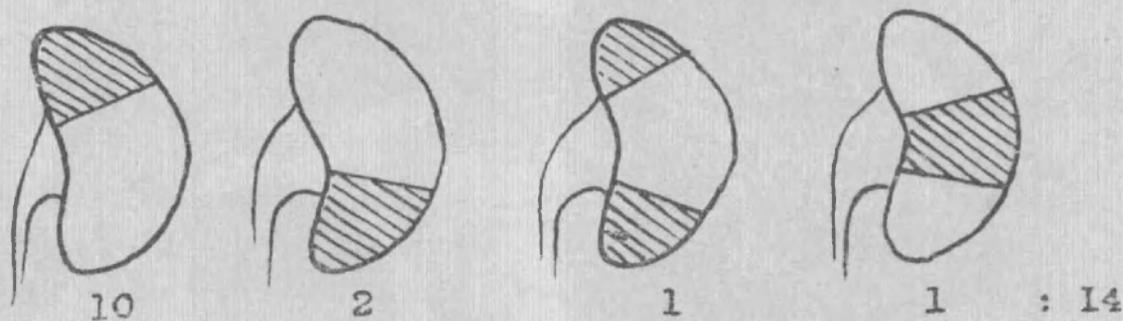


Figura 10

COMENTARIOS:

El tratamiento de algunos casos seleccionados de tuberculosis renal por medio de la nefrectomía parcial, fué llevado a cabo con resultados más bien desalentadores por numerosos cirujanos de fines del siglo XIX y principios del actual, citados en el capítulo dedicado al tema por Rafin. Retomada esta técnica en los últimos años con entusiasmo variable, ha tenido en manos de algunos cirujanos resultados afortunados. Debemos destacar en ese sentido, la serie publicada en 1949 por SEMB, cirujano de Oslo, que agrupa 14 casos

esquematzados en la fig. 10 y que apoya esta conducta en tres puntos principales:

a) Diagnóstico precoz de la lesión y exactitud en la apreciación preoperatoria de la cantidad de parénquima a reseca.

b) Uso de la estreptomícina y otras drogas específicas en el pre y postoperatorio.

c) Técnica operatoria precisa con buena exposición, ligadura previa de los vasos, pinzamiento provisorio del pedículo si es preciso, división y sutura separada de la vía excretoria, a la cual, procediendo en la misma forma en que es tratado el muñón bronquial en la cirugía de pulmón, invagina cubriendo con tejido conectivo del hilio para prevenir la fistulización.

RESUMEN

Presentamos un caso de nefrectomía parcial por tuberculosis con resultados postoperatorios inmediatos y alejados satisfactorios. Consideramos que debe persistirse en tratar de aplicar esta técnica en los casos seleccionados, con lesiones localizadas, con integridad de la vía excretoria y alejados de los períodos de diseminación hematógena.

DISCUSION

Dr. Vivoli. — ¿En qué forma anatómopatológica se aplica este procedimiento?

Dr. García. — Efectúa consideraciones sobre el valor de los antibióticos y la oportunidad que éstos ofrecen para establecer la evolución hacia la fibrosis y la indicación de la operación conservadora.

Dr. Pereda. — Coincide con el Dr. García.

Dr. Bernardi. — Considera como Couvelaire que interesa no tanto la lesión como el estado de la vía excretoria. No olvidar la acción esclerosante de la estreptomícina. Insiste en que deben quedar expeditas las vías de excreción. Emplea, a veces, Vit. E, Radioterapia y cortisona.

Dr. Rocchi. — La oportunidad de la operación conservadora depende del diagnóstico precoz y grado de la lesión. Coincide con las apreciaciones expuestas.
