

TERAPEUTICA DE PTOSIS RENAL (*)

Por el Prof. Dr. UMBERTO MUSIANI

(de Reggio Emilia, Italia)

El relato de una ptosis renal no autoriza a efectuar en cada caso la nefropexia, primero de todo porque hay nefroptosis asimismo evidentes perfectamente toleradas y secundariamente porque los disturbios atribuidos demasiado superficialmente al descenso del riñón, pueden ser causados por otras afecciones como la colecistitis, la colitis, la apendicitis, la anexitis y la artritis lumbar por no hablar de la visceroptosis generalizada.

De esto deriva la necesidad de efectuar certeramente diagnósticos muy exactos para evitar intervenciones inútiles.

Asimismo todavía si se alcanza a establecer en forma segura que la sintomatología dolorosa depende de la nefroptosis, no se deberá recurrir a la terapéutica quirúrgica indiscriminadamente, sino antes de tomar una decisión en tal sentido, corresponderá considerar las condiciones del riñón ptósico. Por lo tanto si el riñón mantiene intacta su funcionalidad y no presenta alteraciones morfológicas, se deberá tentar una cura de engorde (arsénico-insulina) e indicar la faja elástica, mientras si hay un compromiso de la funcionalidad o peor todavía una hidronefrosis, entonces resulta necesaria la nefropexia

Para efectuar una nefropexia eficiente y para evitar la recidiva es necesario tener presente dos normas precisas:

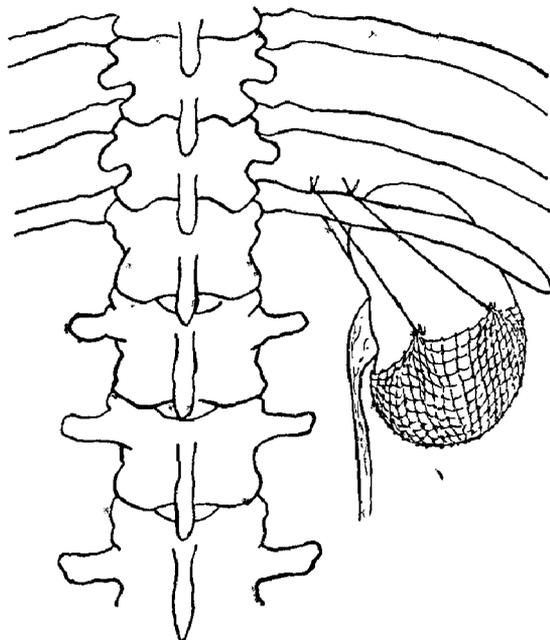
- 1º) librar con cuidado ya sea el uréter o sea el riñón, de las adherencias que fijan a tales órganos en posición anormal o que son causas de acodaduras;
- 2º) suspender el riñón en un punto fijo con materiales no reabsorbibles, evitando dañar el parénquima y de comprimir ya al bacinete o al pedículo vascular.

El método de suspensión seguido por mí contempla del mejor modo a tales prejuicios y consiste en poner el polo inferior del riñón en una pequeña hamaca, suspendida por cuatro hilos que vienen anudados de dos en dos alrededor de la última costilla. La hamaca, de material no reabsorbible, es preferible a los colgajos de la cápsula que fácilmente se laceran (aun cuando sean solamente dos y enroscados) y en cuanto al punto fijo, la costilla ofrece un punto

(*) Traducción del Dr. Fulgo F. Oliva.

de sostén mucho más seguro de aquel ofrecido por los músculos que pueden ser cortados por los hilos en tensión.

En cuanto al material he usado en primer momento la gasa de acero inoxidable, obteniendo óptimos resultados y sucesivamente he adoptado una red de hilos de nylon entretejidos, ya sea por el mínimo costo, sea porque se adapta en un modo más delicado al parénquima renal. También de nylon trenzados son los hilos de suspensión de los cuales los anteriores vienen pasados por



encima de la última costilla a través de la fascia de Zuckerlandl y los inferiores por debajo, para ser entonces anudado entre ellos.

Para no comprimir el bacinete y el pedículo, la hámaca debe envolver una mínima parte del polo renal porque es necesario evitar la formación de una cápsula perirrenal inextensible que podría ser causa entre otras cosas también de hipertensión.

Siguiendo este método he operado doce pacientes con buenos resultados, ya sean inmediatos que a distancia, obteniendo la supresión de los dolores, el mejoramiento de la función y la reducción de la hidronefrosis.

En cuanto a esta última condición he seguido con ventaja la pieloplicatura según Israel, en dos casos en los cuales la dilatación del bacinete era enorme.