

NEFRECTOMÍA PARCIAL EN LA LITIASIS RENAL

Por el Dr. RAUL A. RUBI

Sin más pretensión que la meramente casuística, presentamos a la consideración de Uds. dos observaciones de nefrectomía parcial o de resección parcial de riñón por litiasis.

1^o *Observación.*— W. S., 39 años de edad, alemán, casado.

Lo vemos en el año 1956 a raíz de cólicos nefríticos del lado izquierdo de tipo subintrante. Desde la edad de 19 años es eliminador de arenillas habiendo expulsado un cálculo a los 25 años y otro a los 34 años.

En el momento del examen el paciente presenta un cuadro doloroso frustrado con fosfaturia y piuria, con un cultivo de orina que revela la presencia del *aerobacter aerógenes*, sensible a la cloromicetina y a las sulfas. La radiografía revela la presencia de un cálculo en el área renal izquierda y una sombra de densidad calcárea cabalgando sobre la apófisis transversa derecha de la tercera vértebra lumbar. La urografía demuestra buena excreción bilateral: cálculo izquierdo ubicado en el cáliz inferior, el derecho en el uréter superior. Eliminación normal a la izquierda con leve retardo a la derecha donde se observa una uréteropicaliectasia pequeña.

El tratamiento correspondiente sobre la base de antibióticos, anticolinérgicos, antiálgicos, termina con la expulsión del cálculo derecho, ureteral. Vuelve a consultarnos al promediar el mes de marzo de 1957 a raíz de un nuevo episodio doloroso, siempre del lado derecho. El estudio radiográfico revela la presencia de una sombra triangular proyectada sobre el polo inferior del riñón derecho y el cálculo del lado izquierdo al que se le agregan una serie de concurrencias muriformes, que ocupan las ramas de subdivisión de ese cáliz. La urografía revela buena función bilateral y la ubicación calicial inferior de ambos cálculos. Sin retardo de eliminación observándose en el cistograma, la impresión de una sobreelevación trigonal.

En setiembre de 1958 después del tratamiento prolongado, elimina un cálculo de fosfato amónico magnésico cálcico. Ya en este período los cólicos nefríticos del lado derecho se complican con dolores paroxísticos del lado izquierdo que se hacen más frecuentes a lo largo del año 1959 y primera mitad de 1960, y se acompañan en raras ocasiones de la eliminación de arenillas.

Los análisis de rutina eran normales pero cabe consignar las cifras de uricemia: 390 mg/%, calcemia: 6,095 mg. por mil, fosforemia: 0,036 mg. por mil, oxalemia: 0,042 mg. por mil, calciuria: 200 mg. por mil. Orina: alcalina, micropiuria, cultivo *aerobacter aerógenes* sensible a la cristalomicina, cloromicetina y sulfamidas.

La situación empeora para el paciente por las crisis paroxísticas izquierdas que se acompañan de intensos reflejos digestivos (náuseas, vómitos y acentuado meteorismo), nerviosismo y evidente disminución de su capacidad para el trabajo. Previo el estudio general de rutina, se interviene en el año 1960, realizando bajo anestesia general la resección polar inferior de riñón izquierdo. Post-operatorio sin mayores incidentes. El Prof. Lascano González señala en su informe histopatológico la dilatación parcial de las vías excretoras correspondiente al segmento reseñado del órgano. La superficie interna de los cálices despulida está recubierta en conjunto por numerosos calculitos que ocupan todas las subdivisiones caliciales. En la his-

tología diagnóstica "litiasis renal con microcálculos, pielonefritis crónica y pequeño adenoma cortical con focos xantomatosos".

En 1961 se realiza el control radiográfico post-operatorio, comprobando la ausencia de sombras calcúscas, discreta nefroptosis derecha, con buena eliminación bilateral, sin el menor trastorno de la evacuación.

Caso N° 2. — E. E. de O., 47 años de edad, sexo femenino, casada.

Comienza su enfermedad varios años atrás, con dolores referidos al hipocondrio derecho, no de carácter cólico, a veces irradiados a la espalda y hombro derecho, dolores que se acompañaban de intolerancia a ciertas comidas (fritos, pescados, chocolate).

Por el cuadro sintomatológico, la enferma fue tratada durante muchos años por una presunta colecistopatía, hasta que en los últimos meses las molestias se agudizaron, por lo que consulta a un colega, quién indica la necesidad de la intervención quirúrgica (colecistectomía), basando su indicación operatoria en una radiografía panorámica de abdomen, en la que se veía una imagen opaca a los rayos, grande, irregular, contra columna. Pero al mismo tiempo, se le habla a la enferma de una exploración de riñón en el mismo acto operatorio, por lo que decide consultar otra opinión.

Dentro de los antecedentes personales y familiares cabe consignar la aparente salud de la paciente, no recordando más que las enfermedades comunes de la infancia y adolescencia, tres embarazos y partos normales y no se pesquizaron enfermedades de tipo familiar (sífilis, tuberculosis, diabetes).

La enferma al momento del examen presentaba un muy buen estado general, lúcida y orientada, y los siguientes informes de laboratorio:

Glóbulos rojos: 3.800.000. Hemoglobina: 70 % - 10,50 grs. Valor globular: 0,91. Hematocrito: 34 %. Glóbulos blancos: 8.100. Neutrófilos: 67 %. Eosinófilos: 2 %. Basófilos: 1 %. Linfocitos: 23,5 %. Monocitos: 6,5 %.

Orina: Turbia, débilmente ácida, con una densidad de: 1,015. Urea: 17,65. Cloruros: 6,55. Vestigios de albúmina y el sedimento: Regular cantidad de células epiteliales, numerosos leucocitos granulados aislados, regular cantidad de hemáties, regular cantidad de cristales de fosfato amónico magnésico, microorganismos.

Protrombinemia: 12,5 segundos - 80 %.

Tiempo de sangría: 2 minutos. Tiempo de coagulación: 6 minutos 15 segundos.

El examen clínico de la enferma nos mostró: Ruidos cardíacos normales en los cuatro focos, con silencios libres, con una tensión arterial de Mx. 130 y Mn. 85, con un pulso amplio, lleno, rítmico, tenso, y el informe de la función cardiovascular y electrográfico no señalaban cardiopatía alguna.

El aparato respiratorio, con vibraciones vocales normales, murmullo vesicular normal, bases libres, en un tórax amplio, elástico y simétrico.

Un abdomen blando, depresible, indoloro tanto a la palpación superficial como la profunda, no palpándose masas intraabdominales o ganglios con las fosas lumbares libres e indoloras y como único dato positivo, la puñopercusión del lado derecho acusaba cierto dolor.

La semiología de genitales no agregó nada al cuadro clínico.

En esta situación se le pide a la enferma un estudio radiológico de aparato urinario que nos mostró en la película simple: una imagen opaca a los rayos, de forma irregular, de 4 x 3 cm. con una prolongación inferior, cercana a columna del lado derecho, situada entre la interlínea de la undécima y duodécima vértebra dorsal y la interlínea de la primera y segunda vértebra lumbar. Además, una imagen múltiple a la altura de la apófisis transversa de la segunda vértebra lumbar. Una ligera lordosis y sin signos de espondiloartrosis vertebral. La toma a los 5 minutos, muestra buena eliminación y concentración del lado izquierdo, donde se aprecia una bifidez pieloureteral, con buena eliminación y concentración del lado derecho, en un riñón probablemente bifido, ya que solo se observan dos grupos calicales mayores, medio e inferior. El resto de la serie urográfica, no hace sino confirmar los datos recogidos anteriormente y tener la certeza de la exclusión funcional del grupo calicial superior.

Con estos elementos de juicio, creímos innecesario profundizar más el estudio de la enferma, con la convicción de que se trataba de una litiasis renal, polar superior, en una glándula bífida, se le aconsejó la intervención, que se realizó el 27 de julio de 1962.

"Bajo anestesia general por intubación, en posición de lumbotomía derecha, se practica una incisión en el décimo espacio intercostal, haciéndose la hemostasia de los planos superficiales. Se rechaza la pleura y se seccionan previa hemostasia los pilares del diafragma. Se aborda la celda renal, procediéndose por disección roma a la liberación de toda la glándula, y luego se disecciona el pedículo, constatándose la duplicidad del mismo. Se liga el pedículo superior según técnica, haciéndose a continuación la sección del polo superior del riñón en forma

de cuña. La hemostasia de la superficie cruenta es de relativa facilidad, suturándose el parénquima restante con puntos amplios de catgut, interponiéndose pequeños trozos de grasa de celular. Cierre de la cápsula renal y pexia a lo Demming, dan por terminado el acto operatorio. Cierre de la pared por planos, piel con lino".

La enferma fue trasfundida con sangre total, 500 cc., durante el acto operatorio y 500 cc. más en el post-operatorio inmediato, continuando con fleboclisis por 24 horas. El post-operatorio discurrió sin particularidades, siendo dada de alta al noveno día, previo hemograma que dio los siguientes resultados:

Eritrocitos: 4.820.000. Hemoglobina: 14,5 g. - 93 %. Hematocrito: 45 %. Leucocitos: 7.000. Neutrófilos: 67 %. Basófilos: 0 %. Eosinófilos: 6 %. Linfocitos: 21 %. Monocitos: 5 %. La eritrosedimentación: 67mm., 104mm. Katz: 56.

El informe anatómopatológico que se lo debemos a una gentileza del Prof. Dr. Julio C. Lascano González dice: *Segmento de riñón bifido con una pielonefritis litiasica crónica.*

Al me. del acto operatorio se le practicó un nuevo estudio radiológico que nos muestra la muy buena función del hemiriñón restante, la buena posición obtenida y en resumen, lo satisfactorio del acto operatorio.

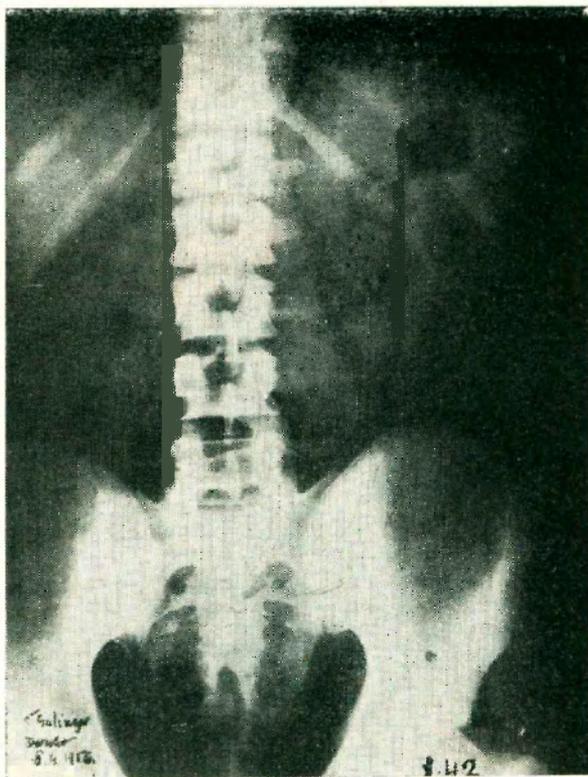


Figura 1

Pre-operatorio

Radiografía simple - 1956. Caso Nº 1

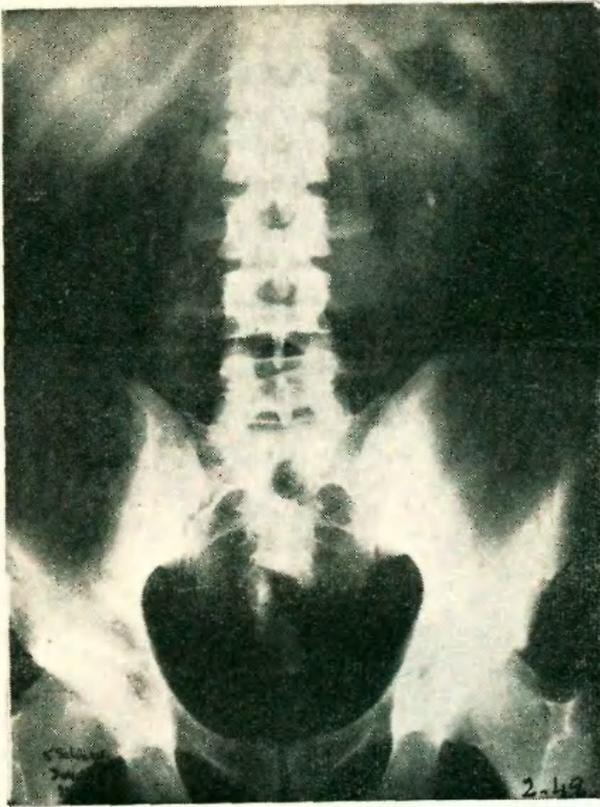


Figura 2
Pre-operatorio
Radiografia simple - 1957. Caso Nº 1

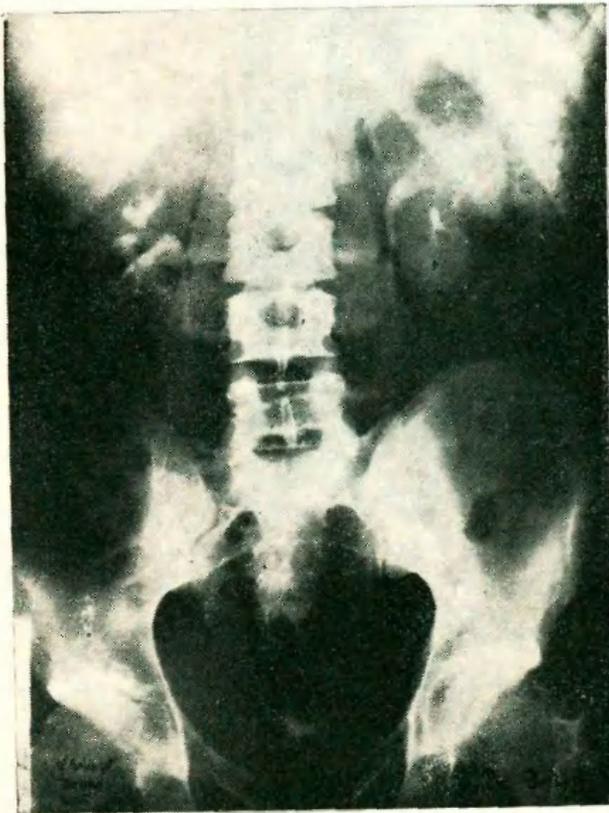


Figura 3
Pre-operatorio
Urografia, 5 min. - 1957. Caso Nº 1

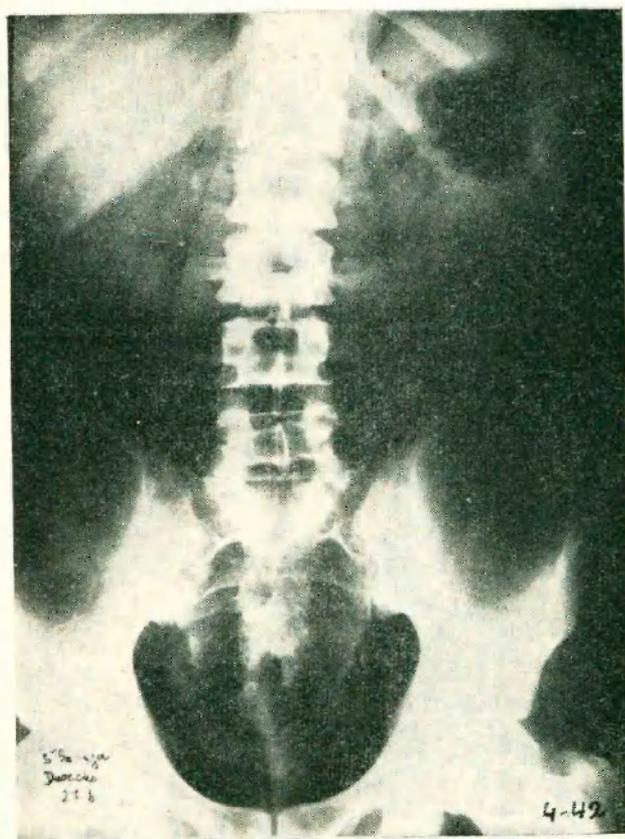


Figura 4
Post-operatorio
Radiografía simple - 1961, Caso Nº 1

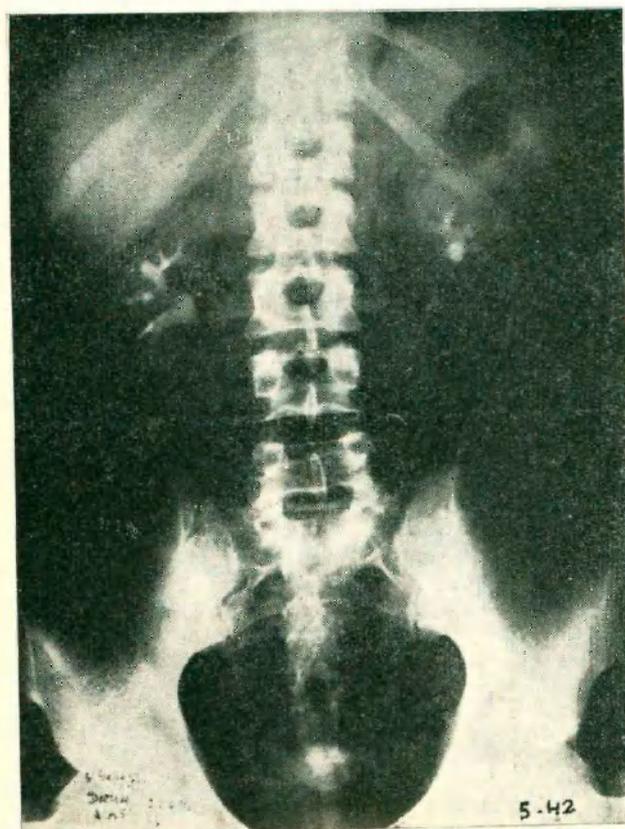


Figura 5
Post-operatorio
Urografía de excreción - 1961, Caso Nº 1

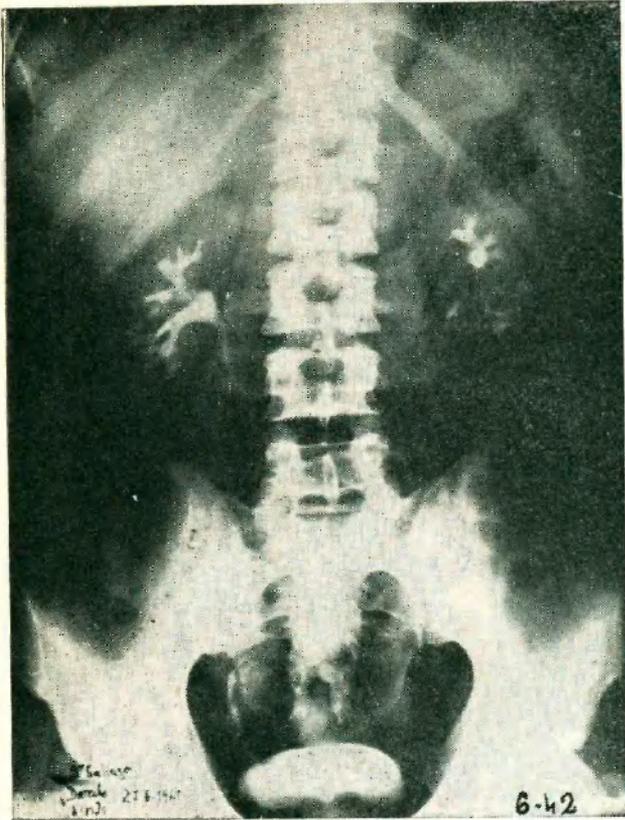


Figura 6

Post-operatorio

Urografia, 20 min. - 1961. Caso N° 1

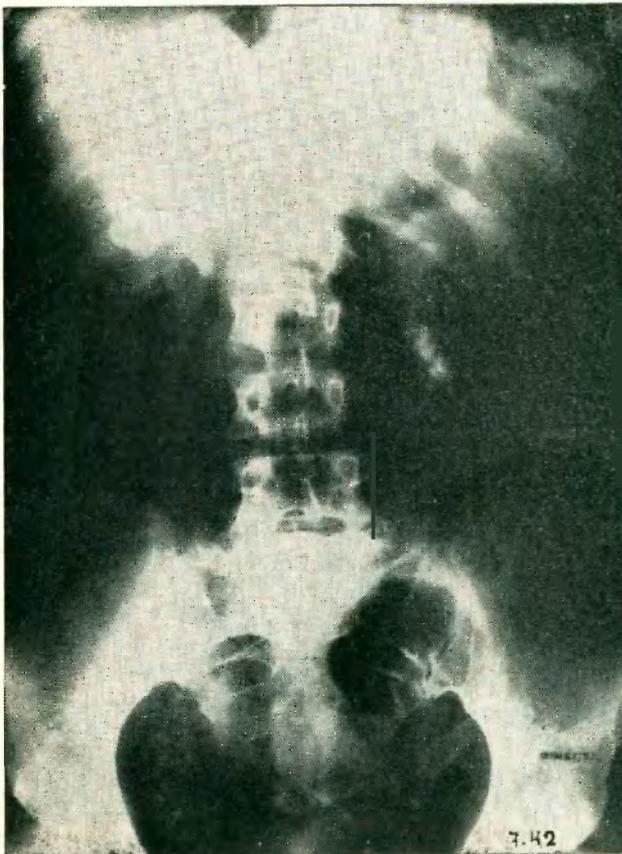


Figura 7

Caso N° 2. — E. E. de O.

Radiografía simple pre-operatoria

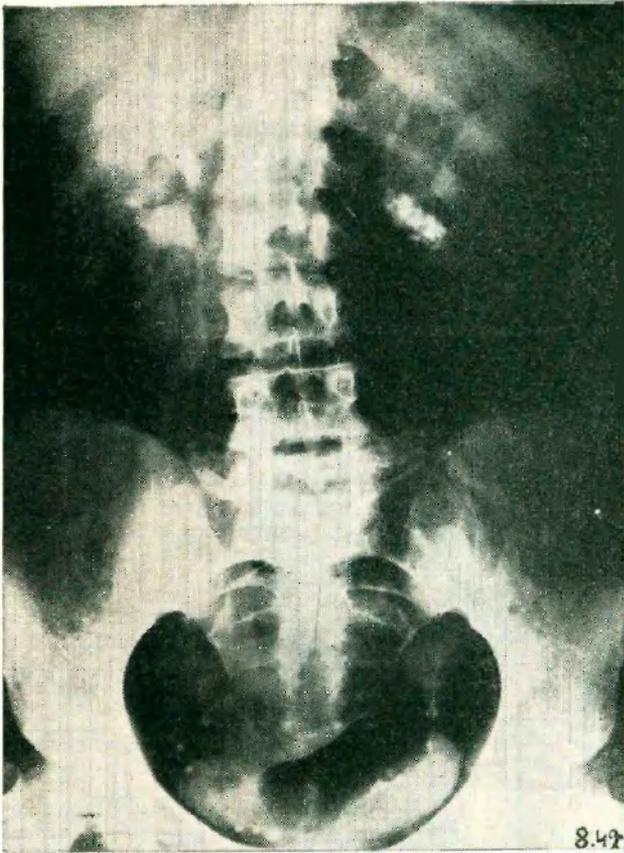


Figura 8
Caso N° 2.— E. E. de O.
Urografía de excreción pre-operatoria

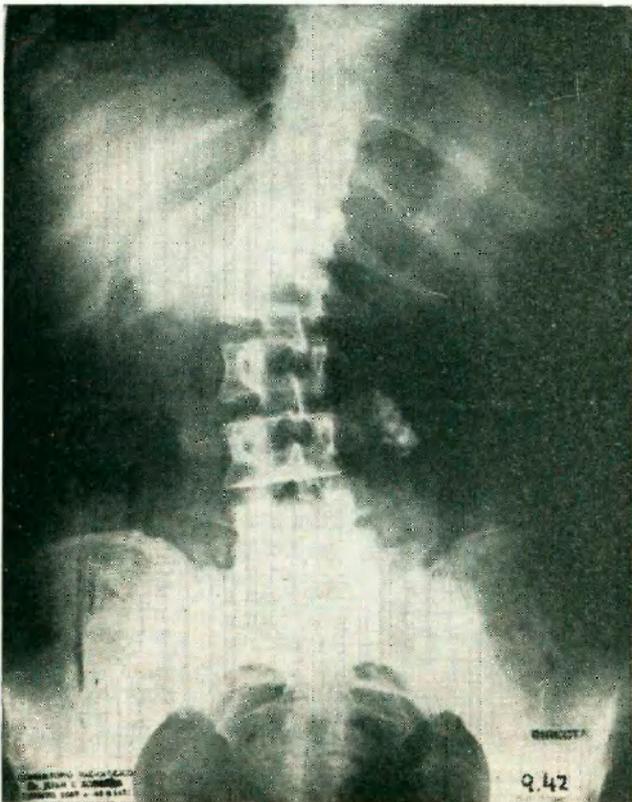


Figura 9
Post-operatorio
Radiografía simple. Caso N° 2

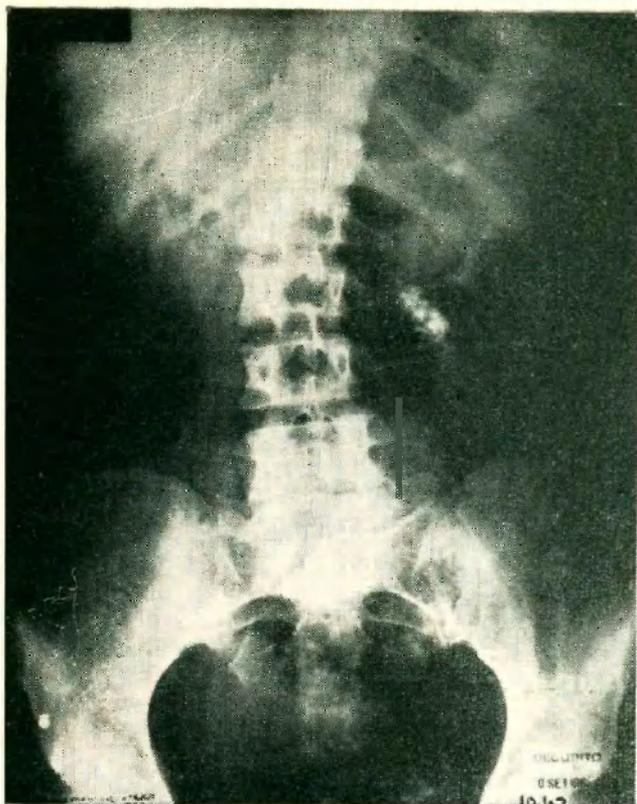


Figura 10
Urografía, 5 min. Caso Nº 2
Post-operatorio

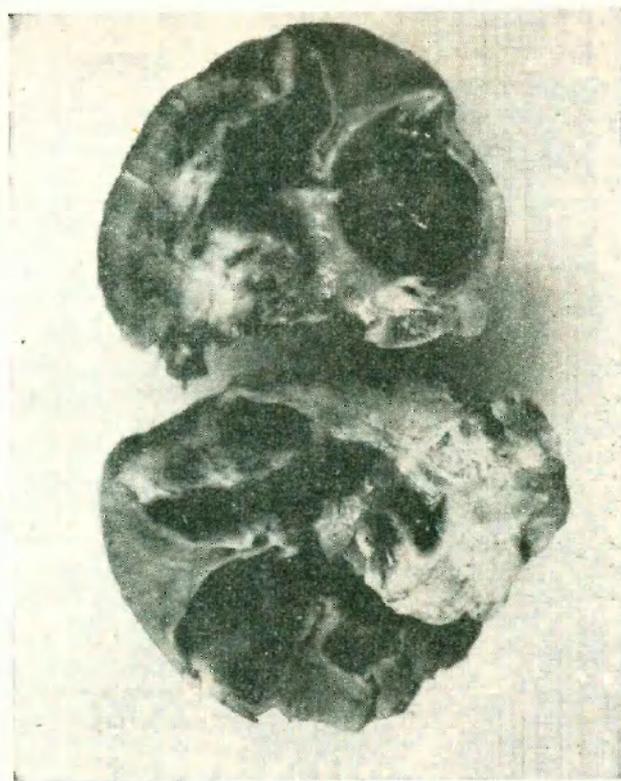


Figura 11.— Fotografía que muestra las dos mitades en que se ha dividido el polo renal resecado con la dilatación de los cálices y atrofia correspondientes del parénquima

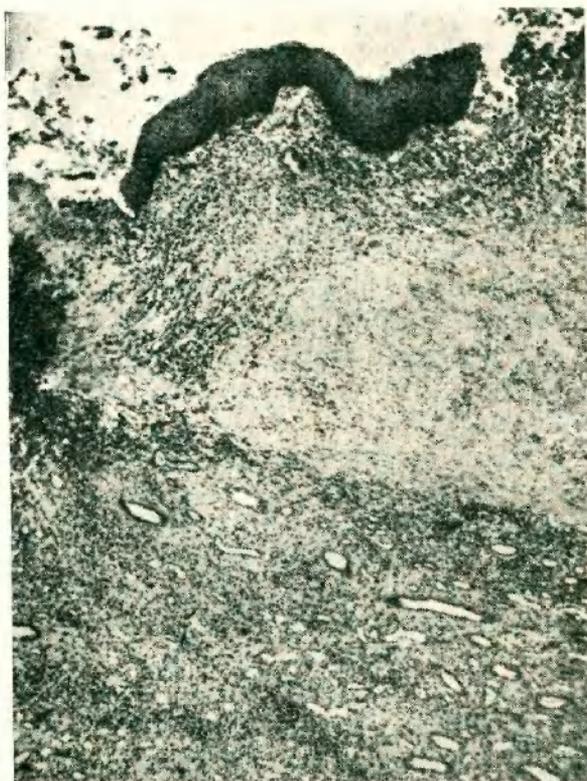


Figura 12.— Pared de uno de los cálices con epitelio epidermizado e infiltración inflamatoria crónica que se extiende al parénquima renal

COMENTARIO

Desde la primera nefrectomía parcial realizada por Albarrán en 1898 y que designó "resección ortopédica" del riñón, numerosas publicaciones ulteriores ratificaron la bondad del procedimiento.

En nuestro medio von Lichtenberg en conferencia pronunciada en la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires en el año 1934, reunió los tres grupos principales de la cirugía renal conservadora: 1º, cirugía de la constipación como sinónimo del éstasis urinario, 2º, cirugía de la infección, 3º, cirugía de la litiasis, a la que agregó un cuarto grupo, la cirugía de la insuficiencia renal.

Al ocuparse de la nefrectomía parcial limitó sus indicaciones a los casos de riñones dobles enfermos, a proceso destructivo en un polo renal casi siempre por litiasis y excepcionalmente en los tumores polares situados en forma especialmente favorable, y a la extirpación de los quistes solitarios.

A partir de esa fecha aparecen los trabajos de Astraldi, Fernández y Torroba (1938), el libro de Cirugía renal conservadora de F. E. Grimaldi (1939), Trabucco y Sandro (1939), García y Gálvez (1941), Grimaldi y Grimaldi (1942), R. Ercole (1946) que a partir de entonces publica nuevos casos en 1947, 1949, 1951, debiendo destacar en esta última comunicación de heminefrectomía por litiasis en una niña de seis años con doble vía de excrección,

Presentamos dos observaciones: la primera efectuada sobre un riñón normalmente conformado, con un cálculo obstructivo del cáliz inferior izquierdo, y precipitaciones calculosas muriformes que rellenan las subdivisiones caliciales y en que se practicó una resección cuneiforme polar inferior a través de un abordaje anatómico. La segunda observación corresponde a un riñón derecho con doble vía excretoria e hidronefrosis infectada del segmento superior. El abordaje intercostal, a lo Mathis, teniendo en cuenta la posición de la glándula entre 10 y 11 costilla, transdiafragmática y respetando la pleura, que se pudo rechazar hacia arriba, facilitó la exéresis al asegurar una excelente hemostasia, actuando sobre un pedículo vascular desdoblado.

Creemos que en estos casos la simple extracción del cálculo no le hubiera asegurado la curación a los enfermos, si no lo hubiéramos acompañado de la extirpación del foco litogénico, única forma de mejorar la infección y el éstasis y evitar la recidiva calculosa, ya que estas alteraciones caliciales y pielonefríticas son irreversibles.

La nefrectomía parcial es una intervención de técnica bien reglada que no aumenta el riesgo quirúrgico y cumple con uno de los requisitos señalado por von Lichtenberg, pues además de la supresión de los síntomas morbosos propende a la conservación de la función renal del parénquima remanente y hacemos nuestras las palabras del maestro alemán "un riñón que funciona poco es siempre preferible a la pérdida completa del mismo y si la enfermedad está curada y también queda conservada sólo una parte de la capacidad funcional, podemos decir, que hemos administrado bien el capital que se nos ha confiado, especialmente porque sabemos que una quinta parte del parénquima renal normalmente existente basta para llenar la actividad secretoria" (Von Lichtenberg).

BIBLIOGRAFIA

1. *A. Astraldi y S. Fernández y Torroba*: Algunos datos sobre cirugía conservadora renal-calicectomía. *Revista Argentina de Urología*, 1938, pág. 350.
2. *R. E. Grimaldi*: Cirugía renal conservadora, 1939.
3. *A. Trabucco y R. Sandro*: Heminefrectomía por litiasis renal en riñón único. *Revista Argentina de Urología*, Vol. VIII, 1939, pág. 600.
4. *A. Garcia y J. Gálvez*: La nefrectomía parcial. *Revista Argentina de Urología*, Vol. X, 1941, pág. 209.
5. *F. E. Grimaldi y A. A. Grimaldi*: Duplicidad pelviureteral. Litiasis del segmento inferior Heminefrectomía. *Revista Argentina de Urología*, Vol. XI, 1942, pág. 381.
6. *R. Ercole*: Heminefrectomía por hidronefrosis en un riñón con doble vía excretora. *Revista Argentina de Urología*, Vol. XV, 1946, pág. 335.
7. *R. Ercole*: Nefrectomía parcial por caliectasis con litiasis. *Revista Argentina de Urología*, Vol. XVI, 1947, pág. 143.
8. *R. Ercole*: Nefrectomía parcial (relato). V. Congreso Americano de Urología, 1949.
9. *R. Ercole*: Heminefrectomía por litiasis en una niña de 6 años. *Revista Argentina de Urología*, Vol. XX, 1951, pág. 117.
10. *A. Rocchi*: Nefrectomía parcial por tuberculosis. *Revista Argentina de Urología*, Vol. XXIII, 1954, pág. 7.
11. *F. L. Sagres y colab.*: Traumatismo en riñón único funcionante, nefrectomía parcial. *Revista Argentina de Urología*, Vol. XXVII, 1958, pág. 140.