

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA PTOSIS RENAL POR UNA TECNICA MUY POCO CONOCIDA

Por el doctor OSCAR J. VAMPA MAINERO

Hace aproximadamente veinte años tuve ocasión de presenciar en el Hospital Italiano de la ciudad de La Plata, una pexia renal con una técnica que difería de todas las conocidas y que consistía en fijar el riñón en la última costilla pasándola por un túnel subcapsular en el borde externo del riñón.

Observando el postoperatorio inmediato y alejado de los enfermos, el cual era muy satisfactorio como así también la desaparición de los síntomas, la ausencia de recidivas, decidí ya hace alrededor de quince años adoptar el método en cuestión, si bien hemos introducido algunas variantes el método en sí no difiere en su esencia del observado en aquella oportunidad.

Quise investigar quién era el dueño por así decir de esta técnica, pues si bien había aparecido hace muchos años en una revista de cirugía, no fue posible hallar ese dato, habiendo recabado para ello, informes a distintos médicos y consultado toda la bibliografía que llegara a mis manos desde el año 1927 a la fecha, y debo destacar que en el trabajo presentado por el Dr. Figueroa Alcorta en el año 1955, con motivo del Congreso Anual de la Sociedad Argentina de Urología y en el cual pasa revista a todas las técnicas descriptas en la historia de la pexia renal, que va desde el año 1864 al 1955, no está descripta la técnica que motiva este trabajo.

Los riñones de los enfermos portadores de un riñón ptósico tenían una patología urinaria demostrable por sus análisis de orina y por sus estudios radiológicos y eran portadores de una sintomatología de importancia, que en muchos casos impedían la realización de sus tareas normales. Lo más llamativo en todos los casos tratados fue la curación con desaparición de toda la sintomatología que aunque parezca irreal, fue en el 100 % de los casos.

Las fichas clínicas y los controles posteriores prueban el aserto del párrafo anterior, debiendo destacar a la vez la dificultad con que hemos tropezado, ya que al desaparecer la sintomatología que motivara la intervención, muchos enfermos se negaban a someterse a controles radiológicos que nosotros le pedíamos.

Las ptosis renales patológicas fueron las únicas tratadas ya que, varias enfermas portadores de riñones móviles pero sin patología urinaria ni lesiones renales, no fueron tratadas quirúrgicamente. Dejamos bien sentada a esta premisa llamando la atención a la vez que, en algunos libros de urología se cita a la ptosis renal y a su tratamiento como método de excepción, opinión que no compartimos de acuerdo a la experiencia recogida.

De los ciento ocho (108) casos tratados correspondieron 96 al sexo femenino y solamente 12 al masculino.

El lado derecho fue el más afectado en estos pacientes, ya que en solamente diez y ocho casos correspondió la patología al lado izquierdo, incluyendo en esta cifra seis casos de enfermas portadoras de ptosis renal bilateral.

Dentro de los síntomas más constantes encontrados tenemos que situar los dolores lumboabdominales de intensidades variables que se acentuaban con los movimientos y la estación de pie y se atenuaban en la posición de reposo, considerando que se halla este síntoma en el 100 % de los casos y en un 90 % de los mismos se acompaña de cuadros de cistitis a repetición, con intervalos variables de acuerdo a cada enfermo.

Los análisis de orina patológicos los hemos encontrado en un 90 % de los casos y las lesiones radiológicas de pielonefritis las hemos visto en un 98 % de los casos. Otros síntomas menos frecuentes son la tumoración abdominal, 5 % de los casos, con riñones ptóticos y rotados, la sensación de distensión abdominal, 60 % de los casos, la hematuria, 30 % de los casos, la constipación, la dismenorrea, los trastornos digestivos gastrointestinales y los cuadros agudos de tipo cólico.

Todos estos enfermos fueron estudiados en forma exhaustiva habiéndole practicado, aparte del reconocimiento clínico, análisis seriados de orina y estudios urográficos en posición de decúbito y de pie y además en algunos casos hemos realizado el estudio comparativo en una misma placa de la movilidad renal en inspiración y en espiración, técnica preconizada por el Prof. Trabucco y que nos permitió en algunos casos liberar el uréter de acodaduras que se manifestaban y/o se acentuaban con los movimientos respiratorios.

El urograma excretor a los 30 minutos en posición de decúbito es de fundamental importancia para el éxito del método por nosotros preconizado, ya que esa circunstancia el riñón por lo general ocupa el lugar que le corresponde en la fosa lumbar y además establecemos la relación que guarda con la 11^o ó 12^o costilla, como así también determinar la longitud del uréter.

Por lo general el riñón es fijado en la 12^o costilla pero en cinco de los enfermos tratados, hubo que hacerlo en la 11^o costilla dada la ubicación del riñón y de la longitud del uréter.

Nunca debe fijarse el riñón en una posición que no sea la recomendada, pues se pondrá el uréter en tensión y la operación fracasará, considerando que el uréter corto y los riñones que no aceptan la fosa lumbar y que la 11^o ó 12^o costilla nos lo corta en su proyección radiográfica en su tercio medio, pueden ser consideradas contraindicaciones del método expuesto en este trabajo.

El abordaje ulterior de un riñón así fijado es perfectamente factible habiéndonos tocado un caso con una litiasis ureteral, en el cual hubo que movilizar el riñón, habiéndolo separado sin dificultad de la costilla, si bien para su fijación posterior tuvimos que utilizar otra técnica de fijación.

Podría pensarse cuál sería el comportamiento del riñón fijado en la costilla ante un eventual traumatismo del flanco, no tenemos experiencia en ello y sólo lo citamos, pues hemos pensado en esa posibilidad.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

La técnica por nosotros empleada por así decir, cumple con las directivas que desde hace muchos años, da la escuela francesa y que son:

- 1^o Incisión lumbar.
- 2^o Exploración completa del riñón y de la unión pieloureteral y liberación de todas las adherencias.
- 3^o Fijación del riñón en posición sin rotación de su eje.
- 4^o Evitar el empleo de hilos no reabsorbibles.

1^o Incisión lumbar

En nuestra técnica colocamos el enfermo en posición de lumbotomía, con un balón inflable puesto sobre la camilla, el cual hace más fácil el abordaje del riñón. Hacemos una incisión sobre la 12^a costilla tipo incisión de Simón.

Seccionamos la piel, el celular subcutáneo, el dorsal ancho, serrato menor posterior e inferior y el transverso del abdomen y procedemos a preparar la costilla desperiostándola y liberándola de las inserciones costales y musculares, procediendo luego a rechazar, con el dedo índice el fondo de saco pleural, que se halla en relación con la cara anterior del ligamento de Henle, conocido con el nombre de ligamento lumbo costal.

Debemos cuidar en este momento de no prolongar mucho la incisión del ligamento seccionado contra el reborde de la 12ª costilla, pues de esa manera, correría riesgo el paquete vascular intercostal que corre pegado contra el borde inferior de la costilla.

Nosotros tenemos especial cuidado en todos los tiempos operatorios de respetar y proteger los nervios abdomino genitales que son puestos a la vista con esta incisión y que acompañan a la cara anterior del músculo transverso del abdomen y en la grasa pararenal de Gerota.

El paso siguiente lo realizamos en la otra extremidad de la herida, rechazando con los dedos el peritoneo y haciendo puente entre el dedo mayor e índice de la mano contraria del lado que operamos, seccionamos el músculo oblicuo mayor en un trayecto que nunca más va más allá de los 5 cm., rechazando luego este músculo y el oblicuo menor con un separador, quedando un campo más que suficiente para la realización de nuestra operación.

Luego de abrir la fascia de Zuckerkandl, procedemos al despegamiento de todas las adherencias que fijan el riñón y lo hacemos sobre gasa montada, o en el caso de adherencias muy firmes con tijera, teniendo especial cuidado en respetar los vasos polares, que si bien no son muy constantes, los hemos encontrado en un 3 % de los casos.

2º Exploración completa del riñón y de la unión pieloureteral y liberación de todas las adherencias

El paso siguiente es la liberación del hilio renal en ambas caras y del polo inferior explorando la unión pieloureteral y el tercio superior del uréter, y si fuera necesario se continuaría con la liberación del tercio medio del mismo.

Es importante seccionar las adherencias y la fascia que une el polo inferior del riñón con el tercio superior del uréter, para permitir así la movilidad completa del riñón.

Luego orientamos el riñón en su borde externo y lo afrontamos a la costilla, para ver en que lugar realizaremos las incisiones capsulares.

Tomando a continuación el riñón, en su polo superior entre los dedos mayor e índice de la mano correspondiente al riñón que se opera, hacemos con el bisturí, una incisión capsular sobre el borde externo del riñón a la altura de donde termina el polo renal y luego con una sonda acanalada despegamos la cápsula renal en un trayecto de unos 10 cm más o menos y haciendo otra incisión capsular donde termina el polo inferior del riñón y por allí sacamos la extremidad de la sonda, guardando relación el ancho del despegamiento con el tamaño de la costilla.

Preparado de esta manera el riñón sólo nos resta "envainar" la costilla en ese túnel capsular haciendo emerger la extremidad costal unos dos centímetros de la incisión inferior.

El riñón ya queda en su sitio, sólo nos resta ahora fijarlo por medio de puntos separados, realizados con cátgut cero de reabsorción lenta y montado en aguja atraumática y cuidando muy bien de hacer los puntos de una manera tal que no interesen el parénquima renal, ya que ello traería la posibilidad de que se produjera un hematoma en la zona.

El número de puntos a poner es variable de acuerdo al tamaño del riñón y de la costilla, nunca menos de seis.

En algunos casos en que la cápsula renal es friable interponemos en forma de almohadilla algunos trozos de la grasa perirrenal, para evitar que al anudar los puntos haya sección de la cápsula.

El paso siguiente es el cierre de la cápsula renal, cosa que consideramos imprescindible para el éxito de la operación, para evitar así la rotación del riñón sobre su eje, cumpliendo de esta manera con la tercera premisa enun-

ciada al comienzo de la descripción de la técnica que decía: 3º *Fijación del riñón en posición sin rotación de su eje.*

El cierre lo hacemos con puntos separados de una manera total y sin dejar drenaje.

Todos los pasos de esta operación para su mejor comprensión han sido esquematizados en las figuras 1 a 5.

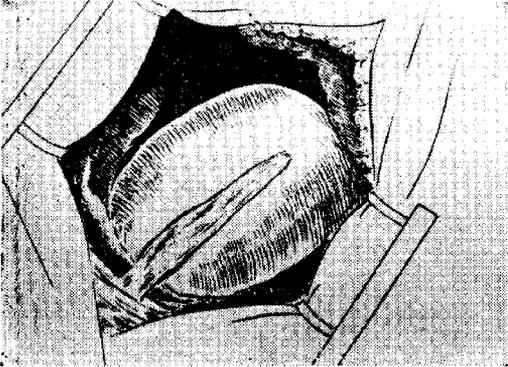


Fig. 1

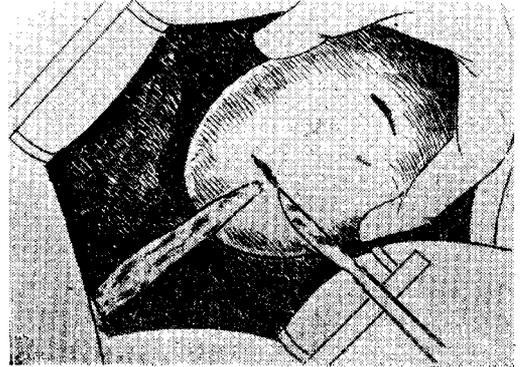


Fig. 2

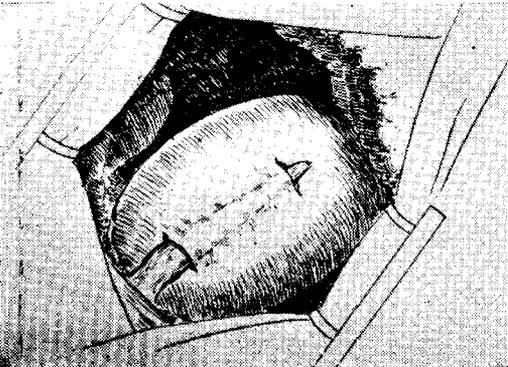


Fig. 3

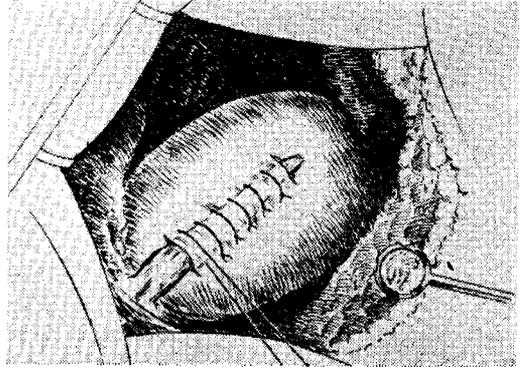


Fig. 4

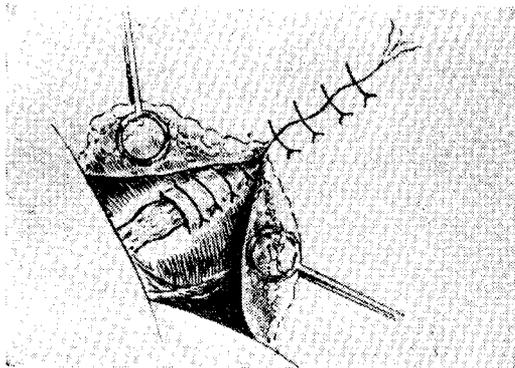


Fig. 5

Procedemos luego al cierre de la herida operatoria cuidando al tomar los puntos musculares de no incluir ningún filete nervioso, para evitar así las parestesias tan molestas en estos enfermos.

El postoperatorio inmediato es muy silencioso, no indicando en la mayoría de los casos nada más que algún analgésico. Les hacemos guardar reposo en cama durante siete días, para luego levantarlos y deambular normalmente, pero aconsejando no realizar tareas pesadas ni grandes esfuerzos físicos por el término de dos meses.

CONSIDERACIONES

Comentamos en este trabajo nuestra experiencia para el tratamiento del riñón descendido patológico, considerando como tal aquel riñón, que fuera de su sitio normal produce trastornos no sólo de orden físico, sino también funcional con infecciones urinarias agregadas, que motivan la consulta de los enfermos y que, sometidos al tratamiento quirúrgico preconizado, han curado aunque parezca exagerado en un 100 % de los casos.

Debemos destacar que en nuestra casuística el porcentaje mayor correspondió al sexo femenino y de los lados al derecho, acompañándose siempre de signos de infección urinaria.

Es importante destacar la ausencia de complicaciones tanto en el postoperatorio inmediato como alejado, y no haber encontrado ninguna recidiva que motivara una nueva consulta.

El riñón fijado por el túnel subcapsular que fabricamos en su borde externo queda situado de acuerdo a los controles urográficos practicados, en un lugar que podíamos considerar como el más parecido al normal que ocupa en la fosa renal.

Hemos comprobado además que el riñón fijado de esta manera, acompaña los movimientos respiratorios, pues al inspirar la parrilla costal baja y el riñón al estar fijado en la costilla, acompaña a este movimiento ascendiendo por lo tanto en la espiración.

Consideramos importante luego de realizar la fijación renal en la costilla el cierre de la cápsula renal dándole así la protección necesaria al riñón y evitando que pueda rotar sobre sí mismo.

La incisión que practicamos nos permite reconstruir los planos de una manera muy simple y rápida, teniendo el cuidado de no comprometer en la síntesis ningún filete nervioso, lo cual evita las parestesias observadas con las incisiones lumbares que no reparan en ello.

El seccionar el ligamento de Henle nos permite no tener nunca ninguna complicación por apertura pleural. Además la incisión es suficiente en la mayoría de los casos para liberar el riñón en forma completa, visualizar su hilio si es necesario y a la vez seccionar todas las adherencias que puedan comprometer la indemnidad de la vía excretora en el tercio superior del uréter.

En la fijación renal tenemos especial cuidado en que los puntos separados dados sean exclusivamente capsulares, sin atravesar parénquima y realizados con catgut de reabsorción lenta. De esta manera no hemos tenido nunca complicaciones ni por hematomas, ni por necrosis corticales de la zona de fijación.

La premisa fundamental del éxito del método, es observar en el estudio urográfico en posición de decúbito cuál es el sitio que normalmente ocupa el riñón, a qué altura lo corta la proyección costal y a qué costilla pertenece considerando además como muy importante la longitud del uréter, ya que jamás debe ser puesto en tensión en la fijación renal.

Respetando las normas dadas anteriormente, el éxito obtenido en nuestros casos habla por sí solo de que debe ser considerado entre las técnicas utilizadas en la corrección de los riñones descendidos patológicos.