

TRABAJO ORIGINAL

Por el Doctor

UBALDO ISNARDI

EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA PTOSIS RENAL⁽¹⁾

AL abordar el asunto motivo de esta comunicación debe hacerse una aclaración respecto a la nomenclatura. La ptosis renal o nefro-ptosis se designa de varios modos en la literatura médica. Así pues, nefroptosis, riñón móvil, ectopía, o distopía son expresiones que se usan indistintamente. Etimológicamente, ptosis significa caída; ectopía significa fuera de lugar y distopía significa mal lugar. Nosotros adoptamos el término de nefroptosis para designar simplemente un vicio de posición del riñón, sinónimo de riñón móvil; reservamos los términos de ectopía o distopía, para designar un vicio de desarrollo reno-ureteral, en que además del vicio de posición del riñón hay un defecto en el desarrollo del uréter, el cual queda más corto que normal. La diferenciación entre ptosis y ectopía sólo puede establecerse radiográficamente: en la ptosis el uréter, de longitud normal, está incurvado o acodado sobre sí mismo y su corrección permite llevar el riñón a su sitio. En la ectopía, el uréter es más breve que normal y por lo tanto el riñón no puede llegar a ocupar su celda normal. En el mismo riñón pueden coexistir la ectopía y la ptosis.

NOCIONES GENERALES. IMPORTANCIA DEL ASUNTO.

La importancia del asunto de la ptosis renal proviene de varios factores. En primer lugar los padecimientos que ella ocasiona a los que la llevan. Esos padecimientos son los dolores lumbares, abdominales o irradiados hacia las ingles; los transtornos de la micción, polaquiuria, disuria, micciones imperiosas; los fenómenos reflejos gastro-intestinales: anorexia, vómitos, dispepsia, constipación, con su cuadro de repercusiones nerviosas, cefalalgias, mareos, etc., así como la repercusión sobre la esfera psíquica, que culmina en la psicastenia y la hipocondría más o menos acentuada.

(1) Relato oficial en el Congreso Anual Interno de la Asoc. Médica Argentina. Octubre 24 de 1935

En segundo lugar la repercusión que sobre el funcionalismo y la integridad del riñón puede ocasionar la ptosis del órgano. Las hematurias, albuminurias y cilindurias que evidencian estados congestivos y aun inflamatorios del órgano y que en ocasiones producen una notable disminución de su valor funcional. Se han descrito casos de verdaderas nefritis atribuibles a la ptosis renal. Del mismo modo hay que tener presente la posibilidad de alteraciones anatómicas, tales como la uronefrosis, pequeñas o grandes, que se acompañan de una mayor o menor atonía del sistema excretor. Las infecciones, pielitis y pielonefritis que se originan a raíz del éxtasis urinario, empeoran aun las posibilidades. Luego ha de tenerse presente la existencia de verdaderas enfermedades abdominales de origen nefroptósico. Ducuing y Giscard ⁽¹⁾ relatan una observación de íleus paralítico ocasionado por la ptosis renal y citan dos observaciones, una de Plentz ⁽²⁾ y otra de Maio ⁽³⁾.

El mismo Plentz ⁽⁴⁾ establece una relación de causa a efecto entre el riñón y la parálisis intestinal. Ibarra Loring ⁽⁵⁾, de Chile, relata otra observación de síndrome abdominal agudo debido a la nefroptosis, y Lignieres ⁽⁶⁾, radiólogo de Beziere, hace un minucioso estudio radiográfico abdominal y concluye que la ptosis del riñón es capaz de atrastrar el duodeno y el colon. Presenta seis observaciones en que los enfermos presentaban grandes trastornos anatómicos y funcionales del aparato digestivo. En uno de esos casos se trataba de un síndrome de espasmo pilórico, que había llevado la enferma a un estado desastroso, tal era su intolerancia gástrica, y que hizo pensar en una lesión orgánica del píloro. La enferma fué intervenida y no se encontró lesión alguna. Se practicó no obstante una gastro-enterostomía y la enferma parecía curada, pero cuando retomó sus tareas habituales y se quitó su vendaje abdominal su síndrome reapareció. Se comprobó entonces que la boca de la gastro-enterostomía funcionaba perfectamente bien y se constató en cambio una ptosis renal. El autor concluye que la repercusión de la nefroptosis sobre el aparato gastrointestinal es tal que las enfermas "se presentan al radiólogo como enfermas del estómago". La objeción que se hace a esta relación de causalidad entre la ptosis renal y los estados gastro-intestinales, es de que se trataría de alteraciones concomitantes y no consecutivas a la ptosis renal. Muchos hechos observados en la patología y la cirugía renal, establecen sin

embargo esa relación de causalidad entre los fenómenos que tienen lugar en la "loge" renal o el riñón mismo y la dinámica del intestino. Es clásica esa relación en el caso de la litiasis renal o más genéricamente, en todos los casos de obstrucción ureteral. Hess, citado por Morris, Sherman y Brunton (7) relata el caso de dos enfermos en quienes sus dolores y trastornos gastro-intestinales, curaron mediante la simpaticectomía renal.

Tansini (8) cita una observación en que en un mismo enfermo afectado de nefroptosis doble, cada nefropexia fué seguida de un síndrome de oclusión intestinal. Albarrán, en su tratado de medicina operatoria de las vías urinarias, menciona el íleus paralítico entre las complicaciones post-operatorias de la nefro-litotomía y recientemente Dubergey (9) cita un ileus paralítico consecutivo a la nefrectomía, mientras que Stoccada (10) relata la dilatación aguda del estómago consecutiva a la nefropexia. Nosotros mismos, y todos los que hayan observado el post-operatorio de los operados del riñón, sabemos con cuánta frecuencia se produce la parálisis intestinal en estos enfermos operados, parálisis que se manifiesta por gran meteorismo y que pasa generalmente en pocos días, pero que en ocasiones llega al ileus invencible. Recientemente, en el hospital Alvar, hemos perdido un enfermo operado de nefrostomía, quien sucumbió a causa de un ileus invencible. En mi práctica tengo bien presentes dos casos de repercusión sobre la región biliar. La primera se refiere a una mujer afectada de litiasis y pionefrosis del lado izquierdo, que había sido asistida durante varias semanas en un servicio de clínica médica donde se le practicaban sondajes duodenales y sulfato de magnesia porque acusaba típicos cólicos, hepáticos. Después de la nefrectomía desaparecieron tales cólicos. Nótese que no podía tratarse de fenómenos de vecindad, pues su pionefrosis era del lado izquierdo. La otra observación se refiere a un hombre que presentaba un cálculo a nivel del tercio medio del uréter izquierdo. Dos días después de un cateterismo e inyección de aceite, se presentó al servicio del hospital, acusando un intenso dolor en la región de la vesícula biliar, malestar general, meteorismo, vómitos biliosos y temperatura. Se comprobó que el uréter estaba totalmente obstruído. La desobstrucción mediante el cateterismo, seguida de la expulsión del cálculo, curó al enfermo inmediatamente. Parece inoficioso insistir en estos hechos que son de observación diaria entre los urólo-

guède. Federoff, etc., y establece un 50 a 60 por ciento de recidivas después de la nefropexia, pero preconiza un procedimiento de suspensión por medio de "riendas" y relata 40 casos, de los cuales fueron examinados 18 entre 2 y 7 años después de operados, no encontrando en ninguno de ellos que el riñón haya vuelto a salir de su sitio.

Esta diversidad de opiniones ha arrojado un cierto descrédito sobre el tratamiento quirúrgico, descrédito que se debe a que con demasiada frecuencia no son tenidas en cuenta las indicaciones y contraindicaciones al respecto. Sobre este particular dice Matte: "la suspensión quirúrgica ha caído en descrédito, no porque sea insuficiente, sino porque ha sido practicada cuando no estaba indicada". Nosotros creemos que los fracasos son debidos también en parte, a un criterio equivocado en la técnica quirúrgica, como lo expon-dremos más adelante. A pesar de ello, la nefropexia es un excelente recurso, como lo prueban importantes trabajos publicados en el extranjero y la experiencia de los urólogos de nuestro país. Muy recientemente, en marzo de este año (1935), A. Riley, de Boston, publica un trabajo ⁽¹³⁾ en "The American Journal of Surgery", en el cual pasa revista a 90 casos de nefropexias practicadas por acodadura del uréter. Dada la importancia de esta publicación, voy a hacer de ella un breve resumen. De los 90 operados, el 90 por ciento tuvieron pielografía de control practicada entre cuatro meses y un año después de la operación. La acodadura era producida en dos casos por tumor maligno retro-peritoneal; en ocho casos por vasos que cruzaban sobre el uréter; en el resto de los casos (ochenta) eran debidas a tractus fibrosos que cruzaban el uréter a nivel de la acodadura, o que tironeaban el uréter desde el punto de la acodadura hacia abajo, hacia la pared posterior del abdomen y agrega el autor: "es difícil decir si estos tractus fibrosos son debidos a algún proceso inflamatorio antiguo tal como la peri-ureteritis". Sólo murió un enfermo entre los 90 operados y la muerte no sería imputable a la operación, pues el enfermo había contraído una afección infecciosa general, la víspera de la operación. El dolor fué siempre el síntoma dominante, sea en forma de cólicos renales, sea en forma de dolorimiento de la región lumbar. Los cólicos renales desaparecieron en todos los casos después de la operación, quedando a veces durante un tiempo dolor de la región lumbar, que el autor

atribuye al reajuste del riñón a su nuevo emplazamiento, o a la pielitis concomitante de la ptosis. Algunos enfermos hubieron de ser sometidos a dilataciones ureterales post-operatorias debido a la existencia de estenosis en el punto de acodamiento. La pielografía practicada entre cuatro meses y un año después de la operación mostró en todos los casos el uréter enderezado y la evacuación de la pelvis normal. En aquellos casos en los cuales había al tiempo de la operación algún grado de uronefrosis y distensión calicular, el aspecto post-operatorio se acercaba más al normal. El autor concluye que la nefropexia tiene un lugar definitivo en la cirugía renal; que la operación no está indicada siempre que el riñón esté bajo y fácilmente palpable, sino cuando ello se acompaña de trastornos que inducen al enfermo a consultar al médico y agrega: "los enfermos en quienes los síntomas autorizan a hacer el estudio pielográfico y éste muestra acodaduras con o sin rotación renal, con o sin dilatación pelviana, deben ser nefro-pexiados".

Entre nosotros, los resultados obtenidos en diversos servicios de urología, coinciden en la benignidad y eficacia de la nefropexia. Sólo en los servicios de urología de los hospitales Rawson, Ramos Mejía, Piñero, Español y Fernández, se han practicado 67 nefropexias en los últimos años con resultados satisfactorios, distribuidas como siguen: hospital Rawson, 23; Español, 10; Piñero, 23; Fernández, 7; Ramos Mejía 4. En el servicio del profesor Maraini, del hospital Rawson, se aplicó siempre la técnica de Albarrán-Marión, y no han tenido oportunidad de constatar recidivas. Mortalidad nula. En el servicio del Dr. Arturo Serantes, del hospital Español (servicio exclusivamente de hombres) se han observado 29 casos de ptosis renal sobre un total de cinco mil enfermos, de las cuales 27 fueron del lado derecho y dos fueron dobles. Han sido operados 10 casos, siguiendo la técnica de Marión, los cuales fueron siempre controlados por la pielografía post-operatoria, siendo el resultado inmediato bueno en todos ellos. De los 10 casos operados, 6 tienen control pielográfico y examen clínico alejado, considerándose los curados. Mortalidad nula.

El profesor R. Spurr nos ha dado los siguientes datos de su servicio del hospital Piñero: Ptosis renal en general, 103 casos:

Ptosis renal con esplacnoptosis, 61 casos; nefropexia (técnica Dr. Spurr), 23; gastro-colo-hepatopexia (Dr. Spurr), 52; no operados, 28.

La técnica del profesor Spurr se diferencia principalmente de la de Marión, en que talla solamente dos colgajos superiores en la cápsula y reemplaza los dos inferiores por puntos capsulares entrecruzados a nivel del polo inferior. Los resultados inmediatos han sido siempre buenos. En cuanto a resultados alejados, sólo ha vuelto al servicio uno de los enfermos, el cual se encontraba en perfectas condiciones renales. Según estos datos y dejando los casos de esplacnoptosis, tendríamos 42 ptosis renales de las cuales operadas 23 (nefropexia) con resultado satisfactorio. Mortalidad nula.

En el servicio del profesor Enrique Castaño, del hospital Fernández, se han observado 13 casos de nefroptosis de los cuales siete fueron operados. Corresponden seis a mujeres y uno a hombres. En todos ellos el resultado ha sido bueno, habiendo desaparecido sus trastornos. De los siete operados, cuatro tienen pielografía post-operatoria de control. La técnica seguida ha sido en todos los casos la de Marión, usando la incisión de Surraco, Mortalidad nula.

En el servicio del Dr. Gilberto Elizalde, del hospital Ramos Mejía, se han observado 36 casos de nefroptosis, todos los cuales se acompañaban de ptosis de otras vísceras. Sólo fueron operados 4 enfermos y controlados por la radiografía post-operatoria, 3 de ellos. Todos tuvieron con la operación mejoría inmediata y prolongada. Mortalidad nula.

Por los datos que anteceden, que me fueron comunicados por los distintos jefes de servicio citados, puede verse que entre nosotros la nefropexia es una intervención que se realiza con bastante frecuencia y que sus resultados son satisfactorios. A estas observaciones hay todavía que agregar 36 nefropexias del servicio del profesor Salleras, que expondremos luego y cuyos resultados nos obligan a ser optimistas a este respecto. Nosotros no pensamos que todas las ptosis renales hayan de ser intervenidas y ni siquiera que las que lo son correctamente hayan de ser infalibles, pero creemos sí, que la nefropexia está indicada y da excelentes resultados, en un gran número de casos.

La disparidad de opiniones es grande entre los cirujanos generales y los urólogos, tanto en la apreciación de la importancia patogénica de la nefroptosis, cuanto en el criterio terapéutico a seguir. Aquéllos le asignan un escaso valor patogénico, mientras éstos se lo conceden mucho mayor. De aquí resultan dos criterios terapéuti-

cos distintos: abstencionistas los primeros, intervencionistas los últimos. Ello es debido a que unos y otros ven nefroptosis de muy distintos tipos: los primeros ven generalmente las ptosis que son expresión local de una visceroptosis abdominal generalizada, las cuales son silenciosas con la mayor frecuencia, o concomitantes a cualquier otra afección: que se descubren al acaso durante los exámenes de abdomen y que rara vez son tributarias de la cirugía. Los segundos, ven en cambio las ptosis renales que son enfermedad local, que ocasionan síntomas y trastornos urinarios, que amenazan la integridad renal y que requieren con frecuencia la intervención quirúrgica. De modo pues que, a pesar de la disparidad de opiniones, unos y otros tienen razón, porque en realidad se refieren a cosas distintas, como veremos al tratar de la patogenia. Si se atiende a este distinguo y se establece las indicaciones quirúrgicas, unos y otros estarán de acuerdo.

PATOGENIA.

Desde antiguo se admite un cierto número de factores capaces de ocasionar la caída del riñón, tales como el embarazo y el parto, los enflaquecimientos rápidos, la menstruación, los traumatismos. Glenard puso en boga la teoría de la nefroptosis como consecuencia de la enteroptosis; la que a su vez sería el resultado del debilitamiento de la pared muscular del abdomen. Numerosas constataciones estadísticas y observaciones clínicas, prueban que la teoría de Glenard no es valedera, al menos para gran número de casos.

Posteriormente Championnière y Reynier, citados por Legueu (loc. cit.) difunden la teoría del agotamiento nervioso como causa de las ptosis viscerales. Esta teoría, que Legueu acepta, no podría explicar tampoco las particularidades etiológicas de la ptosis renal, y sería evidentemente insuficiente para los casos de ptosis renal pura, que no son ciertamente raros. El citado autor francés dice: "El riñón móvil no es una enfermedad local"; pero a continuación hace una aclaración muy interesante, en estos términos: "El riñón móvil no es sino la manifestación local de una enfermedad general, que consiste en una perturbación de la nutrición del sistema fibroso, muscular y nervioso, y cuyas manifestaciones se extienden, se dispersan por diversos lados en el organismo. El riñón es como el reactivo, el criterium: él es el primero atacado y queda a menudo como la única manifestación".

Es evidente según esto que, cuando el enfermo llega al médico,

si sólo queda de esa supuesta enfermedad general el vicio de posición de un órgano que ocasiona trastornos, en ese momento, tal vicio es toda la enfermedad, cualquiera haya sido el origen lejano del mismo y que reparado ello, la enfermedad ha prácticamente desaparecido. El profesor Ricardo Spurr se agrega a los que creen que la nefroptosis no debe ser considerada como una enfermedad local, sino como una manifestación local de una afección constitucional general, que ocasiona la visceroptosis. Y así lo expresó en un trabajo presentado el año pasado al Vº Congreso Nacional de Medicina (25), de modo que él no cree que la ptosis renal sea secundaria a otra visceroptosis abdominal, ni que ésta sea secundaria de aquélla, sino que ambas serían tributarias de una causa común, de orden general, acercándose así a la opinión de Championnier y Reynier. Todas las teorías que explican la ptosis renal por el simple descenso pasivo del riñón, adolecen del defecto de no comprender un gran número de casos, los casos de ptosis, enfermedad local. Además esa teoría no explica los trastornos urinarios. En efecto, sabemos que el pasaje de la orina del riñón a la vejiga, no se realiza por un mecanismo pasivo, por efecto de la gravedad sino por la actividad peristáltica del uréter. No basta, pues, que el riñón esté fuera de su sitio para que se produzca un trastorno en las eyaculaciones. Es necesario que haya un estrangulamiento en algún punto del trayecto ureteral y ese estrangulamiento sólo se produce si hay un punto fijo, brida o vaso anormal, que al tironear o comprimir el uréter lo estrangule. El intestino, órgano peristáltico comparable al uréter, tiene muchas acodaduras y curvas; sin embargo, su evacuación se cumple completamente y sin dolor.

No estando el uréter tironeado en un punto, sólo excepcionalmente podrá ocasionarse una perturbación en la eyaculación y en tal caso la ptosis podrá ser más o menos silenciosa, al menos en lo que al árbol urinario se refiere. Tales son, sin duda, las ptosis banales que observan con frecuencia los cirujanos generales, muy distintas por cierto de las que observamos los urólogos, que si vienen a nosotros, es precisamente porque sus portadores acusan trastornos urinarios. Es admisible entonces, que en esos casos, el tratamiento médico — ortopédico — tenga un pleno éxito. No existiendo una causa que mantenga activamente el riñón bajo y el uréter acodado, cualquier sostén que reponga el órgano en su sitio logrará evitar la

perturbación, pero eso no sucederá si una brida o un vaso anormal impiden llegar a ese resultado.

El profesor Alberto Gutiérrez invoca para la reducción de la nefroptosis un vicio de desarrollo en los procesos de coalescencia del mesenterio primitivo y se adhiere a los que creen que ella es debida casi siempre a la ptosis del colon ⁽²⁴⁾. Según él, el riñón sale de su sitio porque es tironeado hacia abajo por el peso del colon lleno de su contenido. Nosotros no creemos que esta tesis sea verdadera, pero nos place sobremanera consignarla porque en ella se abandona el viejo, y a nuestro modo de ver insuficiente concepto de que el riñón "se sale de su sitio" para ser reemplazado por el concepto de que al riñón "lo sacan de su sitio". A nuestro modo de ver, los conceptos patogénicos que asignan un rol al embarazo, los partos, el enflaquecimiento brusco, los traumatismos, la debilidad neuromuscular, etc., no carecen en absoluto de valor. Deben ser tenidos en cuenta como causas coadyuvantes en todos los casos, pero no bastan a explicar los trastornos de la eyaculación ureteral, que son el punto capital en la apreciación de la importancia de la nefroptosis y el factor que preside el criterio a seguir en su tratamiento. La explicación de los trastornos de la eyaculación, la da la existencia de bridas sobre cuya presencia ha llamado la atención el profesor Salleras ⁽²⁵⁾, que rodean, aprisionan y fijan el riñón y el uréter en posición defectuosa, fijándose en ellos por un lado y yendo a terminar en la pared lumbar, en la grasa retroperitoneal, en puntos bajos, distantes de la "loge" renal y hasta en la cavidad pelviana. Esas bridas forman a veces como una red que envolviendo por arriba la glándula y adhiriendo al uréter en su trayecto, se fijan por otra parte en las paredes vecinas y tironean el órgano hacia abajo. El riñón sale de su sitio entonces, no por un mecanismo pasivo, sino por un mecanismo activo. No es una anormal debilidad de sus medios de sostén lo que determina su caída, sino que esos medios de sostén son vencidos por una tracción continua ocasionada por las bridas a que nos hemos referido. No es esto una concepción teórica, sino la expresión de lo que hemos visto en las operaciones de ptosis renal. En tales operaciones hemos observado muchas veces que, practicada la lombotomía y exteriorizado el riñón, el órgano es tironeado hacia adentro y abajo, como si un elástico lo tuviera sujeto. Abandonado a sí mismo en estas con-

diciones, el órgano vuelve por sí solo a ubicarse en el espacio retroperitoneal. Si se observa entonces con atención la glándula y el trayecto del uréter, se les ve revestidos por una malla de bridas que van por otra parte a insinuarse profundamente en el espacio retroperitoneal en dirección a la cavidad pelviana. Esto no se observa en un riñón que no sea ptósico.

Continuando nuestra intervención, destruimos esas bridas, desnudando el órgano hasta llegar bien sobre su cápsula fibrosa propia y hasta verla pulida y regular como es su aspecto normal. Seguimos igualmente el trayecto ureteral liberándolo cuidadosa, pero completamente de esas bridas, que forman a veces a su alrededor una verdadera malla, y cuando eso hemos logrado, observamos que el riñón no tiene ya ninguna tendencia a reintroducirse en la herida: queda libre y sin más conexión que la del pedículo, que no tironea hacia adentro. Ha desaparecido pues, la tracción elástica que un momento antes nos llevaba el órgano hacia adentro y abajo. Este trabajo de debridamiento es fundamentalísimo para el buen éxito de la operación y sólo él nos pone a cubierto de las recidivas. Por eso creemos que la cuestión de la nefropexia es más una cuestión de liberación, que de fijación. Si hacemos una buena liberación, cualquier fijación será suficiente a mantener el órgano en el sitio donde lo repongamos. Si la liberación es mala, no habrá fijación que sea bastante. Para apreciar lo que decimos, téngase presente el enorme efecto de una tracción elástica continua: la pesa de un aparato de extensión continua, es suficiente con sus pocos kilos para mantener distendidos los potentes grupos musculares del muslo o del hombro; una tenue rienda de caucho aplicada a la dentadura, modifica en algunos meses la más recia implantación dentaria: ¿qué no podrá lograr un manojito de riendas tirando hacia abajo del riñón y del uréter durante años? El fracaso de la nefropexia es la consecuencia de una liberación insuficiente, mucho más que la de una mala fijación. No siempre las bridas tienen tal desarrollo que lleguen a formar una malla como acabo de exponer, pero en la inmensa mayoría de los casos, se podrá constatar su existencia en mayor o menor abundancia. Estos hechos ya expuestos por el profesor Salleras en un trabajo anterior ⁽²⁶⁾ tienen en el citado trabajo de Riley una comprobación que no hemos de

pasar por alto. Repito que el cirujano de Boston encontró que 80 de las 90 ptosis operadas por él, eran ocasionadas por bridas que del uréter, en el punto donde estaba acodado, se extendían a la pared lumbar. El mismo autor dice que sería difícil afirmar si esas bridas son de origen inflamatorio. El profesor Salleras cree que son de origen congénito, creencia que nosotros compartimos. Desde luego su aspecto no es el de las adherencias inflamatorias. Son largas, regulares, extensibles como hebras de caucho, que forman alrededor del riñón y del uréter una tenue malla y que van a implantarse hacia abajo, muy lejos de su punto de origen, manteniendo estos órganos prisioneros, como la red de hilo de un globo aerostático, de aspecto por cierto muy distinto del que ofrecen las adherencias inflamatorias. Se concibe una adherencia inflamatoria entre el riñón o el uréter y un órgano vecino, en un punto donde se ponen en contacto: pero no se concibe tal adherencia entre el riñón y la pared de la cavidad pelviana o la vejiga, mediante una brida que tiene diez o quince centímetros de largo. Por otra parte, las adherencias inflamatorias de constitución fibrosa, son siempre más o menos rígidas, inextensibles y no elásticas, como he dicho. Además, las adherencias inflamatorias múltiples son desiguales, irregulares y orientadas en todo sentido. Las bridas de la nefroptosis forman un conjunto igual, regular, orientado en dirección de arriba abajo. Por otra parte, no es admisible en la gran cantidad de casos que se observan, la intervención de un proceso inflamatorio que hubiera ocasionado tales adherencias en riñones que no han sido asiento de un proceso infeccioso intenso, en sujetos que tienen orinas límpidas. Los procesos inflamatorios capaces de ocasionar una *peri-nefritis* y una *peri-ureteritis* fibrosas son siempre procesos masivos: es la tuberculosis, es la pionefrosis, es la litiasis infectada, etc., que han alterado profundamente la anatomía y la constitución histológica de esos órganos, pero nunca procesos tan benignos como para dejarlos indemnes. Téngase presente que el espacio retroperitoneal no es una cavidad serosa, sino un espacio conjuntivo y en el tejido conjuntivo la producción de adherencias exige la intervención de factores patogénicos mucho más intensos. Las adherencias ténues, parejas, fibrilares, como se encuentran en la cavidad peritoneal, del tipo de las llamadas mem-

branas de Jackson, no existen en el tejido celular, el cual reacciona a los procesos inflamatorios crónicos, no bajo la forma de fibrosis, sino bajo la forma de esclerosis. Todos hemos visto la esclerolipomatosis peri-renal, y no hemos encontrado allí fibras largas y tenues que unan el riñón a un órgano distante. Un cálculo crónicamente enclavado en el uréter, o una ureteritis, tuberculosa o no, ocasionan una peri-ureteritis esclerosa —localizada o total— según el caso, que engrosa las paredes ureterales y las adhiere a los órganos vecinos, pero no encontramos allí fibras largas, tenues, regulares y extensibles. Por fin, he de repetir lo que ya en el Congreso de Rosario comunicó el profesor Salleras, referente a la constitución histológica de las bridas de referencia: en un caso en que esta malla era más espesa que lo común se practicó el examen histológico, el cual demostró allí la existencia de fibras musculares. Por todo lo expuesto, nosotros pensamos que las bridas peri-reno-ureterales son de origen congénito, ya que no encontraríamos otra explicación de su existencia no siendo inflamatorias, como he dicho, y creemos también que ellas son la causa, y no la consecuencia de la ptosis renal. Tales bridas son las que sacan al riñón de su sitio y por eso concluimos que en la patogenia de la nefroptosis, interviene un mecanismo activo, representado por el tironeamiento que sobre el órgano ejercen las bridas peri-reno-ureterales.

INDICACIONES QUIRÚRGICAS.

El tratamiento quirúrgico de la nefroptosis resulta del fracaso —completo o parcial— de los métodos médico-ortopédicos. Es evidente que cuando tales métodos consiguen suprimir toda manifestación nociva, no ha de recurrirse a la operación, pero ha de tenerse presente que no es bastante suprimir los dolores, para creer que ya nada más hay que lograr. Aún entre los casos en los que el uso de una buena faja, corrige los trastornos mientras se la use, suele estar indicada la operación. Hay personas que por su temperamento no se avienen a usarla. En otros casos son las exigencias del trabajo las que no lo permiten. Las manifestaciones nocivas a que hemos aludido son: los dolores, hematurias, cilindurias y albuminurias; infecciones y retenciones renales; trastornos de la micción, disurias, polaquiurias; trastornos gastro-intestinales, y

neurosis reflejas. En el caso de dolores persistentes, el cirujano no tiene en general que insistir ante el enfermo; con frecuencia, la operación es requerida por él mismo. Morris, Sherman y Brunton (loc. cit.), examinando un gran número de casos de dolores lumbares (bacaches), llegan a la conclusión de que el 20 % de esos dolores son debidos al riñón, es decir, se trata de verdaderas nefralgias. Tampoco en el caso de hematuria, ofrece el enfermo mayor resistencia, pues ese síntoma le alarma mucho, y se somete de buen grado. Esto tiene una real importancia, porque la hematuria en tales enfermos, es la manifestación de un estado congestivo de la glándula, pernicioso para la integridad de su función. Las albuminurias y cilindrurias tienen como índice patogénico el mismo valor que la hematuria, pero no tienen para el enfermo la misma dramaticidad. Las disurias, polaquiurias, etc., tienen en sí mismas un valor semejante a los dolores: su importancia está en relación con el estado subjetivo. Las infecciones urinarias altas tienen una importancia capital, por lo que ellas amenazan la integridad del órgano y su tratamiento mediante el cateterismo y los lavajes pelvianos, acarrea a los enfermos un cúmulo de trastornos de orden físico, moral y social. Las retenciones renales, con distensión de las vías de excreción, dan una indicación quirúrgica absoluta. Esta manifestación sólo puede ponerse en evidencia mediante la pieloscopia o la pielografía. Toda pelvis sometida a la distensión que significa una retención, está expuesta a perder su tonicidad normal y engendrar la uronefrosis. En el H. Alvear practicamos sistemáticamente la pielografía de relleno y luego exploramos el tiempo de evacuación, practicando una radiografía 10 minutos después de extraído el catéter. Si en ese tiempo el líquido opaco no se ha evacuado, juzgamos que la evacuación está retardada y por lo tanto la tonicidad pelviana disminuía. El profesor Salleras conceptúa que esa constatación da, no sólo una indicación quirúrgica absoluta, sino aún de relativa urgencia. Tales enfermos deben ser intervenidos a la brevedad posible, pues están en el camino de la uronefrosis, que obligará más tarde la operación radical. Actualmente estamos empeñados en establecer si a este fin, la pielografía de relleno puede ser substituída por la urografía descendente.

Los trastornos gastro-intestinales tienen gran importancia,

por lo que ellos afectan el estado general y ponen a veces al enfermo en condiciones desastrosas. Obvio es decir que se impone averiguar previamente si tales trastornos no tienen su motivo en el mismo aparato gastro-intestinal, concidiendo simplemente con una ptosis renal. La constatación de un síndrome gastro-intestinal funcional, lejos de contraindicar la nefropexia, es una de sus indicaciones, dada la relación de causa a efecto con la ptosis renal, que puede existir, y de la cual ya hemos hablado. Las dispepsias, ptosis y ectasias gástricas; los síndromas pilóricos funcionales; los llamados duodenitis y peri-duodenitis; la colonptosis y la constipación crónica; síndromas catalogados como apendicitis crónica y de éxtasis biliar, pueden ser tributarios de la nefroptosis y constituir una indicación para la nefropexia. Lo mismo puede decirse de ciertos estados genitales de la mujer, que han resistido a veces la más obstinada buena voluntad de los ginecólogos; así como ciertos estados de neurosis mal clasificados de neurastenias o histerias y que pueden ser de origen reflejo. A este respecto, téngase presente la participación de las glándulas endócrinas, sometidas a la influencia del simpático, que el riñón ptósico tironea.

TÉCNICA DE LA NEFROPEXIA.

La nefropexia es una intervención para la cual se han creado infinidad de métodos quirúrgicos. Papín ⁽¹⁴⁾ en su obra de cirugía renal, establece 9 tipos de técnicas y describe entre ellos 26 procedimientos distintos, pero ese autor francés ha sido muy parco en esta materia. Nuestro compatriota Vicente Ruiz ⁽¹⁵⁾ hizo en 1927, una minuciosa búsqueda a este respecto y publicó un trabajo en el cual cita 131 técnicas diferentes, de las cuales analiza brevemente más o menos la mitad. Nosotros, en una rápida incursión bibliográfica de los últimos 5 años, hemos encontrado todavía 3 más: la de Surraco ⁽¹⁶⁾ de Montevideo, expuesta en la revista de esta Sociedad; la de Mauro, de Río de Janeiro, expuesta por Vannucci y Pepe ⁽¹⁷⁾ en "Rev. Sud Am. de Med. et de Chir."; y la de Stanischeff, de Sofía ⁽¹⁸⁾, publicada en el "Zentralbl. für Chirurgie". En realidad, se trata de variantes más o menos importantes y más o menos personales de una técnica general. La gran mayoría de esas variantes se refieren al procedimien-

to de fijación y en muchos casos resultan de la combinación de tiempos quirúrgicos ya preconizados por otros, pero combinados de distinto modo. En este tren, de dar a una técnica un nombre distinto por un pequeño detalle en el procedimiento, se puede llegar a cifras astronómicas. Los tiempos de la operación se reducen fundamentalmente a cuatro, a saber: abordamiento del órgano; tratamiento de la cápsula; procedimiento de suspensión y elección del punto de apoyo. El abordamiento puede hacerse por vía lumbar o abdominal; la cápsula puede ser total o parcialmente decapsulada, o aun no serlo del todo; el procedimiento de suspensión puede ser indirecto, parenquimatoso, capsular o por colgajos transplantados; y por fin, el punto de apoyo puede ser la pared lumbar, la XIIª costilla, o los espacios intercostales. Así "grosso modo" tendríamos ya doce factores, que intercambiándolos entre sí y combinándolos de a cuatro en cuatro, pueden dar, según cálculo matemático, 495 combinaciones diferentes, lo que importaría otras tantas técnicas. Si se considera la forma y orientación de la incisión; la forma de la decapsulación, que puede ser en la cara anterior o posterior, o polo superior, o inferior, etc.; el número de los colgajos capsulares, que pueden ser uno o varios; la forma de tallarlos y fijarlos; la calidad de los hilos, etc., etc., las combinaciones posibles llegarán a varios miles. Nos parece pues, que no hay interés en enumerar todas las variantes que a este respecto se han descrito y vamos por lo tanto a hacer sólo una crítica general de los distintos tiempos fundamentales de la operación.

Abordamiento del órgano. Dos vías se han propuesto: la vía lumbar, extraperitoneal y la vía abdominal transperitoneal. La vía abdominal, aconsejada por Rosenberg, según Vannucci y Pepe (loc. cit.) y según Legueu ⁽¹⁹⁾ fué seguida por Bishop ⁽²⁰⁾, pero dice el autor francés citado "no tiene ya partidarios". Entre nosotros, Alberto Gutiérrez ⁽²¹⁾, la ha retomado para su operación de la nefro-colopexia, de la cual nos ocuparemos más adelante. Para nosotros, la vía de elección es la lumbar. En primer lugar, aleja todo peligro por el lado del peritoneo; luego permite un rápido y fácil acceso al riñón; dá un amplio campo, que permite abordar dicho órgano y seguir al uréter hasta su implantación

misma en la vejiga, factor éste de no escasa importancia, en una afección en que puede ser necesario explorar íntegramente la glándula y su conducto excretor.

Tratamiento de la cápsula. — En cuanto a la decapsulación, creemos que haciéndola correctamente, no entraña ningún peligro para la integridad del órgano.

Algunos cirujanos han objetado la decapsulación total, que al dejar al desnudo el parénquima renal en su cara anterior facilita la formación de adherencias reno-peritoneales, que podrían ser causa de dolores. Haciendo la decapsulación parcial, a nivel del borde externo del órgano como lo aconseja Marión, no hay pues que temer ese inconveniente.

Procedimiento de suspensión. — Como procedimiento de suspensión optamos por los métodos capsulares. Los métodos parenquimatosos, que obligan a atravesar el parénquima con la aguja y dejan los hilos en su masa, son pasibles de objeción, por la posibilidad de ocasionar hematomas, infecciones o infartos. Esta posibilidad ha sido señalada desde hace muchos años. Von Lichtenberg no la tiene mucho en cuenta y le hemos visto hacer aquí, pexias parenquimatosas. De todos modos, aunque el riesgo sea remoto, debe evitarse y ello se logra mediante la suspensión capsular. Los métodos de suspensión indirecta, que ocasionan adherencias inflamatorias, son susceptibles de ocasionar posiciones viciosas, estrangulamientos y acodaduras pieloureterales y aún fístulas lumbares, que si bien cierran a la larga, constituyen un grave inconveniente. Deben ser incluidos entre los procedimientos indirectos de fijación, aquellos que se dirigen a achicar o cerrar hacia abajo, la celda renal, colocando puntos de sutura en los planos fibro-musculares, que la forman, por debajo del polo inferior. El procedimiento del profesor Gutiérrez (loc. cit.) pertenece a ellos. La fijación por colgajos aponeuróticos transplantados, tal como lo hacen Serés (22) o Surraco (loc. cit.) nos parecen inaceptables, porque alargan y complican innecesariamente el acto quirúrgico.

Elección del punto de apoyo. — El punto de apoyo para el sostén del órgano, se ha buscado en los espacios intercostales, la pared lumbar y la duodécima costilla. Nosotros creemos que lo me-

jor es tomar apoyo en lo primero, pues ello permite una suspensión suficientemente alta e invariable en cuanto al eje, impidiendo que la glándula vascule o gire sobre sí misma, lo que podría dar lugar a acodaduras o torsión de las vías de excreción. La fijación por medio de la cápsula ensartada en la última costilla, como ha sido preconizada por algunos cirujanos, y entre ellos por el citado Stanischeff, nos parece poco recomendable, por cuanto determina una fijación demasiado rígida que impide al riñón efectuar sus movimientos de ascenso y descenso, como lo hace normalmente al ritmo de la respiración.

Como elemento de sostén se han usado los hilos reabsorbibles, los no reabsorbibles, los hilos metálicos colocados temporariamente y las riendas hechas con la propia cápsula.

La fijación definitiva del órgano, se establece automáticamente por medio de adherencias en pocos días y basta por lo tanto con el empleo del cat-gut. En el H. Alvear aplicamos en sus lineamientos generales la técnica descrita por Marión (23), con algunas modificaciones preconizadas por el profesor Salleras. Esas modificaciones son las siguientes: 1º) incisión algo más prolongada hacia arriba, por sobre el ángulo costo-lumbar; 2º) liberación amplia del riñón y uréter de las bridas peri-viscerales; 3º) formación de los colgajos capsulares algo más bajos, haciendo la incisión crucial de la cápsula en la unión del tercio inferior con los dos tercios superiores del órgano; 4º) empleo de los hilos de cat-gut para la suspensión y 5º) fijación de los 4 puntos en la pared costal, colocando los inferiores en el XIº y los superiores en el Xº espacio intercostal, si ello es posible, y si no, los cuatro en el undécimo. Luego "toilette" de la celda, cierra de la misma dejando drenaje de goma y sutura de la pared en dos planos musculares y piel. Siguiendo esta técnica hemos obtenido los excelentes resultados que vamos a exponer. Quiero llamar particularmente la atención respecto de la importancia que tiene el correcto debridamiento y liberación del riñón y uréter. Con una buena liberación, el riñón llegará fácilmente hasta su buena posición y no tendrá mayor tendencia a salir de ella. Durante el post-operatorio, el reposo, el vendaje y la posición del lecho con la cabecera baja, contribuyen a que el órgano quede en su sitio. Hasta el me-

teorismo, que con frecuencia se produce durante el post-operatorio, contribuye a tener al riñón en posición alta, durante los días que siguen a la operación. Al cabo de una semana, el órgano se ha adherido ya a la parte alta de la celda y no saldrá de ella a menos que algo lo tire hacia abajo. Un riñón exteriorizado de su sitio y repuesto, aun sin haber sido decapsulado, adquiere tales adherencias, que hacen innecesario, después de pocos días, cualquier procedimiento de sostén.

LAS NEFRO-COLOPEXIAS.

Partiendo del concepto de que la ptosis renal es secundaria a la ptosis del colon descendente, algunos cirujanos han supuesto que la nefropexia es insuficiente, por cuanto deja persistir la causa que la ha ocasionado, de lo que resultarían las recidivas después de la fijación pura y simple del riñón. Ya se ha visto que en nuestro concepto, la patogenia de la nefroptosis es otra, y por lo tanto, no creemos que la pexia del colon mejore las posibilidades de la pexia del riñón. Por otra parte, los resultados que puede dar la nefropexia, están en relación con el tipo de afección de que se trate y con la forma de realizarla. Bien establecidas las indicaciones y bien practicada la liberación, la nefropexia da siempre resultados satisfactorios. Por eso, creemos que no hay ninguna ventaja en practicar simultáneamente la colo-fijación. No obstante, vamos a dar cuenta brevemente de este método quirúrgico.

En nuestro país, el profesor Alberto Gutiérrez, trabaja desde hace muchos años en ese sentido y ha sistematizado una técnica de nefro-colo-fijación, que fué motivo de la tesis doctoral del Dr. Vicente Ruíz en 1932. Gutiérrez parte de dos conceptos fundamentales para su operación: primero) la nefroptosis se acompaña generalmente de la ptosis del colon y a ella es debida; segundo) la celda renal no está abierta hacia abajo, como dice la anatomía clásica, sino que se encuentra cerrada en todo sentido. De acuerdo a esos dos conceptos, él practica la colo-fijación simultánea a la nefropexia, por vía abdominal, y el riñón repuesto en su sitio, lo fija achicando hacia abajo la celda renal, elongada por efecto del tironeamiento a que es sometido el órgano por el peso del colon que le está adherido. Ese achicamiento lo realiza median-

te dos o tres pntos de seda, que pasa tomando las dos hojas —anterior y posterior— de la celda y los músculos psoas y cuadrado lumbar. Realiza pues, una fijación indirecta, dividiendo mediante esos puntos, la celda renal elongada, en dos compartimentos: uno superior, donde repone el riñón salido de sitio y otro inferior, que queda desde ese momento desocupado, pues el riñón que lo ocupaba, ha sido llevado hacia el superior.

Nosotros no juzgaremos los efectos de la colo-fijación sobre los trastornos ocasionados por la visceroptosis abdominal, pues no es asunto de nuestra incumbencia, pero sí diremos en lo que al riñón se refiere, que en los casos de nefroptosis como manifestación local de una visceroptosis general, no la creemos útil, pues esos son los casos tributarios del tratamiento médico-ortopédico y en los casos de nefroptosis, enfermedad local, no la creemos necesaria, pues la nefropexia simple da resultados suficientes. Opinamos que la operación de Gutiérrez, sólo tiene indicación en los casos en que haya de actuarse simultáneamente sobre órganos intraperitoneales (apéndice, ciego, ovario, etc.) y sobre el riñón: nos parece pues, una excelente técnica como operación de excepción.

El profesor Ricardo Spurr, partiendo del concepto de que la nefroptosis coexiste en general con una visceroptosis abdominal generalizada, preconiza la gastro-hepato-colo-pexia, contra esta anomalía y en cuanto al riñón aplica el siguiente criterio: si la ptosis renal es de primero o segundo grado y no ocasiona trastornos urinarios, no la opera. Si la ptosis renal ocasiona cólicos renales, retención uronefrótica u otros trastornos urinarios de consideración, practica la nefropexia antes que la gastro-hepato-colo-pexia. Si la ptosis es de tercer grado, aunque no haya provocado síntoma renal alguno, practica también la nefropexia, pero no antes, sino después de la gastro-hepato-colo-pexia, en previsión de accidentes futuros.

LA NEFROPTOSIS EN EL SERVICIO DEL PROFESOR SALLERAS.

En el servicio a cargo del profesor Salleras, en el H. Fernández, hasta el año 1933 y en el H. Alvear, durante los dos últimos años, se han observado 72 casos de ptosis renal sobre un total

aproximado de 2.000 enfermos internados, lo que hace un caso por cada 30 urinarios, o sea, el 3 %. De los 72 casos 16 correspondieron a hombres y 56 a mujeres, lo que da un 22 % y 78 % respectivamente. La clasificación por edades da las siguientes cifras:

Antes de 20 años de edad	9 = 12.50 %
De 21 a 30 años de edad	26 = 36 %
„ 31 „ 40 „ „ „	21 = 29.20 %
„ 41 „ 50 „ „ „	8 = 11.10 %
„ 51 „ 60 „ „ „	6 = 8.40 %
„ 61 „ 70 „ „ „	1 = 1.40 %
„ 71 „ 80 „ „ „	1 = 1.40 %

Se ve pues, que la mayor frecuencia se encuentra entre los 20 y 30 años, con un 36 %, o sea algo más que un tercio del total. El caso más joven ha sido de 16 años y el de mayor edad fué de 73 años, ambos en mujeres. De las 56 mujeres afectadas, 25 eran madres, pero solamente 5 notaron sus primeros padecimientos a raíz del parto, lo que indica que sobre los 72 casos sólo en un siete por ciento pudo ser incriminada esta causa. En cuanto al adelgazamiento brusco, sólo fué inculcado en dos casos, lo que hace un 3 %. Según la nacionalidad, encontramos 45 argentinos y 27 extranjeros.

La ptosis fué unilateral derecha en 52 casos, o sea en el 72 %; unilateral izquierda en dos casos o sea el 3 %; y doble en 18 casos, o sea el 25 %. Así pues, en total, el riñón derecho estuvo afectado en 70 de los 72 enfermos, lo que hace el 97 %; el riñón izquierdo lo fué en 20 casos, lo que hace el 28 %.

Los dolores lumbares, sea en forma de cólicos renales típicos, sea en forma de lumbago, fueron el síntoma más frecuente, pues lo acusaron espontáneamente 55 enfermos o sea el 80 % y aun entre los restantes, algunos acusaron el dolor provocado mediante la palpación o la percusión. Le sigue en frecuencia los reflejos urinarios. Transtornos gástrico-intestinales fueron acusados por 26 enfermos, es decir el 36 %. Hematurias acusaron 6 enfermos, o sea el 8 y $\frac{1}{2}$ por ciento. Incontinencia de orina se pro-

dujo en un caso, o sea 1 ½ %. Un enfermo presentaba dolores de cólico hepático. En él la ptosis era doble.

De los 72 enfermos fueron operados 41. Estas operaciones fueron: una nefrostomía y 3 nefrectomías por existir pionefrosis secundaria; una decapsulación, en un enfermo que acusaba intensos dolores después de una nefropexia que se le había practicado en otro hospital. En la operación se constató que el riñón había sido colocado en posición viciosa y su parénquima estaba estrangulado entre adherencias inflamatorias consecutivas a las operaciones anteriores. La liberación y decapsulación lo curó. Las 36 operaciones restantes fueron nefropexias, practicadas según la técnica que ya hemos dicho. Ningún operado de nefropexia falleció. Sólo perdimos un enfermo a quien se le practicó la nefrectomía por uropionefrosis secundaria. De los 36 enfermos a quienes se les practicó la nefropexia, sólo uno acusaba dolores lumbares atenuados un año después de la operación. Otro enfermo, cuya afección se había manifestado por polaquiuria e intensa hiperclorhidria, acusaba, dos meses después de ser operado, sus trastornos gástricos atenuados. Por fin, un enfermo que concurrió al servicio con una cistitis, concomitante a su ptosis, con piuria y hematuria final, quedó con su cistitis después de la operación. Fuera de esos 3 casos, los 33 restantes, curaron totalmente sus padecimientos con la nefropexia.

A continuación van las fichas correspondientes a todos los casos observados. Figuran allí para cada enfermo: número del caso; número de la historia clínica; nombre; edad; nacionalidad; sexo; maternidad, indicándose el número de hijos habidos; lado de la afección; edad de comienzo de los síntomas; tratamiento efectuado y tiempo transcurrido desde que fué tratado hasta la fecha.

En la casilla del tratamiento:

N.F.T.	significa	nefrectomía.
N.f.t.	„	nefrostomía.
N.F.P.	„	nefropexia.
Dec.	„	decapsulación.
M.O.	„	médico-ortopédico.

Caso	Historia	Nombre	Edad	Nac on.	Sexo	Maternidad	Lado	Comienzo	Tram.	Tiempo
1	39	R.F.	30	siria	F	3	D	20	N.F.T.	11 a
2	40	A.R.C.	19	arg.	M	—	D-I	15	M.O.	11 a
3	64	D.V.	35	esp.	M	—	D	30?	M.O.	11 a
4	92	M.M.	40	árabe	M	—	D	40	M.O.	10 a
5	225	M.R.	45	esp.	F	0	D	43	M.O.	9 a
6	235	T.O.	20	esp.	M	—	D	18	N.f.t.	9 a
7	257	J.V.	33	esp.	F	?	D-I	31	N.F.T.	+
8	343	M.C.	47	arg.	F	3	D	33	N.F.P.	8 a
9	378	A.G.	25	arg.	M	—	D	23	N.F.T.	8 a
10	516	E.G.	47	esp.	F	4	D	35	N.F.P.	6 a
11	614	J.P.	26	urug.	F	?	D	24	N.F.P.	6 a
12	636	A.P.	52	esp.	F	?	D	52	M.O.	6 a
13	646	A.T.	32	arg.	F	?	D	29	N.F.P.	6 a
14	647	S.A.	40	arg.	F	1	D	25	M.O.	6 a
15	737	F.M.	25	?	F	3	D	25	M.O.	6 a
16	739	.P.G.	35	arg.	F	—	D	34	M.O.	
17	753	D.R.D.	34	arg.	F	?	D	22	Dec:	6 a
18	779	A.C.	45	ital.	F	3	D	41	M.O.	6 a
19	787	C.S.	34	esp.	F	?	D-I	34	M.O.	6 a
20	800	W.L.S.	23	ital.	F	0	D-I	23	N.F.P.	5 a
21	802	A.U.	36	arg.	F	2	D-I	?	M.O.	5 a
22	805	M.V.	26	arg.	F	0	D	18	N.F.P.	5 a
23	807	I.C.	25	ital.	F	2	D	24	M.O.	5 a
24	813	C.B.	44	irland.	F	?	D	43	M.O.	5 a
25	831	M.R.	35	arg.	F	?	D-I	33	M.O.	5 a
26	852	M.C.	26	ital.	F	0	D	25	M.O.	5 a
27	853	L.F.	56	arg.	F	5	D	40	M.O.	5 a
28	858	E.G.	32	arg.	F	?	D-I	30	N.F.P.	5 a
29	924	O.R.	27	arg.	F	4	D-I	17	M.O.	5 a
30	926	M.L.V.	20	arg.	F	?	D-I	20	N.F.P.	5 a
31	941	M.U.R.	53	ital.	F	0	D	?	M.O.	5 a
32	955	B.F.	29	ital.	M	—	D	28	N.F.P.	5 a
33	966	F.F.	29	esp.	F	2	D	20	M.O.	5 a
34	974	A.O.	29	ital.	F	2	D	29	N.F.P.	5 a
35	981	P.F.	49	esp.	F	3	D-I	35	M.O.	5 a
36	1008	C.G.J.	23	arg.	F	0	D	23	—	—

Caso	Historia	Nombre	Edad	Nacion.	Sexo	Maternidad	Lado	Comienzo	Tratam.	Tiempo
37	1013	E.B.L.	32	arg.	F	0	D-I	32	N.F.P.	4 a
38	1020	J.O.	38	arg.	F	0	D-I	38	N.F.P.	4 a
39	1021	M.C.	20	ital.	F	0	D	20	—	—
40	1067	E.R.	16	arg.	F	0	D	16	N.F.P.	4 a
41	1082	A.S.	27	arg.	M	—	D	24	N.F.P.	4 a
42	1086	L.P.R.	56	arg.	F	2	D	55	N.F.P.	4 a
43	1114	R.M.	27	arg.	F	1	D	18	N.F.P.	4 a
44	1147	M.V.	25	arg.	F	0	D	?	—	—
45	1148	R.M.M.	30	arg.	F	2	D	30	M.O.	3 ¹ / ₂ a
46	1175	M.S.	30	arg.	F	2	D-I	28	N.F.P.	3 ¹ / ₂ a
47	1197	C.M.S.	39	esp.	F	0	D-I	35	N.F.P.	3 ¹ / ₂ a
48	1205	E.E.	46	ecuat.	M	—	D	44	N.F.P.	3 a
49	1211	R.F.	36	arg.	M	—	D	36	N.F.P.	3 a
50	1246	J.S.	28	arg.	M	—	D	25	N.F.P.	3 a
51	1285	E.P.	34	arg.	F	0	D	34	N.F.P.	2 ¹ / ₂ a
52	1319	T.B.	32	ital.	F	?	D	52	N.F.P.	2 ¹ / ₂ a
53	1342	E.A.	19	arg.	F	0	D	16	N.F.P.	2 ¹ / ₂ a
54	1380	J.L.	19	arg.	M	—	D	19	N.F.P.	2 ¹ / ₂ a
55	1404	J.M.	36	ital.	F	0	D	34	N.F.P.	2 a
56	1426	C.P.	24	yug.esl.	F	2	D-I	17	N.F.P.	2 a
57	1523	A.R.	36	arg.	M	—	D	32	M.O.	1 ¹ / ₂ a
58	1638	M.G.	28	arg.	M	—	D	28	—	1 ¹ / ₂ a
59	1719	A.B.	20	arg.	F	0	D	19	N.F.P.	1 ¹ / ₂ a
60	1720	M.A.O.	25	arg.	F	2	D	22	N.F.P.	1 a
61	1758	O.I.	25	arg.	F	0	D	22	N.F.P.	1 a
62	1768	L.M.	20	arg.	F	0	D	17	—	1 a
63	1826	F.F.B.	73	arg.	F	9	D	38	M.O.	1 a
64	1870	A.Z.	22	arg.	M	—	D	21	M.O.	9 m
65	2006	A.L.	49	arg.	F	8	D	48	M.O.	4 m
66	2029	M.B.	65	arg.	F	?	D	65	M.O.	4 m
67	1934	F.D.	32	arg.	M	—	D-I	?	N.F.P.	6 m
68	1925	S.C.	36	arg.	F	4	I	35	N.F.P.	6 m
69	2036	C.F.R.	31	arg.	F	1	D-I	30	N.F.P.	3 m
70	2042	R.M.M.	30	arg.	F	?	D-I	28	N.F.P.	3 m
71	2058	A.G.M.	26	arg.	F	1	D	22	N.F.P.	3 m
72	1267	M.P.	60	franc.	F	8	I	58	N.F.P.	3 a

CONSTATACIONES.

En el servicio del profesor Salleras sobre un total de 72 casos de nefroptosis hemos constatado lo siguiente:

1º) La nefroptosis ha sido cuatro veces más frecuente en la mujer que en el hombre.

2º) La mayor frecuencia se presentó entre los 20 y 30 años de edad, época de la vida que ha dado más de la tercera parte de los casos, siendo las edades límites los 16 y 73 años, ambos en mujeres.

3º) El riñón derecho estuvo afectado con una frecuencia tres veces y media mayor que el izquierdo, contando todas las ptosis, uní y bi-laterales.

4º) Como causas determinantes, el parto sólo pudo ser inculgado en un 7 % de los casos y el adelgazamiento brusco en un 3 %.

5º) El dolor y los reflejos urinarios fueron el síntoma más frecuente, presentándose en el 80 % de los casos; los trastornos gástro-intestinales en el 36 % y las hematurias en el 8 y medio por ciento.

6º) Más de la mitad de los afectados debieron ser operados y sólo dos de los que fueron sometidos a la nefropexia —o sea el 5 ½ % de ellos— tuvieron aún después de operados, padecimientos imputables a su ptosis renal y en ambos casos esos padecimientos fueron muy atenuados por la operación. No hubo ningún fallecido.

7º) En todos los casos en que se practicó la pielografía post-operatoria de control, se comprobó que el riñón había quedado en buena posición y las acodaduras ureterales corregidas.

CONCLUSIONES.

1º) La nefroptosis admite una doble interpretación patológica, a saber: a) nefroptosis "expresión local de una visceroptosis abdominal generalizada", en la cual el riñón "cae" por un mecanismo pasivo; b) la nefroptosis "afección local", en que riñón "es arrancado" de su sitio por un mecanismo activo, dependiente del tironeamiento ocasionado por bridas de origen probablemente congénito. Ambas formas pueden co-existir en el mismo sujeto.

2º) La nefroptosis "expresión de visceroptosis abdominal" (a mecanismo pasivo) es un estado adquirido, que repercute escasamente sobre el funcionalismo reno-ureteral y rara vez expone su integridad; frecuentemente es silenciosa y su sintomatología se confunde entre las manifestaciones debidas a otros órganos; sólo por excepción exige tratamiento quirúrgico.

3º) La nefroptosis "enfermedad local" (a mecanismo activo) es un estado congénito que repercute intensamente sobre el funcionarismo reno-ureteral y hace peligrar con frecuencia su integridad; rara vez es silenciosa; su sintomatología es predominantemente urinaria y en la mayoría de los casos exige tratamiento quirúrgico.

4º) La ptosis renal "enfermedad local" puede ocasionar diversos síndromas abdominales y pelvianos agudos y crónicos (dispepsias, espasmo pilórico, éxtasis biliar, ileus, constipación crónica, crisis apendiculares, crisis útero-ováricas, etc., etc.), dando lugar a errores de diagnóstico y de tratamiento.

5º) El tratamiento debe ser médico-ortopédico siempre que no esté indicado el tratamiento quirúrgico.

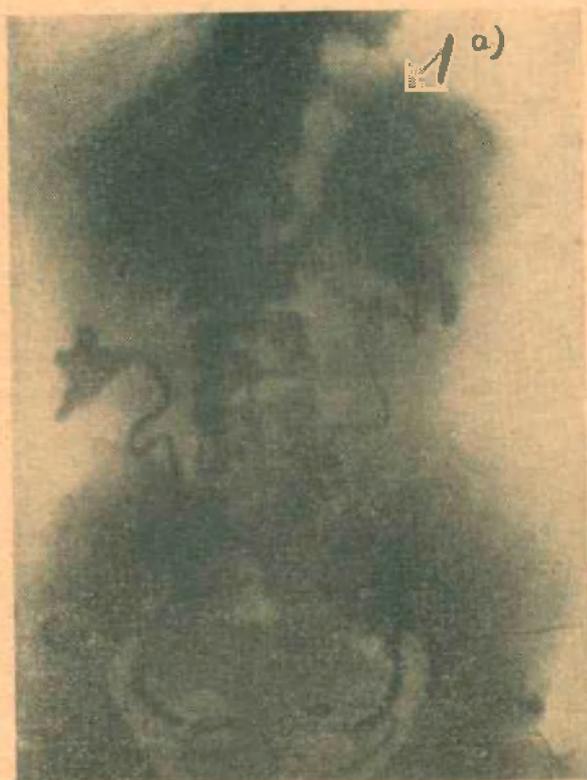
6º) El tratamiento quirúrgico está indicado: a) Siempre que se constate una repercusión patológica sobre el riñón, evidenciada por hematuria, albuminuria, cilindruria, infección piélica o retardo de la evacuación renal. Cuando aparece la distensión de las vías de excreción, la intervención es de relativa urgencia. b) Siempre que los síntomas imputables al riñón, no cedan al tratamiento médico o éste no pueda ser aplicado.

7º) La operación de elección es la nefropexia por vía lumbar, mediante fijación capsular a la pared costal.

8º) La técnica descrita por Marión en su tratado de Urología, con las modificaciones que hemos indicado preconizadas por el profesor Salleras, da excelentes resultados.

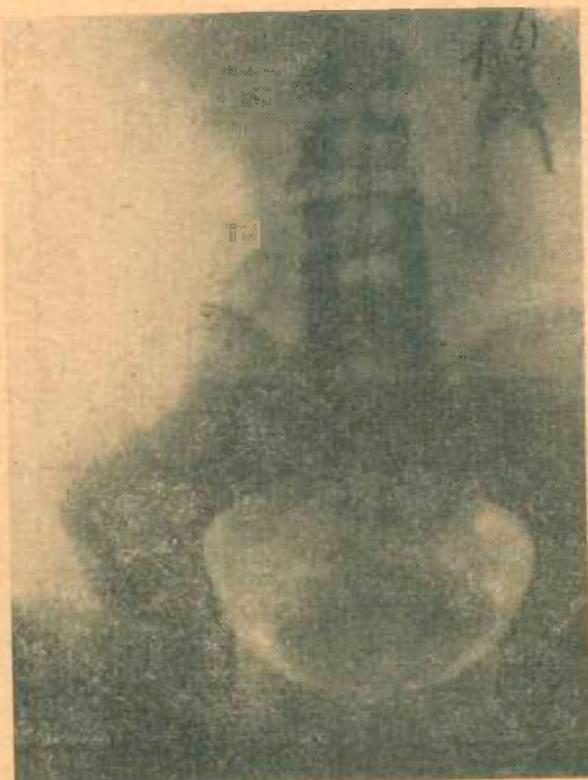
9º) Cualquiera sea el procedimiento de pexia empleado, es fundamental la amplia liberación del riñón y uréter de las bridas que los tironean.

A continuación presentamos algunas radiografías de nuestros enfermos.



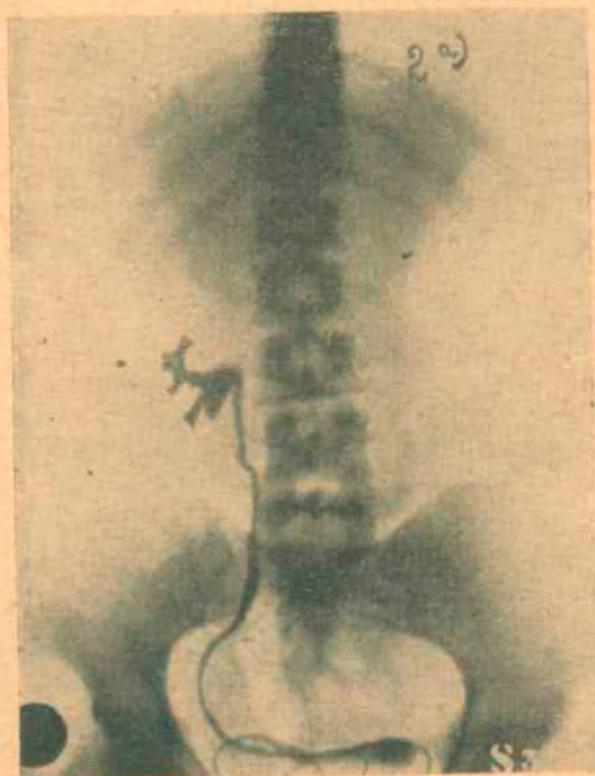
Radiografía 1

Hist. 8744.—Ptosis doble. Del lado izquierdo, menos acentuada, ocasionaba dolores y reflujos pielo-renales. Del lado derecho más acentuada, indolora y sin reflujos.



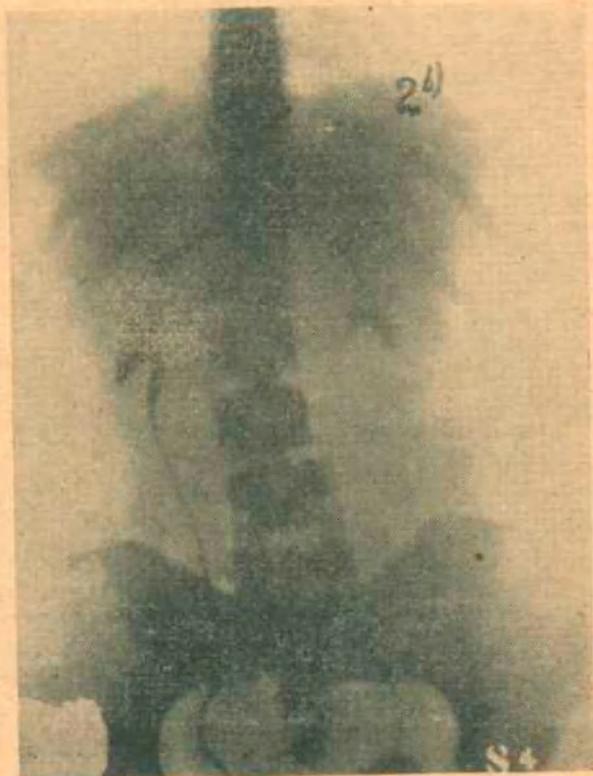
Radiografía 2

Caso anterior. Evacuación pelviana retardada del lado izquierdo.



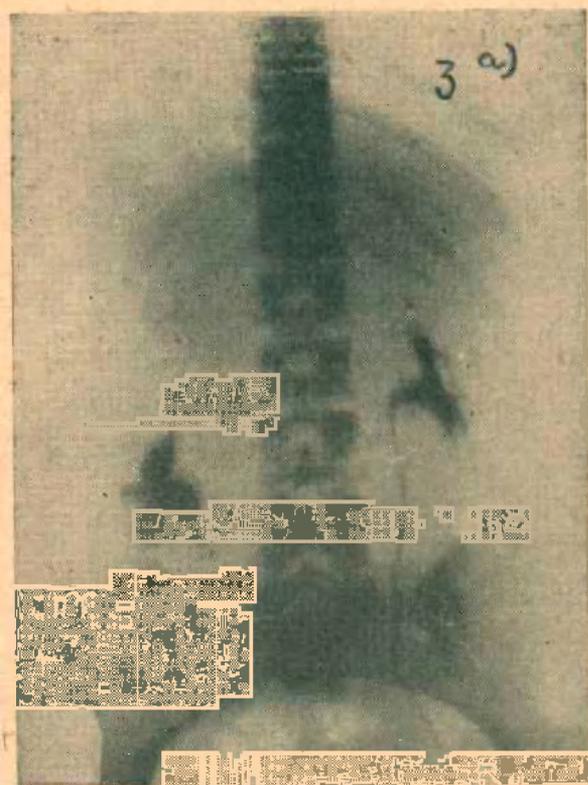
Radiografía 3

Hist. 614.—Ptosis derecha, antes de operado.



Radiografía 4

Caso anterior. Control pielográfico post-operatorio.



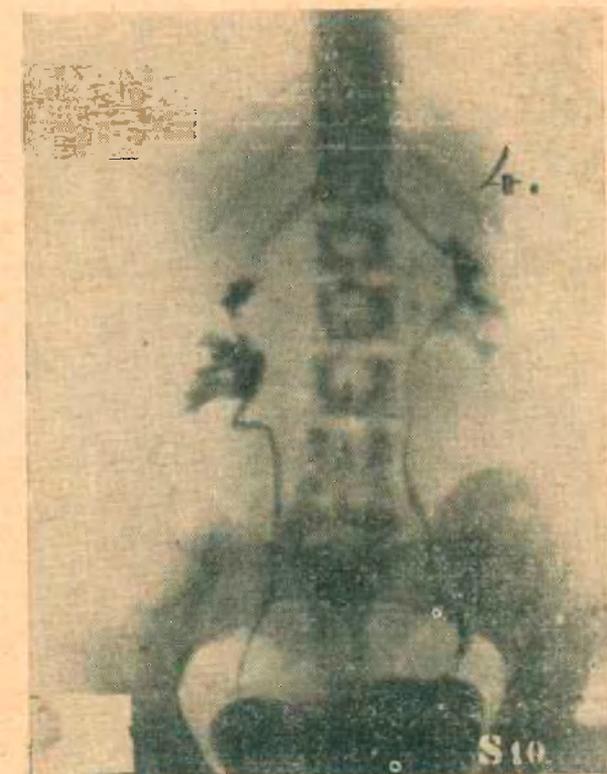
Radiografía 5

Hist. 646.—Ectopia doble con ptosis derecha, antes de operado.



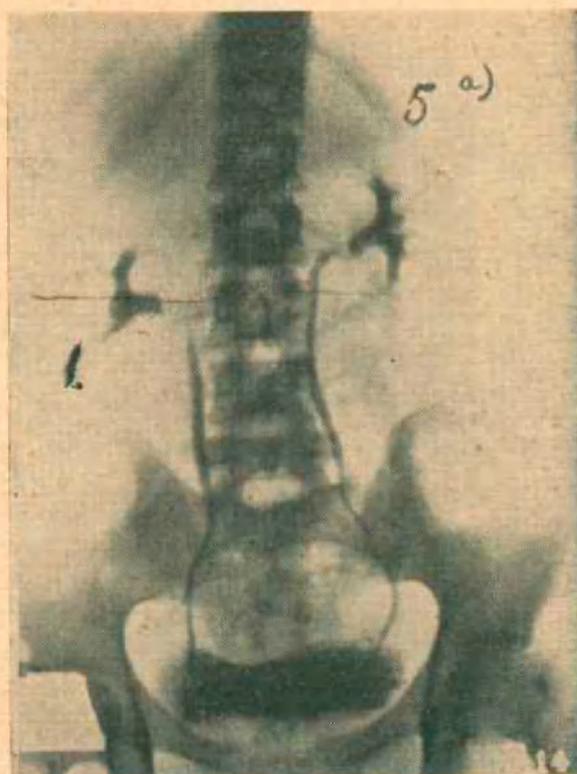
Radiografía 6

Caso anterior. Nefropexia derecha. Control pielográfico postoperatorio.



Radiografía 7

Hist. 753.—Ptosis derecha operada en otro hospital. Recidivada tres veces. La decapsulación renal hizo desaparecer los dolores.



Radiografía 8

Hist. 800.—Ptosis doble antes de operada.

La radiografía N° 1 corresponde a una enferma con doble nefroptosis, que acusaba sus dolores del lado izquierdo, lado en el cual la ptosis era menos acentuada que del derecho. La radiografía muestra además, que de ese lado la acodadura ureteral no era tan cerrada como en el lado opuesto. No obstante, de ese lado



Radiografía 9

Caso anterior. Nefropexia derecha.
Control pielográfico post-operatorio.

eran los padecimientos y la radiografía N° 2 nuestra que, de ese lado también, había retardo en la evacuación de la pelvis renal, lo que concuerda con lo dicho al hablar de la patogenia, que la perturbación de la eyaculación no está en relación directa con la posición del riñón.

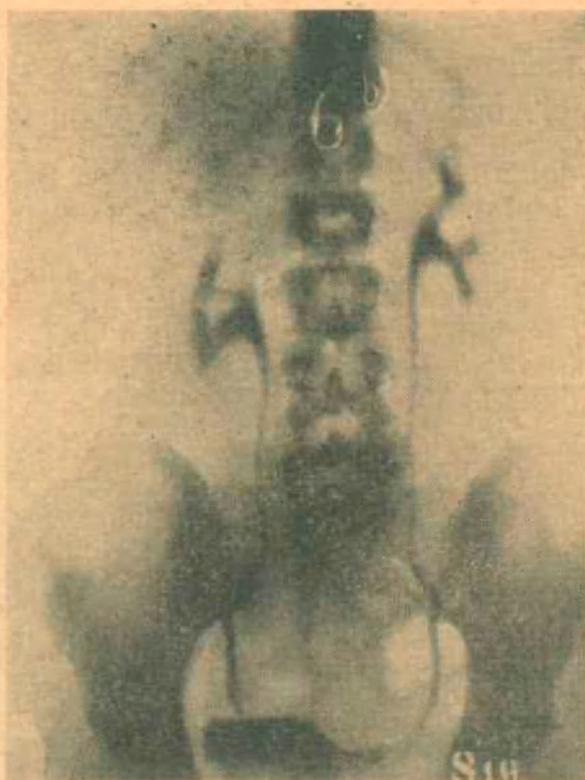
Las radiografías restantes no requieren mayor explicación.

Buenos Aires, Octubre 24/935.



Radiografía 10

Hist. 805.—Ptosis derecha antes de operada.



Radiografía 11

Caso anterior. Nefropexia derecha. Control pielográfico post-operatorio.



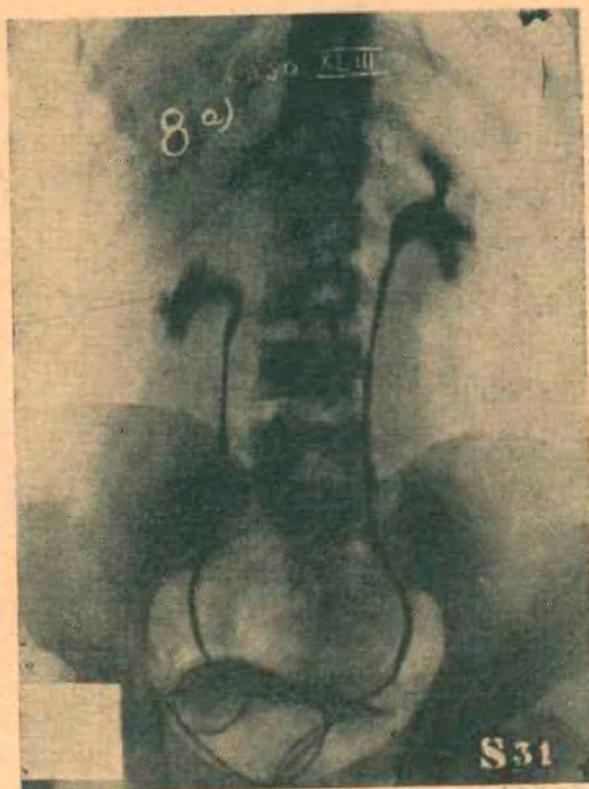
Radiografía 12

Hist. 974.—Ptosis doble antes de operada.

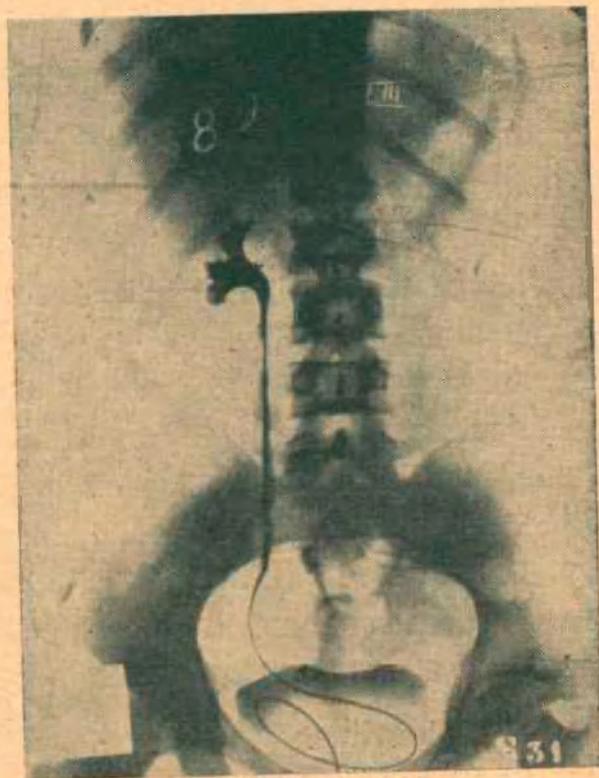


Radiografía 13

Caso anterior. Nefropexia derecha. Control pielográfico post-operatorio.



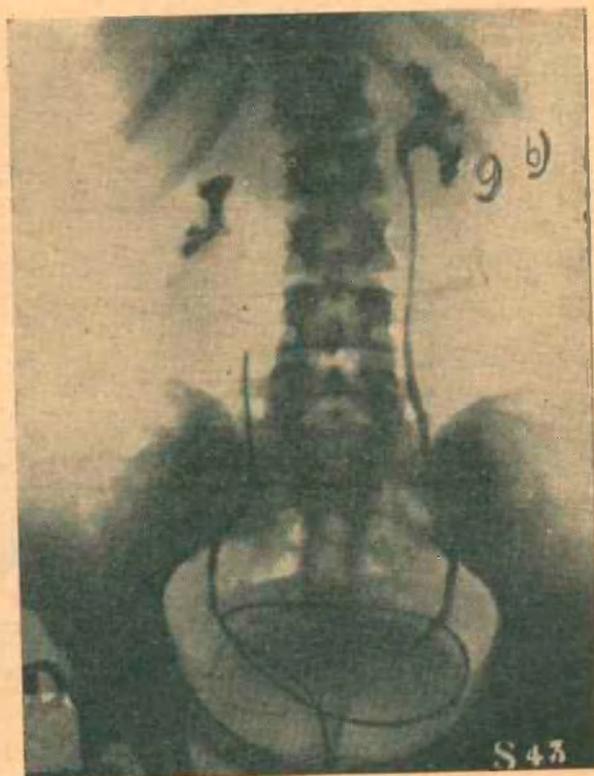
Radiografía 14
Hist. 1114.—Ptosis derecha antes de operada.



Radiografía 15
Caso anterior. Nefropexia derecha. Control pielográfico post-operatorio.



Radiografía 16
Hist. 1426.—Ptosis derecha antes de operada. Evacuación retardada.



Radiografía 17
Caso anterior. Nefropexia derecha. Control pielográfico post-operatorio. Corrección incompleta por hepatomegalia.

BIBLIOGRAFIA

1. J. DUCUING y J. B. GISCARD: "Journal d'Urolog.". Marzo de 1933.
2. P. G. PLENTZ: "Deutch. Med. Woch." N° 34. 1922.
3. MAIO: "L'Ospedale Maggiore". Marzo de 1932.
4. PLENTZ: Loc. cit.
5. IBARRA LORING: "Revista de Urología de Chile". Agosto de 1925.
6. ANDRÉ LIGNIERES: "Arch. d'Electricité Medicale". Enero de 1932.
7. MORRIS, SHERMAN y BRUNTON: "J. of Surgery". Septiembre de 1932.
8. TANSINI: *Nefropexia*. Tesis de Montpellier.
9. DUVERGEY: "J. d'Urologie". Abril de 1934.
10. STOCCADA: "Arch. ital. di chirurgia". N° 5. 1934.
11. J. U. REAVES: "Urol. and Cutan Review". Octubre de 1934.
12. N. KLEIBER: "J. de chir.". Abril de 1934.
13. A. RILEY: "Am. J. Surg.". Marzo de 1935.
14. ED. PAPIN: *Chirurgie du rein*. París 1929.
15. VICENTE RUIZ: "Revista Méd. Lat. Am.". Noviembre de 1927.
16. LUIS A. SURRACO: "Rev. Arg. de Urol.". Mayo de 1933.
17. VANNUCCI y PEPE: "Rev. Sud. Am. de Med. et de Chir.". Enero de 1934.
18. A. STANISCHEFF: "Zentralbl. für Chir.". Octubre de 1934.
19. F. LEGUEU: *Trait. Chir. d'Urologie*. París 1921.
20. BISHOP: "Brit. Med. Journ.". Octubre de 1907.
21. A. GUTIÉRREZ: "Rev. de Cir. de Buenos Aires". Año 4, N° 1.
22. MANUEL SERES: *Operatoria Urológica*. Barcelona 1925.
23. G. MARIÓN: *Trait. d'Urologie*. París 1921.
24. VICENTE RUIZ: *Nefro-Colopexia transperitoneal*. Tesis. Buenos Aires 1932.
25. RICARDO SPURR: *Nefroptosis y esplanoptosis*. "Rev. Med. Lat. Am.". Octubre de 1934.
26. JUAN SALLERAS: *Ptosis renal, ectopías y nefropexia*. "Rev. Arg. de Urol.". 1934.

Sociedad Argentina de Urología

COMISION DIRECTIVA, 1935

<i>Vice-Presidente</i>	Dr. BERNARDINO MARAINI
<i>Presidente</i>	Dr. UBALDO ISNARDI
<i>Secretario</i>	Dr. ALBERTO E. GARCIA
<i>Tesorero</i>	Dr. ALFONSO VON DER BECKE

4ª Sesión científica — 25 de Julio de 1935.

Trabajos científicos presentados:

Enrique Castaño :

"Osificación de la herida de una talla hipogástrica y adenoma de próstata de 300 grs. de peso".

Enrique Castaño :

"Hidronefrosis traumática. - Nefrectomía secundaria".

Luis G. Molina y C. Ayala Cabanilla, de Guayaquil (Ecuador) :

"Un caso de trastornos psíquicos por infección vesical".

Gerardo Vilar :

"Pionefrosis calculosa y quiste hidático".

Ubaldo Isnardi :

"Sífilis génito-urinaria. - Bismuto. - Curación".

ASISTENCIA:

Miembros Titulares: Astraldi, von der Becke, Figueroa Alcorta, García, Gálvez, Maraini, Montenegro, Monserrat, Rebaudi, Salleras, Serantes A. y Surra Canard.

Socios Adherentes: Albornoz, Berri y Garate.

5ª Sesión científica — 29 de Agosto de 1935.

Ignacio V. Albornoz :

"Funiculitis flegmonosa".

L. Figueroa Alcorta y R. E. Sandro :

"Anuria secretoria prolongada".

Armando Trabucco :

"Quiste de vesículas seminales".

Héctor D. Berri :

"Incontinencia nocturna de orina. - Tratamiento quirúrgico. Resultado".

ASISTENCIA:

Miembros Titulares: Astraldi, von der Becke, Figueroa Alcorta, Gazzolo, García, Gálvez, Isnardi, López, Maraini, Montenegro, Monserrat, Salleras, Serantes A., Schiappapietra y Surra Canard.

Socios Adherentes: Albornoz, Berri, Grimberg, Comotto y Garate.