

Facultad de Medicina de Rosario. Cátedra
de Clínica Quirúrgica del Prof. CAMES

Por el Doctor
RICARDO ERCOLE

RIÑÓN EN HERRADURA Y CIRUGIA CONSERVADURA A PROPOSITO DE NUEVAS OBSERVACIONES PERSONALES

EN el año 1938 presentamos al VI Congreso Nacional de Medicina (El Día Médico, T. XI, 1939, Pág. 10) un trabajo a propósito de la cirugía de la sínfisis renal en que resumíamos nuestra experiencia sobre 5 casos de esta anomalía y de los cuales en 3 debimos efectuar una nefrectomía, ya que las condiciones anatómicas del parénquima renal en 2 y la situación del riñón en el 3º, no permitía una operación conservadora. Aprovechamos esta oportunidad para destacar nuestra experiencia personal en la sección del istmo, ya que es éste un factor no despreciable en la técnica operatoria de esta anomalía. Las circunstancias de haber tenido ocasión de intervenir otros 2 casos de riñón en herradura con litiasis concomitante, nos induce a relatar sus historias clínicas, y hacer algunas consideraciones a propósito de la técnica empleada.

Observación N° 1. — Blas B. G., 35 años, argentino, casado. Ingresó a nuestra clínica privada el 15 de febrero de 1940.

Antecedentes personales. — Blenorragia a los 17 años y orquiepididimitis que se ha repetido varias veces hasta la fecha. Desde hace 5 años síndrome de hiperclorhidria. No es fumador ni bebedor; es constipado.

Enfermedad actual. — Desde hace 8 meses sufre intermitentemente cada mes de un cólico de tipo renal, del lado izquierdo, acompañado de polaquiuria y a veces de hematuria. En los intervalos está bien y sus orinas son claras.

Estado actual. — Bien constituido; moderado panículo adiposo. Tensión arterial Mx. 15 ctms. El examen general es negativo. Abdomen de buenas paredes y tenso por lo cual la palpación es muy dificultosa. Riñones no se palpan. Puntos renales y ureterales indoloros. Uretra permeable, Próstata

normal. Cistoscopia: buena capacidad; mucosa de aspecto normal; orificios ureterales bien implantados.

Exploración radiográfica. — Radiografía simple: en la proyección del riñón izquierdo se observa una sombra opaca del tamaño y la forma de un caroso de aceituna. Urografía por excreción. Pelvis renales a la altura de la Iª y IIª

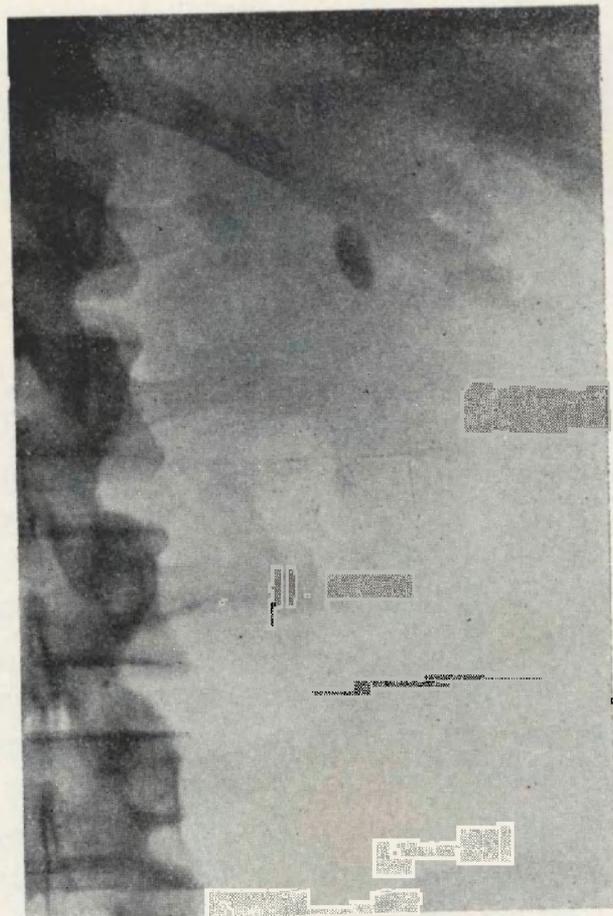


Figura 1. — Obs. 1. — Se visualiza el cálculo en la proyección del riñón izquierdo.

apófisis transversa lumbar. Del lado derecho cavidades muy próximas a la línea media; pelvis discretamente dilatada; un cáliz inferior dirigido francamente hacia la línea media. Del lado izquierdo pelvis parcialmente rotada. El cálculo corresponde a la proyección de la pelvis. Se visualizan los contornos renales y se observa como el borde inferior de ambos riñones se pierde en la línea media sobre la proyección de la columna. Diagnóstico radiológico: riñón en herradura a concavidad superior. Cálculo del riñón izquierdo.

Exámenes de laboratorio. — Orina: albúmina vestigios; glucosa no. Sedimento: regular cantidad de sangre; algunos leucocitos, escasos uratos. Examen

bacteriológico: bastantes gérmenes: bacilos gram positivos, estafilococos y micrococos úrea..

Examen de sangre: sangría 2 minutos; coagulación en tubo 10 minutos; hemoglobina 105 %. Glóbulos blancos, 4.000. Glóbulos rojos, 5.030.000.

Constante de Ambard: Orina en 90': 46 c.c.

Cálculo en 24 horas: 736 c.c.

Urea en orina: 13.20 por mil.

Débit calculado: 9.71 gr.

Urea en suero: 0.45 por mil.

Peso: 74 kilos.

K: 0.173.

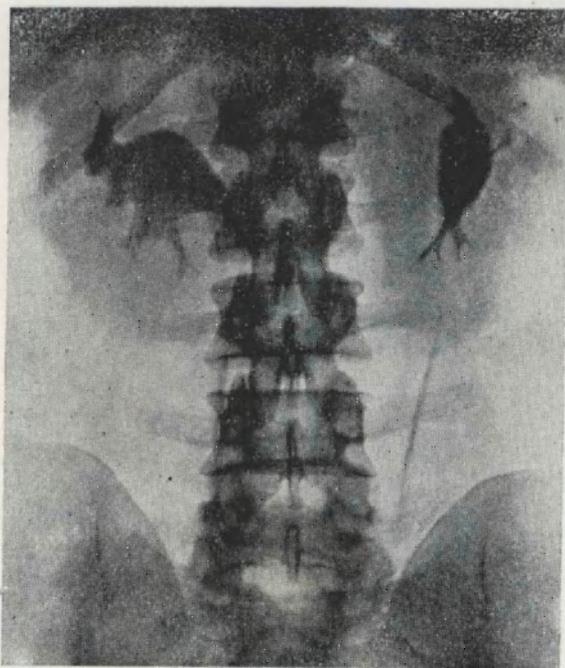


Figura 2. — Obs. 1. — Urograma por excreción.

Operación. — 17 de febrero de 1940. Dr. Ercole con la ayuda del Dr. Fort. Anestesia con ciclopropane. Lumbotomía anatómica con resección de la XIIª costilla y sección parcial del dorsal ancho. Se libera el riñón izquierdo y se constata la existencia de un vaso polar inferior que llega al riñón a nivel del istmo. Estas circunstancias y el hecho de que el istmo prácticamente no existe ya que pareciera que ambos polos inferiores estuvieran íntimamente soldados por un grueso espesor de parénquima nos deciden a no hacer la ismectomía. El uréter pasa por delante del istmo. Se libera la pelvis y se hace una pielotomía anterior por la cual se extrae el cálculo. Dos puntos de catgut a la herida piélica. Drenaje de celofán; aproximación de los planos musculares con catgut. Lino a la piel.

Post-operatorio. — Sin particularidades. Se retira el drenaje al 7º día. Buena herida operatoria. Se indica vitamina A y D y prontosil. El enfermo es dado de alta a los 20 días, debiendo continuar en observación.

El examen del cálculo demuestra estar constituido por oxalato de calcio.

Observación N° 2. — Miguel Sch., 18 años, argentino, soltero. Ingresa al Servicio de Clínica Quirúrgica del Prof. Cames el 13 de diciembre de 1939.

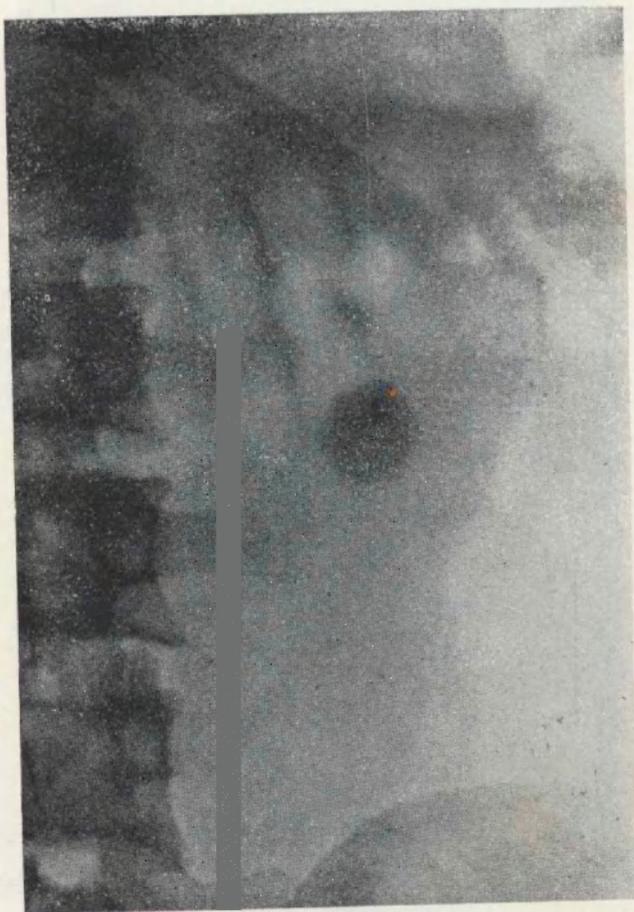


Figura 3. — *Obs. 2.* — Radiografía simple que visualiza el cálculo en la proyección del riñón izquierdo.

Antecedentes personales. — Sin importancia.

Enfermedad actual. — Hace 4 meses presenta bruscamente un dolor intenso localizado en ambas regiones lumbares, acompañado de escasos vómitos y seguido de una micción hematórica. Desde entonces persiste un dolor en región lumbar e hipocondrio izquierdo y además presenta orinas hematóricas que mejoran con el reposo.

Estado actual. — Enfermo bien constituido, de escaso panículo adiposo. Tensión arterial Mx. 13. Abdomen blando, indoloro a la palpación superfi-

cial. En la palpación profunda se constata en la región umbilical y sobre todo a la derecha de la línea media una tumoración, de superficie lisa, poco móvil con los movimientos respiratorios, ligeramente dolorosa y cuyos límites superiores no alcanzan a precisarse bien. Uretra permeable. Próstata normal. Cistoscopia: buena capacidad; mucosa de aspecto normal; orificios ureterales bien implantados. Cromocistoscopia: inyección de 5 c.c. de nefrocromo endovenoso. Lado derecho: comienza la eliminación a los 3' y rápidamente adquiere su intensidad máxima. Buen ritmo eyaculatorio. Lado izquierdo: comienza la eliminación a los 9', de intensidad débil que se mantiene hasta los 11' en que aumenta la intensidad aunque sin alcanzar la tonalidad del lado opuesto.

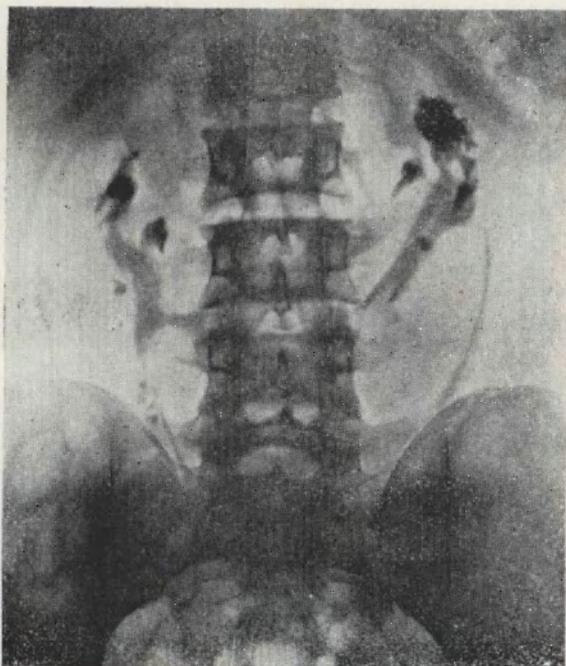


Figura 4. — Obs. 2. — Urograma por excreción antes de la intervención.

Exploración radiográfica. — Radiografía simple: en la proyección del riñón izquierdo sombra opaca redondeada, del diámetro de una moneda de 10 centavos. Urografía por excreción: se visualizan ambas cavidades renales constatóndose una rotación renal incompleta bilateral. En ambos lados los cálices inferiores están dirigidos francamente hacia la línea media. Riñones próximos a la línea media. Ambos uréteres nacen de la pelvis en su ángulo ínfero-externo. Se dibuja el contorno renal cuyo borde inferior se pierde en la línea media sobre el plano más contrastado de la columna. La pelvis del lado derecho está a la altura de III^a y IV^a apófisis transversas lumbares y la del lado izquierdo a la altura de la II^a y III^a. El cálculo corresponde a la proyección de la pelvis renal izquierda.

Exámenes de laboratorio. — Orina: albúmina, 0.20 por mil. Glucosa, no. Sedimento: se observan abundantes hematíes y células epiteliales fusiformes; algunos glóbulos de pus. Hay escasos estafilococos.

Sangre: Glóbulos rojos: 5.010.000. Hemoglobina 90%. Glóbulos blancos, 7.600. Tiempo de sangría, 3'; de coagulación, 14'.

Constante de Ambard: úrea en suero 0.30 gr. por mil.

Urea en orina: 8.63 gr. por mil.

Débit: 11.18.

Constante: 0.094.

Operación. — 21 de diciembre de 1939. Cirujano Dr. Ercole con la ayuda del Dr. Fort.

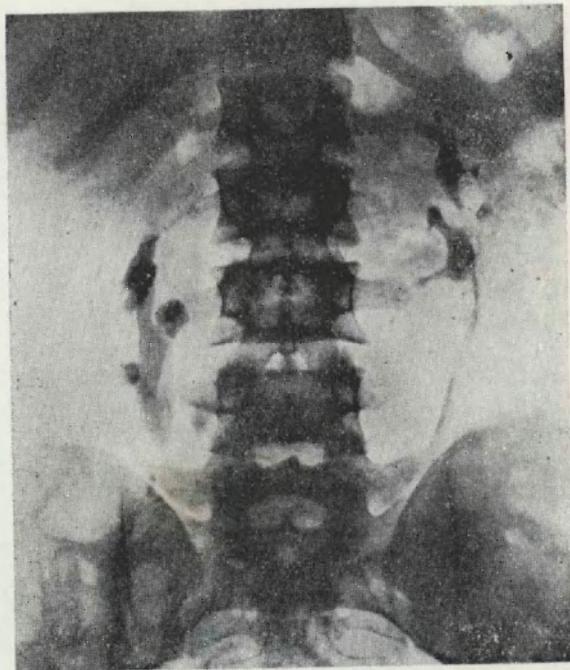


Figura 5. — Obs. 2. — Urograma por excreción después de la intervención.

Anestesia paravertebral. Lumbotomía anatómica que se debe ampliar seccionando parcialmente el oblicuo mayor y menor. Riñón muy próximo a la columna con discreto proceso de perinefritis de tipo esclero-lipomatoso. Se libera el riñón y se constata que su polo inferior se continúa sin solución de continuidad con el polo inferior del otro riñón, no existiendo un estrechamiento marcado a nivel del istmo. Isthmo corto y del tipo parenquimatoso. La pelvis es anterior y el uréter pasa por delante del istmo. Por transfijión se pasan dos catguts de cada lado y se hace la ligadura en block del istmo con la técnica habitual. Sección del istmo entre ambas ligaduras. El riñón derecho escapa profundamente en la herida y no se visualiza más. Pielotomía anterior extrayéndose el cálculo que es del diámetro de una moneda de 10 ctvs. Sutura de la herida

piélica con 3 puntos separados catgut. No es posible llevar el riñón muy alto por la cortedad del pedículo y del uréter. No se hace nefropexia pero en cambio se fija el riñón colocando un taponamiento de gasa en su polo inferior. Un celofán cruza la línea media y va al encuentro del polo inferior del riñón derecho. Aproximación de los músculos con catgut crómico; lino a la piel.

Post-operatorio. — La herida da orina en regular cantidad los primeros días. Buena cicatriz operatoria. Se indica vitamina A y D y prontosil. El enfermo es dado de alta en observación a los 20 días.

Una nueva pielografía de control muestra el riñón derecho en la misma situación que antes de la intervención, en cambio el riñón izquierdo presenta sus cavidades en muy buenas condiciones y ha modificado su dirección para adoptar una posición correcta.

En el caso de la observación N° 1 nos limitamos a extraer el cálculo, pero no efectuamos concomitantemente la sección del istmo dada su poca amplitud en sentido transversal y su espesor poco común, francamente parenquimatoso, hecho que nos hubiera originado dificultades muy grandes en el acto operatorio y hecho correr un riesgo al enfermo, sin que ello le representara un beneficio real, ya que se trataba en este caso de un riñón en herradura que no originaba un síndrome doloroso por su anomalía en sí, y en cambio se exteriorizaba por la complicación de su litiasis. En la 2ª observación pudimos efectuar con todo éxito la sección del istmo y hacer la extracción del cálculo a través de una pielotomía anterior, con el resultado que se ha visto.

Tanto en las 2 observaciones anteriores de riñón en herradura simétrico como en los casos que acabamos de relatar, efectuamos el abordaje del riñón a través de una lumbotomía anatómica, vía de abordaje que nos parece permite una exteriorización suficiente del istmo, como para considerar innecesario recurrir a las incisiones transversales o anteriores.

Nos limitamos también a efectuar la sección del istmo entre dos ligaduras que hicimos pasando un catgut crómico por transfixión a través del istmo y haciendo la ligadura en la misma forma como se hace la de un saco herniario. Tampoco en este último caso tuvimos que lamentar complicaciones operatorias ni inmediatas ni alejadas.

La colocación previa de un clamp con el objeto de laminar el istmo, si bien puede hacerse en el caso de un istmo fibroso y aquí

sin ninguna ventaja real, no nos parece aconsejable en los casos habituales de istmos parenquimatosos, ya que tratándose de un parénquima como el renal muy friable, es lógico que la presión del clamp lo desgarré, como pudimos constatar en la primera observación que operamos y en que intentamos efectuar esta técnica. También pudimos comprobar en ese caso que la colocación de puntos separados de hemostasia, como hace Papin, es muy difícil, pues si la cápsula no es muy resistente, al ajustar el nudo ella se desgarrá. La ligadura en block nos parece en realidad el procedimiento más sencillo y exento de complicaciones, como lo hemos podido demostrar en los 4 casos intervenidos por nosotros con esta técnica.

DISCUSION

Dr. Minuzzi. — *Considero muy interesante la comunicación del doctor Ercole y quiero referir simplemente, que tengo 5 casos de riñones en herradura que van a ser materia de una publicación, siendo 3 de ellos litíásicos. Uno de ellos —un militar— tenía hematurias desde mucho tiempo atrás, donde hice el diagnóstico antes de la intervención, practicando, lo mismo que el doctor Ercole, una pielotomía anterior con una vascularización especial. Era una pelvis hidronefrótica y abrí un amplio campo para poder llegar a la pelvis sin lesionar los vasos, pudiendo entonces, realizar con toda facilidad, lo mismo que el doctor Ercole, una pielotomía anterior que anduvo bien.*

El otro caso —sumamente interesante— es el de un colega a quien veo por primera vez en mi época de estudiante. Me consulta porque había tenido un cólico intestinal —así se lo habían diagnosticado— que terminó con la expulsión de una pequeña arenilla. El diagnóstico entonces se corrigió. Se le practicó una radiografía donde se ven algunas pequeñas manchitas sobre columnas a las que no se dió importancia. Años después lo vuelvo a ver y constato que esas manchitas eran 40 ó 50. Hago un estudio completo y compruebo que estamos en presencia de un riñón en herradura con una hidronefrosis de la porción y con una litiasis oxálica múltiple. En la primera radiografía habían 50 ó 60 pequeños cálculos de oxalato de calcio.

Por supuesto, tratándose de un colega extremamos todas las medidas para precaverlo de la infección, pero desgraciadamente, hace una infección de la bolsa y nos plantea una situación difícil. Tuvi-
mos que cateterizar, dejar sonda en permanencia y con ese motivo le aconsejé al colega que consultara otras opiniones, pero desde ya le decía que ese riñón debía ser intervenido. Ya un riñón en herradura con una porción hidronefrótica, una litiasis y una infección planteaba una intervención. El colega se resistió. Hubieron opiniones encontradas pero posteriormente, el colega va a Europa y lo ve el maestro Marion y Lichtenberg. Los dos aconsejaron la intervención y se ofrecieron a practicarla; pero el colega todavía no aceptaba ese criterio y posiblemente cualquier día —esperemos que no sea pronto —nos veremos abocados a hacer una lumbotomía y a hacer un drenaje de su bolsa, porque la perinefritis imposibilitará todo acto quirúrgico de tipo radical.

Dr. Ercole. — No me queda sino agradecer la interesante contribución del doctor Minuzzi, y vuelvo a repetir que, en lo que se refiere a la complicación del riñón en herradura con litiasis, de los 7 casos que he tenido ocasión de estudiar, en 5 de ellos existía litiasis concomitante; en 2 nos encontramos con un riñón tan destruído que nos obligó a hacer nefrectomía y los otros dos son los casos que he presentado, en los cuales se hizo una operación conservadora.