

Serv. de Clínica Urológica del Hosp. Ramos Mejía.
Jefe: Profesor Dr. Alejandro Astraldi.

LUMBOTOMIA ANATOMICA

Por los Dres. F. E. GRIMALDI y R. A. RUBI

Este trabajo, que no puede presumir de originalidad alguna, significa sólo un aporte, al que presentara en esta misma Sociedad en el año 1937, el Dr. Ricardo Ercole (1), a su vez ampliación de otro de Cames y Ercole (2), trabajos ratificados por sendas exposiciones quirúrgicas que nos brindara el estudioso urólogo de Rosario.

Ya Surraco (3) en 1933, a propósito del problema del riñón descendido, aboga por el "abordaje anatómico-clínico del riñón", como él lo denomina, describiendo con amplio detalle "la región de la talla lumbar".

A su vez Rosenstein (4) en Río de Janeiro en 1935 (para no citar sino los trabajos más importantes aparecidos en la América latina), se ocupa de su incisión funcional para el acceso a la región renal, abogando por ella después de estar ampliamente satisfecho de su práctica, con la experiencia que le dan 11 años de su aplicación en 500 casos en que la utilizara.

Nosotros tenemos criterio formado al respecto, creyendo que la incisión anatómica con o sin resección costal, con o sin sección económica agregada de los oblicuos mayor o menor, satisface al cirujano con gran beneficio para el enfermo, en un porcentaje muy grande de las lumbotomías.

La hemos utilizado siguiendo la técnica de Ekehorn en pielolitomías, ureterolitomías lumbares, operaciones conservadoras sobre hidronefrosis, ptosis renal, nefrectomías por litiasis, tuberculosis, etc., cuyo resumen condensamos a continuación y en el que incluimos pacientes intervenidos en los Hospitales Ramos Mejía y Ferroviario, en la Asociación Española de S. M. de B. A., y de nuestra clientela privada:

1. Vaso anómalo.....	}	cuadro doloroso.....	1	
		hidronefrosis.....	2	
2. Litiasis renal.....	}	radical . nefrectomías.....	14	
		conservador ..	pielotomías.....	12
			„ a lo Surraco	1 (A)
		nefrostomía económica.....	1	
3. Litiasis ureteral lumbar	}	radical - nefrectomías.....	2	
		conservador - ureterotomías .	8	
4. Tuberculosis renal.....		nefrectomías.....	18 (B)	
5. Pionefrosis.....	}	nefrectomías.....	2	
		nefrostomía.....	1	
6. Tumor renal.....	}	maligno: nefrectomía.....	1 (C)	
		benigno: (9 serosos).....	5	
		tramátura. nefrectomía.....	1	
7. Hidronefrosis.....		mal alojamiento: plástica uretero-pébis.....	1	
8. Ptosis renal.....		nefropexia.....	3	
9. Perinefritis.....			4	

A) Se realizó una amplia piolocaliciotomía cómodamente.

B) En este número observamos: dos infecciones prolongadas (bacteriemia tuberculosa?), de evolución favorable y una poliserositis y una meningitis mortales.

C) Tumor encapsulado, en riñón de tamaño casi normal. En los tumores de cierto volumen preferimos siempre la lumbotomía transmuscular.

En total 75 casos intervenidos sin tropiezos ni inconvenientes imputables a la lumbotomía intermuscular.

Empero nos ha llamado la atención un hecho observado en varios casos de nefrectomías por tuberculosis: se trata de un cuadro febril, que se inicia al día siguiente del acto quirúrgico o pocos días después, mantenido alrededor de dos o tres semanas, sin que localización séptica alguna pueda ser observada. Con-

sideramos que estamos en presencia de una verdadera bacteriemia tuberculosa, que quizás puede explicarse por las maniobras que exige en algunas oportunidades la luxación del riñón. Este cuadro suele desaparecer al final de la 2ª ó 3ª semana, entrando luego todo en quicio sin consecuencias serias que lamentar en la mayoría de los casos, debiendo sin embargo confesar que en una oportunidad, a continuación del estado descrito, se instaló una poliserositis que terminó con la vida del enfermo.

Agreguemos que nuestra estadística presenta un caso de meningitis posterior a una nefrectomía por tuberculosis; complicación que apareció después de la 3ª semana de intervenido un enfermo que fué dado de alta a los diez días de operado con su herida en perfectas condiciones, en un período en el que el paciente concurría ya al consultorio para el tratamiento vesical.

Consideramos que sería prematuro atribuir en forma indiscutible esos hechos a esta manera de abordar el riñón, pero sí creemos, que es sensato comunicar a nuestros estimados colegas, observaciones de esta naturaleza, por si hubiera en ellos algo más que una simple coincidencia.

B I B L I O G R A F I A

- 1) *Ricardo Ercole*: Lumbotomía anatómica. La incisión de Ekehorn y sus posibilidades técnicas en cirugía renal. Rev. Arg. de Urol., 1937, pág. 345.
- 2) *Cames y Ercole*: La incisión de Ekehorn en cirugía, Rev. Méd. de Rosario, T. XXI, 1921, pág. 358.
- 3) *Surraco L. A.*: El problema del riñón descendido. Rev. Arg. de Urol., 1933, pág. 167.
- 4) *Rosenstein Paul*: Incisao Funcional ó acceso dos vms Anais do 1º Congr. Brasileiro de Urol., 1935, pág. 340.

DISCUSION:

Dr. Pagliere. — Cuando yo me iniciaba en la cirugía, era ayudante del distinguido maestro Nicolás Repetto. Recuerdo que una vez, al comenzar una intervención —se trataba de una apendicitis— lo hice con una amplia incisión. En esa oportunidad, el maestro me dijo que para ver bien en la profundidad, es necesario hacer una incisión larga. Probablemente, eso era un tanto empírico, pero también hacía notar que es necesario ver en profundidad lo que hay que ver, para lo que es indispensable disponer de un campo amplio.

Las lumbotomías anatómicas nunca dan el amplio campo que proporciona la sección muscular, la que se repara muy bien con buenas suturas.

De manera que, a mi juicio, dentro de la cirugía renal lo que interesa más es la cirugía del riñón y no la de la pared. Por ello, estimo que las lumbotomías amplias deben ser la base de toda cirugía renal que permita efectuar, con el mínimo de traumatismo, lo que interesa realmente en el órgano.

Dr. Rubi. — Todos estarán de acuerdo con el doctor Pagliere en que la lumbotomía transmuscular brinda un campo mucho más amplio que el que puede proporcionar la intermuscular, aun con el agregado de la resección costal y de la resección muscular por amplia que se haga.

Pero tenemos que hacer un pequeño reparo. En lo que respecta a la cirugía, estamos de acuerdo en que lo que interesa es el órgano y lo que se va a hacer sobre el órgano, pero sin descuidar el otro material plástico, que es el que nos va a permitir obtener una pared en buenas condiciones de cicatrización.

Hemos tenido oportunidad de observar operados nuestros y de otros cirujanos —distinguidos urólogos— con eventraciones de la pared, y es precisamente al ser designado, hace varios años, encargado de la Sección Urología del Hospital Ferroviario, que ante esa preocupación de la eventración postoperatoria, encontré la solución a través de exhibiciones quirúrgicas que vimos realizar en Rosario al doctor Ercole, que nos dieron la pauta del camino a seguir. En Rosario vimos operar al doctor Ercole en una forma magistral. Los que estuvieron en esa ciudad pudieron apreciar la habilidad del eximio cirujano rosarino. Una de las intervenciones, se trataba de una caliciotomía por un cálculo coraliforme, que se pudo realizar con entera libertad de acción, sin que pudiera objetar absolutamente nada en lo que respecta a la técnica de la exteriorización del riñón, realizándose la intervención sobre la vía excretoria fácilmente.

Ese viaje a Rosario fué para mí muy provechoso. Posteriormente, y en colaboración con el doctor Grimaldi, diversas experiencias nos permitieron ahondar ese género de abordaje al riñón y le puedo asegurar al doctor Pagliere que dentro de lo que modestamente hemos podido realizar, no hemos tenido, como lo hemos hecho constar en la comunicación, tropiezos que puedan ser imputables a la lumbotomía intermuscular, en lo que respecta a la técnica.

Reconozco hidalgamente lo que sostiene el doctor Pagliere, de que todos estarán de acuerdo en que la lumbotomía transmuscular nos brinda un campo mucho más amplio, sin que ello constituya un invalidamiento a un procedimiento operatorio que nos parece digno de toda consideración.