

Caso N° 6. — Enferma con síndrome doloroso izquierdo y en algunas ocasiones discretamente derechos. Su estudio (Figs. 10 y 11), comprueba tratarse de una ptosis izquierda con uronefrosis y una estrechez en nacimiento del ureter. Es operada pero reaparecen sus molestias al poco tiempo. Una nueva pielografía ascendente muestra pelvis aún más dilatada que antes de la intervención al igual que los cálices y la persistencia de la parte estrechada en el nacimiento del ureter y en inspiración y espiración poca movilidad de la glándula. Reoperada se observa que gran número de adherencias que se consiguen liberar con gran trabajo, mantenían el ureter fijado, cuya liberación al igual que la porción inicial del mismo —consiguen hacer evacuar la pelvis de su contenido— apareciendo contracciones rítmicas pieloureterales, por lo cual se decide conservar la glándula. La paciente curó de sus molestias.

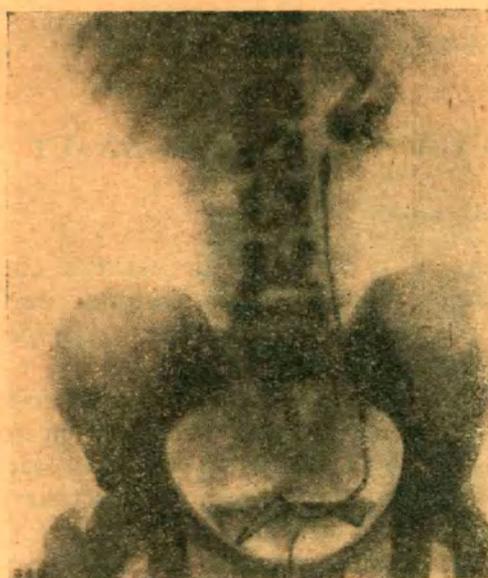


Figura 10

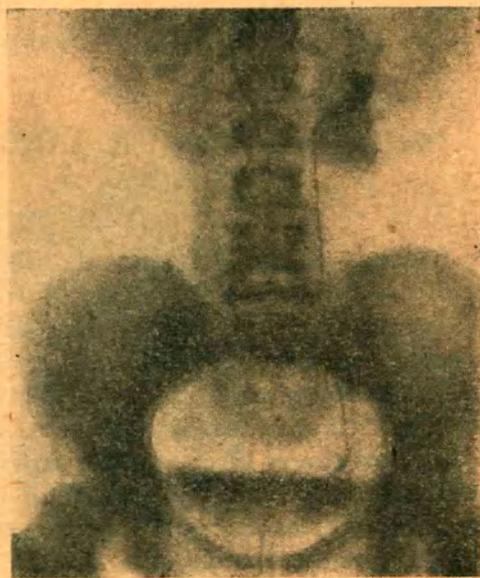


Figura 11

Sintetizando, diremos: que la nefroptosis dolorosa, cuando la intervención quirúrgica está bien indicada, cuando se efectuó una prolija liberación de la glándula y del uréter de vasos anormales, bridas, adherencias, etc., y se coloca el riñón en posición correcta, y en el punto óptimo que nos está dado por la pielografía ascendente en apnea y en inspiración y espiración, los resultados que de ella se obtienen son de indiscutible valor, y los fracasos observados por muchos cirujanos, se deben a que no se cumplen estos requisitos, y los casos que presentamos, confirman lo dicho anteriormente, pues los pacientes mal operados recibieron los beneficios de esta intervención cuando se cumplieron los principios antedichos.

NUESTRA EXPERIENCIA CON LA NEFROPEXIA SEGUN LA TECNICA DE RHEN

Por los Dres. RAUL E. SANDRO y AMILCÁR LOPEZ ANAUT

Muchos son los medios ideados para el tratamiento de esa tan común afección del aparato-urinario y así lo prueban las técnicas quirúrgicas de fijación descritas que ya pasan de 150 y que como corolario nos hacen pensar que no se ha hallado todavía el procedimiento ideal.

No hablaremos del tratamiento ortopédico, sino para decir que lo usamos únicamente en los casos en que el enfermo rechaza la intervención, o en aquellos que por graves afecciones de orden general, se contraíndique una operación. Únicamente deseamos anotar que en estos casos acostumbramos a efectuar urografías excretorias en posición horizontal y en vertical con el soporte colocado para comprobar de esta manera su eficacia como medio de sostén o sino para corregir su defecto de aplicación.

Creemos pues que la corrección de la posición viciosa por descenso del riñón en cualquiera de sus grados debe realizarse quirúrgicamente y así nació la nefropexia que es la operación destinada a fijar sólidamente lo más normalmente posible el riñón patológicamente móvil y liberarlo de las adherencias congénitas anormales o neoformadas.

Muchos autores entre ellos Albarrán han sostenido que no es posible fijar el riñón en posición normal, pues todas las técnicas aunque lo fijan en posición alta, no es tan alta como debe ser normalmente.

Más adelante veremos que con el procedimiento de Rhen creemos se llega a fijar el riñón en posición óptima.

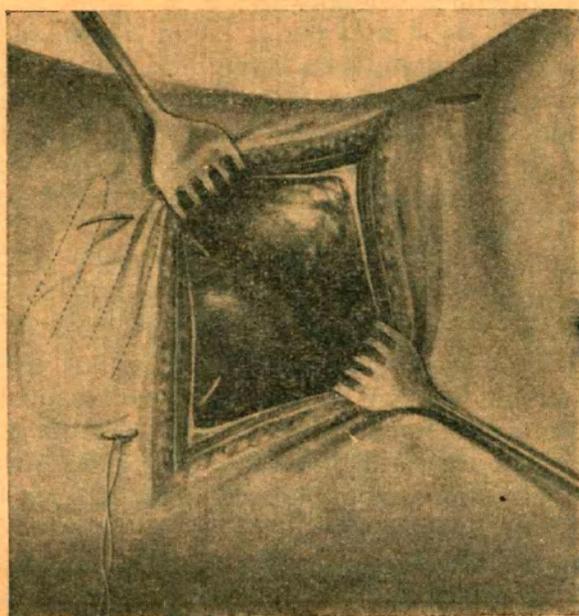
Las más diversas e ingeniosas técnicas que se han ideado para fijación del riñón son más o menos eficaces en las distintas manos de quienes la ejecuta, pero hemos ensayado algunas de ellas y luego de varios años de experiencia creemos haber obtenido con la técnica de Rhen con la cual tenemos un número elevado de casos que alcanzan a más de 1.000 el procedimiento de elección por su sencillez y sobre todo por el extraordinario éxito en el post operatorio inmediato y alejado.

Permítasenos que hablemos con este entusiasmo de ella, porque no sólo la hemos aplicado en el tratamiento de las nefroptosis simple, sino también en todas aquellas intervenciones quirúrgicas sobre el riñón, donde se ha tenido que liberar al mismo de su cápsula adiposa y de sus adherencias, ya sean en las pielotomías, nefrostomías, urecterotomías, hidronefrosis por brida o vaso po-

lar, y en general en todos los casos de cirugía renal conservadora; de ahí el elevado número de pepsias que parecería en principio exagerada. Nosotros en el Instituto de Clínica Urológica del Policlínico Durand y también en el Instituto Médico Naval de Buenos Aires efectuamos sistemáticamente en todas esas intervenciones quirúrgicas la nefropexia a lo Rehn.

Por la distancia que separan la realización de estas jornadas urológicas de nuestros centros de trabajo, no traemos el abundante material radiográfico que prueban nuestras afirmaciones, pero que están en nuestros archivos a disposición de quienes quieran abondar su estudio.

Para la técnica de Rehn utilizamos la vía de abordaje con incisión lumbar clásica de piel y planos subsiguientes llegando por vía retroperitoneal a la



celda perirrenal, la que abrimos y liberamos al riñón de su cápsula adiposa, de sus adherencias fibroconjuntivas y de su perinefritis esclerolipomatosa que frecuentemente lo acompañan. Liberado así completamente el riñón con una aguja grande de gran curvatura tipo colchonero de 12 cms. de largo ideada por el doctor Figueroa Alcorta, cargada con seda gruesa N^o 6, se pasa por transfixión el polo inferior del riñón, luego de pasar la aguja atravesando toda la pared costal desde la piel y planos musculares, inmediatamente por debajo de la duodécima costilla o de la undécima si la anterior es demasiado corta, para volver a atravesar todos los planos, ahora de adentro hacia afuera, pasando esta vez por encima de la duodécima costilla o de la undécima, respectivamente. Los extremos de la seda se anudan sobre una gasa doblada, para evitar que la seda corte la piel.

Este punto de fijación renal único se deja, según Rehn, dos o tres semanas. Nosotros los retiramos entre los 12 y 14 días, habiendo comprobado experimentalmente con conejos que al cuarto o quinto día ya existen adherencias bastante firmes entre la pared costal y el riñón.

Hay que tener la precaución durante el acto quirúrgico de observar hasta dónde radiográficamente se extiende el cáliz inferior y el espesor del parénquima renal que existe hasta su foco inferior, para de esta manera no herir la vía excretoria, aunque debemos confesar que en dos ocasiones que tuvimos ese accidente no nos reportó ningún inconveniente serio ya que después de haber sacado el punto de fijación y de tres días de un ligero rezumamiento de orina por la herida, cerró definitivamente.

Debemos también dejar constancia que en experiencias realizadas en nuestro Instituto conjuntamente con el doctor Dell'Oro Serra, de Chile, sobre 60 conejos en los cuales se efectuó la transfixión renal, en muchos de ellos a las 48 horas ya es posible demostrar que existen sinequias firmes que fijan el riñón a la pared costal; los preparados de estas experiencias los tenemos en nuestro Museo de Anatomía Patológica.

En cuanto al trayecto de la seda por el riñón examinado histológicamente se comprueba solamente un granuloma extendido en la línea de paso. Edmond Papin en su *Chirurgie du Rein*, al hablar de nefropexias, admite que se ha criticado el método de la transfixión renal pues la seda puede provocar zonas de esclerosis y reconoce que dicha esclerosis no se puede negar, aunque ella es muy limitada y ciertamente mucho menor a aquella que provoca a la superficie del riñón la descortización.

Para terminar diremos que con la técnica descripta y con el elevado número de enfermos operados seguidos con urografías excretorias de comprobación durante meses y otros hasta diez años, hemos tenido la suerte de no tener hasta hoy que lamentar ni un solo caso de recidiva. Algunos enfermos han tenido que volver a ser intervenidos por litiasis renal recidivante después de ocho o diez años de la primera intervención en la que se había efectuado la nefropexia a lo Rhen, encontrando en dichos casos al órgano fuertemente adherido a la pared costal, en forma tal que su liberación se hacía a costa de pequeños desgarros del parénquima mismo.

Agreguemos que la vascularización con el polo superior hacia adentro y la rotación del polo inferior hacia afuera que se produce por medio de esta técnica, lo coloca al riñón en las mejores condiciones de dinámica fisiológica.

Hemos traído a esta Sociedad como anticipo a los trabajos experimentales realizados en el Instituto por el Profesor Figueroa Alcorta, y que serán motivo de una publicación exhaustiva sobre el tema, por el éxito que este procedimiento nos ha proporcionado y porque a nuestro entender es actualmente uno de los mejores métodos quirúrgicos para tratar la nefroptosis.
