

EL PROBLEMA DEL RIÑON DESCENDIDO

Por el Prof. LUIS A SURRECO

Prof. de Clínica Urinaria de la Facultad de Medicina de Montevideo (Uruguay)

X Toda intervención renal puede y debe ser realizada por vía lumbar, postulado operatorio que surge como consecuencia de la verdad clínica que toma a esa región como centro de exploración. X

X El riñón es, sobre todo, un órgano del hipocondrio, y su abordaje clínico u operatorio debe ser mediato ya que existen paredes óseas que se oponen a su exploración por vía directa. X

X La aparición del riñón en el flanco es la expresión de un fenómeno patológico ligado al aumento del órgano o a su descenso y es sólo entonces que la palpación o la intervención permitirán tener la mayor parte o la totalidad del órgano directamente bajo nuestra mano. X

X En uno u otro caso la vía lumbar será el camino lógico de abordaje. Vía de exploración indirecta cuando el riñón ocupa su situación normal en posición torácico-abdominal; es la vía que se impone cuando aumentado de volumen o descendido ha pasado a ocupar total o parcialmente la región en posición de órgano abdominal.

Anatómicamente la región lumbar es la única vía lógica de abordaje. Por eso es que desde el punto de vista en que nos colocamos no se pueden considerar racionales las vías indirectas que partiendo de regiones vecinas siguen trayectos largos para tomar contacto con la logia visceral; y en ese sentido debe colocarse un interrogante sobre las incisiones abdominales anteriores, laterales o transversas,

o, lo que es peor, en la que siguiendo trayecto tóraco-abdominal, desplazan la noción de orientación intangible en el terreno anatómico-clínico.

El abordaje anatomoclínico

El abordaje anatomoclínico exige contemplar las nociones:

- a) Exposición del campo operatorio.
- b) Intervención parietal poco chocante.
- c) Obtención de buena cicatriz.
- d) Conservación de la sensibilidad y tonicidad parietal.

La primera consideración, la mejor exposición del campo operatorio, está condicionada por todas las otras, que son las directrices del problema del abordaje operatorio.

Hoy no es solamente en el terreno anatómico que debe resolverse el problema del abordaje: no es la más grande, la más amplia, la más caprichosa incisión la de mejores resultados, porque si bien ella favorece la acción del operador, podrá ser para el enfermo de pesadas consecuencias.

El concepto fisiológico se opone en todo momento para imponer el respeto de todos los elementos vitales que componen el plano de recubrimiento como medio de impedir las complicaciones de las incisiones generosas.

El concepto actual de la incisión suficiente debe oponerse a las que simplemente ofrecen mayor campo de exposición, y será mejor la incisión que contemple las condiciones a que hicimos referencia.

La incisión parietal debe significar un acto poco chocante, no debiendo olvidarse a ese efecto que la masa de los músculos oblicuos (y sobre todo la gruesa masa del oblicuo mayor) al ser seccionada ofrecerá, por la riqueza de su irrigación, por el espesor de sus haces carnosos, y por el medio de infección en que se realiza la intervención, una situación favorable al shock traumático en los primeros momentos y posteriormente a la eventración.

Por otra parte, evitando el corte de los músculos se impedirán al mismo tiempo las secciones nerviosas, circunstancia que contribuirá a mantener la inervación, tonicidad y resistencia parietal.

LA REGION DE LA TALLA LUMBAR

El gran dorsal (cubierta o tapa de la región)

Existe dentro del cuadrante costo-lombo-iliaco, una zona de menor resistencia que en el terreno clínico permite la exploración de la fosa lumbar y en el terreno operatorio el camino natural del abordaje.

Dos grandes masas musculares se apoyan en el marco óseo de la región: atrás, la poderosa masa sacro-lumbar; adelante, el conjunto de los músculos oblicuos del abdomen: su separación arriba hacia el plano costal, deja entre ellos un espacio débil cuyo fondo está cerrado por la aponeurosis del músculo transverso del abdomen.

Sobre esta gotera músculo-aponeurótica, y en un plano completamente distinto, haciendo el oficio de manto de recubrimiento se extiende la poderosa formación del gran dorsal que cruza en banda nuestra región, dejando oculto bajo sus haces musculares todo el espacio débil señalado y las formaciones músculo-aponeuróticas que lo determinan. Es decir, que al recubrir la zona débil cubre completamente el gran oblicuo cuyas fibras corren en sentido contrario a ocultarse bajo su borde.

Es por lo tanto una formación situada en un plano independiente, completamente exterior al gran oblicuo (y nunca en el mismo plano como lo indican los clásicos); constituyendo por situación y por su función protectora algo así como la cubierta o tapa de la región.

Levantado el grueso borde del gran dorsal y con el toda su masa muscular, se descubre el espacio débil señalado, constituido:

En su plano superficial formando los bordes de acceso a la gotera:

a) Adelante por el grueso borde del gran oblicuo del abdomen cuyas fibras dirigidas oblicuamente hacia arriba y atrás (dirección cruzada con el gran dorsal) terminan en la 10ª o 12ª costilla, según la longitud de esta última, o según la expansión de los haces posteriores del músculo.

b) Atrás un límite de resistencia aponeurótica constituido por la unión de la aponeurosis del gran dorsal al tendón aponeurótico del transverso (detrás de esa unión aponeurótica, suficientemente potente para dar límite a la región, se oculta la masa sacrolumbar).

En un plano profundo, constituyendo el fondo del espacio de la talla:

a) Una zona superior muy resistente — región de Henle, — constituida por el fuerte ligamento de Henle y el músculo pequeño serrato que lo cubre.

b) Una zona inferior, en tensión, constituida por el músculo pequeño oblicuo (aponeurótico y muscular a este nivel) que en su trayecto adelante y arriba se pierde bajo el gran oblicuo cuyas fibras cruza. Es el músculo tensor por excelencia de la pared lateral.

c) Una zona intermedia representada por el tendón aponeurótico del músculo transverso. Zona de débil resistencia, cuya única protección la constituye el gran dorsal.

Los clásicos presentan esta región como constituida por tres planos, que agrupan con criterio simplista:

a) Primer plano: gran dorsal y gran oblicuo.

b) Segundo plano: pequeño oblicuo y pequeño serrato.

c) Tercer plano: transverso y masa común.

Y colocan entre ellos el espacio débil de Luscka-Grinfeld, cuyos contornos serían:

a) Arriba, pequeño serrato y 12ª costilla;

b) Adentro, masa común.

c) Abajo y afuera, pequeño oblicuo.

Y agruparían así un conjunto de planos musculares y espacios libres de concepción ideológica, que no responden a realidades operatorias.

En el terreno anatómico-quirúrgico la realidad la determina la existencia de una gotera de menor resistencia (gotera de la talla lumbar), situada entre los gruesos pilares musculares representados por masa común atrás, y últimos haces del gran oblicuo, adelante, cuya cubierta está representada por el músculo gran dorsal, y cuyo

fondo lo representan las tres zonas superpuestas de arriba a abajo. (Zona de resistencia de Henle, zona intermedia (aponeurosis transversa), zona inferior (pequeño oblicuo).

La realidad anatómo-quirúrgica, al comprobar la existencia de la zona débil que llamamos **espacio de la talla lumbar**, nos pone de manifiesto determinadas situaciones:

1º El borde del gran dorsal es el punto de referencia que debemos buscar para tener acceso a la zona de la talla lumbar; la dirección de sus fibras corriendo oblicuamente al gran oblicuo, lo cruza, lo cubre y lo oculta.

2º El manto aponeurótico muscular del gran dorsal es la única protección que tiene la región. Cuando es ancho y bien desarrollado, hace difícil la palpación de la fosa lumbar y el acceso operatorio a la profundidad; en los casos de pobre desarrollo como no es raro observar, en mujeres, puede dejar casi al descubierto el espacio de la talla, poniendo entonces en evidencia la debilidad de la región.

3º El músculo gran oblicuo del abdomen, por sus fuertes y gruesos haces posteriores, representa el labio y el lado anterior de la gotera de talla. El mayor o menor desarrollo de sus haces posteriores determinan la amplitud de la gotera débil, y representa virtualmente el mayor obstáculo que el abordaje encuentra para llegar a la profundidad.

4º Las tres zonas que constituyen el piso de la región tienen como características:

- a) La zona de Henle es la región de defensa de la logia lumbar.
- b) La zona intermedia es más débil.
- c) La zona inferior está protegida por el músculo pequeño oblicuo, cuyo rol fundamental es de tensión de la pared lateral.

Sus fibras se cruzan en ángulo a las del gran oblicuo, y al solidarizarse con ellas, atraen hacia la masa común sus haces posteriores, contribuyendo a estrechar la gotera de la talla. Hemos dicho que es el músculo tensor por excelencia de la pared lateral; y a ese rol se deberá: que su sección en el acto operatorio facilite la separación del gran oblicuo, y que su conservación facilite la obtención de una pared ideal.

.....

5° Todavía quedaría por considerar la inervación e irrigación de la región como elementos a tener en cuenta en la elección del trayecto de incisión.

Dirigidas en bandas tangentes a la pared lumbar, la inervación como la irrigación, siguen trayectos comunes agrupándose en dos grandes territorios que bordean el espacio de la talla.

Dos troncos nerviosos y dos plexos vasculares accionan fundamentalmente en la región:

a) Sobre el labio muscular anterior el 12° intercostal y su plexo vascular.

b) Sobre el labio muscular posterior, el abdómino-genital y su plexo vascular. Representan dos bandas de inervación superpuestas en la región infraumbilical ligadas a la funcionalidad de la pared y que, por lo tanto, deben respetarse en las incisiones de abordaje.

EL ABORDAJE LUMBAR

La incisión cutánea

(Lámina 1)

Colocado el enfermo en posición operatoria, la palpación mostrará:

a) Atrás, la saliente de la masa común.

b) Adelante, la cuerda tensa de los dos últimos haces del gran oblicuo.

c) Hacia la mitad de la región la saliente del borde del gran dorsal, limitando inferiormente una región depresible que en la profundidad corresponde a la gotera de talla.

d) En la parte superior e interna de esa región (costolumbar), una zona de gran resistencia que corresponde a la zona del ligamento de Henle.

Esa zona es la verdadera y eficaz protección de la región renal; allí debe empezar la incisión de abordaje cuya dirección será hacia el tubérculo mediano de la cresta ilíaca con inclinación variable según la altura del espacio costoilíaco. Permitirá caer directamente

sobre la gotera de la falla y separará en la superficie la invasión que corresponde a los pares dorsales, que correrán bajo su labio superior de los pares lumbares que lo harán en el labio contrario.

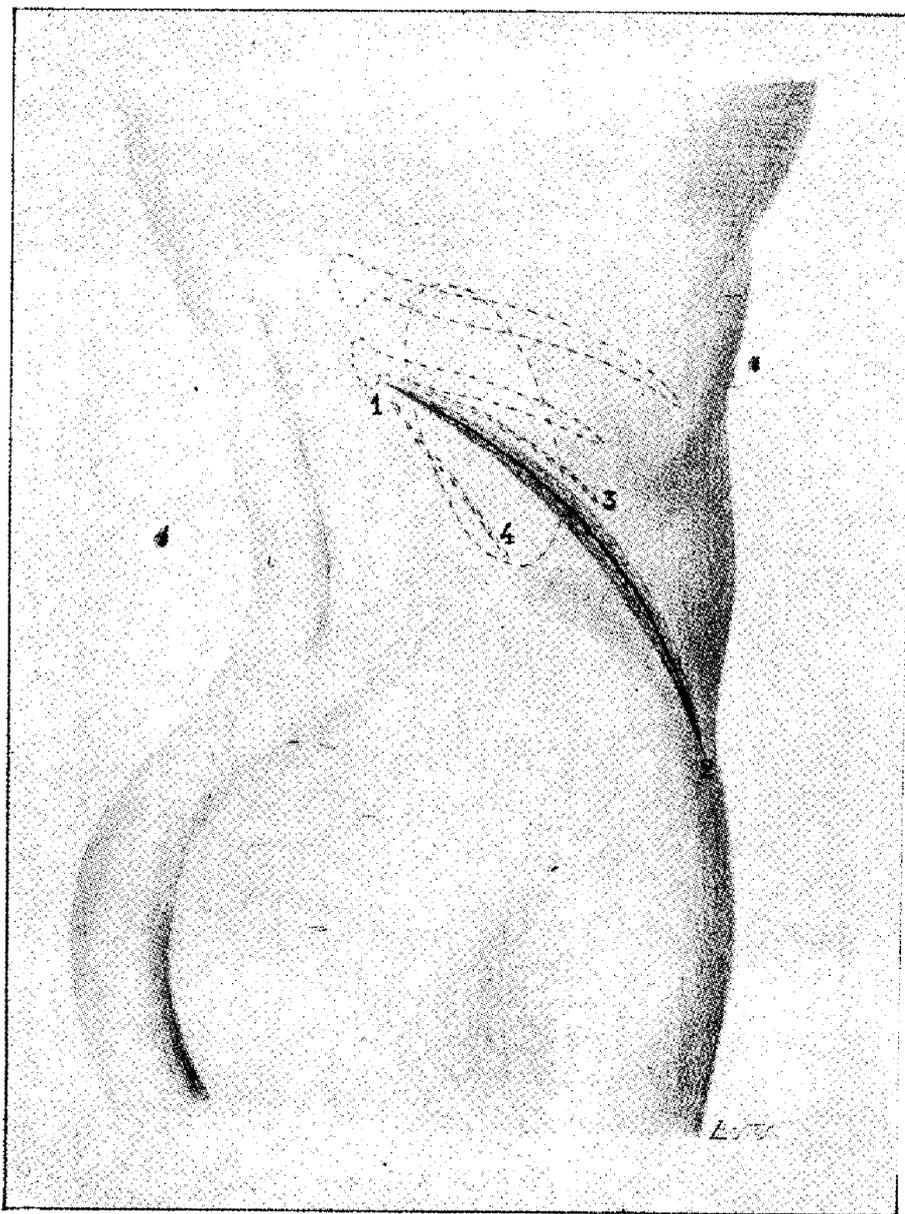


Lámina 1. — Incisión cutánea de abordaje lumbar.

1. De la región de Henle al tubérculo mediano de la cresta iliaca (2)
3. Dirección del XII nervio intercostal.
4. Dirección del nervio abdómino-genital.

Levantamiento de la tapa de la región. — El borde del gran dorsal Punto de referencia

(Lámina 2)

La descubierta del borde del gran dorsal representa la maniobra importante de este segundo tiempo.

La dirección de sus fibras opuestas a las del gran oblicuo las ponen de manifiesto. Si se quisiera todavía facilitar ese detalle bastaría levantar hacia la cabeza del enfermo el brazo del lado operado, y la cuerda del dorsal se haría evidente.

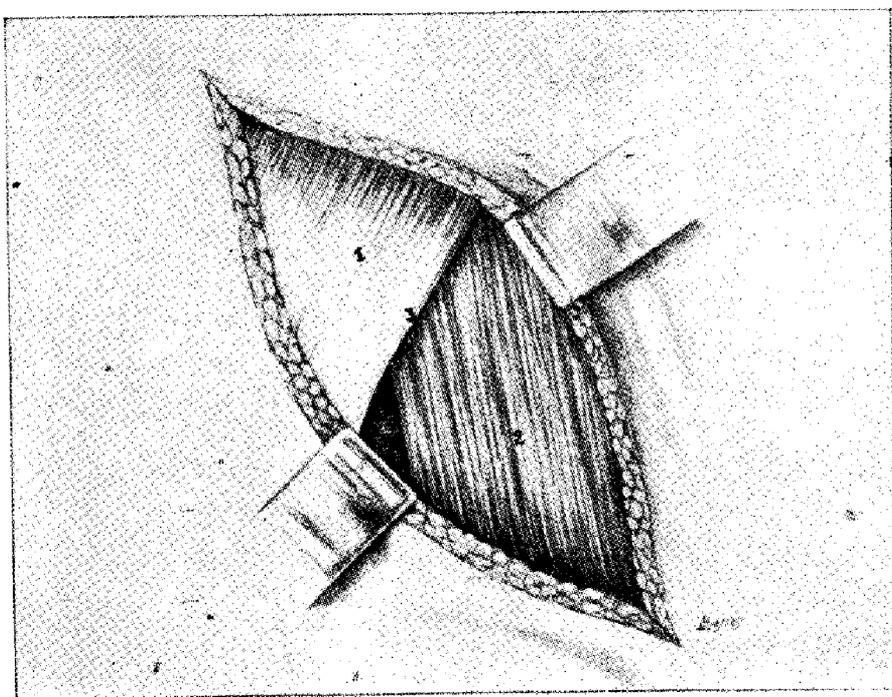


Lámina 2.

1. Plano muscular de recubrimiento. (Gran dorsal). Tapa de la región.
2. Músculo gran oblicuo.
3. Borde del gran dorsal. (Punto de referencia).

Cortando la aponeurosis de envoltura sobre ese borde se le libera lo más alto posible, hasta el plano costal, con lo que se facilita la maniobra complementaria de este tiempo: el levantamiento del plano muscular del gran dorsal que constituye la tapa de la región. Realizado esto, el espacio de la tala queda en descubierto.

El espacio de la talla

(Lámina 3)

El espacio de la talla puesto al descubierto mostrará:

a) Adelante, la saliente del gran oblicuo, cuyas dos últimas musculosas digitaciones, en gran tensión, marcan la entrada a la región.

b) Atrás, aponeurosis del gran dorsal en la zona en que toma contacto con el tendón aponeurótico del transverso.

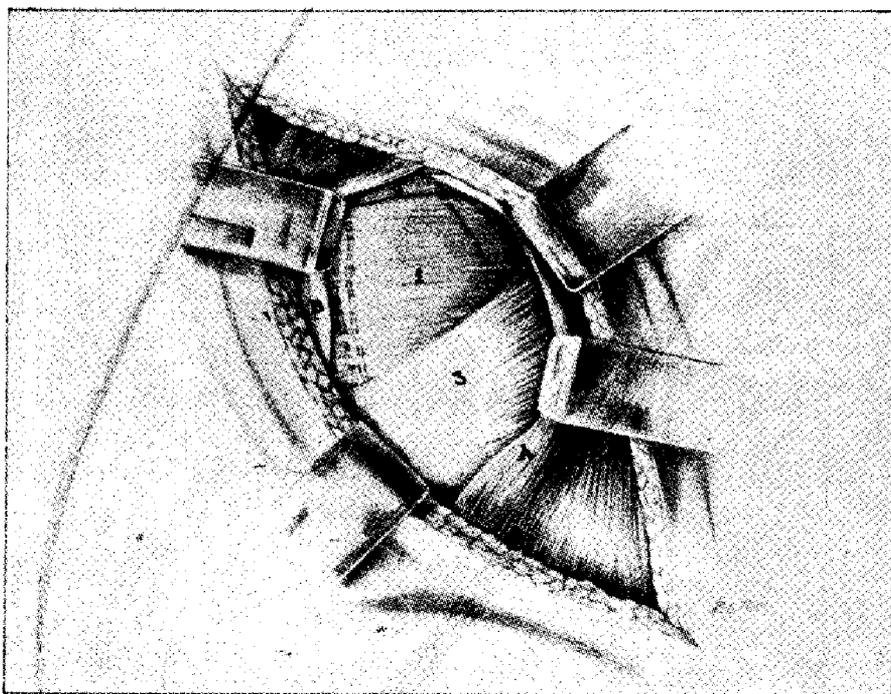


Lámina 3. — Región de la talla lumbar.

- A. Borde anterior (músculo gran oblicuo).
- B. Borde posterior (aponeurosis del gran dorsal).
- 1. Zona intermedia (aponeurosis del transverso).
- 2. Zona de Henle (ligamento Henle y pequeño serrato).
- 3. Zona de tensión. (Pequeño oblicuo).

Se reclina el gran oblicuo hacia adelante y abajo, debiendo liberar su borde en toda su extensión desde el plano costal hasta la cresta ilíaca. **Es innecesario en cualquier caso seccionar las fibras carnosas de este potente músculo.**

Se reclina el gran dorsal hacia arriba y atrás, pudiendo seccionarlo en pequeña extensión cuando se tratare de un músculo muy potente o muy ancho.

Con estas maniobras se abre el espacio de la talla y se pone al descubierto el piso de la región que es necesario seccionar para entrar en la logia lumbar.

EL ABORDAJE DE LA LOGIA LUMBAR

Las tres zonas: zona de resistencia o de Henle; zona débil o de Luscka Grinfeld: zona de tensión o del pequeño oblicuo.

(Láminas 4, 5 y 6)

El fondo del espacio de la talla tiene tres zonas perfectamente limitadas y de función determinada en la fisiología de la pared:

1º Arriba una zona resistente formada por el potente ligamento de Henle, que recubren las fibras musculares del pequeño serrato. Mantiene inmovilizada la última costilla, constituyendo la región más firme, más resistente y mejor protegida de la logia lumbar. Se encuentra allí el mayor obstáculo a la palpación del polo renal.

Por eso debe evitarse el seccionarlo si se quisiera conservar a este nivel una defensa de la logia renal.

Al considerar el tratamiento del riñón descendido, esta premisa debe orientar todo el problema de la fijación.

2º Abajo una zona en tensión representada por el pequeño oblicuo (músculo aponeurótico a este nivel) que cruza en banda la región, yendo a perderse bajo el gran oblicuo.

Protege el piso de la talla, en grado variable según el desarrollo de su masa muscular y tiene el rol fundamental de solidarizar su acción al gran oblicuo, cuyas últimas diigtações atrae hacia atrás, contribuyendo a estrechar los labios del espacio de la talla.

Es el músculo tensor por excelencia de la pared y su sección, permitiendo la inmediata separación del gran oblicuo, da una brecha operatoria grande, pero constituye al mismo tiempo, esa sección, una complicación en la reconstitución de la pared.

Seccionado, huye inmediatamente, perdiéndose bajo el gran oblicuo a gran distancia del borde operatorio, y en el momento del cierre, si no se le trae especialmente, quitará al plano profundo el principal elemento de resistencia y de tensión, debilitando la pared del flanco.

3° Una zona intermedia (fondo del espacio de Luscka Grinfeld) representado por la aponeurosis del músculo transverso. Es la parte más débil del piso de la talla y sobre ella se traza la incisión de abordaje a la logia lumbar.

La incisión.—Su longitud.—Incisión simple.—Incisión ensanchada.

(Lámina 4)

El trayecto de la incisión seguirá la línea media de este último espacio débil. Dejará de esa manera, bajo cada labio de la incisión, la inervación fundamental de la región, el 12° intercostal bajo el labio anterior y el abdómino-genital bajo el labio posterior.

De esta manera se evitarán los inconvenientes ocasionados por trayectos distintos:

a) Si la incisión se hiciera muy adelante bajo el labio muscular anterior se caería sobre el 12° intercostal y sus plexos vasculares que serían fácilmente seccionados o caerían en la sutura en el momento del cierre parietal. Algias muy molestas serían su consecuencia.

b) Si la sección se llevara muy hacia el labio muscular posterior, pasaría igual cosa con el abdómino-genital y sus plexos vasculares, y resultaría, además, otra complicación importante sobre la cual se debe insistir por haber sido olvidada por los clásicos: **la abertura de la logia aponeurótica del cuadrado lumbar y la abertura de la logia aponeurótica de los músculos sacrolumbares.**

La comunicación de estas logias (sobre todo la de la masa sacrolumbar) con el campo operatorio, especialmente en intervenciones sépticas, son motivo de infiltraciones serosas, serohemáticas, supuración persistente y fístulas rebeldes, cuyos orígenes son mal interpretados y que complican el cierre de las heridas. La lámina 5, II, muestra la integridad de las dos logias.

En los casos generales y sobre todo tratándose de intervenciones por riñón descendido (nefropexia) en que es necesario conservar la integridad anatómo-fisiológica de la pared, la incisión sobre la zona intermedia será suficiente; abarcar en longitud esa porción descubierta de la aponeurosis del transverso (fondo del espacio de Luschka Grinfeld), y una ligera presión ejercida por los dedos sobre cada uno de sus extremos separará sus labios dando la ampliación necesaria al campo operatorio.

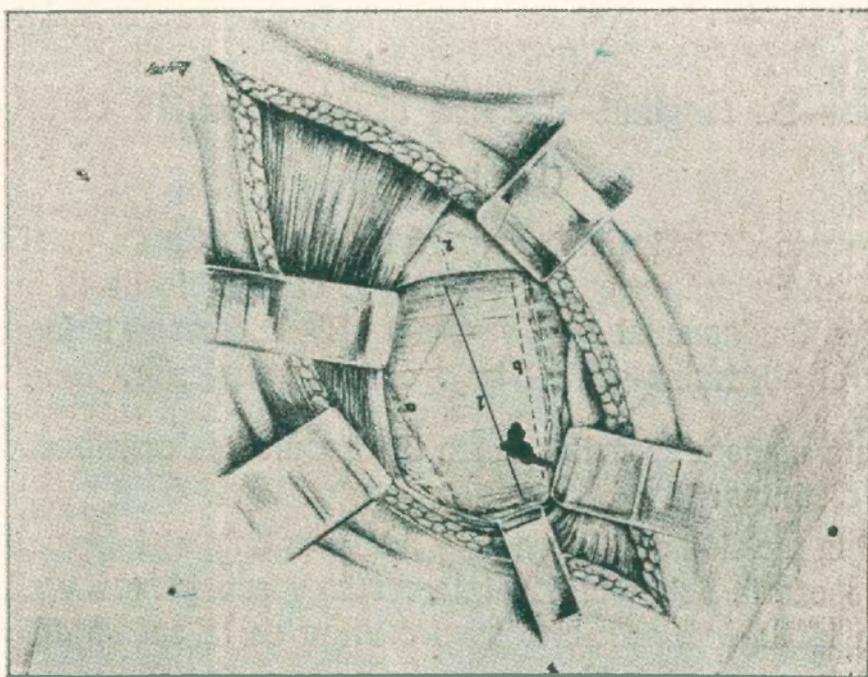


Lámina 4. — Incisión profunda de abordaje.

1. Incisión simple.
 - a. Nervio XII intercostal.
 - b. Nervio abdómino-genital.
2. Incisión ensanchada. (Pequeño oblicuo).

Cuando por razones de volumen de la tumefacción o complicaciones operatorias se necesitare un acceso más amplio, se recurrirá a la incisión ensanchada, cuyas directrices son:

a) Se prolongará abajo, sobre el pequeño oblicuo (lámina 4, línea punteada), cortando sus fibras superiores y seccionando lo más posible hacia atrás, para tomar la región aponeurótica. En general, da amplitud suficiente. Si se quisiera un acceso más amplio se iría

a la sección total del pequeño oblicuo. En todo caso, se deberá evitar, por las razones ya expuestas, la sección de los haces posteriores del gran oblicuo.

b) Hacia arriba, sobre la zona de Henle, seccionando el ligamento en su base, junto con el músculo pequeño serrato o después de haber sido éste reclinado en la misma valva del gran dorsal.

Cortando el ligamento, se abrirá la logia de Henle, por movilización del arco costal, lo que dará acceso directo a la gran zona diafragmática de la logia lumbar.

Esta maniobra de sección del ligamento de Henle deberá ser formalmente evitada en las intervenciones por riñón descendido (nefropexia). Se empleará en estos casos, si fuere necesario, exclusivamente, el ensanche hacia abajo, conservando en toda su integridad la zona de Henle por las razones que fundamentarán el capítulo siguiente.

La incisión simple sobre la zona intermedia es suficiente para los casos de la clínica corriente; el ensanche parcial o total en la forma indicada dará luz suficiente, y amplísima, siendo innecesarias, en vista exclusiva de facilidades para el operador, y teniendo en cuenta puramente un criterio anatómico, las incisiones generosas.

LA NEFROPEXIA

La nefropexia tiene un doble propósito: levantar el riñón y corregir su movilidad.

Para realizar ese programa deberán tenerse en cuenta los elementos a que stán subordinadas las alteraciones funcionales del órgano:

1º El riñón anatómico.

2º El riñón fisiológico.

1º El riñón anatómico.

La topografía del riñón pone de manifiesto tres sistemas:

a) El sistema de la logia lumbar (pararrenal).

b) El sistema de la logia renal.

c) El sistema del espacio perirrenal (intrasacular).

A) Sistema de la logia lumbar (pararrenal).

Fosa excavada, cuya pared limitante externa acabamos de describir, tiene tres zonas de caracteres diferentes.

Arriba, la zona o logia diafragmática, **zona móvil**, que sigue la oscilación respiratoria, constituida a expensas del pilar externo del diafragma y su unión con el medio y que tiene una región débil al nivel del hiato costolumbar.

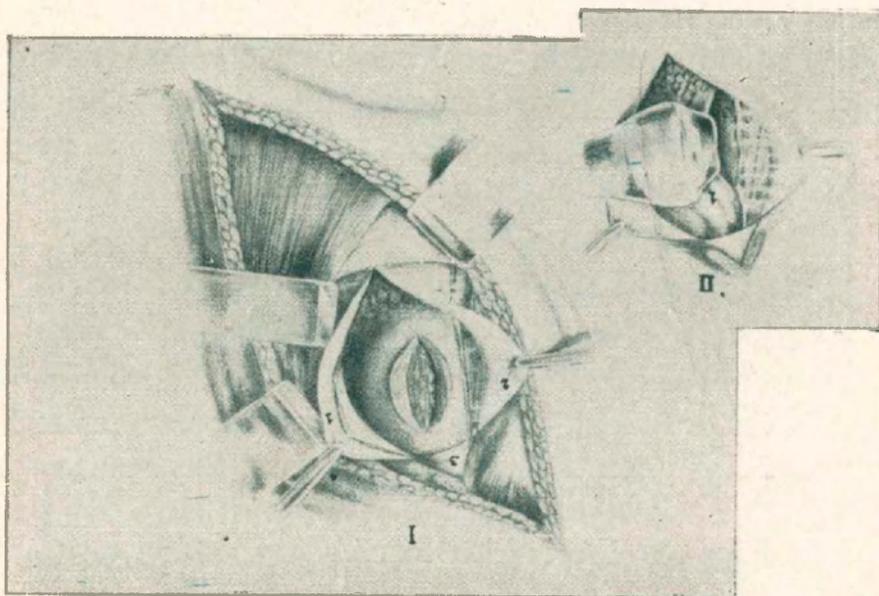


Lámina 5

I. Logia lumbar. Incisión de la logia renal.

1-2. Labios aponeuróticos de la zona intermedia (aponeurosis transversa).

3. Zona de Henle.

a. Logia cerrada del cuadrado lumbar.

b. Logia cerrada de la masa sacro-

lumbar.

II. Logia lumbar separada de la logia renal.

1. Logia renal.

2. Logia cerrada de la masa sacro-lumbar.

3-3' Logia cerrada del cuadrado lumbar.

Sobre esa zona apoyan los 2/3 del riñón normal.

Abajo una zona constituida a expensas del músculo cuadrado lumbar, músculo fundamental de la logia lumbar cuyo borde externo sirve de referencia al entrar en la región.

Esta zona está protegida en su costado interno del lado del psoas; pero en su porción externa entra en relación con la parte débil, depresible y poco defendida del espacio de la talla.

En el medio la logia de Henle, logia excavada formada arriba por el ligamento cintrado, abajo por la gotera externa del cuadrado lumbar y la aponeurosis del transverso.

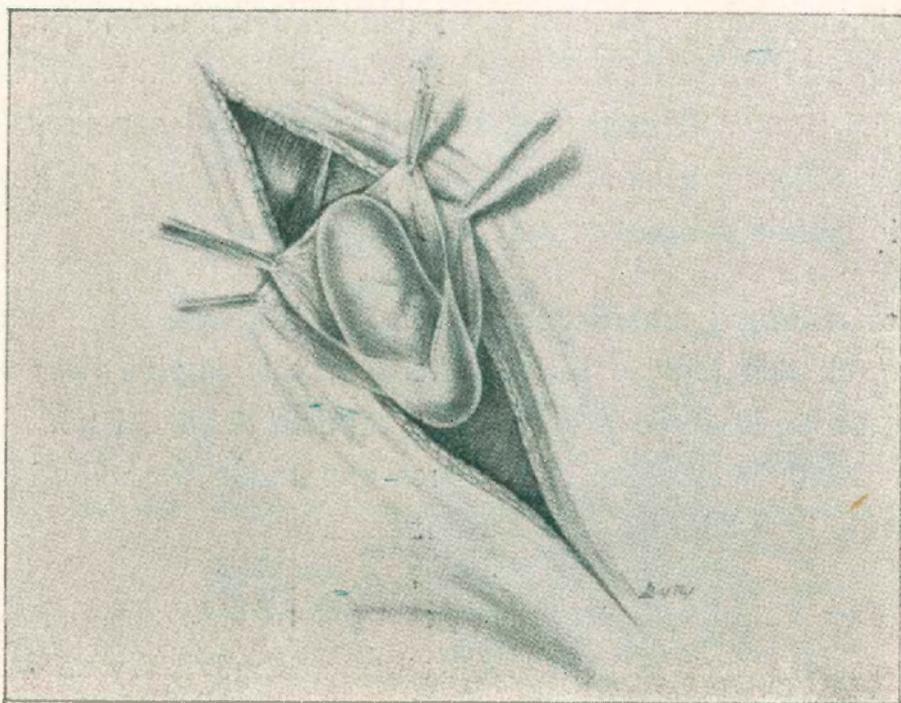


Lámina 6.
Nefropexia. — Decapsulación renal.

La zona de Henle, con su potente ligamento y la 12ª o las dos últimas costillas, le sirve de apoyo. Contribuye, por esa relación, a cimentar la logia de Henle en una región muy protegida y poco móvil. Sobre ella apoyaremos el polo renal en nuestro procedimiento de fijación.

B) Sistema de la logia renal.

Constituída por formaciones conjuntivas, sobre cuyo origen se sigue discutiendo, las llamadas hojas pre y retrorrenal, forman **un saco virtualmente cerrado.**

Descansa sobre la logia lumbar con la cual mantiene íntimas e invariables relaciones, cualquiera fuera la movilidad del riñón. **Es solamente en los casos de riñón ectópico congénito, que ambas logias han perdido sus relaciones.**

La hoja posterior o retrorrenal tiene íntimas relaciones con el diafragma a la altura de sus pilares y de los ligamentos cintrados y arcada del psoas. **Sirve de sostén a la cúpula del saco renal.** Más abajo, su adherencia es mayor con la vaina del cuadrado lumbar y psoas, formando relaciones muy difíciles de destruir.

Formación muy resistente, esta hoja retrorrenal fija, por su adherencia, el saco renal o la logia lumbar, y le impide desplazarse; por otra parte, sirve de protección al espacio débil del hiato costolumbar; debido a ello las colecciones supuradas de la logia renal, difícilmente invaden el seno diafragmático.

La hoja anterior del saco, llamada prerrenal, tiene, por lo contrario, relaciones con el peritoneo de órganos móviles y se desplaza con ellos.

Solamente, por lo tanto, a expensas de su cara anterior es que el saco renal puede tener relativa movilidad.

Estas láminas en continuidad arriba, afuera y abajo, y en contigüidad adentro, constituyen, en el terreno anatómico-quirúrgico, un saco virtualmente cerrado por todos lados, y que se continúa con la vaina del uréter.

Vacuna antigonococcica del Instituto Pasteur de Paris

Tratamiento de la BLENORRAGIA - URETRITIS aguda y sus complicaciones
OFTALMIAS - CISTITIS - ENDOMETRITIS - SALPINGITIS
ARTROPATIAS - SEPTICEMIAS, etc.

Fórmula: Suspensión de agua fisiológica al 8 o/oo de varias razas de gonococos. — Cada centimetro cúbico contiene 4 mil millones de gérmenes.

Presentación: CAJAS DE 6 AMPOLLAS DE 2 c.c.

CEDROC

(Aceite esencial de Cedrus Atlántica)

Indicaciones: BLENORRAGIA aguda y crónica - PIELONEFRITIS, etc.

TOLERANCIA PERFECTA

Presentación: Cajas de 40 cápsulas. — Dosis: 10 a 12 cápsulas diarias.

BACTE COLI PHAGE

Indicaciones: Infecciones urinarias a bacilo Coli:

COLIBACILURIAS - PIELITIS - PIELONEFRITIS - CISTITIS

Infecciones genitales a bacilo Coli:

METRITIS - SALPINGITIS - PROSTATITIS

Infecciones intestinales a bacilo Coli:

COLITIS - COLECISTITIS - etc.

Presentación: Cajas de 10 ampollas de 2 cc. - Cajas de 5 ampollas de 10 c.c.

AGUA "VITTEL"

(Aguas Sulfato - Cálcidas - Magnesiadas)

DOS TIPOS

1 - Agua "VITTEL GRANDE SOURCE"

Posee una acción marcadamente DIURETICA y reactiva la función secretora del riñón.

2 - Agua "VITTEL SOURCE HEPAR"

DIURETICA, como la Grande Source, pero por la proporción de sus sales de magnesia, tiene una acción electiva sobre las vías biliares y la glándula hepática.

Presentación: Botellas de un litro

Muest. y Literat. - H. Millet y J. Roux - Montevideo 160-68 - Bs. As.

En lugar de COCAINA
utilíce para la anestesia
de la uretra y vejiga

PERCAINA

- Anestesia neta en concentraciones muy débiles.
- Prolongada duración de la anestesia.
- Actúa sobre la mucosa y por infiltración
- No es estupefaciente.
- Es más económica que la cocaína
- Es más económica que la cocaína.

“CIBA”



Muestras y Literatura:
Productos Químicos

CIBA

1247 - Corrientes - 1253
Buenos Aires

DISPONIBLE

El riñón, al desplazarse, lo hará distendiendo la parte inferior del saco y constituyendo, debido a una presión continuada, un aumento de la logia.

Aún en los mayores desplazamientos del órgano, en ningún caso las hojas que constituyen el saco renal perderán sus relaciones de continuidad en su parte inferior, y, por lo tanto, el cierre de la logia en todos los casos será completo.

He aquí las dos condiciones anatómo-quirúrgicas características del saco renal en los desplazamientos del riñón:

a) El saco renal no se desplaza.

b) El saco renal no se abre en la locomoción renal.

C) Sistema perirrenal (intrasacular).

La cavidad de la logia o saco fibroso renal está ocupada por tejido céluulo-grasoso, perirrenal (cápsula adiposa del riñón) que rodea al riñón y lo solidariza por adherencia a la cara interna de ese saco.

La misma situación se plantea con respecto al uréter. Su vaina o logia fibrosa, prolongación del saco renal, está ocupada por el tejido céluulo-grasoso periureteral, y al rodear al uréter, lo solidariza igualmente a su logia.

La función del tejido perirrenal es fundamental en la dinámica del riñón. Al rodear el riñón, le forma un meso que se adhiere a la cara interna del saco renal en toda su gran circunferencia y limita por eso la movilidad respiratoria del órgano.

La adherencia de ese meso arriba, en la cúpula del saco renal sobre la pared que lo separa de la logia suprarrenal, constituye a este nivel una relación franca de resistencia y tensión segura que fija sólidamente al riñón constituyendo el principal sostén del órgano.

Las adherencias del meso dividen el saco renal en dos grandes espacios:

b) Un espacio posterior situado entre la cara posterior del meso y la hoja prerrenal del saco fibroso.

b) Un espacio posterior situado entre la cara posterior del meso y la hoja retrorrenal del saco fibroso.

Y bien; siendo fijas las paredes del saco renal, es a expensas del juego en esos espacios, que se producen los pequeños desplazamientos del riñón en el movimiento respiratorio.

Es decir, pues, que el tejido perirrenal, por su constitución grasosa, facilita el desplazamiento suave del órgano; pero su organización en mesos unidos a las paredes del saco, limitan al mismo tiempo el desplazamiento del riñón normalmente colocado.

Cuando el riñón rompe esas bridas de sostén, y sobre todo, como veremos más adelante, cuando se independiza de la logia suprarrenal, huye en el saco renal distendido y un nuevo proceso entra entonces en juego para detener el descenso y limitar la movilidad del órgano. Es el proceso de perinefritis sacular que a expensas del tejido celulograsoso perinefrítico organiza nuevas bridas y nuevas adherencias que mantienen el riñón en posiciones viciosas. Es esa perinefritis organizada que se encuentra al abrir todo saco renal del riñón desplazado y que en las nuevas posiciones limita los movimientos del órgano.

Hemos dicho que la logia fibrosa del saco renal se continúa con la logia fibrosa del saco ureteral; y bien, organizándose la perinefritis sacular establece la separación compleja de esas cavidades, y contribuye además a formar hacia la parte inferior del saco, el nuevo lecho sobre el cual apoya el riñón en la posición extrema a que lo ha llevado el desplazamiento.

Es a estas consideraciones de patología quirúrgica que se deberán dos situaciones:

1° Que las colecciones supuradas de la logia renal no huyan en la logia del uréter.

2° Que las colecciones supuradas de la logia renal no huyan hacia la fosa iliaca abriendo la pared inferior del saco renal.

El tejido perinefrítico, pues, actúa sirviendo de protección a las llamadas zonas débiles del saco renal. Nuevo argumento en favor de los que han considerado ese saco en el terreno anatómico-quirúrgico como algo completamente cerrado.

EL DESPLAZAMIENTO RENAL

El riñón móvil

El desplazamiento del riñón está condicionado por:

- A) La constitución del saco renal.
- B) Fijación del saco renal al plano lumbar.
- C) Relación del riñón con el sistema perinefrítico.
- D) Relación del riñón con la cápsula suprarrenal.
- E) Movilidad y descenso del diafragma.

A, B, C) **Hemos insistido sobre los tres primeros aspectos.**

D) **El riñón y la cápsula suprarrenal.**

El punto fundamental en la patología del riñón descendido lo constituye la relación con la logia de la cápsula suprarrenal.

Colcada la cápsula suprarrenal en una logia yuxtapuesta al saco renal, y no contenida en un desdoblamiento de él, como lo indican los clásicos, ocupa una posición fija e invariable.

Sólidamente unida por su logia al pilar del diafragma, a la vaina de los grandes vasos, y teniendo fuerte sostén en su pedículo superior derivado de la diafragmática, ella no abandona nunca su posición anatómica, y, por consiguiente, no sigue el desplazamiento del riñón.

Por lo contrario, esa situación de fijeza tiene importancia en la posición normal del riñón, y allí vamos a encontrar la razón del descenso.

La logia suprarrenal y la renal están yuxtapuestas y el tabique de separación que existe entre ambos es suficiente para independizar los procesos supurados, quísticos o tumorales que se desarrollan en el saco renal.

El riñón está, por su polo superior, fuertemente unido al tabique de separación, siendo los tractos conjuntivos dependientes del tejido perirrenal, el elemento intermediario de esa unión.

Mientras esos tractos conjuntivos persisten, el riñón sufrirá solamente el limitado desplazamiento impuesto por el acto respiratorio. Pero que esos tractos se debiliten y se estiren o se rompan definitivamente en la continuación de un proceso lento de descenso, o bruscamente, por acción de un traumatismo, y se verá entonces que el riñón, libre de su poderoso medio de sostén, empezará a moverse en el saco renal, huyendo hacia su parte declive, definitivamente.

El acto operatorio nos mostrará que en los riñones no descendidos esos tractos de separación son un fuerte obstáculo a la exteriorización del órgano y nos mostrará el estiramiento de esos tractos cuando el riñón está al principio de su descenso.

Finalmente, cuando el riñón se pasea libremente por su logia confirmará nuestra afirmación mostrando:

a) El riñón completamente libre de adherencias superiores.

b) La situación invariable de la logia suprarrenal que, unida al saco renal, persiste en su posición, aplicada contra el pilar del diafragma.

E) La movilidad y el descenso del diafragma.

El diafragma, por su tonicidad, mantiene levantada la cúpula del saco renal que a él se adhiere; su oscilación a la respiración al deprimir la logia frénica, produce el desplazamiento de las vísceras que con él se relacionan y cuya excursión se limita por la tonicidad propia del diafragma y por las adherencias de esas vísceras a los planos parietales.

En el caso particular, el riñón seguirá el descenso diafragmático y se detendrá por la limitación que a su movimiento impone la suprarrenal.

La tonicidad del diafragma permitirá en los casos normales que una pequeña porción de riñón se palpe en la región lumbar. Cuando el diafragma ha disminuído su tonicidad por procesos generales como en la enfermedad llamada de Glenard o por procesos inflamatorios locales (afección pleural y base pulmonar) se notará:

a) La limitación de excursión respiratoria del diafragma coincidiendo con una ptosis y una débil excursión de las vísceras abdominales.

b) La palpación de una mayor extensión de superficie renal que aparece descendido y poco móvil.

Como se ve, dentro del problema de traslación renal se debe distinguir el doble concepto del descenso y de la movilidad.

El descenso es función de varios factores:

- a) Relación con la suprarrenal
- b) Distensión del saco renal.
- c) Tabicamiento del saco por bridas organizadas a expensas del sistema perinefrítico.
- d) Tironeamiento del pedículo vascular-nervioso.

La movilidad es función:

- a) De los procesos perinefríticos.
- b) De su relación directa o indirecta con el diafragma.

Para que un riñón se desplace, será ante todo necesario que modifique sus relaciones con la cápsula suprarrenal cuya situación es fija e invariable: **nunca la cápsula suprarrenal acompaña al riñón en su traslación.**

Los haces fibrosos que unen el polo superior a la cápsula suprarrenal, distendiéndose o rompiéndose, serán la razón primera del desplazamiento.

La logia renal por distensión de su fondo, favorece el libre descenso, cuya limitación estará subordinada a las bridas saculares de la perinefritis y a la longitud del pedículo vásculo-nervioso.

Para que un riñón desplazado se mueva se deberán tener en cuenta el valor de los procesos de perinefritis sacular y su relación directa o indirecta al pilar diafragmático.

El descenso renal significa, por lo tanto, un síndrome, y la movilidad una de sus modalidades.

El descenso renal es un fenómeno definitivo ligado a profundas alteraciones de los medios de suspensión natural del órgano.

La movilidad es un fenómeno contingente ligado a la organización de adherencias en la nueva posición del órgano.

Un riñón puede tener gran movilidad con la respiración, debido a grandes excursiones del diafragma, y, sin embargo, en rigor, no podrá hablarse de síndrome de riñón descendido.

En oposición a ello, un riñón puede estar descendido en la logia lumbar, debido a la disminución de tonicidad del diafragma, a pesar de conservar la unión con la cápsula suprarrenal. Es un falso síndrome de descenso ligado al síndrome de ptosis general. Y, sin embargo, en esos casos de débil excursión diafragmática, la movilidad del riñón, a pesar de estar descendido, será pobre.

Un riñón puede tener un gran desplazamiento por haber roto definitivamente sus relaciones de unión con la cápsula suprarrenal, ocupará un lugar extremo del saco renal y su movilidad junto a ese descenso será grande o pequeña, según que los procesos de perinefritis sacular fueren poco o muy desarrollados.

Es decir, pues, que el concepto clásico de riñón móvil implica considerar comprendidos en una única denominación dos problemas distintos: el descenso renal y la movilidad del órgano.

El descenso renal representa el problema fundamental; es un síndrome ligado a alteraciones definitivas de orden anatómico y que traduce una realidad clínica.

La movilidad renal es un aspecto del cuadro general ligado a contingencias anatómo-patológicas y con una sintomatología fugaz, variable, cambiante.

Por lo tanto, "riñón descendido" traducirá el problema general, y "movilidad renal" será una de sus modalidades.

Como veremos, una de las razones fundamentales de los procedimientos de decapsulación está en la compresión ejercida por la cápsula sobre el parénquima. Tan importante es la congestión producida por la compresión, que hay casos dentro del cuadro del riñón descendido en que se puede aislar el tipo de congestión simple sobre el cual es suficiente la acción de la simple decapsulación, no necesitando recurrir a la fijación. Otras veces la acción constrictiva de la cápsula es innegable: riñones operados reproducen una neocápsula, y con ella, el cuadro doloroso anterior, lo que exige una nueva decapsulación y a veces la nefrectomía.

Todavía dentro de los tipos capsulares quedarían los casos en que derrames serosos o serohemáticos, debidos a exudados locales, se coleccionan bajo la cápsula renal, y son causa de dolores, o dan además cuadros febriles cuando se infectan. En estos casos se encontrarán cápsulas gruesas, depegadas, espontáneamente clivadas.

Es decir, pues, que dentro del cuadro anatomo-patológico del riñón descendido, dos procesos nos llevan a considerar necesaria la decapsulación:

1° Por procesos dolorosos producidos por:

- a) Congestión pasiva debido a la locomoción renal.
- b) Congestión pasiva debido al decúbito.
- c) Compresión estrangulante debido a cápsulas transformadas en envolturas fuertemente fibrosas inextensibles.
- d) Por exudados serosos o serohemáticos desarrollados bajo la cápsula.

2° Por procesos febriles:

- a) Producidos por infección más o menos acentuada desarrollada en esos exudados.

B) **La vía de salida.**

La vaina ureteral, continuación del saco renal, sigue el movimiento de descenso del riñón y se pliega sobre la pared anterior del saco. Dentro de su vaina, el tejido periureteral que se solidariza a

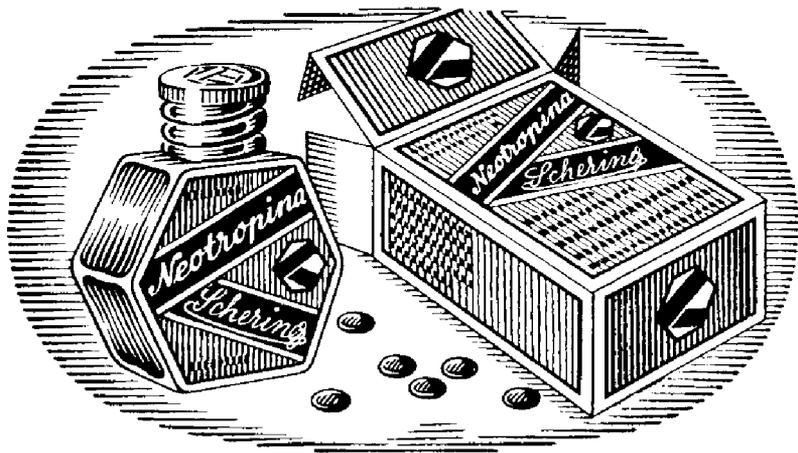
Un nuevo producto *Schering*

NEOTROPINA

Preparado colorante
para el tratamiento de las infecciones
del aparato génitourinario.

- 1 *Intensa acción bactericida*
- 2 *Alto poder de penetración*
- 3 *Efecto sedante ^{en} _{las} inflamaciones*

Indicado especialmente en el tratamiento
de la blenorragia. Proporciona buenos
resultados en los casos de pielitis y cistitis
rebeldes a otros tratamientos.



Envase original: Frascos con 30 grageas de 0,1 gr.

SCHERING-KAHLBAUM A.G. BERLIN

Representante para la Argentina.

QUIMICA SCHERING S. A., Calle Perú, 722-BUENOS AIRES

ARSENOTERAPIA INTRAMUSCULAR

“ISMIACOL”

(4,4' - dioxi - 3,5' - diaminoarsenobenzolo solubilizado y estabilizado)

CONCRETAMENTE
INDICADA en:

Sífilis congénita precoz

- .. latente precoz
- .. cardio-vascular
- .. renal (como medicación de entretenimiento)
- .. pulmonar (como terapéutica de entretenimiento).

En las curas enérgicas se inyectarán de
5 - 6 grs.; en las medias, de 3 - 4
y en las débiles, de 1 1/2 - 2

SE EXPENDE:

Serie débil de 6 ampollas de 0,10 - 0,20
0,20 - 0,30 - 0,30 - 0,40 gr
Serie fuerte de 8 ampollas, de 0,10 - 0,20
0,30 - 0,30 - 0,40 - 0,50 - 0,60 - 0,60 gr.
Serie B. L., para niños de 5 ampollas de
0,05 - 0,10 - 0,15 - 0,15 - 0,20 gr.

“INSTITUTO SIEROTERAPICO MILANESE”
MILAN (ITALIA)

POR MUESTRAS Y LITERATURA:

Dr. JOSE COMIN
Químico
Concesionario exclusivo

BELGRANO 446
BUENOS AIRES

DISPONIBLE

las paredes de su logia, lo sigue en su desplazamiento organizando bridas fibrosas, que dan carácter definitivo a las desviaciones de la vaina ureteral.

A veces se trata de una incurvación única al nivel de la entrada ureteral: otras veces, se trata de bridas múltiples a la altura de varias vértebras.

El uréter se encontrará entonces desviado, torcido, incurvado, estrechado y, por tanto, esas alteraciones deberán ser tenidas en cuenta para mantener la luz del canal.

El conocimiento de esas deformaciones está en los fundamentos de toda intervención por levantamiento renal y deberá tenerse en cuenta que en el momento de fijación el uréter puede quedar tenso, por tres razones:

- a) Por brevedad de su trayecto.
- b) Por incurvación de la vaina ureteral.
- c) Por brida constituida del meso ureteral (tejido celular periureteral).

La primera indicación obliga a no levantar mucho el riñón.

La segunda indicación obliga a aislar el canal de la vaina ureteral.

La tercera indicación obliga a destruir las bridas que actúan directamente sobre el canal.

El conocimiento de esas nociones es uno de los fundamentos de la ureterografía.

C) El aparato vásculo-nervioso.

El descenso renal está limitado por dos factores:

- a) El proceso de perinefritis sacular.
- b) Por la tensión del aparato vásculo-nervioso.

Este último factor cuando entra en juego limita la movilidad.

Cuando existen vasos polares o vasos anormales que van al seno, sobre todo el frecuente vaso anormal que cruzando la entrada del uréter va a terminar al reborde sinusal del polo inferior imponen además la báscula y la torsión.

La intervención deberá impedir que los vasos anormales queden en tensión. Así se impedirán las compresiones ureterales y la desviación de los polos renales.

D) **La perinefritis parietal (intrasacular).**

Hemos insistido sobre el valor de la perinefritis parietal como factor de limitación, de descenso y de movilidad. Es un proceso que se desarrolla dentro del saco renal. Al levantar el riñón se tratará de evitar los tabiques que en forma de bridas existen en la parte superior del saco. **Marión** ha insistido sobre ese importante detalle.

E) **Perinefritis visceral.**

Hemos insistido sobre la perinefritis que existe entre la hoja prerrenal del saco y el peritoneo parietal; el desarrollo de una perinefritis anterior uniendo el riñón a la hoja prerrenal establecerá en último término la solidaridad del riñón con la viscera peritoneal correspondiente.

La relación del riñón derecho con el duodeno y colon y del izquierdo con el colon y estómago, explicarán los cuadros digestivos que deberán ser considerados frente al síndrome del riñón descendido.

Es al desconocimiento de estos procesos de perinefritis que es debido en gran parte el fracaso de muchas nefropexias; el despegamiento del riñón al plano visceral debe siempre tenerse en cuenta.

Del lado derecho la adherencia del riñón a la hoja prerrenal es constante.

A veces son adherencias laxas, que un simple despegamiento permitirá separar.

En general, son adherencias constituídas, fibrosas, que obligan a un trabajo lento y paciente de decorticación.

Del lado derecho son el colon ascendente y sobre todo el duodeno, los órganos de la relación visceral.

Los desplazamientos del riñón hacia abajo y adentro le permiten huir del ángulo cólico (ángulo móvil); de la zona intermedia del colon ascendente debido a su meso largo, y es en los casos en que el riñón se ha detenido en posición muy baja que entra en relación con el ciego, al cual adhiere, produciendo incurvaciones y desviaciones.

Pero es sobre todo con el duodeno que el riñón descendido tiene contacto continuo y constante, cualquiera fuere la región del desplazamiento.

Un proceso de periduodenitis complica dentro de la logia duodenal el proceso de perinefritis sacular manteniendo la unión con la segunda porción del duodeno en los desplazamientos medianos y tomando contacto con el ángulo de la segunda y tercera porción en los desplazamientos bajos. Por eso el tiempo del despegamiento anterior es fundamental al querer abordar un riñón descendido.

Es necesario despegar hasta el pedículo renal y en todos los casos la señal del buen despegamiento será la aparición de la saliente duodenal, proyectándose con su fino peritoneo en el fondo operatorio.

Del lado izquierdo, la perinefritis establece vínculos más vagos y los procesos digestivos son menos claros.

En los pequeños desplazamientos puede excepcionalmente el colon transversal ser arrastrado por la perinefritis. Puede entonces tironear el ángulo esplénico (ángulo fijo) dando un síndrome de colitis especial y pudiendo llegar a cuadros de obstrucción intestinal.

En los grandes desplazamientos, el riñón que se mueve en el cuadro cólico (de meso corto), se fija generalmente en falsa posición adentro del colon, pudiendo dar lugar a falsos síndromes de colitis.

F) El aparato glandular.

Todo procedimiento que haga atravesar el parénquima por hilos de sutura debe ser desechado.

Las zonas de esclerosis al nivel de los hilos de pasaje son un ataque a la integridad renal.

LA FIJACION RENAL

Lo que importa en materia de riñón descendido no es atacar la movilidad, sino el desplazamiento, y por eso el objeto de la operación deberá tender a restablecer un riñón anatómico, pero sobre todo deberá conservar un riñón fisiológico.

La realización comprenderá:

- A) Causar el menor sacrificio parietal.
- B) Levantar el riñón y fijarlo.
- C) Mantener la libre funcionalidad del órgano.
- D) Obtener una buena pared de protección.

El principio de la intervención es establecer adherencias fibrosas entre el riñón y la pared de la región lumbar, y la multiplicidad de procedimientos descritos han visto frecuentes fracasos, debido a haber respondido más a variaciones de técnica quirúrgica que al estudio razonado de las causas del descenso renal.

La variabilidad de los resultados que han arrojado pesimismo sobre el resultado tardío de las nefropexias se debe a factores dependientes, unos del mismo acto operatorio por los procedimientos seguidos, o por la manera de ejecutarlos, o, lo que es más importante, al criterio seguido respecto al síntoma dominante.

A este respecto recordaremos que frente al riñón descendido, el clínico puede ir al acto operatorio por:

- 1° Cuadro doloroso.
- 2° Cuadro digestivo
- 3° Cuadro febril.
- 4° Cuadro de funcionamiento urinario.
- 5° Cuadro nervioso.

Se repite por los tratadistas que es imposible querer establecer formas clínicas en el llamado riñón móvil, estableciendo síndromes diferentes y reduciendo arbitrariamente el tipo doloroso, digestivo o nervioso, a fórmulas concretas. Sin embargo, es indudable que partiendo del estudio uréteropielográfico y anatomoquirúrgico, se pueden encontrar orientaciones que permitan, para cada caso, introducir modificaciones a la técnica general.

ERIGÉN

**HORMONA TESTICULAR
HIPOFUNCIÓN DE LAS
GLÁNDULAS GENITALES
MASCULINAS Y NEURAS-
TENIA SEXUAL.**

**1 c.c. corresponde a 500 grs.
de testículos frescos. -**

Cjs. con 2 y 10 amps. de 1 c.c.



CITY

ERIGÉN M.R.

LA QUIMICA "*Bayer-Meister-Lucius*" S.A., ALSINA 1644/52, Bs. AIRES

URILITINA SERONO

(ANTES UROLITINA)

Diurético, antiurico y desinfectante de las vías urinarias

(GRANULAR EFERVESCENTE)

Preparada en el "Instituto Massone"

Fórmula: Bicarbonato de litina, Salicilato de litina, Exametilentetramina, Bicarbonato de sodio, Acido cítrico, Yoduro de rubidio y Extracto seco de estrofantó.

Indicaciones: Por las sales de litio y de rubidio, está indicada en el tratamiento de las formas artríticas y gotosas, en las arenillas, en el reumatismo y en la calculosis renal, actuando, por la hexametilentetramina, como óptimo antiséptico de las vías urinarias en todas las formas de cistitis y pielonefritis.

Dosis: Disolver el contenido de 3-4 cucharadas, usando la que acompaña al frasco, en un litro de agua pura, a beberse diariamente, sola o mezclada con vino o leche.

MUESTRAS Y BIBLIOGRAFIA A DISPOSICION DE LOS SRES. MEDICOS
QUE LAS SOLICITEN.

Dirigirse a: HIJOS DE ATILIO MASSONE - Calle Córdoba 2088-92 - Bs. Aires
Sucursal en CHILE: Calle San Antonio 437 - Cas. de Correo 3584 - SANTIAGO
BRASIL: Ancona, López y Cía., Rua Boa Vista 3 - 30. andar. — S. Pablo
URUGUAY: F. Greco y Cía., Uruguay 1227 - 31 — Montevideo
PARAGUAY: G. Peroni, Palma 28 - Asunción

KOLAFITOL "ISA"

(KOLA FOSFORADA)

KOLA - QUINA Y FOSFORO ORGANICO

FORMULA c/10 grs.

Inositocaxofosfato de calcio y magnesio (sinon: fitina)	gr. 1
Extracto de kola	" 1
Extracto de quina amarilla	" 0.10
Cacao	" 1
Azúcar	" 6.90

ENERGICO EXCITANTE NUTRITIVO CEREBRAL
PODEROSO ESTIMULANTE MUSCULAR
ACTIVISIMO RECONSTITUYENTE OSEO

INDICACIONES: Anemia, clorosis, anorexia, astenia, neurastenia, psicoastenia, surmenage intelectual pérdida de memoria, convalescencia de enfermedades infecciosas raquitismo.

MODO DE EMPLEO Y DOSIS: Adultos una cucharadita de café de granulado, desleído en agua, té, café o masticado directamente antes del almuerzo y de la cena.

Niños; Media dosis.

Muestras y Literatura
a disposición de los señores médicos.



INSTITUTO SEROTERAPICO ARGENTINO - Córdoba 2050 Buenos Aires

A) El abordaje del riñón debe hacerse evitando todo sacrificio parietal.

Hemos insistido ampliamente sobre las directrices a tener en cuenta en el abordaje de la logia lumbar:

1º Abordaje por el espacio de la talla lumbar.

2º Evitar el corte de los músculos parietales y en especial los oblicuos del abdomen.

3º Respetar la irrigación e inervación parietal; y puede decirse que en ninguna otra intervención, como para la neiropexia, deben mantenerse en todo su rigor esos postulados.

La integridad de la fijación sería la consecuencia de una intervención que evite el gran traumatismo operatorio, dando una pared potente y de reconstitución fácil.

La observación de respetar los trayectos nerviosos es fundamental en el tratamiento del riñón descendido, y por no tenerlo en cuenta es que se ven persistir algias ligadas a secciones o compresiones en la cicatriz parietal.

B) Levantar el riñón y fijarlo.

C) Mantener la funcionalidad del órgano.

Para realizar el tiempo fundamental de la intervención del riñón descendido, que es el levantamiento y fijación en buena posición, se deberá:

1º Disociar la perinefritis

2º Colocar en posición que corrija las desviaciones.

3º Emplear procedimiento de fijación que dé seguridad y no ataque el parénquima renal.

1. Disociar la perinefritis.

Ya hemos insistido sobre este punto.

2. Colocar en posición que corrija las deformaciones.

La colocación debe ser anatómica y fisiológica.

Se dice por los tratadistas que la fijación debe ser alta, lo más alta posible, para colocarlo en posición semejante a la primitiva.

Esta afirmación debe ser interpretada:

a) Porque la logia primitiva ha sido modificada por la locomoción de la víscera que la ocupaba.

Hemos hablado sobre el fenómeno del descenso de la bóveda diafragmática en el cuadro general de ptosis y que al arrastrar al hígado y al bazo, influye sobre todo el contenido abdominal.

b) Porque la locomoción del riñón puede ir acompañada de procesos de ureteritis parietal, que imposibilitarían levantar el riñón al nivel primitivo.

c) Porque toda pexia realizada por vía lumbar deberá colocar el riñón más afuera de la vertical de posición primitiva, lo que obliga a limitar la altura para impedir tironeamientos.

Procedimiento de fijación

La fijación deberá responder a dos consideraciones:

a) Provocar adherencia entre la superficie renal y el plano lumbar.

b) No traumatizar el parénquima renal (y los medios que pueden realizarlo son los procedimientos capsulares).

El fundamento del procedimiento de decapsulación sería de acuerdo con las consideraciones expuestas:

a) Levantar la envoltura de constricción del órgano, modificando el proceso congestivo que acompañaría a esos procesos nefríticos.

b) Favorecer la unión parietal al nivel de la zona renal desnuda.

c) Utilizar la cápsula como medio de sostén.

Todas esas razones son valederas y obligan a elegir dentro de los procedimientos capsulares, puesto que dan adherencias parietales más seguras, favorecen la funcionalidad del órgano, y, finalmente, evitan la transfixión del parénquima.

El procedimiento capsular siempre es posible

Hemos hablado de procesos capsulares, de transformación fibrosa, dando cápsulas gruesas y resistentes. Su decorticación se hace fácilmente, permitiendo obtener colgajos suficientes para ejercer tracción sostenida sobre el riñón y obtener una suspensión segura durante el tiempo necesario al establecimiento de las adherencias.

Frente a este tipo encontramos el tipo de cápsulas delgadas y tenues, muy difíciles de aislar y sobre todo muy difícil de conservar en colgajos, debido a la facilidad con que se desgarran al ejercer tracción.

Mientras que el primer tipo es muy fácil de manejar y da siempre éxitos operatorios, el segundo puede dar fracasos si no se maneja con conocimiento del problema. Son esos casos los que han contribuido a desvirtuar el valor operatorio de la nefropexia, porque en manos de cirujanos que no tengan hábito de esta operación, y que no tengan sensación de la resistencia de estas cápsulas, encontrarán profundas dificultades al querer hacer el decolamiento para formar los colgajos, y, dado que los puedan obtener, los verán desgarrar al pretender suspender el riñón.

Todavía quedaba el tercer tipo a que hicimos alusión anteriormente, constituido por casos en que debido a derrames serosos o serohemáticos, la cápsula aparece completamente despegada del riñón, que flota en el interior del contenido líquido. Pero esas cápsulas, si bien están separadas naturalmente del riñón, están, en cambio, fuertemente adheridas a las paredes del saco renal por perinefritis, lo que significa en este aspecto un obstáculo para trazar los colgajos.

Nuestro procedimiento de decapsulación

(Lámina 7)

El riñón ha sido exteriorizado y descansa entre los labios del plano muscular de abordaje, que lo retiene perfectamente. Sobre el borde externo del riñón y en una extensión de sus 2/3 superiores, secciona-

mos la cápsula y levantamos sus dos labios, llevando el despegamiento hasta los bordes anterior y posterior del seno renal.

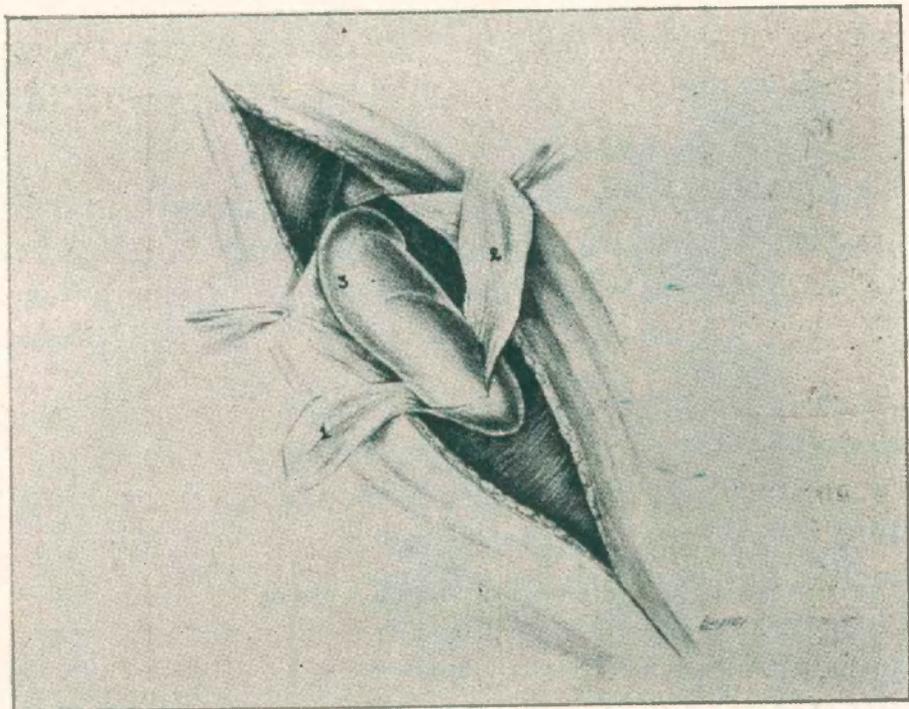


Lámina 7. — Nefropexia. — Tallado de los colgajos.

1-2. Dos colgajos largos sostienen el polo renal.

3. Superficie descubierta (2/3 superiores).

Quedará el riñón separado de su envoltura en toda su extensión, con excepción del 1/5 inferior que formará, aprisionando el polo correspondiente, una canastilla de sostén.

COMO SE TALLAN LOS COLGAJOS

(Lámina 8)

Sobre la cápsula así despegada se tallan dos grandes colgajos a expensas de cada labio capsular.

Para ello se levanta sucesivamente cada uno de los labios capsulares y se secciona sobre el límite del despegamiento (borde del seno renal).

Se continuará hacia abajo la sección sobre el borde inferior del seno renal y se detendrá al llegar al contorno interno del polo inferior.

De esta manera, como ilustra la lámina 8, habremos obtenido dos grandes colgajos capsulares que tendrán como condición:

a) Ser de gran longitud por representar los $\frac{2}{3}$ superiores del manto capsular.

b) Tener fuerte base de implantación por apoyar sobre la parte más ancha del polo inferior.

c) Representar los tentáculos de un canastillo que encierra el polo inferior.

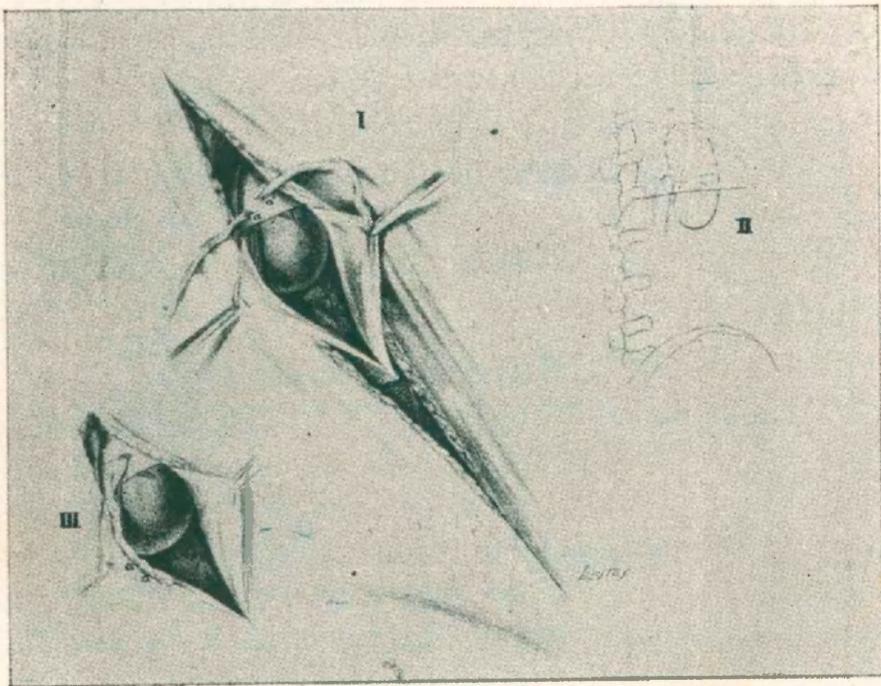


Lámina 8. — Nefropexia.

I II. Pasaje de los dos colgajos al través del ligamento de Henle.

III. Fijación del extremo de los colgajos trenzados a la cara interna de aponeurosis del transverso. a a' puntos de fijación.

d) Esos tentáculos, por la manera como están tallados y por apoyar sobre la base del polo inferior, ejercerán, en el momento de la suspensión, tracción en el sentido del gran eje del órgano.

El tallado de los colgajos es siempre delicado

El tallado de los colgajos nos mostrará, además, la diferencia fundamental que existe en la consistencia y resistencia de los labios capsulares.

Por eso hemos insistido, al hablar del abordaje de la pared, en detener la incisión al llegar a la zona de Henle, evitando con propósito deliberado toda sección del ligamento.

C) Sostenimiento del riñón. — Trayecto seguido por los colgajos (Lámina 9).

1er. tiempo: Consistirá en pasar los colgajos capsulares al través del ligamento de Henle.

Para eso se usará una pinza Clamps larga, curva y de punta y se atravesará sucesivamente el ligamento lo más alto posible, primero hacia su parte posterior (contra la masa común) y luego hacia la parte anterior (cerca del reborde costal). La pinza tomará el extremo de cada uno de los colgajos y sucesivamente los sacará al exterior. Se deberá tener cuidado al hacer la transfixión del ligamento de Henle, de no pasar la pinza directamente contra el reborde costal para evitar herir el paquete vásculo-nervioso que pasa a ese nivel (12º intercostal y paquete vascular correspondiente).

2º tiempo: Consistirá en dar la posición definitiva al riñón, tendiendo los colgajos y fijándolos al ligamento. (Lámina 9).

En este tiempo se dará situación definitiva al riñón. Para ello se tenderán los colgajos todo lo que sea posible, vigilando sobre todo, al hacer esa maniobra, la resistencia del colgajo anterior que, como hemos señalado, se desgarrar con facilidad, máxime cuando se tratare de casos de cápsulas tenues.

Los orificios del pasaje serán entonces cerrados por puntos de sutura que tomarán al mismo tiempo por transfixión la base de cada colgajo. (Lámina 9, fig. 1, a a').

La lámina 9, figura 2, esquematiza la manera cómo los colgajos atraviesan el ligamento de Henle y la posición que dan al riñón.

3er. tiempo: Refuerzo de fijación de los colgajos. (Lámina 9, fig. 3).

Los extremos de los colgajos ya fijados serán trenzados y asegurados por dos puntos de sutura contra el labio posterior de la brecha operatoria representado a este nivel por la cara interna de la aponeurosis del músculo transverso. (Lámina 9, fig. 3 a a').

Se deberá recordar que el nervio abdómino-genital y su paquete vascular pasan a este nivel. Se deberá evitar que esos elementos sean tomados por estos últimos puntos de fijación.

Como se ve, nuestro procedimiento hace el sostén del riñón exclusivamente por intermedio de los tentáculos capsulares y nunca por intermedio de hilos, y tomará como apoyo el ligamento de Henle, a través de cuyas fibras se pasarán los colgajos capsulares.

Uno de los más perfectos procedimientos capsulares, el procedimiento Marión, tiene las características siguientes:

a) Levanta el riñón todo lo posible, colocándolo apoyado en su mayor extensión sobre la logia diafragmática, que es móvil.

b) Emplea cuatro colgajos, que toman apoyo sobre las dos vertientes y en toda su extensión, de los labios del seno renal.

c) Los colgajos actúan como intermediarios entre el riñón y los hilos, que son los que en definitiva realizan la suspensión y fijación.

d) De esos hilos los dos superiores, que son los principales, para hacer la fijación, pasan al través de espacios costales y a través de la base pleural.

Es decir, que para este procedimiento, el más perfecto de los procedimientos capsulares, la suspensión y fijación, se hace **exclusivamente a expensas de los hilos, que son los que por dentro de la pared se unen a los colgajos.**

Los colgajos quedarán íntegramente del lado interno de la pared, actuando como intermediarios entre el riñón y los hilos.

Actuarán, pues, los colgajos para levantar el riñón y sostenerlo indirectamente; el sostén directo y la fijación corresponderá a los hilos exclusivamente.

El resultado del procedimiento estará subordinado al valor de los hilos, y es fácil imaginar que si su reabsorción se hiciera antes de que se establecieran las adherencias del parénquima a la pared, el riñón caerá nuevamente, falto de un medio más seguro de sostén. Y consideramos, finalmente, que no son de despreciar las complicaciones que pueden resultar en el terreno pleural de la transfixión de los espacios costales.

INSTITUTO BIOLÓGICO ARGENTINO

Director Científico: Dr. S. DESSY, Bacteriólogo y Anátomo-Patólogo
Asesor Técnico: Dr. ALOIS BACHMANN, Profesor de Microbiología
Prof. Dr. A. LUSTIC, Consultor Científico

DIRECCION Y ADMINISTRACION:

RIVADAVIA 1745

BUENOS AIRES

ANALISIS de interés médico e industrial, sueros y vacunas terapéuticas, productos opo y órganoterápicos, tuberculina humana y bovina para aplicaciones diagnósticas y terapéuticas en el hombre y en los animales, estudio de las epizootias.

Suero reacción de Wassermann para la sífilis, el equinococo y la tuberculosis
Suero reacción tífica de Vidal

FORMAMINA "BIOL"

(INYECTABLE Y COMPRIMIDOS)

INDICACIONES: - Infecciones hepatorrenales, fiebre tifoidea, neumonia, infecciones puerperales, estados toxi-infecciosos en general.

NUCLEO PROTEINA GONOCOCCICA DESSY

INDICACIONE: Infección blenorragica aguda y crónica y sus complicaciones (Artritis, Epidimitis, Salpingitis, Ovaritis)

PREPARACION DE AUTO-VACUNAS

DISPONIBLE

EUGENIO CASSANO y Cía.

SARMIENTO 1342

U. T. 38 - MAYO 3441 y 4311

Sucursal "SAN ROQUE"

Calle GRAL. URQUIZA 430



Importadores de instrumentos de cirugía y artículos de goma para urologos de las marcas, **Gentile, Collin, Gaillard etc.** de reconocida fama mundial.



FABRICA DE MUEBLES ASEPTICOS

Calle Gral. URQUIZA 424 al 434

DISPONIBLE

Brevemente, la suspensión y fijación se hará por dentro de la pared y por medio de hilos: y el apoyo ofrecido tendrá el valor del tiempo de reabsorción de esos hilos.

Nuestro procedimiento tiene las características siguientes:

a) Levanta el riñón apoyándolo sobre la logia de Henle, cuya pared es fija.

b) Emplea los colgajos capsulares, que dejan libres los 2/3 superiores del órgano y toman su apoyo sobre la canastilla que sostiene el polo inferior, independizándose completamente en toda la extensión de los labios del seno renal.

De esa manera se obtendrán dos resultados: hacer tracción sobre el polo renal en el sentido de su gran eje; y en segundo lugar, evitar los tironeamientos sobre los elementos que entran en relación al seno renal: los vasos, el bacinete, la entrada del uréter.

c) Los colgajos capsulares actúan directamente como elemento de suspensión, y al atravesar el ligamento de Henle, toman sobre él un fuerte apoyo, solidarizando la suspensión y la fijación en una zona fija.

d) Esos tentáculos capsulares tienen un doble apoyo fijándolos por fuera de la pared: al atravesar el ligamento de Henle y al fijar la trenza tentacular bajo el labio posterior de la brecha operatoria.

Es decir, en último término, que la suspensión renal se hará al través de la pared y exclusivamente por colgajos capsulares que darán un apoyo de duración ilimitada.

El tiempo terminal correspondiente al cierre de la brecha parietal, será el corolario de cuanto hemos afirmado al hablar de nuestro procedimiento de abordaje, debiéndose insistir especialmente, por tratarse de intervención sobre riñón descendido, sobre los siguientes puntos:

1° Al abordar el espacio de la talla:

a) Reclinamos y no seccionamos el músculo gran dorsal (tapa de la región).

b) Reclinamos y no seccionamos el músculo gran oblicuo del abdomen (borde anterior de la gotera de la talla).

2º Al abordar la logia lumbar:

a) Incidimos solamente la zona intermedia del piso del espacio de la talla (aponeurosis del músculo transverso).

b) Reclinamos y no seccionamos el músculo pequeño oblicuo.

c) Nos detenemos al nivel de la zona de Henle, sin seccionar ni el ligamento ni el músculo pequeño serrato que lo recubre.

Por lo tanto, el tiempo de la reconstitución tenderá simplemente:

a) Al cierre de la aponeurosis del transverso (zona intermedia) solidarizando en la unión los músculos oblicuos reclinados.

b) A recubrir la región con el músculo gran dorsal, reponiéndolo en la posición y función primitivas.

El riñón fijado tendrá, por lo tanto, una triple protección.

1º El plano de Henle.

2º El plano resultante del cierre de la gotera de la talla.

3º El plano de cubierta general del gran dorsal (tapa de la región)