

Por el Doctor
FRANCISCO E. GRIMALDI

PIELOTOMIA EXTENDIDA DE SURRACO

EN el fascículo primero correspondiente a los números 3 y 4 de los años III y IV de la memoria de la Sociedad Uruguaya de Urología, aparece (págs. 125-135) el interesantísimo trabajo original del profesor Surraco, sobre "Nuestro procedimiento de Pielotomía por cálculo renal".

Nos propusimos, vistos los fundamentos anatómicos y quirúrgicos dados por el maestro uruguayo, llevarlo a la práctica, lo que pudimos realizar en dos enfermos:

Figura 2. -- Estudio comparativo y proporcional de los pesos de los órganos de las ratas castradas con los de las ratas castradas e inyectadas y normales.

Uno de ellos, R. P., español, de 55 años, con una litiasis renal bilateral, se le interviene en un primer tiempo sobre el lado derecho, extrayéndose el cálculo coraliforme que mostrara la radiografía. Un examen radiográfico de control, efectuado en la mesa de operaciones, muestra lo completo de la intervención.

Una intensa peripielitis y la existencia de un grueso vaso retropiélico, no constituyeron inconveniente alguno en el acto quirúrgico.

El otro enfermo, J. G., argentino, de 37 años, se le opera con el diagnóstico de cálculo coraliforme del riñón izquierdo. Se extrae la piedra en un solo block sin dificultad, a pesar de la discreta perinefritis.

TÉCNICA

Nos hemos ceñidos en forma absoluta al procedimiento indicado por el autor.

Las figuras que acompañan este trabajo son imitadas de las que ilustran el trabajo original y ellas permiten apreciar los fundamentos del procedimiento, su valor y su posibilidad de realización.

Surraco divide su operación en 5 tiempos:

Primer tiempo. Exteriorización del riñón y trazado de un colgajo capsular posterior circular como lo indica la figura N° 1.

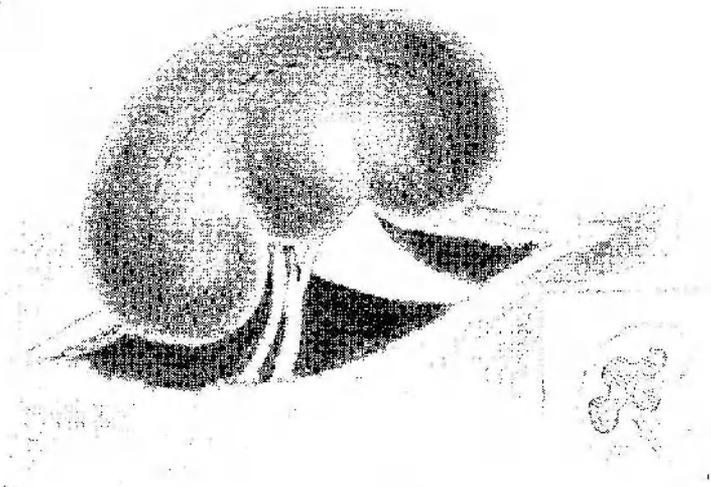


Figura 1 (imitada de Surraco) — Trazado del colgajo capsular posterior.

Segundo tiempo. Desprendimiento de este colgajo como se haría en una decapsulación común. (Fig. 2).

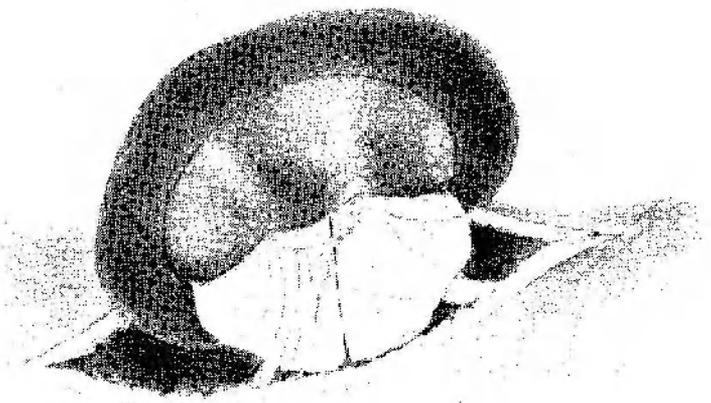


Figura 2 (imitada de Surraco) — El colgajo posterior ha sido rebatido mostrándose la línea de la futura sección. A través del colgajo se aprecian los vasos retropiélicos.

Tercer tiempo. El desprendimiento de la cápsula se continúa hacia adentro del seno renal, liberándola de la cortical intrasinusal correspondiente a la pared posterior de dicho seno.

Los vasos retropiélicos son entonces rechazados junto con el colgaje capsular. (Fig. 3).

Cuarto tiempo. Sección del colgaje capsular hasta el interior del seno renal, ligando los vasos que aparezcan. El bacinete queda ampliamente al descubierto. (Fig. 4).

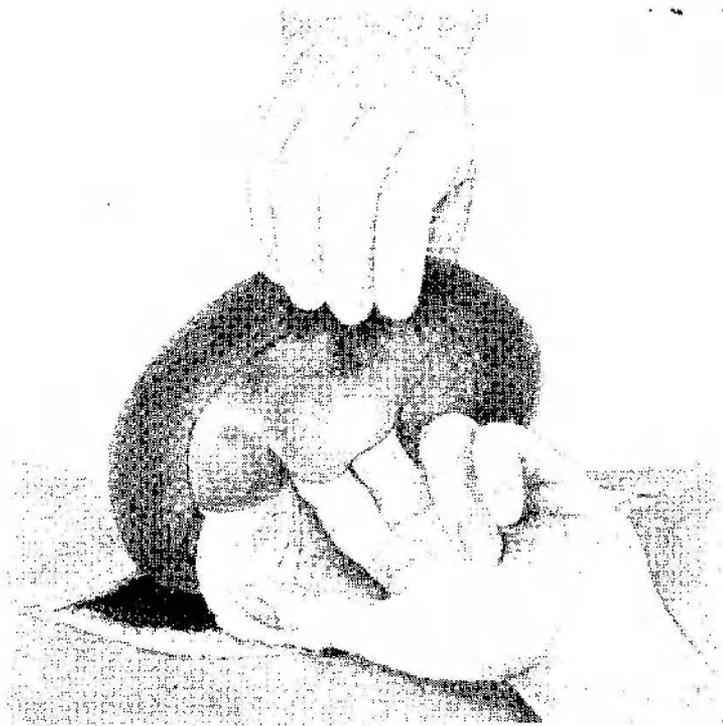


Figura 3 (imitada de Surraco). — El desprendimiento capsular se lleva por medio de los dedos hasta dentro del seno renal, maniobra que se realiza con toda facilidad.

Quinto tiempo. Levantando con una valva o separador de Farabeuf la pared posterior del seno renal, no solo queda al descubierto toda la cara posterior de la pelvis sino que también aparece la pared posterior de los cálices primarios.

La sección del bacinete en dirección de su mayor diámetro permite llegar hasta los cálices y allí la exploración digital permitirá dilatarlos y penetrar en ellos. (Fig. 5).

La naturaleza y forma de los cálculos sacados por nosotros facilitó la maniobra de su extracción en block: pero según Surraco

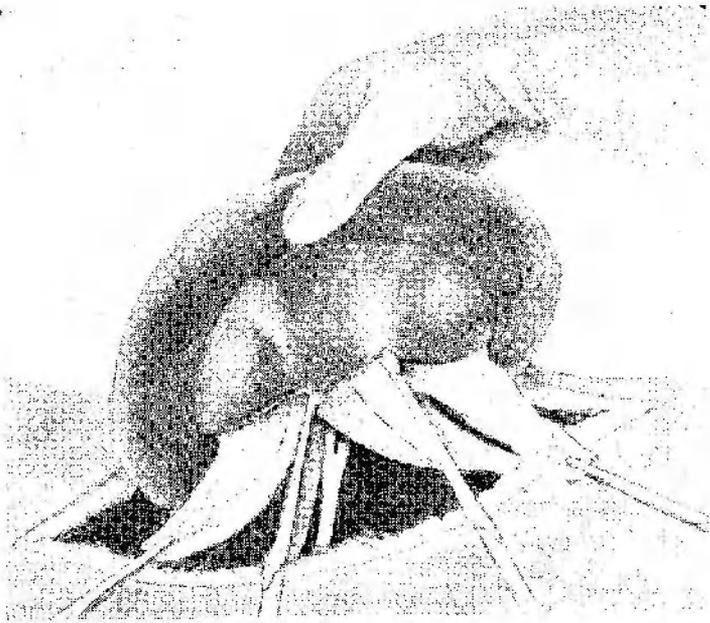


Figura 4 (imitada de Surraco). — Sección capsular y pinzamiento de las venas retropiélicas contra el reborde del seno del riñón.

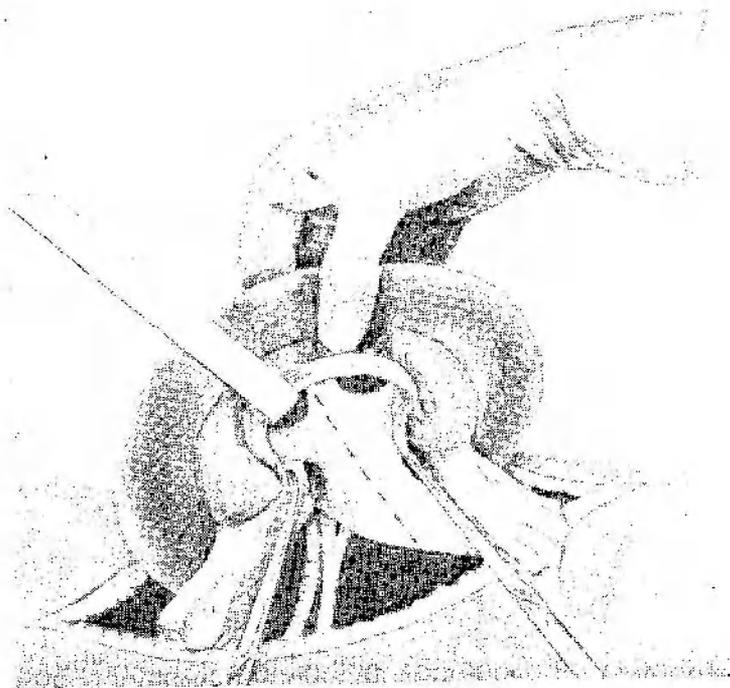


Figura 5 (imitada de Surraco). — Visualización de la pelvis renal y cílices primarios. Trazado de la incisión pelvi-calicular.

“es posible por este procedimiento sacar todos los cálculos coraliformes por más complicada que fuese su arborización, procediendo aisladamente sobre cada cáliz: cuando existiesen pequeños fragmentos en cavidades diverticulares, se puede realizar sobre el dedo explorador intracalicular una pequeña nefrotomía, lo que favorece la extracción.”

COMENTARIOS

Consideramos que la técnica del profesor Surraco constituye una de las más importantes adquisiciones de la cirugía renal conservadora, ya que hace posible la extracción de grandes cálculos sin sección alguna de parénquima en muchos casos, y con secciones limitadas al mínimo en un porcentaje menor.

Sus fundamentos anatómicos y la responsabilidad científica de su autor, así como nuestra modesta experiencia inicial, hacen aconsejable su realización en la práctica urológica quirúrgica.

DISCUSION

Dr. Astraldi. — *Oigo con extraordinaria sorpresa esta comunicación cuando se refiere a cálculos coraliformes.*

Quisiera, que de una vez por todas, supiéramos que son los cálculos coraliformes. Considero que lo que nos ha presentado el doctor Grimaldi no es un cálculo coraliforme.

Cuando tengo que sacar un riñón y tengo que guardar la pieza para un museo, o soy un torpe o no tengo habilidad en las manos, la cuestión es que no puedo separar ese cálculo de los cálices correspondientes.

Entiendo por cálculo coraliforme lo que nos han enseñado toda la vida: lo que se parece a un coral. Vale decir, que cuando sacamos una radiografía en el sentido lateral, encontramos en ese sentido lateral hacia adelante y para atrás, las mismas digitaciones que tenemos a derecha e izquierda. Eso es lo que entiendo por cálculo coraliforme y el día que alguien me diga que ha sacado un cálculo de esa naturaleza, lo felicitaré.

Pediría que planteemos el valor del cálculo coraliforme. Para mí, este no es un cálculo coraliforme. No sé cómo pueden sacar estos cálculos, cuando yo no lo he podido hacer. Muchas veces me han consultado sobre el tipo de cálculo y les he dicho: dejen tran-

quilo al riñón, o de lo contrario saquen el riñón, porque sino, no se puede extraer el cálculo.

Dr. Isnardi. — No había tomado la palabra para no ser cargoso, porque en otra sesión de esta Sociedad, dije más o menos, lo que acaba de decir con toda claridad el doctor Astraldi.

Quisiera recordar que F., en su primera clase de anatomía patológica les mostraba a los alumnos un huevo y decía: este es un huevo de gallina; después hacía lo mismo con un huevo de pato, y después con un grano de arroz. Tendríamos que hacer esto con un coral o con un cálculo coraliforme.

Como dice muy bien el doctor Astraldi, éste no es un cálculo coraliforme. Por una pielotomía, señor Presidente, no se puede extraer ni siquiera una rama de un cálculo coraliforme, porque yo no puedo entender cómo se puede sacar de adentro de una botella, por ejemplo, una piedra que tenga la forma de una y griega, sin romper la botella. Este no es un cálculo coraliforme. Hasta hoy los cálculos coraliformes que he visto extraer y que he extraído, lo han sido exclusivamente por la nefrostomía.

Dr. Grimaldi. — En la sesión a que hacía referencia el doctor Isnardi, fui yo el encargado de contestarle.

Yo dije, en realidad, que había corales de distintos tamaños. Que nosotros llamábamos coraliformes, quizá equivocadamente, a todo cálculo que tomaba una forma que trataba de reproducir en general, las vías de excreción primarias. Que este cálculo no sea coraliforme o que sea un coral que comienza a hacer sus ramificaciones, no un coral en completo desarrollo, es posible.

No quiero complicar en mi denominación esto —para evitar lo general de un error si es un error lo que estamos cometiendo—, pero debo manifestar que la radiografía sacada a un enfermo en un instituto muy serio viene con el diagnóstico de cálculo coraliforme. El profesor Surraco dice que puede extraer la mayoría de ellos —lo que se consigue muchas veces— aumentando el cuello o la boca de los calices con lo que se logra muchas veces vascular el cálculo y extraerlo.

Dr. Isnardi. — Lo que suele ser más peligroso que la nefrectomía.