

EL PROBLEMA DE LA PTOSIS RENAL  
Y SU  
SOLUCION CON UNA NUEVA TECNICA QUIRURGICA  
(Presentación de dos casos intervenidos)

VIRGHILIO GARCIA RODRIGUEZ

Interno del Servicio de Urología del Hospital  
Provincial, por oposición

En estado normal el riñón está fijado en su cavidad por las fascias que lo envuelven. La cápsula suprarrenal aunque en la edad infantil está unida por tractos celulares fuertes al polo superior del riñón y aquella a su vez está sujeta al hígado y al diafragma por las fascias pre y retrorrenales que pasan por encima de ella, manteniendo por tanto la fijeza renal. En el adulto no hay nada de esto pues una lámina conjuntiva separa y hace independientes los dos órganos, de aquí que en las nefrectomías nunca se exterioriza aquella al extraer el riñón.

El riñón está sumergido en su cápsula en medio de la grasa perirrenal y entre ésta y aquella se hallan una serie de tractos fibrosos que lo mantienen; por abajo estos tractos forman un refuerzo, una especie de almohada sobre la cual descansa el polo inferior.

En estado normal el riñón se mueve algo bajo la influencia de los movimientos respiratorios. La ptosis renal o riñón móvil no es más que la exageración de esta movilidad normal descendiendo por debajo de las falsas costillas pudiendo descender hasta la fosa iliaca.

El papel de los vasos en la fijación del riñón es nulo. La cápsula fibroadiposa (véase figura 1 y 2) está constituida por una fascia fibrosa; la fascia renal, que parece ser una dependencia de la capa celular que tapiza la hoja parietal del peritoneo, que al llegar al borde externo del riñón se engruesa y se desdobra en dos hojas una que pasa por delante y otra que pasa por detrás. La hoja posterior es brillante, fácil de evidenciar se denomina fascia de ZUCKERKANDL, la anterior más delgada está reforzada solamente en la zona correspondiente a los cólores ascendentes o descendentes por una lámina particular, la

fascia de Toldt. En el borde interno del riñón las dos cápsulas se reúnen sobre el pedículo renal donde se confunden con la vaina que rodea los vasos. En la parte superior las dos hojas se reúnen también encima de la cápsula suprarrenal para ir a fijarse al diafragma estando separada ésta del polo superior del riñón por una lámina conjuntiva. En la parte inferior del riñón la cápsula se prolonga hacia abajo y desciende hasta la altura de la cresta iliaca, la dos hojas quedan separadas una de otra simplemente reunidas por adherencias, y se continua a lo largo del uréter a la fosa iliaca hacia la pelvis.

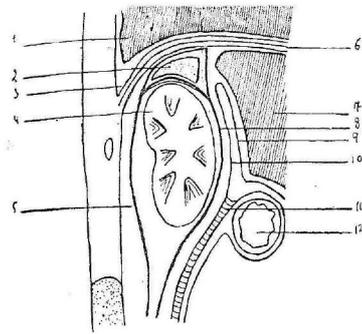


Figura 1

CAPSULA DEL RIÑON, lado derecho según Testut  
1. Pulmón.—2. Cápsula suprarrenal.—3. Cavidad pleural.—4. Riñón.—5. Hoja posterior de la cápsula fibroadiposa.—6. Diafragma.—7. Hígado.—8. Hoja anterior de la cápsula fibroadiposa.—9. Peritoneo hepático.—10. Peritoneo prerrenal.—11. Hoja de Toldt.—12. Angulo derecho del colon.

Normalmente la cara posterior del riñón derecho corresponde por su tercio superior a la duodécima costilla, por debajo de esta está en relación con el cuadrado de los lomos y el psoas en un plano aproximadamente que pasa por la apofisis transversa de la tercera vértebra lumbar.

Tres grados podemos considerar en la ptosis renal. Un primer grado en el cual el polo superior del riñón ha descendido por debajo de las falsas costillas pero no llega a la cresta iliaca. Un segundo grado en el cual llega a la cresta iliaca y un tercer grado en el cual ha pasado de la cresta iliaca para alojarse en la porción superior e interna de la fosa iliaca.

La ptosis renal se encuentra excepcionalmente en la infancia, es muchísimo más frecuente en la mujer que en el hombre y casi siempre es del lado derecho.

La etiología de la nefroptosis es muy discutida. Se ha hablado de la influencia del embarazo, de la herencia, del traumatismo, de la debilidad orgánica o delgadez con la atonia de toda la musculatura y sobre todo de la del abdomen; y de lo que no cabe duda es de que influye bastante en la mujer su configuración especial pues en ella las cavidades paravertebrales donde se alojan los riñones, serían estrechas hacia arriba y ampliamente abiertas hacia abajo, a causa de la estrechez inferior del tórax y del gran ensanchamiento de la región abdominopelviciana subyacente formando una celda en forma de embudo con la base hacia abajo, y si a esto añadimos en nuestra opinión una lordosis lumbar poco acentuada o nula por una pelvis antepuesta de forma tal que la pared posterior de esta cavidad o celda se convier-

te en un plano vertical en vez de inclinado como normalmente es, este embudo estará más abierto aún en sentido anteroposterior y si a esto añadimos la delgadez o pérdida de grasa perirrenal o almohadillaje que adosa las dos hojas de la fascia renal y sostiene el polo inferior del riñón, veremos cuan fácil es el descenso de este órgano (ver esquema figura 3). Mas otra causa más lejana, más indirecta tiene también importancia en la nefroptosis y por la cual nos explicamos la sintomatología rica en algunas nefroptosis y ninguna o ligerísima en otras quizás más acentuadas. Un trastorno funcional primitivo del sistema nervioso vegetativo es la causa que como círculo vicioso con sus trastornos en la nutrición de los sistemas fibrosos y muscular origina un mayor acúmulo de molestias, de aquí la mejoría pasajera que casi todos estos pacientes obtienen con la medicación empleada en las distonías neurovegetativas.

La ptosis renal ocasiona algunas lesiones secundarias en el uréter. Se forman acodamientos en su parte superior móviles variables e intermitentes al principio, pero que mas tarde a causa de la periureteritis que nunca deja de producirse modificando la actitud del uréter puede abocar últimamente en la hidronefrosis.

Los síntomas de la ptosis renal son de todos conocidos, el dolor continuo o, por crisis, los trastornos digestivos reflejos y los trastornos neurasténicos a nuestro juicio estos últimos mas de fondo constitucional que por ptosis renal.

No todas las ptosis renales son tributarias del tratamiento quirúrgico pues ya hemos señalado antes que algunas apenas producen síntomas y se encuentran en una exploración rutinaria. Sin embargo aquellas que producen grandes dolores casi siempre por haberse cambiado la actitud del uréter y existe el peligro de producirse una hidronefrosis con la pérdida funcional del riñón, siempre deben ser operados o intervenidos quirúrgicamente.

Pero aquí surge el problema. Qué método emplearemos de los

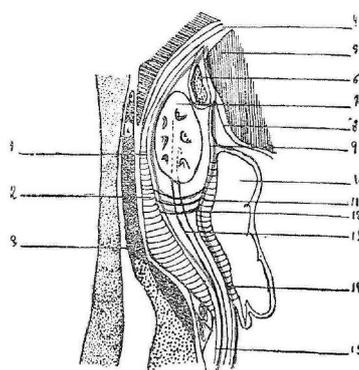


Figura 2

Envolturas del riñón derecho y del uréter vistas en un corte sagital (según Stromberg)

1. Hoja posterior de la cápsula fibroadiposa.-2. Espacio retrorenal.-3. Aponeurosis del cuadrado de los lomos.-4. Diafragma.-5. Hígado.-6. Cápsula suprarrenal.-7. Riñón.-8. Peritoneo retrohepático.-9. Hoja anterior de la cápsula fibroadiposa.-10. Cólón ascendente. 11 fascia de Toldt.-12. Adherencia que cierra por debajo la cápsula renal.-13. Ureter.-14. Fascia preuretérica.-15. Fascia retrouretérica.

muchos que existen? Fácil es comprender que al haber tantas intervenciones es debido al mal resultado de unas y otras.

Tres procedimientos se han seguido hasta ahora: La fijación indirecta, la fijación directa y la nefropexia capsular.

En el primer procedimiento ninguna sutura fija el riñón en su cápsula. Algunos cirujanos colocan un taponamiento que rechaza y fija temporalmente el riñón escarificando la cápsula, LAEN y DEAVER, y cerrando la herida hasta que el riñón se ha adherido a las partes vecinas. SOTTOCARA desprendía del cuadrado lumbar un segmento que insertaba en el polo inferior del riñón. KOCHER suspende el riñón en una hamaca constituida por un fragmento transplantado de la aponeurosis de la fascia lata.

En los procedimientos de fijación directa el riñón es suturado directamente a las partes vecinas con o sin decapsulación. Sin decapsulación el método que más se ha empleado ha sido el de GUYON y que consiste en tomar tres hilos de cagut de setenta centímetros de largo se doblan y se pasan los tres por pleno parenquima renal a uno o dos centímetros del borde convexo, se corta el asa y se tienen a un lado y a otro del riñón tres grupos de hilos los cuales se fijan a una parte correspondiente de las partes blandas y todo lo alto posible. Mas nunca puede llevarse el riñón a su posición primitiva pues habría que atravesar la parrilla costal con los hilos lo cual es muy difícil y peligroso. Este procedimiento expone a desgarraduras del riñón, a hemorragias y zonas de esclerosis a nivel de los hilos y a veces fístulas urinarias si se ha atravesado algún cáliz.

Los procedimientos de la nefropexia capsular ideados por los inconvenientes de la nefropexia parenquimatosos tampoco dan resultado, es muy fácil el desgarramiento de esta cápsula al intentar fijar con cagut las porciones liberadas. De entre estos el mejor es el procedimiento de LOWSLEY con cinta de cagut.

El procedimiento empleado por nosotros es el siguiente: Incisión clásica de lumbotomía, abertura de la cápsula perirrenal en su

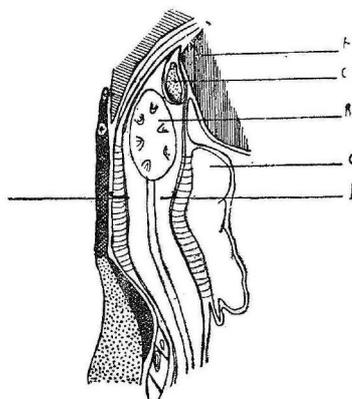


Figura 3

Esquema que demuestra la verticalidad de la pared posterior de la celda renal en la pelvis antepuesta.

F. Hígado.-C. S. Cápsula suprarenal.-R. Riñón.-C. Cólon ascendente.-I: Sitio donde damos los puntos que han de cerrar la cápsula renal en su parte inferior.

parte posteroexterna liberación del riñón y ureterolisis o sea desbridamiento de todas sus adherencias, decapsulación y elevación del riñón a su posición normal con el polo inferior dirigido hacia fuera, y mientras es sostenido en ésta por medio de una valva estrecha, damos unos puntos sueltos con cagut que van desde pared anterior de cápsula perirrenal y peritoneo a la aponeurosis del músculo psoas y cuadrado de los lomos, comenzando desde dentro un poco por fuera del uréter y seguimos hacia fuera dando cuatro o cinco puntos hasta casi cerrar de nuevo la cápsula perirrenal; dejamos drenaje de goma en la celda con objeto de dar salida a la exudación abundante originada por la decapsulación, que se retira a las cuarenta y ocho o setenta y dos horas. Sutura por planos. El paciente se mantiene cuatro o cinco días en decúbito supino con los pies de la cama un poco elevados con el fin de que el riñón por su propio peso se mantenga en la nueva posición proporcionada y que comience a formar adherencias con las partes vecinas al mismo tiempo que los puntos que hemos dado desde hoja fibrosa y peritoneo a músculos cuadrado lumbar y psoas no estén tirantes y también se adhieran entre sí. A los cuatro o cinco días se pueden quitar los calzos de la cama procurando incorporar al paciente lo menos posible durante ocho días por lo menos.



Figura 4

El hecho de la decapsulación tiene dos fines: primero contribuye a suprimir la nefralgia; segundo hace posible se provoquen adherencias entre el riñón y sus partes vecinas. Estas por leves que sean más la sutura que cierra en el mismo polo inferior del riñón la celda, mantienen una buena posición y por tanto un buen funcionamiento y evacuación renal, con la desaparición consiguiente de las molestias.

A continuación exponemos dos casos con sus correspondientes historias clínicas y las pielografías anteriores y posteriores a la intervención. Estas últimas demuestran el buen resultado operatorio.

Historia clínica núm. 1

Enferma C. D. G. casada de 26 años, natural de Santisteban del Puerto (Jaén).

Antecedentes personales. Sin interés.

Historia de la enfermedad actual. Hace dos años durante el primer embarazo tuvo dolorimiento en zona renal derecha con fiebre, no

quedando libre de molestias que volvieron acentuarse en el segundo embarazo del cual hace cinco meses dió a luz. Desde entonces sus molestias en zona renal derecha no han cesado habiendo sufrido dos cólicos nefríticos de gran intensidad. No polaquiuria, no hematuria, no escozor ni dolor a la micción.

En la exploración manual se palpa la mitad inferior del riñón derecho, algo doloroso, dolor en punto costolumbar derecho.

Análisis de orina. Albúmina no existe. Sedimento: escasos leucocitos, células renales y cristales de oxalato de cal.

Análisis de sangre. Hematías 4.600.000, leucocitos 5.000, basófilos 0, eosinófilos 0, neutrófilos 62, linfocitos 34, monocitos 4. Índice de KATZ 16.



Figura 5



Figura 6

Radiografía simple negativa.

Pielografía ascendente (figura 4), con yoduro sódico al 25 por 100. Se aprecia en ella un descenso del riñón cuyo polo superior está por debajo de la duodécima costilla, pelvis y cálices normales; uréter acodado y con falta de relleno y como colgado por alguna brida.

Diagnóstico: Ptosia renal de primer grado con acodadura de uréter.

Tratamiento, quirúrgico.

Anestesia, raquídea previa inyección de un c. de Escofedal.

Intervención con la técnica descrita más arriba.

Curso postoperatorio, bueno.

La pielografía ascendente, practicada a los veinte días des-

pués (figura 5) demuestra como el riñón ha quedado en buena posición con el polo superior a nivel de la duodécima costilla y ha desaparecido la acodadura la cual estaba originada por adherencias.



Figura 7

te y doble acodadura ureteral.

Tratamiento, Quirúrgico-Anestesia raquídea previa inyección de un c. c. de Escofedal.

Intervención con la misma técnica que la anterior.

Curso postoperatorio bueno.

A los veinte y cinco días se le efectúa una urografía descendente con Umbradil 35 por 100 que nos da la siguiente imagen (figura 7). Pelvis renal izquierda y primera porción de uréter se aprecian con bastante claridad, no se visualiza el contorno renal. El riñón derecho se aprecia en su contorno situado en su posición normal; polo superior por debajo del borde de la undécima costilla y sobrepuesto a la duodécima. Pelvis intrarrenal, primera porción ureteral nítida y sin acodaduras así como también se aprecia claramente el uréter pelviano.

Historia clínica núm. 2.

Enferma C. A. Q. de 56 años natural de Espeluy (Jaén).

Antecedentes personales. Sin interés.

Enfermedad actual. Desde hace más de un año siente dolores cólicos en zona renal derecha irradiados a hipogastrio y desde hace dos meses el dolor es continuo haciéndosele insoportable. Ligeras molestias miccionales.

Exploración externa. Enferma obesa, orina clara. Exploración manual negativa.

Análisis de orina normal.

Radiografía simple de aparato urinario. Se observan dos flebolitos en lado derecho de pelvis menor y uno en lado izquierdo.

Pielografía ascendente con yoduro sódico al 25 por 100 previo cateterismo ureteral (figura 6). Se observa una ptosis de segundo grado con una hidronefrosis incipiente