

Sobre la importancia de la Cirugía Conservadora Renal

Dr. Virgilio García Rodríguez-Acosta

Urólogo de la Residencia Sanitaria del S. O. E.

Jaén

“La Cirugía no es sólo cuestión de habilidad operatoria. Exige a su servicio cualidades de inteligencia y de corazón que la elevan al más alto pínaculo de las empresas humanas. Un paciente no puede ofrecernos tributo más alto que el confiarnos su vida y su salud, y consiguientemente la felicidad de toda su familia. Para merecer esta confianza hemos de someternos durante un tiempo de la vida a la disciplina constante de un esfuerzo no interrumpido para la adquisición de conocimientos y para poder llevar a cabo las distintas operaciones con la mayor escrupulosidad y celo en todos sus detalles.”

Lord Moynibar.

Aunque la curación final del paciente es siempre objeto primordial de toda intervención quirúrgica, la con-

servación de la función fisiológica, siempre que sea posible, es esencial. El cirujano estará dispuesto a llevar a cabo la cirugía heroica, si el caso lo requiere; mas ha de abstenerse en lo posible antes de extirpar un órgano o miembro necesario. Toda intervención ha de ser planteada y ejecutada, en cuanto sea posible, en líneas estrictamente anatómicas y fisiológicas. No hay duda que muchas faltas quirúrgicas son cometidas a consecuencia de diagnósticos precipitados y erróneos. Hoy, gracias a las facilidades derivadas de la investigación científica, tanto en los medios de diagnóstico como en los de garantizar el éxito del acto quirúrgico por medio de los antibióticos, las mejoras en los métodos de anestésias, por lo que el paciente queda más relajado y el cirujano puede trabajar con más cui-

dado y decisión, los enormes avances en el campo de la investigación bioquímica, que han puesto en manos del cirujano proteicos de rápida asimilación y concentrados vitamínicos que contribuyen a mantener en equilibrio el metabolismo del enfermo, van en favor y a facilitar la práctica de una cirugía conservadora.

Hoy día va separándose el concepto de cirugía y mutilación que en tiempos pasados iban unidos. Hoy, la cirugía ha evolucionado hasta tal punto de llegar a la cirugía funcional y conservadora. Está comprobado que, salvo ocasiones en que como el cáncer ésta es mutilante hasta el máximo, en otros procesos, como, por ejemplo, una embolia o una rotura vascular, no se va directamente a la amputación del miembro afectado, sino a la extracción del émbolo o a la reconstrucción del vaso, logrando así salvar al paciente de una mutilación que le dejaría en inferioridad funcional. No pone sus miras el cirujano sólo en cuanto a la vida del sujeto, sino también en cuanto a la integridad funcional. Y si bien la cirugía conservadora tiene su aplicación en todos los órganos de nuestro cuerpo, es en el riñón donde con más interés hemos de aplicarla, por ser uno de los órganos más importantes de nuestra economía.

Es el órgano depurador del organismo; las sustancias extrañas que se han producido en el seno de los tejidos son recogidas por la corriente de

líquidos de los intersticios tisulares y por la linfa, y a través de la sangre por las arterias renales estas sustancias llegan al riñón, volviendo a la circulación general a través de las venas renales la sangre limpia de estos desechos metabólicos, que han sido eliminados por la función del filtro biológico de este órgano. Aparte de esta misión y de la regulación hidroelectrolítica, intervienen en la síntesis del ácido hipúrico, en el metabolismo de los hidratos de carbono y de los lípidos.

Es curioso observar en bastantes ocasiones que las lesiones existentes en las piezas obtenidas por nefrectomías son únicas o circunscritas en una zona del órgano, y el resto del riñón, que constituye una gran parte del parénquima, se encuentra sano, e incluso conserva indemne el sistema excretor pieloureteral propio de esta región; a pesar de ello, se ha sacrificado el órgano buscando la curación del enfermo. Creemos, pues, que debe recapitarse sobre esta excesiva mutilación, que ha de procurarse llevar a cabo una terapéutica conservadora más racional y lograr la curación del enfermo, sin sacrificar una porción de órgano sano de tal vital trascendencia, como es el riñón.

La nefrectomía parcial no es un procedimiento terapéutico reciente. En el año 1887, CZENRY, deliberadamente, extirpó una porción de riñón enfermo, conservando así el resto del órgano sano.

A finales del último siglo, varios autores estudiaron la utilidad e indicaciones de la resección parcelaria del riñón en los casos de lesiones circunscritas. Fueron TILLMAN, PAOLI, TUFFIER y BARDENHEUR, entre otros, sus instigadores y defensores, pero esta operación fué abandonada por varias razones. Entre ellas la hemorragia operatoria y post-operatoria; la formación de fistulas urinarias lumbares, que obligaban a la extirpación ulterior del órgano y los resultados poco halagüeños cuando la resección parcial era practicada por motivo de neoplasias y tuberculosis del riñón. Pero hay que tener en cuenta que en aquella época no se disponían de procedimientos exploratorios, tan exactos desde el punto de vista anatomofológico y funcional, como es la urografía en todas sus técnicas, que, unida a la pielografía, permite determinar *a priori* con gran exactitud la porción de riñón afecto, el estado del resto del órgano y de las vías excretoras pieloureterales, de capital interés para la indicación de esta intervención; y si a esto unimos, como apuntábamos al principio, los adelantos logrados por medio de los antibióticos y el perfeccionamiento de las técnicas gracias a los nuevos métodos de anestésias, es motivo más que suficiente para que siempre que esté indicado hagamos una cirugía conservadora.

Veamos en qué casos, a nuestro juicio, deben ser proclamadas las indicaciones de la cirugía conservadora re-

nal y las bases que permiten realizarla. Es condición indispensable que la porción de riñón que será conservada tenga garantizada la irrigación sanguínea, e igualmente no existan obstáculos que alteren la permeabilidad de las vías excretoras, a través de las cuales debe desaguar esta porción de órgano.

En la hidronefrosis, la tendencia moderna en el tratamiento quirúrgico es la conservatriz. Debe tratarse de restablecer una función de excreción normal y no un aspecto morfológico normal. La reducción del volumen de las cavidades dilatadas no presenta más que un interés secundario. Este principio elemental debe gobernar toda la cirugía conservatriz de la hidronefrosis. Desde luego el tratamiento conservador no merece ser tanteado más que en los casos donde el valor secretorio del riñón no esté muy por debajo de la tasa de su valor normal. Este principio no se aplica más que en los casos unilaterales; en los bilaterales el riñón debe ser conservado a toda costa. La edad del paciente es tomada corrientemente en consideración. La cirugía conservatriz prevalece sobre todo en el enfermo joven.

Las técnicas operatorias que disponen la dilatación piélica y del obstáculo en la unión pielouteral son múltiples. La clase de técnica no se decide, a veces, más que en curso de la intervención, tomando en consideración el valor funcional del músculo piélico.

co y la naturaleza del obstáculo que reconoceremos in loco, ya que la ureteropielografía retrógrada muestra el sitio exacto y la implantación del obstáculo, pero no permite siempre conocer su naturaleza.

Se pueden clasificar las técnicas en cuatro grupos:

Primero. Intervenciones que deliberan la primera porción del uréter. Entre éstas figuran las siguientes:

Sección del vaso polar; transposición del vaso polar u operación de HELLSTRON; aplicatura del riñón u operación de ADANS, desbridamiento y nefropaxia.

Cuando se va a seccionar un vaso polar se recomienda pinzarlo durante algunos minutos y observar el polo inferior del riñón; si no se produce alteración circulatoria o cianosis de esa parte del riñón, el vaso, arteria o vena puede ser seccionado sin ningún riesgo.

Cuando aparece en seguida una pequeña zona esquémica, el riesgo de sada se transforma en tejido fibroso y no da generalmente casi nunca complicación es ligero, la zona intere-gar a complicación. En los casos en que el vaso es importante e interesa una porción apreciable de parénquima, el riesgo que puede sobrevenir por la devascularización del polo inferior es más grande, la zona infartada puede dar lugar a hemorragias o más raramente se transforma en un absceso y se elimina por supuración. Estas supuraciones de larga duración

y de fístulas da lugar muchas veces a la nefrectomía secundaria; por esto es preferible tener un recurso o procedimiento que respete el vaso.

La transposición del vaso polar u operación de HELLSTRON está dirigida a los gruesos vasos polares, y consiste en reclinarlos hacia lo alto, sobre la cara anterior de la pelvis y dejarlos en la nueva posición, lejos de la unión pieloureteral. La fijación se hace utilizando algunos fragmentos de grasa de la cápsula adiposa renal, y se les sutura a la pared piélica anterior debajo del vaso, obteniéndose así un pequeño almohadón de grasa que impide al vaso tomar su posición primitiva. Esta intervención es realizable nada más que cuando el vaso es suficientemente largo y dócil para ser desplazable.

El desbridamiento está indicado cuando el uréter está encerrado por una brida sin tener el mismo una estrechez verdadera e íntima. Basta con seccionar las adherencias y liberarlo

La nefropexia está indicada en tociudadosamente.

dos los casos donde la ptosis renal es la causa directa de acordaduras ureterales fijas.

Segundo. Intervenciones que ensanchan la estenosis pielouteral. Estas son indispensables en los casos de estrechamiento intrínseco de la unión pieloureteral. Entre ellas tenemos:

Ureterotomía Extramucosa, Ureterotomía Longitudinal total, Operación de FENGUES, Pieloplastia en Y u ope-

ración de FOLEY, Ureteroplastia angular, Anastomosis laterolateral de ALBARRÁN y VON LICHTENBERG.

La ureterotomía extramucosa consiste en una incisión longitudinal, a nivel de la unión pielouteral, no interesando más que las capas adventicia y muscular, respetando la mucosa. Su eficacia puede ser reforzada por una intubación que distienda la luz ureteral.

En la ureterotomía longitudinal se practica una incisión longitudinal interesando toda la pared, comprendiendo la mucosa, traspasando ligeramente en alto y en bajo la zona estrechada. Hay que asociar una intubación permanente que mantiene un calibre ancho durante el período de cicatrización.

La operación de FENGUES consiste en una incisión longitudinal corta sobre la zona estenosada, seguida de una sutura transversal de manera que se obtiene un ensanchamiento.

La pieloplastia en Y u operación de FOLEY consiste en practicar a nivel de la estrechez una incisión en Y. El ángulo formado por esta incisión es descendido entre los labios de la brecha vertical de la Y y suturada de tal manera que la incisión que tenía inicialmente la forma de una Y toma la forma de un V larga.

La ureteroplastia angular consiste en una incisión longitudinal partiendo sobre el borde inferointerno de la pelvis, remontando sobre la unión pieloureteral y descendiendo sobre el

uréter en zona sana. Los labios de la incisión ureteral son suturados a los de la incisión piélica por puntos separados. Así se realiza un ensanchamiento considerable de la unión pieloureteral.

Anastomosis laterolateral de ALBARRÁN y VON LICHTENBERG. Esta técnica es una variante de la precedente. Al lado de una sola incisión longitudinal se practican dos, la una enfrente de la otra sobre el borde inferointerno de la pelvis y sobre el borde externo del uréter; la anastomosis no interesa por consiguiente directamente la unión; asienta por debajo de ella.

Tercero. Reimplantaciones. Esta intervención consiste en seccionar el uréter por debajo de la unión pieloureteral y reimplantarlo en la pelvis en su parte más declive.

Puede técnicamente realizarse de tres maneras. Anastomosis laterolateral, terminolateral o elíptica. Esta intervención tiene el inconveniente de que el uréter se contrae por su cuenta a un ritmo diferente al de la pelvis y esta incoordinación motriz fatiga al músculo piélico, pero generalmente da buen resultado.

Cuarto. Resecciones parciales. Entre éstas tenemos la gran resección ortopédica (ALBARRÁN). Por una incisión circular se reseca el polo inferior del riñón con el cáliz inferior y toda la parte inferior de la pelvis. Esta incisión circular es prolongada sobre la unión pieloureteral de mane-

ra que la intervención puede ser completada por una ureteroplastia angular. Esta intervención puede ser casi abandonada, puede tener una indicación y es la Hidronefros complicada de litiasis del cáliz inferior.

Resección piélica. Esta consiste en resecar una parte de la pared piélica para reducir el volumen de la pelvis, completada con la intervención que libere o alargue la estrechez. Está indicada en las Hidronefrosis de gran volumen de la pelvis y cuya pared es atónica por descompensación muscular. Es inútil en las pequeñas Hidronefrosis que gozan de una función muscular normal. El capitonaje de la pelvis obtenido, pasando hilos a través de la pared de la pelvis que la frunce, está hoy día abandonado.

En lo que atañe a las pienefrosis, el tratamiento conservador está indicado en los casos en que el otro riñón está lesionado y el pienefrósico conserve parénquima renal, y el estado del enfermo no permita la nefrectomía, entonces, bien por cateterismo ureteral o por nefroctomía, evacuaremos la bolsa purulenta, lo cual permiten en ciertos números de casos la conservación del riñón que guarde un cierto valor funcional. En casos de fístula persistente o de riñón inútil, la Nefroctomía se hará en condiciones más satisfactorias que de primera intención.

En la tuberculosis renal. Este es uno de los capítulos más interesantes. Gracias a los recientes descubrimien-

tos de la Estreptomina, Pas, Hidracidas, etc., puede llevarse a cabo la cirugía conservadora del riñón afecto. Pues con el tratamiento pre y post-operatorio, a base de esta gama de antibióticos, podemos ver coronada de éxito una Nefrectomía parcial que en otros tiempos hubiera ido serrada post-operatoria y, en fin, frugida de una fístula lumbar, hemocaso rotundo de la intervención. Estará indicada en los casos en que la lesión o lesiones cavitarias se localicen en un polo del riñón, estando el resto sano o con lesiones microscópicas, o simplemente inflamatorias que regresarán con el tratamiento médico.

La nefrectomía parcial ha sido objeto de discusión en el Congreso de la Asociación Francesa de Urología en el año 1951. Por DUFUR, que ha modificado la técnica enormemente discutida y propuesto sus indicaciones. El acuerdo se hizo sobre la necesidad de una larga vida de abordaje, y las discusiones versaron sobre tres puntos, hoy suficientemente precisados: la hemostasia, la sutura y el drenaje.

Aparte de las Nefrectomías parciales, tenemos también en la Tuberculosis renal las operaciones paliativas; por ejemplo, en las de Ureteritis estenosante fímica terminal, la resección y una neureterocistotomía. Operaciones de denervación vesical en las cistitis fímicas dolorosísimas, que hacen la vida imposible al enfermo, como la operación de RICHER, que consiste en

resecar los nervios erectores, el presaco y los nervios hipogástricos; la operación de THIERMANN o resección de los nervios erectores, etc.

En los casos de microvejigas por cistitis tuberculosa o cistitis incrustada o parenquimatosa que pierden su capacidad de reservorio, produciendo éxtasis pieloureteral e infección ascendente, se recurre a las enterocitoplastias (ampliaciones vesicales con intestino grueso o delgado), como el mejor medio de conservar la función renal al cesar el éxtasis de las vías excretoras altas.

En los tumores de riñón, en los casos de tumores benignos limitados a un polo del riñón podemos decidirnos por una Nefrectomía parcial.

En los quistes renales, la Nefrectomía será operación de rara necesidad, sólo justificada si el enorme volumen del tumor va unido a una atrofia total del riñón; de lo contrario, hay que limitarse a la extirpación del quiste, si es solitario, o a la apertura, si son múltiples.

En la Litiasis renal, el tratamiento quirúrgico conservador precoz es la mejor profilaxis de la Nefrectomía por Litiasis. En los casos de Litiasis bilateral jamás debe practicarse una Nefrectomía. La Litiasis renal representa una de las mejores indicaciones de la Nefrectomía Parcial.

Según los casos podemos emplear las distintas intervenciones: Nefrectomía, Pielotomía, que puede ser an-

terior o posterior; Pielotomía inferior alargada (PAPIN), que prolonga la incisión de la pelvis sobre el polo inferior del riñón; indicada en los grandes cálculos pielocaliciales inferiores, Pielonefrectomía, Nefrectomía parcial. La Nefrectomía sólo estará indicada en las Pionefrosis calculosas con cada en las Pionefrosis calculosas con riñón adelfo sano. El control Radiológico operatorio permite extirpar los más mínimos fragmentos de cálculos, y la perfección así obtenida en la exéresis de los cálculos constituye la mejor garantía contra la recidiva.

En los traumatismos renales, siempre que sea aconsejable la exposición operatoria, porque el tratamiento expectante sea imposible, hemos de intentar la aplicación de la cirugía conservadora, máxime cuando muchas veces habrá que intervenir sin poder conocer el estado del otro riñón. Pues se podrán extirpar fragmentos aislados del parénquima lesionado; drenar la pelvis y obtener la hemostasia, introduciendo pequeños fragmentos de grasa y reparando la cápsula con cinta de catgut, según el método de LOWSLEY.

Varios inconvenientes han impedido hasta ahora que se vulgarice y se emplee con más frecuencia la resección parcial del riñón; de una parte, la dificultad de delimitar perfectamente la zona-renal afectada por la lesión; esto puede ser corregido mediante la exploración previa muy completa, y

en la actualidad son de utilidad en el acto operatorio los datos que aporta la radiografía directa del riñón antes de la resección para mejor delimitar la zona afectada, y después para confirmar la integridad del trozo conservado. De otra parte, la hemorragia que se produce en la superficie cruenta de la sección del riñón y la dificultad de la hemostasis, y, por último, de la dificultad de la sutura por ser el riñón un órgano bastante friable. Sin embargo, sabemos que las secciones con bisturí eléctrico y las suturas con cinta de catgut, con los injertos musculares o de grasa, aplicados sobre la superficie cruenta, han

solucionado estos dos últimos inconvenientes.

En nuestra opinión es preferible el fracaso en una terapéutica conservadora que obligue a una nueva intervención que la observación frecuente de riñones extirpados, de los cuales podía haberse conservado una gran porción de parénquima, practicando la resección de la zona enferma. El temor de este fracaso, creo, no debe frenar al Urólogo para practicar este tipo de Cirugía conservadora, ni tampoco la equívoca comodidad que para el paciente represente un curso más breve la nefrectomía por primera intención.