

MEMORIA

SOBRE LAS TÉCNICAS Y MÉTODOS DE CIRUGÍA CONSERVADORA RENAL,
RECOGIDAS EN EL INSTITUTO DE UROLOGÍA QUE DIRIGE EL PROFESOR
DR. D. ANTONIO PUIGVERT GORRO

DR. VIRGILIO GARCÍA RODRÍGUEZ

Ante todo, queremos hacer constar nuestro agradecimiento al profesor PUIGVERT que, con la generosidad y amabilidad que le caracterizan, puso a nuestra disposición los completísimos y perfectos ficheros del Instituto de Urología donde hemos podido revisar y estudiar la casuística abundante de historias clínicas donde se ha empleado una cirugía conservatriz.

En nuestra anterior Memoria sobre la importancia de la cirugía conservadora renal, sentábamos las indicaciones y los principios por los cuales se ha de regir la cirugía conservatriz. De sobra es conocida la importancia que el riñón tiene como órgano en nuestra economía por sus distintas funciones, y el urólogo está obligado a ser conservador al máximo aunque para ello haya de seguir una técnica más difícil. Ha de desechar la preocupación de las hemorragias, de las fístulas y de las reintervenciones, pues como veremos por las estadísticas del Dr. PUIGVERT, estas intervenciones son coronadas por el éxito en el 97 % de los casos. No cabe duda que para que el éxito esté de nuestra parte, la indicación de la nefrectomía parcial ha de estar concienzudamente estudiada. Sabemos que para ello la lesión o lesiones han de asentar en un polo del riñón o en una parte del parenquima que su exéresis deje intacto el sistema pieloureteral. Se ha de conocer

el límite exacto entre la zona sana y la enferma y para ello nos valemos de la exploración radiográfica, urografías, pielografías antes e incluso durante el acto quirúrgico.

Esta cirugía está indicada en las siguientes afecciones: litiasis, hidronefrosis, quistes y tumores bien limitados, tuberculosis, caliectasias pionefrósicas, etc., enfin, en todos las lesiones, sean las que sean, siempre que estén limitadas y se pueda conservar indemne como decíamos antes el sistema excretor.

En los ficheros del Instituto de Urología del Profesor PUIGVERT, hemos revisado ochenta y cinco casos de nefrectomías parciales que clasificadas por sus diagnósticos, son los siguientes: 23 por litiasis, 9 por duplicidad ureteropiélica acompañados de ureteropieloectasias, 1 por traumatismo, 4 por hidronefrosis, 1 por infarto agudo renal, 4 por caliectasia, 2 por tumores quísticos malignos, 10 por quistes serosos, 4 por pionefrosis y absesos corticales, 2 en riñones en herradura por distintas afecciones, y 25 por tuberculosis. De estos 85 casos de nefrectomías parciales, solo ha habido dos éxitos. uno intervenido por tuberculosis con exclusión del otro riñon, y otro a las setenta horas de la intervención por schok; y solamente dos casos de reintervenciones con nefrectomía subsiguiente; uno por persistencia de fistula lumbar intervenido primeramente por caliectasia superior, y otro por hemorragia secundaria en una heminefrectomía por tuberculosis. Solo existen dos casos de persistencia de fistula lumbar y la de mayor tiempo solo de cinco meses. Los demás casos han seguido cursos postoperatorios normales.

Como se podrá observar, los resultados no pueden ser más halagüeños. El tanto por ciento mayor de nefrectomías parciales ha sido efectuado en casos de tuberculosis renal. El tratamiento de esta afección ha pasado por varias etapas. Al principio, hace mucho tiempo, cuando se ignoraba la existencia de la tuberculosis renal como entidad clínica, pues se creía que la tuberculosis renal que acompañaba a las cistitis tuberculosas, eran secundarias y originadas por infección ureteral ascendente, apenas se practicaba la nefrectomía. Hasta que en 1897, ALBARRAN crea el cistoscopio de cateterismo ureteral con el que se puede recoger orina de ambos riñones en los enfermos de tuberculosis vasical, viéndose que ésta era consecutiva a una tuberculosis renal, la

cual, se decía entonces, es casi siempre unilateral. Al principio, solo en los casos graves y cuando el riñón estaba casi destruido, se recurría a la extirpación del mismo. Después, gracias a la influencia de ALBARRAN, la nefrectomía fué generalizándose, a tal extremo, que bastaba que en un riñón existiera pus y bacilos de KOCH, para proceder a su extirpación, si el opuesto era considerado sano. Hace unos años, antes de conocer las nuevas drogas antituberculosas, pero convencidos los clínicos de la casi constante bilateralidad etiopatogénica de la tuberculosis renal, se opusieron al criterio clínico de ALBARRAN, de tuberculosis renal —nefrectomía precoz, por el de tuberculosis renal— nefrectomía tardía. Concepción lógica, pues esperan que se establezcan las lesiones, se vea su grado y se precise la unilateralidad clínica de la tuberculosis.

Recientemente, con la experimentación, aunque corta, de las nuevas drogas antituberculosas, ha surgido el criterio conservador. El tratamiento médico, cuando las lesiones son ulcerosas, tiene la primacía y cuando son caseosas o cavitarias, hay que ir a su extirpación; y ahora bien, cuando estas lesiones están localizadas en una parte del parenquima y no está interesado el sistema excretor, se tiende a la nefrectomía parcial.

El Profesor PUIGVERT ha sido el primero en España en decidirse a este proceder, obteniendo muy buenos resultados.

Otra afección donde el Profesor PUIGVERT tiene la primacía, es en las ureteritis estenosante fímica terminal, donde, por medio de una técnica operatoria de ureterectomía y ureterocistorrafia, consigue la conservación del riñón que, abandonado a su curso, terminaría por ser excluido. Esta técnica es conocida en el extranjero como la operación de PUIGVERT.

Nosotros, durante nuestra estancia en Barcelona, donde hemos asistido a los servicios de Urología del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo y del Instituto de Urología que dirige el Profesor PUIGVERT, hemos revisado las historias clínicas donde se ha empleado la cirugía conservadora, sobre todo las de nefrectomías parciales. Exponemos cinco historias clínicas resumidas, recogidas al azar, presentando la iconografía de las pielografías antes y después de la intervención, donde puede apreciarse obje-

tivamente, mejor que con palabras, la clase y situación de la lesión y el resultado postoperatorio.

Primera historia: H. número 3.811.

C. P. Natural de Barcelona, 40 años, casado.

Antecedente clínico. Cuatro hijos, uno muerto y tres viven sanos. Resto, sin interés.

Enfermedad actual: Hace cinco meses (Agosto de 1945), paratífus que curó sin secuelas. El día 10 de Octubre de 1945, acceso febril de aspecto gripal que remite rápidamente; a los cuatro o seis días reaparece el cuadro: escalofríos, temperaturas de treinta y nueve grados y medio, diaforésis, dolores reumatoídeos fugaces, etc.; estos accesos febriles, reaparecen cada ocho o diez días y desde el último accidente, que es de menos elevación, queda febrícula, orina turbia y anemia discreta.

Previos los exámenes pertinentes este enfermo es diagnosticado de pionefrosis izquierda.

Técnica operatoria: Incisión de lumbotomía; se encuentra abundante panículo adiposo, es separada la grasa perirrenal, encontrándose el polo inferior del riñón normal y muy aumentado de volumen; el polo superior, de esta parte en sentido longitudinal cafálico, varios vasos beuformados que, formando un meso, fijan el riñón a la cápsula diafragmática. Se inicia la disección del pedículo, ligándose los vasos que desde la arteria renal se dirigen al polo superior para obtener isquemia de este territorio glandular; conseguido esto, con bisturí eléctrico, se inicia la sección para la amputación de la extremidad superior de la glándula; previamente se ha protegido el campo con una compresa; sale abundante cantidad de pus bien trabado y de color amarillo verdoso, se produce muy escasa hemorragia, dos pequeños vasos que sangran son ligados por puntos por transfusión; unos puntos de catgut, aproximan la cápsula propia y reducen la superficie cruenta. Se espolvorea sulfatiazol y se reintegra la glándula a su posición normal. Otros puntos de catgut aproximan la grasa perirrenal formando como una almohadilla en su polo inferior. Se sutura en un solo plano con hilo de algodón y catgut en plano muscular. Drenaje: un tubo de goma en la parte media de la

herida y un tubo de goma y dos mechas de gasa en la extremidad superior.

Diagnóstico operatorio confirmativo: Curación a los veinte días. Resultado lejano: bueno.

Figura número 1.—Pielografía ascendente preoperatoria.

Se aprecia amputación del cáliz superior; el contorno del riñón se aprecia en forma de pera con la extremidad abultada en el polo superior.

Figura número 2.—Pielografía ascendente postoperatoria. En ella vemos el contorno del riñón de forma normal y más pequeño: cálices y pelvis normal intrarrenal.

Figura número 3.—Pieza operatoria extirpada.

Historia clínica número 4.636.

J. G., natural de Murcia, de 61 años de edad.

Antecedentes personales, sin interés.

Enfermedad actual: Estaba sometido a tratamiento médico por síndrome vascular y hace unos tres o cuatro meses, observó la existencia de una tumoración lisa y libre en hemiabdomen izquierdo, indolora con sensación de cuerpo libre intraabdominal. Después de la comida nocturna, sensación de digestión lenta y repleción gástrica. La tumoración abdominal ha crecido durante los últimos tres meses. Lígera poliuriuria nocturna.

Previos exámenes pertinentes, es diagnosticado de tumor renal izquierdo.

Operación, resección parcial. El 5-3-46.

Técnica operatoria: Incisión lumboilíaca habitual; fácil exteriorización del riñón, en cuyo polo inferior se encuentra una masa en íntima fusión con él mismo; de superficie regular y aspecto y consistencia quística. En esta se aprecia induración de su pared anterior de forma irregular, de consistencia cartilaginosa y que eleva ligeramente la pared propia de la tumoración. El tejido renal que constituye el órgano, se encuentra formando un casquete en el polo superior de la masa quística la cual ha impreso un lecho en el polo inferior del riñón. En el hilio, se observan unos vasos polares inferiores que irrigan el quiste, los cuales se ligan independientemente. Se procede a la incisión de la cápsula fibrosa

y del propio parenquima renal en la zona de unión al quiste y fácilmente se despega el riñón, quedando el polo inferior del órgano ensanchado y ligeramente cóncavo por la huella impresa por el tumor quístico. Con este último se extirpa una aleta de tejido renal adherida a la cara lateral. En el polo inferior del riñón, y en el labio anterior del mismo, queda una zona de aspecto sospechoso que es la que contactaba íntimamente con la zona cartilaginosa del quiste; esta zona es destruida por Electrocoagulación. Se ligan dos o tres vasos cuyas boquillas vasculares emergen en la superficie cruenta del polo inferior y que irrigaban la pequeña lámina de tejido renal extirpada conjuntamente con el quiste.

Se pone el riñón lo más alto posible en la celda, próximo a la bóveda diafragmática y mediante tres puntos de catgut, que abarcan la cápsula fibrosa y el parenquima renal, se fija el borde convexo del órgano a la masa muscular lumbar. Se espolvorea el lecho del quiste en el polo inferior del riñón con Sulfatiazol y se coloca una mecha de gasa para el drenaje del órgano. Cierre muscular en un solo plano con catgut; sutura cutánea con crín.

Mecha de gasa en contacto con el polo inferior del riñón y tubo de goma.

Cura a los treinta y cinco días. Fístula lumbar que le dura cuarenta días. Resultado lejano: En Diciembre de 1949, bien.

Figura número 4.—Pielografía ascendente preoperatoria. Cáliz inferior estasiado e irregular. No se aprecia bien el cáliz superior.

Figura número 5.—Pielografía ascendente postoperatoria. Se aprecia ureter y cálices ligeramente dilatados un poco desplazado hacia afuera el riñón, por la fijación dada durante la intervención.

Figura número 6.—Pieza extirpada.

Historia clínica número 10.170.

J. M. O. de 59 años, natural de Valls (Tarragona).

Antecedentes. Muy enfermizo desde la infancia hasta los cinco años. A los 20 años uretritis tratada con lavados y anti-sépticos durante unos siete meses. A los 24 años observó dismi-



Figura núm. 1



Figura núm. 2

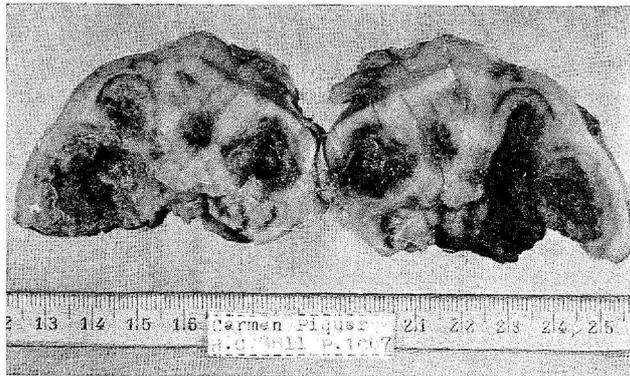


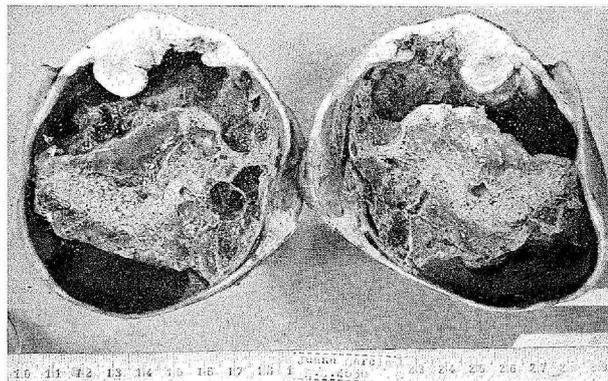
Figura núm. 3



Figura núm. 4



Figura núm. 5



nución del chorro de la orina por lo que le practican uretrotomía interna. Siguió hasta los 26 años con dilataciones periódicas, después abandonó este tratamiento.

A los 30 años dolor agudo en región lumbar derecha, irradiado a fosa ilíaca, que obligó a la administración opiacea. A los 45 años, nuevo acceso doloroso con expulsión de un cálculo: conjuntamente ha presentado dolores en hipocondrio derecho, acompañados de diarrea e intolerancia para las grasas. Desde hace unos cuatro años, si bebe mucho se levanta una vez por la noche para orinar. Ha disminuído la proyección del chorro de la orina. Hace ocho días, notó, súbitamente, cosquilleo en pene, observando cierto escozor miccional. Se bañó en el mar presentando retención después del baño. Con baños de asiento reemprendió la micción. Hasta el día de hoy ha presentado en tres ocasiones disuria y escozor al final de la micción.

Previos exámenes pertinentes, es diagnosticado de litiasis renal derecha y cálculo enclavado en uretra.

El 10-6-50 es operado de uretrotomía externa (Extracción del cálculo).

El 9-9-50 operado de calicectomía inferior del riñón derecho.

Técnica operatoria. Lumbotomía curvilínea habitual. En la comisura superior, se corta el ligamento músculo costal de Henle y se fractura la doceava costilla, se luxa en sentido cefálico, ampliándose así el campo operatorio. Abertura de la celda lumbar, liberación del riñón de las adherencias fibrosas capsulares, con la maniobra de descapsulación digital que rasga la cápsula fibrosa a nivel de la mitad superior del órgano, ello obliga a la disección renal a punta de tijera: se exterioriza el riñón y se disecan los elementos vasculares del pedículo, observándose la ausencia de ramas nutricias independientes para el polo inferior. Se toma el riñón por su parte media y se intenta la decapsulación del polo inferior que, por la delgadez de la cápsula, es abandonada. Con electrobisturí, se corta transversalmente todo el polo inferior a nivel aproximadamente de la línea divisoria entre tercio medio e inferior; se continúa la sección del riñón hasta alcanzar el caliz inferior que contiene el cálculo; sangra abundantemente la superficie de sección, especialmente tres arteriolas globulares. Se extrae el cálculo calicial, así como varios más pequeños. Resección de

los bordes de la mucosa calicial. Se practica la hemostasia por transfusión, ligándose las arteriolas del parenquima que sangran. Se toma una porción de músculo resecao del labio anterior de la incisión lumbar y se colocan en este tejido cuatro puntos largos de catgut, con los cuales por transfusión parquimatosa se adosa y se fija el injerto muscular sobre la superficie cruenta del riñón.

Comprobada la perfecta hemostasia, se reintegra el riñón en la celda. Se observa el paso de algún pequeño coágulo por el ureter que previamente fué liberado de la esclerolipomatosis. Se toma un colgajo grande y pediculado de la grasa perirrenal, con el cual se envuelve el polo inferior del riñón y el injerto muscular que lo cubre. Los extremos del colgajo adiposo, son fijados a la cápsula adiposa mediante puntos finos de catgut. Con ello se ha obtenido la protección de la superficie cruenta mediante la aplicación de una bandeleta epiploica. Se espolvorea la celda lumbar con sulfatiazol. Cierre de la incisión lumbar mediante catgut y algodón.

Alta a los 25 días de la operación.

Resultado lejano, bueno.

Figura número 7.—Pielografía descendente con Umbradil, a los 10 minutos se observa caliz inferior dilatado, con cálculo en su interior tamaño aceituna. Resto normal.

Figura número 8.—Pielografía descendente post-operatoria con Umbradil a los 30 minutos. Se observa la falta del caliz inferior; resto normal.

Figura número 9.—Pieza operatoria.

Historia clínica número 11.806.

T. V: 44 años, natural de Capellades.

Antecedente clínico: Hipertiroidismo a los 35 años. 2 hijos y viven sanos. Un aborto a los 26 años.

A los 42 años, acceso doloroso en región lumbar y espacio costoilíaco izquierdo, que se extendía a fosa ilíaca izquierda, con vómitos y sin trastornos urinarios. Cinco meses después, nuevo acceso similar. Bien hasta mayo 1951, en que sufre nuevo acceso doloroso más intenso en vacío y fosa ilíaca izquierda con temperatura de 39 grados y con polaquiuria, con orina purulenta. Cedió

con Albucil y Cilotropina; 15 días después, repitió el síndrome. Después, este cuadro se ha repetido con más frecuencia. Ha sido tratado con Estreptomina, disminuyendo la fiebre. Desde hace seis días, los accesos son casi continuos.

Después de la consiguiente exploración, es diagnosticada de tuberculosis renal izquierda.

Operación 8-9-51. Heminefrectomía superior izquierda.

Técnica operatoria. Incisión habitual de lumbotomía alargada hasta el cruce con la última costilla. Liberación de esta y despegamiento forzado como en subluxación. Liberación y enucleación del riñón. Exteriorizado el órgano, se observa que la lesión carvenosa afecta, aproximadamente, la mitad del mismo y que, además, en la porción inferior, se observan algunos pequeños tubérculos diseminados por la cortical. Mediante liberación del pedículo, se procede a la ligadura de la rama arteriovenosa que corresponde a la mitad superior del órgano. Obtenida esta hemostasia, se procede a la sección transversal del riñón desde su parte media, separando del mismo toda la mitad superior del órgano. Al incidir el parénquima, se cae sobre una de las cavidades, dando salida a pus cremoso. Se extirpa totalmente la mitad superior del riñón y se completa la hemostasia mediante pinzamiento y ligadura por transfusión de algunas boquillas vasculares que sangran abundantemente. Se toma un colgajo del oblicuo mayor, que se coloca mediante puntos de catgut en la superficie cruenta del riñón y se recubre aprovechando el colgajo de la cápsula fibrosa. Se reintegra el riñón a la celda lumbar y comprobada la perfecta hemostasia, con tres de los puntos de la sutura del injerto muscular, se fija el riñón al último espacio intercostal. Cierre de la pared muscular mediante sutura habitual con catgut y sutura con algodón de la piel.

Se deja un ojal para la emergencia del drenaje que evacua directamente el exudado de la superficie cruenta.

Alta a los 25 días de la operación.

El 30 de julio de 1952. Sigue bien y ha engordado 15 kilos. Micción cada cuatro horas.

Figura número 10.--Pielografía descendente pre-operatoria con Umbradil a los 40 minutos, sin compresión. Se aprecia ureter

y caliz inferior normales. En polo superior, se observan varias cavidades rellenas de contraste.

Figura número 11.—Pielografía ascendente postoperatoria. Se observa ureter y caliz único.

Figura número 12.—Pieza extirpada.

Historia clínica número 13.328.

T. C. D. Barcelona. 28 años.

Antecedentes clínicos, sin interés.

Enfermedad actual: A los 27 años (hace 15 meses), comenzó a quejarse de dolor lumbo-iliaco derecho, que aumentaba con la marcha y mejoraba con el reposo, y calor local, febrícula. Al mes, ardor al final de la micción. Tomó sulfamidas sin mejorar. En Febrero de 1952, reapareció el dolor lumbar derecho que después mejoró con el reposo. Actualmente, micción normal.

Previos exámenes pertinentes es diagnosticado de calicestasia derecha superior por tuberculosis.

Operación el día 4-12-52. Nefrectomía del polo superior del riñón derecho.

Técnica operatoria: Incisión clásica de lumbotomía. Se produce escasa hemorragia practicándose algunas ligaduras de los vasos que sangran de la pared; es separado el riñón de la grasa perirrenal cortado con tijera el tejido conectivo que los une; la enucleación resulta fácil. Es disecado el pedículo y son ligados algunos vasos que irrigan el polo superior del riñón; antes de practicar la exéresis del tercio superior del riñón, son colocados dos puntos de transfusión para hacer la hemostasia de los dos tercios externos. Se practica la descapsulación del polo superior y a continuación, con bisturí eléctrico, la exéresis del tercio superior de la glándula; se produce muy escasa hemorragia, siendo una arteriola de regular calibre la que sangra a chorro; se practica una ligadura por transfusión y se obtiene una perfecta hemostasia. Con bisturí eléctrico, son reseçadas varias porciones de tejido renal en el que se observa varios folículos. Para completar la hemostasia, se aplica sobre la superficie cruenta renal, un colgajo músculo aponeurótico obtenido de la pared de la herida operatoria por encima de la cual se aplica la cápsula propia que previa-



Figura núm. 7



Figura núm. 8

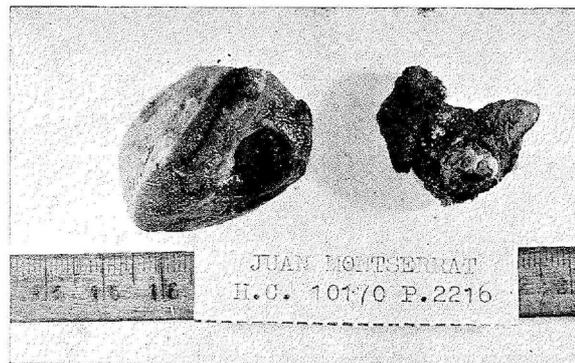


Figura núm. 9



Figura núm. 10

Figura núm. 11

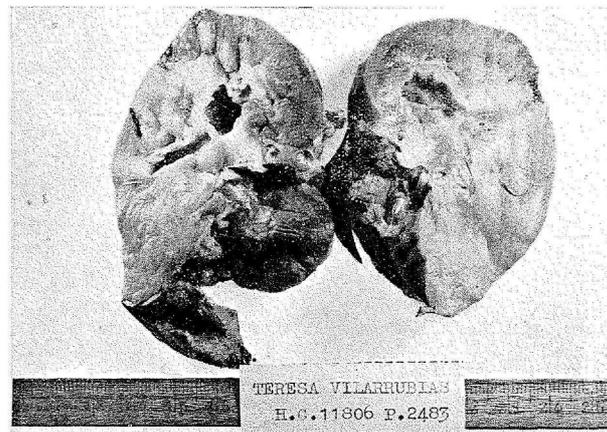


Figura núm. 12



Figura núm. 13



Figura núm. 14

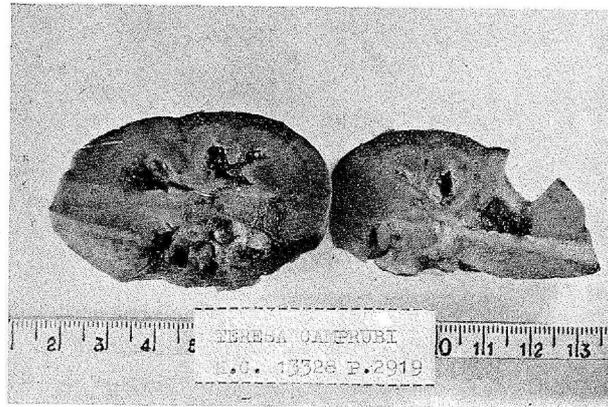


Figura núm. 15

mente habia sido conservada; son conservados dos tercios de riñón que presenta una buena circulación y un contorno regular. Con dos puntos de catgut es fijado el riñón a la pared posterior de la celda lumbar. Sutura de la cápsula adiposa del riñón, dejando un pequeño drenaje retrorenal. Sutura de la pared muscular con puntos en X y continúa de catgut en la aponeurosis; hilo de algodón en la piel.

Alta a los veinte días de la operación.

Resultado lejano: En Febrero de 1954, continúa bien, ha engordado doce kilos; micción normal.

Figura número 13.—Pielografía descendente preoperatoria con perabrodil a los treinta minutos. Se observan dos cavernas en polo superior renal; resto normal.

Figura número 14.—Pielografía ascendente con Ina al 18 % postoperatoria; se observa la desaparición de caliz superior, viéndose el contorno de los dos tercios de parenquima conservado.

Figura número 15.—Pieza extirpada.

Como hemos visto en el transcurso de la exposición de estas cinco historias clínicas, un punto esencial que lleva a la práctica el Dr. PUIGVERT, es la disección del pedículo renal para ligar siempre que es posible los ramos arteriales y venosos que corresponden a la parte de parenquima que se ha de reseca, sin tener necesidad de hacer comprensión digital, ni con pinza sobre el pedículo renal. Con esto consigue que al seccionar con el bisturí eléctrico, la superficie cruenta sangre menos y siendo más fácil terminar de hacer la hemostasia con ligaduras por transfusión de los vasos que sangren. La hemostasia es completada con el injerto muscular que se une a la superficie cruenta del riñón con puntos de catgut que nunca rasgan el parenquima si no se aprieta demasiado. Todo esto queda reforzado por la sutura de la cápsula propia, que envuelve el injerto muscular.