

NEFROPTOSIS.

POR EL DR. M. GODOY ALVAREZ

Teodoro Cabrera, Sargento 2º de Artillería, de 28 años de edad, anteriormente jornalero, originario de Teoloyuca (Est. de México), soltero, sin antecedentes personales ni hereditarios dignos de mencionarse, ingresó al servicio de la sala de Cirugía del Hospital Militar de Instrucción, el día 10 de Noviembre del año próximo pasado, quejándose de un dolor en el costado derecho que se propagaba hacia el dorso y de algo de sofocación, sobre todo cuando se acostaba sin almohada. Al mismo tiempo tosía de cuando en vez sin expectoración alguna. Este cuadro sintomático era apirético y sólo databa de una semana.

Al explorarlo el personal de guardia en el momento de su ingreso, encontró visible y palpable una tumefacción sobre la zona supra-umbilical del abdomen hacia el límite entre el hipocondrio y el flanco derechos, y como se tuviera la impresión de que se trataba de una hernia se envió al servicio quirúrgico mencionado.

Cuando ví al paciente, los síntomas torácicos mencionados habían declinado notablemente; por lo que dirigimos toda la atención sobre la supuesta hernia.

Se trata de un sujeto de pequeña estatura, medianamente constituido, íntegro, en actitud voluntaria, que efectivamente ofrece a la inspección del vientre, tanto de pie como en posición supina, una pequeña tumefacción, en el sitio arriba indicado y un poco hacia afuera del borde externo del recto anterior. Dicha tumefacción es completamente indolora; se ha establecido silenciosamente, sin que el paciente, pueda decir cómo y desde cuando se ha formado; tiene la forma de un casquete esférico, poco saliente y cuyo diámetro a la vista podría apreciarse como de cuatro centímetros. Puesto el enfermo en decúbito dorsal, la tumefacción ha desaparecido espontáneamente; pero reaparece cuando el enfermo hace un ligero esfuerzo, hasta con una inspiración forzada.

Por la palpación aun muy suave se hace desaparecer aquella tumefacción, para reaparecer cuando la presión cesa, siendo este caracter el que a la primera vista había dado idea al personal de guardia que se trataba de una lesión herniaria.

Por un cuidadoso examen se pudo comprobar que aquella saliente era intra-abdominal; que en la pared del abdomen no había huella de ningún orificio por donde saliera alguna víscera; de modo que desde luego quedó excluido el diagnóstico de hernia o eventración. Lo que pasaba era que las paredes del vientre en el sujeto eran muy delgadas, y por esto parecía como si aquella saliente fuera casi subcutánea.

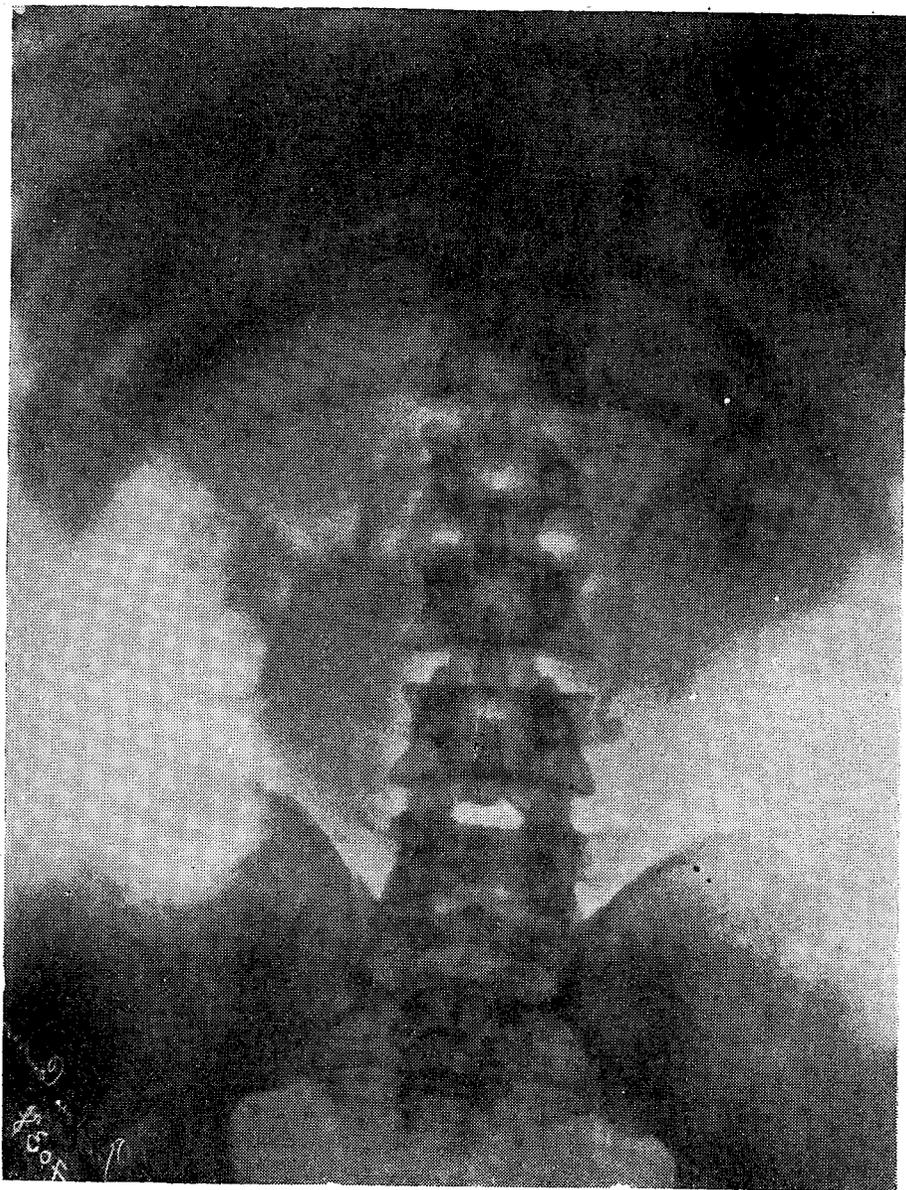
Aunque con dificultad pudo apreciarse que aquella tumefacción ofrecía una superficie lisa, que a la palpación era oblonga y aún más, parecía tener una depresión del lado interno; tenía cierta movilidad tanto en el sentido vertical como transversal, más limitada en el primero y siguiendo el bulto con la palpación profunda se podía comprobar que desaparecía bajo la cara inferior del hígado, afuera de la región de la vesícula biliar.

Para mí con esos caracteres no hubo duda de que se trataba de un riñón caído, por más que es una lesión rara en el hombre y sobre todo en la edad adulta y sin padecimiento previo del órgano, y ya con esta convicción ahondamos en el interrogatorio que al principio nos dió datos casi por completo negativos y entonces supimos que hacía como tres años que fué lanzado el enfermo por su cabalgadura, una acémila, y cayó sobre la región lombar derecha, chocando sobre unas piedras, sufriendo una contusión de la que tardó en sanar como dos meses, aunque sin que hubiera tenido que guardar cama por todo ese tiempo, pero sin poder entregarse de lleno a sus rudas faenas. Es claro que un intenso traumatismo en la región, como antecedente robustecía el diagnóstico hecho por la exploración directa.

Pero queriendo demostrarlo de modo enteramente objetivo, con la bondadosa y hábil cooperación de mi distinguido colega, el Sr. Dr. Rivero Borrell, se tomó una pielografía del lado enfermo, que mostró en efecto el riñón derecho más bajo, situación que se demostró mejor tomando la pielografía de ambos lados.

El Sr. Dr. Rivero Borrell determinó la opacidad de la pelvecilla por medio del neo-silvol de Parke Davis en solución a 25%.

El examen clínico de la orina no indicó nada anormal, así como la exploración de los diversos aparatos de la economía y la reacción de Wassermann resultó negativa.



El diagnóstico completo era pues, riñón caído del lado derecho, probablemente de origen traumático, a punto de convertirse en riñón móvil, sin determinar síntomas marcados en un individuo funcionalmente sano de las vías urinarias y del resto del organismo, el cual aparece solamente un poco débil.

¿Cuál será la suerte que corra este sujeto con su nefroptosis? ¿Será simplemente cuestión de que sufra de algunos estiramientos vagos en la región lobar, tal vez de algunos ligeros trastornos dispepticos? Desgraciadamente no era lo probable. Desde luego se trata de un soldado, sujeto a todas las peripecias y accidentes de la vida militar; vida de esfuerzos continuos que seguramente conspirarían para agravar más y más la lesión renal, determinando quizás en breve plazo acodamientos del ureter con las ordinarias consecuencias en la hidráulica de la orina. Pero a mayor abundamiento, si este hombre hasta ahora por fortuna suya había permanecido sin sufrir de infección gonocócica, podría tenerla en cualquier momento, dado el continuo peligro a contraer la blenorragia en la clase militar en todas partes, pero más entre nosotros, por la ignorancia y poca educación de nuestro pueblo. No hay que insistir, porque saltan a la vista, los peligros que amenazan a los que teniendo riñones caídos contraen una infección gonocócica, sobre todo en ciertas clases sociales, como entre los soldados en que toma un carácter crónico indefinido, que cuando es así toma el clásico nombre de gota militar. Evidentemente que individuos tales están condenados casi fatalmente a la pionesfrosis que lleva a menudo como epílogo la pérdida de un riñón.

En esta virtud, en el caso presente no podía pensarse en un tratamiento simplemente paliativo, por medio de la faja abdominal. Del mismo modo que según las clases sociales varía el tratamiento herniario, aconsejando para unos el simple braguero y en otros casos la intervención operatoria buscando la curación radical; así también tratándose de la ptosis renal, lesión en cierto modo bien comparable con el desarrollo herniario, como que hasta en su etiología intervienen como para la producción de las hernias, causas de debilidad y causas de fuerza, quizás se dijera mejor de esfuerzo.

Estas consideraciones aplicadas a mi caso ni por un momento me hicieron vacilar: aquel riñón caído se debería tratar quirúrgicamente, con tanta mayor razón cuanto que la intervención es bien benigna, según opinión de todos los especialistas. Mas en lo que están de acuerdo también, es que no siempre la cura es permanente. ¿Pero acaso no pasa

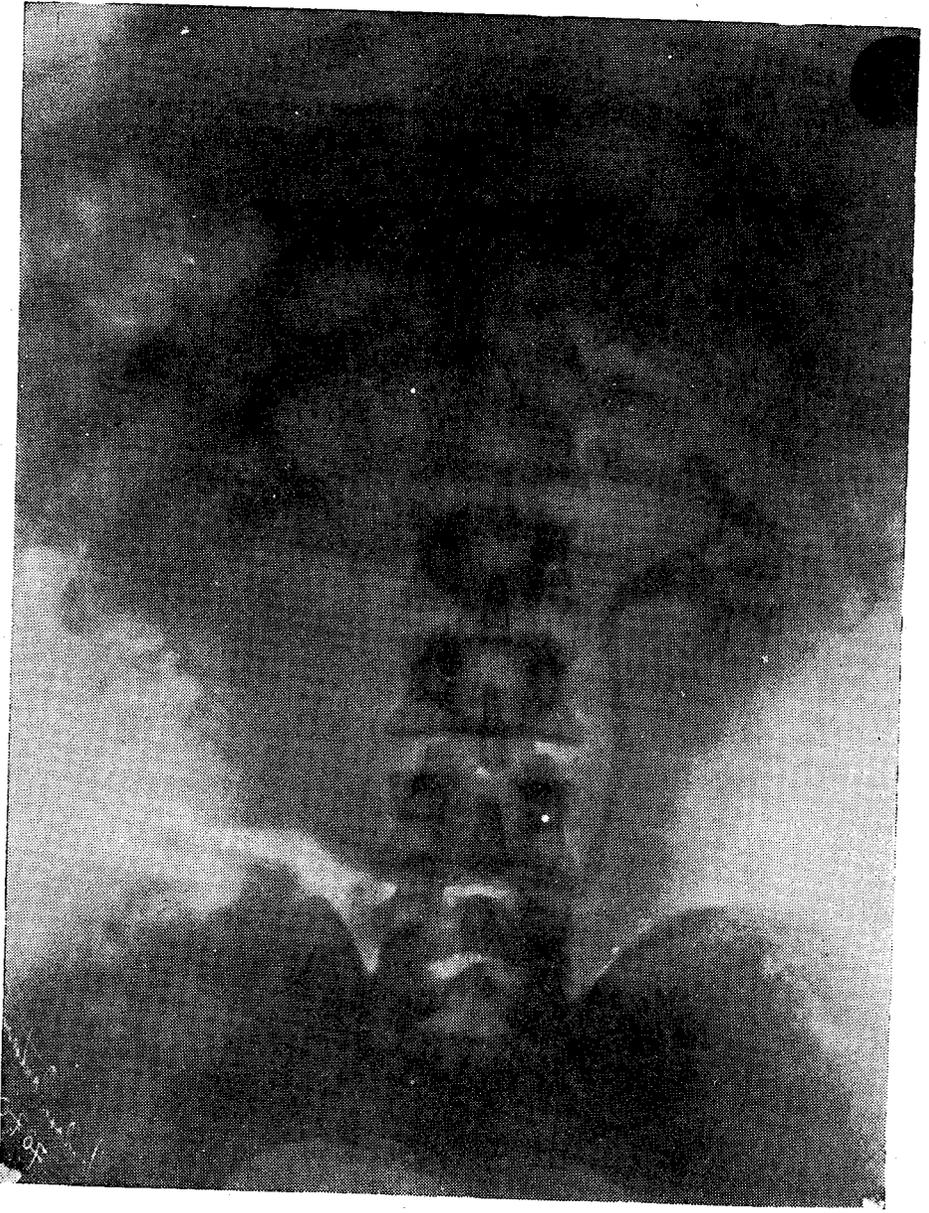
lo mismo tratándose de otras curas que acostumbramos a llamar radicales, como las operaciones que emprendemos para las hernias, por ejemplo?

Fué el eminente cirujano alemán Profesor Hahn quien imaginó y practicó por primera vez la nefrorrafia o nefropexia en 1881. Desde entonces se ha llevado a cabo innúmeras veces por todos los procedimientos imaginables. Al principio Hahn fijaba el riñón por medio de la envoltura grasosa, sucediendo como era natural que muchos casos reincidían, si bien que la intervención era absolutamente inocua. Por lo cual después Kocher, Guyón, Tuffier, Albarrán y tantos otros se resolvieron a fijar el riñón pasando los hilos a través de su parénquima, difiriendo entonces los procedimientos, según que se decapsulaba o no el riñón. Mientras que unos creían que era indispensable decapsular, para crear adherencias sólidas a la viscera, otros afirmaban que no era necesario privar al riñón de su cubierta fibrosa y que también quedaría así bien fija y hasta mejor que con la decapsulación. Pero después se comenzó a notar que ciertos operados de nefrorrafia sentían dolores tan constantes, aunque no siempre tan intensos que se atribuyeron a los tractus fibrosos producidos en el parenquina por el paso de los hilos, que hicieron idear nuevos recursos a fin de evitar el paso de suturas por el espesor del órgano y así se constituyó el procedimiento de Albarrán en que pretende fijar el riñón sólo por medio de lacinias procedentes de la cápsula renal.

La idea es atractiva y aunque en los casos por mí observados, no se presentaron dolores marcados después de la nefrorrafia, creo más correcto decir nefropexia, con todo y que la fijación fué hecha por transficción al través del parenquima renal, quise en el caso de que se trata, intentar la nefropexia siguiendo el procedimiento de Albarrán.

Pero que se decapsule o no el riñón, que se pasen o no hilos al través de su tejido, todos los operadores están contestes en que para que se logre la nefropexia, es necesario despojar la cara posterior del órgano de su envoltura celulo-grasosa.

Con estas ideas, previa anestesia raquídea al cloruro de cocaína a la dosis de 0.35, con la incisión oblicua clásica, puse el riñón a descubierto; por su borde convexo se hizo una pequeña incisión transversal que dividió la cápsula propia exclusivamente y por ella se introdujo una sonda acanalada a lo largo del borde renal para seccionar dicha cápsula; se procedió en seguida a la decapsulación de una y otra cara hasta el hilio y entonces se hicieron cuatro colgajos de esa membrana fibrosa.



Con los dos superiores se suspendió el riñón a la 12a. costilla y los otros dos estuvieron destinados para fijarlos respectivamente a los bordes de la incisión lombar; pero como se considerara que por su delgadez la cápsula en su parte inferior no tuviera la necesaria resistencia, me resolví a pasar dos puntos al través del parénquima, usando una aguja redonda, para no dilacerar su frágil tejido con dichas puntadas. Además puse canalización a la gasa iodoformada a fin de obtener una producción cicatricial que fijara más efizcamente el órgano dislocado.

Cuando se presencia la marcha post-operatoria tan benigna en la nefropexia, se admira uno que dicha operación aunque en pequeño, pueda dar alguna mortalidad. Y sin embargo así es, pues ella varía entre 2 y 5 por ciento. Seguramente que cuanto más pronto se operen los casos las intervenciones serán más favorables; porque naturalmente no es lo mismo fijar un órgano sano que aquel en que por el grado de desarrollo a que ha llegado, riñón móvil, riñón flotante, podrán haber sufrido alteraciones anatómicas por la simple estasis urinaria, produciendo la hidronefrosis en sus diferentes grados y con mayor razón complicada de infecciones.

Es bueno propagar estas nociones, porque para el número de casos de riñones móviles, son raros los casos que se tratan operatoriamente.

Para terminar debo manifestar que algunos días después de la cicatrización de la herida el enfermo se quejó de ligeros dolores nocturnos, los cuales en la actualidad han desaparecido, habiéndosele ministrado al paciente pequeñas dosis de ioduro de potasio.

M. GODOY ALVAREZ.

B I B L I O G R A F I A .

1. Pousson. Précis des Maladies des Voies Urinaires.
2. G. Marion. Traité d'Urologie.
3. Voelcker-Wossidlo. Urologische Operationslehre.
4. J. Albarrán. Medecine Operatoire des Voies Urinaires.
5. Th. Kocher. Chirurgische Operationslehre.
6. E. von Bergmann, P. von Bruns, J. von Mikulicz. Handbuch del Praktischen Chirurgie.
7. Bier, Braun, Kumel. Chirurgische Operationslehre.

Comentarios hechos al anterior trabajo durante la sesión del día 27 de febrero de 1929

El Presidente ruega a los doctores Soberón y Darío Fernández que examinen al enfermo, y se suspende la sesión por cinco minutos.

Al reanudarse, se concedió la palabra a la comisión, hablando en primer término el doctor Fernández, quien comenzó diciendo, que encuentra dos aspectos interesantes en el caso presentado por el Doctor Godoy Alvarez, siendo el primero, la rareza de los riñones caídos o flotantes en el hombre, y el segundo, el tratamiento empleado; pues no cabe duda que es uno de los problemas más frecuentes el de atinar con la forma más adecuada de proceder, y de ahí el gran número de procedimientos que se han ideado y que precisamente, por su número indican cuán pocos son los buenos. Afirma que ha visto fracasar numerosos procedimientos, y dice que para él, el procedimiento puesto en práctica por el Doctor Godoy Alvarez, es el mejor; de tal manera, que haciendo la descapsulación del riñón y fijando la cápsula se puede estar seguro de haber recurrido a una de las mejores maniobras, y la autorizada opinión del Doctor Godoy Alvarez viene a robustecer la mía y a mayor abundamiento, nos prueba que el tratamiento empleado es el mejor, el hecho de que el paciente a pesar de estar sujeto a todos los vaivenes de la vida militar, conserva un estado enteramente bueno y su riñón sigue del todo bien, prueba de que la operación estuvo muy bien hecha.

El Dr. Soberón hace también uso de la palabra, para felicitar al Dr. Godoy Alvarez por su éxito quirúrgico, que dice encontrar muy interesante, y advierte, que el individuo presentado por dicho facultativo, tiene una cintura sumamente marcada, lo que explica diciendo:—todas estas gentes, abusan del cinturón, o bien de una cinta con la que se aprietan con exceso; lo mismo hacen las mujeres, con lo que llaman ceñidor, y probablemente, esta misma práctica contribuye a facilitar la caída del riñón, siendo ésta una de las cosas que más me ha sorprendido.—Por otra parte, estas afecciones van seguidas de perturbaciones nerviosas que llegan hasta la neurastenia, y justamente, adviertan Uds. que este hombre acusa perturbaciones neurasténicas.

El Dr. Godoy Alvarez vuelve a hablar para dar las gracias a la Comisión por haberse dignado elogiar su trabajo, y dice: que juzga las apreciaciones que se han hecho como muy exactas, y comienza refiriéndose a las del Dr. Darío Fernández, manifestando que es la primera ocasión

que se encuentra frente a un caso, con todas las particularidades expresadas, porque si bien es cierto que él descapsuló el riñón, y que pudo pasar las puntadas, por otra parte la cápsula, no tenía la resistencia suficiente, de tal manera, que el procedimiento que consiste en pasar las puntadas por las costillas y fijarlas, sólo pudo hacerlo en la parte superior pero no en la inferior, porque la cápsula en ese sitio no tenía resistencia y él pretendía, naturalmente, que la operación no resultara inútil y se fuera a caer nuevamente el riñón; por eso procuró seguir el procedimiento mixto, pasando unas puntadas por el parénquima, y ya se sabe, que si éstas son muy superficiales se corre el peligro de romperlo con el hilo, y si, por el contrario, se pasan muy profundas, puede penetrarse en la cavidad de la pelvecilla. Sigue comentando el Doctor Godoy Alvarez sobre la conformación de la cintura de este hombre, manifestando que tiene una forma femenina, con las asentaderas muy salientes y el tórax muy estrecho, no solamente por el uso del cinturón, sino porque está conformado de una manera muy semejante a la de las mujeres, y tal vez por ese motivo se haya favorecido la caída del riñón, porque, aunque se reconoce por origen de la ptosis la contusión que sufrió, sin embargo, puede haber contribuido para que se haya producido el caso, la disposición antes indicada; de cualquier modo, los compañeros que vieron en el hospital al enfermo, están de acuerdo, en que parecía más bien una hernia que un riñón flotante siéndoles un poco raro mi juicio, por lo cual me propuse entonces desmostrarlos con la colaboración del compañero Rivero Borrell.