

SESIONES CIENTIFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE BARCELONA

CIRUCIA PIELOCONSERVADORA DEL RIÑÓN

Dr. A. PUIGVERT
Académico numerario

12 de Febrero de 1957

Empieza su conferencia el Doctor PUIGVERT diciendo que la cirugía conservadora del riñón, sin ser una novedad, adquiere cada día mayor interés y trascendencia. Durante muchos años, cuando el riñón enfermaba, tanto si era por sí mismo como por influencia de afecciones en otro órgano y se producía, en su consecuencia, una claudicación funcional (no anulación), en cuanto se revelaba una diferencia de valores funcionales expresados por procedimientos analíticos fisicoquímicos, bastaba ello para que se justificase su extirpación. Este procedimiento era cetero y el enfermo curaba en la mayoría de los casos. Pero la ciencia médica, a medida que ha ido madurando, se va haciendo cada vez más conservadora, y aquella urología que parecía no tener más medio de tratamiento que la exéresis, fué adquiriendo un espíritu de conservación. Y este espíritu de conservación se ha manifestado en to-

dos los aspectos de la urología. El primero y más importante elemento que debe conservarse de todo el sistema es el riñón y, concretamente, el parenquis marenal. Un hombre puede vivir sin vejiga, sin uretra, puede vivir con dos tubos de nefrostomía, o sea recogiendo la orina desprendida de las papilas renales y llevándola directamente al exterior, y mientras el hombre conserve sus dos parenquimias y logre una emergencia fácil de la orina, este hombre puede vivir.

Todos hemos tenido pacientes que han vivido 13, 15 o 18 años con uno o dos tubos de nefrostomía, y, no sólo vivido, sino trabajando y en ocasiones con trabajos violentos. Por lo tanto, el elemento importante es el parénquima renal, por cuya razón cuantas más cosas se hagan para conservar este parénquima, seremos más conservadores y nuestra terapéutica será más justa. Porque curar no es mutilar, sino reparar.

En muchas afecciones va culminando este concepto reparador, pero hay un grupo de enfermedades propias de la pelvis renal, cálices y uréteres que sufren un fin de enfermedades por cuya repercusión en el riñón y por alteraciones que impedían la regulación y tránsito de la orina justificaban la extirpación del riñón. Es decir, en aquellos casos no se hacía más que lo que se haría si a un enfermo para curarle de piernas le emputásemos aquel miembro. Y esto no debe ser.

Fué a finales del siglo pasado cuando ALBARRÁN, ISRAEL, etc., intentaron e iniciaron una época de urología reparadora, a la que unos llamaron ortopédica y otros plástica. Pero estos métodos no obtuvieron demasiado éxito y sólo de vez en cuando se veían algunos casos esporádicos con buen resultado en las reparaciones de riñones, con lesiones obstructivas productoras de hidronefrosis.

Hace unos años, posiblemente hacia 1948, los norteamericanos se ocuparon de estos casos y en todos ellos se afirmaba que se trataba de una enfermedad congénita, que no afectaba al riñón en sí, sino sólo secundariamente, por la obstrucción de las vías urinarias. Pero el mismo hecho de suponer que la lesión inicial era de origen congénito hacía pensar que tenía lugar en los dos riñones y, si se extirpaba uno, se corría el peligro de que la misma lesión se produjese en el segundo, y esto hacía que no fue-

ra razonable extirpar ninguno de los dos; había de procurarse conservarlo.

Y, cosa curiosa, todos los procedimientos que se han aplicado al riñón tienen su origen en el tratamiento de la estenosis pilórica. Todos los distintos procedimientos de plastias duodenogástricas, de estructuras invertidas, etc., se han transformado y trasladado al riñón o, más concretamente, a la pelvis renal. A pesar de todo esto, los éxitos favorables no eran tan frecuentes como los que se obtenían en la cirugía plástica de estenosis pilórica, y en ello influyeron, según opinión del Dr. PUIGVERT, dos hechos fundamentales: el primero es que el cirujano urólogo ha creído en la ineludible necesidad de proteger la sutura con un cuerpo extraño para que no se ponga en contacto con la orina, para lo cual se le colocaba un tubo de nefrostomía y con ello se hería el parénquima renal y se le traumatizaba por la permanencia de un tubo que debía recoger la orina de las papilas y, atravesando la uretra, llevarla a la vejiga. Para ello se idearon infinitos tubos diferentes, porque entendían los cirujanos que, para obtener una cirugía perfecta y una perfecta cicatrización, era necesario desviar la orina a través de un tubo de nefrostomía y colocar un tutor alrededor del cual debían moldearse la cicatrización y el conducto que debía conducir la orina a la vejiga. En la mayoría de los casos,

todo ello era pura fantasía, cuando no causa de verdaderas catástrofes.

No hay ninguna razón que obligue a derivar la orina para evitar que traspase la zona de sutura, y no la hay porque aquellos tejidos son unos epitelios y tejidos que están preparados para estar siempre bañados de orina. Para lo que no lo están es para soportar un tubo de goma.

¿Qué se debe hacer? Pues lo que hace el cirujano general. Este, cuando tiene que practicar una gastrectomía no se le ocurre poner en el tramo más alto del tubo digestivo un tubo para que recoja los líquidos segregados y los lleve fuera de la sutura, ni tampoco se le ocurre, en una enterostomía, colocar un tubo. Lo que más preocupa al cirujano general es que los dos extremos que se van a suturar tengan una perfecta y completa irrigación, porque sabe que si estas dos porciones no están perfectamente irrigadas, fracasará la sutura. Pues bien, este hecho los urólogos no lo han tenido en cuenta y no se han preocupado de la nutrición de las dos partes que debían suturar. Cuando se presentaba el problema de salvar una estenosis ureteropielica se intentaba una incisión longitudinal y una sutura transversal, que fracasaba porque el peristaltismo volvía por su fuero y deshacía la sutura, o bien se cortaba y se suturaban los dos extremos sin tener en cuenta

un hecho y este hecho es el que se ha de mantener de la mejor manera posible la irrigación en ambas zonas. Y esto es tan objetivamente visible que, muchas veces, basta cortar los dos extremos para que empiecen a sangrar una serie de boquillas, pues esta región está irrigada por una serie de arteriolas que proceden del pedículo y van a la pelvis.

Si se cortan estos vasos, esta zona queda desirrigada y, como es natural, la sutura será defectuosa.

¿Qué se ha de hacer? Es muy sencillo. Los pequeños vasos se hallan engrosados por los mecanismos de estasis que se producen en la pelvis renal. Basta denudar el ureter y conservar estos pedículos y así se tiene el ureter con los vasos que continúan hacia abajo, y la zona estenosada, libre de sistema irrigatorio, podrá cortarse, porque tanto una parte como otra, o sea, tanto un borde como otro están irrigados; en cambio, si se hubiera cortado directamente esta zona, quedaría desirrigada. Para que cicatricen, es necesario que los dos bordes estén perfectamente nutridos. Hecho esto, el mecanismo de cicatrización no se ve alterado por el paso de la orina. Si, por el contrario, en esta zona de sutura se colocase un tubo, éste constituiría un cuerpo extraño y, por el decúbito formado por sus bordes, destruiría su cicatrización.

Estas son, pues, las dos razones que han facilitado unos resulta-

dos completamente diferentes en las obstrucciones hidronefrósicas. Tampoco deben practicarse aquellas intervenciones plásticas, que son motivos de muchos dibujos, como fruncidos, suturas con colgazos, etc., y que dicen tener como fin el disminuir el volumen de la cavidad. Nada de esto debe hacerse, porque en cuanto desaparezca la presión intrapiélica, si no hay atrofia fibrosa, el tejido muscular se retraerá y esta pelvis de un volumen que supondremos como 10, al cabo de unos días se reducirá a 5 ó 3 sin necesidad de ningún fruncido.

El Presidente, Dr. COROMINAS, agradece al Dr. PUIGVERT su magnífica conferencia y hace observar que, a pesar de que por causas involuntarias no se hayan podido proyectar las películas como estaba anunciado, la palabra del con-

ferenciante es tan clara y su técnica operatoria tan perfecta, que ello ha permitido que el público se haya podido dar cuenta exacta de su maravillosa y clarísima manera de obrar. Ver operar al Dr. PUIGVERT equivale a seguir las láminas de un libro dibujadas por el mejor técnico. Además, su experiencia es ya tanta, que le permite una magnífica explicación anatómica y fisiológica de los motivos de todos los pormenores de su intervención. A pesar de su juventud, es ya un anciano en su técnica y ello hace que no se decida a practicar ninguna intervención sin saber antes cuál puede ser el resultado de la misma; estudia minuciosamente cada caso en particular y procura hacer el menor traumatismo posible al enfermo a fin de que éste quede en las mejores condiciones posibles para recuperar su posición ante la vida.



AFECCIONES PRECANCEROSAS DEL RECTO

Dr. J. BARBERA VOLTAS
Miembro corresponsal

26 de Febrero de 1957

Dice el Dr. BARBERA que el estudio de los tumores benignos del recto precancerosos es de gran

transcendencia para el estudio de la profilaxis del cáncer.

Es importante saber que los tu