

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

- Nefrocoloptosia -

Tratamiento por la técnica de Alberto Gutierrez

Padrino de Tesis:

Dr. Raúl Pedro Penín .-

Tesis de Doctorado

de:

Roberto Vicente Di Carlo

- Año 1949 -



MINISTERIO DE EDUCACION  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

**AUTORIDADES:**

**RECTOR:**

Prof. Dr. Julio M. Laffitte

**VICERRECTOR:**

Prof. Ing. Héctor Ceppi

**SECRETARIO GENERAL:**

Dr. José Armando Seco Villalba

- - - - -

CONSEJO UNIVERSITARIO

Prof. Dr. Juan F. Muñoz Drake

- " " Eugenio Mordegliá
- " " Roberto Crespi Gherzi
- " Ing. Martín Solari
- " Dr. Julio H. Lyonnet
- " " Hernán D. González
- " Ing. César Ferri
- " Ing. José M. Castiglione
- " Dr. Guido Pacella
- " Dr. Osvaldo A. Eckell
- " Ing. Héctor Ceppi
- " " Arturo M. Guzmán
- " Dr. Roberto H. Marfany
- " Arturo Cábours Ocampo
- " Dr. Emilio J. Mac Donagh

Cáp. de Fragata (R) Guillermo O. Wallbrecher

- - - - -



**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

**AUTORIDADES**

**DECANO:**

Prof. Dr. Julio H. Lyonnet

**VICEDECANO:**

Prof. Dr. Hernán D. González

**SECRETARIO:**

Dr. Héctor J. Basso

**PROSECRETARIO:**

Sr. Rafael G. Rosa

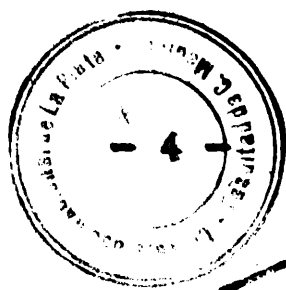
- - - -

**CONSEJO DIRECTIVO**

**Prof. Dr. Hernán D. González**

- |   |   |                          |
|---|---|--------------------------|
| " | " | Diego M. Argüello        |
| " | " | Inocencio F. Canestri    |
| " | " | Roberto Gandolfo Herrera |
| " | " | Luis Irigoyen            |
| " | " | Rómulo R. Lambre         |
| " | " | Víctor A. E. Bach        |
| " | " | José F. Morano Brandi    |
| " | " | Enrique A. Votta         |
| " | " | Herminio L. Zatti        |

- - - -



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PROFESORES HONORARIOS

Dr. Rophille Francisco

" Greco Nicolás V.

" Soto Mario L.

PROFESORES TITULARES

Dr. Argüello Diego M.- Cl. Oftalmológica

" Baldassarre Enrique C.- F.F. y T. Terapéutica

" Bianchi Andrés E.- Anatomía y F. Patológicas

" Caëiro José A.- Patología Quirúrgica

" Canestri Inocencio F.- Medicina Operatoria

" Carratalá Rogelio F.- Toxicología

" Carreño Carlos V.- Higiene y M. Social

" Cervini Pascual R.- Cl. Pediatría y Pueric.

2 Corazzi Eduardo S.- Patología Médica I.

Christmann Federico E.- Cl. Quirúrgica IIa.

" D'Ovidio Francisco R.- P. y Cl. de la Tuberc.

" Errecart Pedro L.- Cl. Otorrinolaringológica

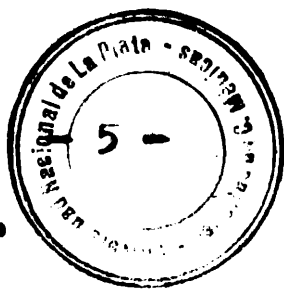
" Floriani Carlos.- Parasitología

" Gandoiro Herrera Roberto.- Cl. Ginecológica

" Gascón Alberto.- Fisiología

" Girardi Valentín C.- Ortopedia y Traumatología

" González Hernán D.- Cl. de Enfª Infec. y P. T.



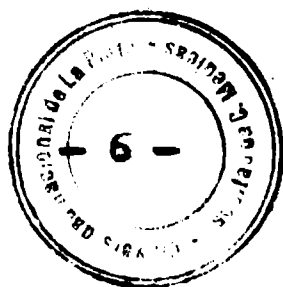
**Dr. Irigoyen Luis.- Embriología e H. Normal**

- " **Lambre Rómulo R.- Anatomía Descriptiva**
- " **Loudet Osvaldo.- Cl. Psiquiátrica**
- " **Lyonnet Julio H.- Anatomía Topográfica**
- " **Maciel Crespo Fidel A.- Señal. y Cl. Proped.**
- " **Manso Soto Alberto E.- Microbiología**
- " **Martínez Diego J.J.- Pat. Médica IIa.**
- " **Mazzei Egidio S.- Clínica Médica IIa.**
- " **Montenegro Antonio.- Cl. Genitourrológica**
- " **Monteverde Victorio.- Cl. Obstétrica**
- " **Obiglio Julio R.A.- Medicina Legal**
- " **Othaz Ernesto L.- Cl. Dermatosifilográfica**
- " **Rivas Carlos I.- Cl. Quirúrgica Cat. Ia.**
- " **Rossi Rodolfo.- Cl. Médica Ia.**
- " **Sepich Marcelino J.- Clínica Neurológica**
- " **Uslenghi José P.- Radiología y Fisioterapia**

**PROFESORES ADJUNTOS**

**Dr. Aguilar Giraldes Delio J.- Cl. Pediatría  
y Pueric.**

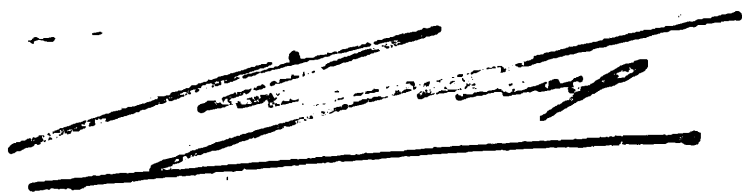
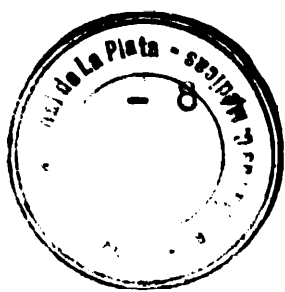
- " **Acevedo Benigno S.- Química Biológica**
- " **Andrieu Luciano M.- Clínica Médica**
- " **Bach Victor Eduardo A.- Cl. Quirúrgica Ia.**
- " **Baglietto Luis A.- Medicina Operatoria**
- " **Baila Mario Raúl.- Clínica Médica**



- Dr. Bellingi José.- Pat. y Cl. de la Tuberculosis
- " Bigatti Alberto.- Cl. Dermatosifilográfica
  - " Briasco Flavio J.- Cl. Pediátrica y Pueric.
  - " Calzetta Raúl V.- Semiología y Cl. Proped.
  - " Carri Enrique L.- Parasitología
  - " Cartelli Natalio.- Cl. Genitourrológica
  - " Castedo César.- Cl. Neurológica
  - " Castillo Odena Isidro.- Ortopedia y Traumatolog.
  - " Ciafardo Roberto.- Clínica Psiquiátrica
  - " Conti Alcides L.- Cl. Dermatosifilográfica
  - " Correa Bustos Horacio.- Cl. Oftalmológica
  - " Curcio Francisco I.- Cl. Neurológica
  - " Chescotta Néstor A.- Anatomía Descriptiva
  - " Dal Lago Héctor.- Ortopedia y Traumatología
  - " De Lena Rogelio E.A.- Higiene y M. Social
  - " Dragonetti Arturo R.- Higiene y M. Social
  - " Dussaut Alejandro.- Medicina Operatoria
  - " Echave Dionisio.- Física Biológica
  - " Fernández Audicio Julio César.- Cl. Ginecológ.
  - " Fuertes Federico.- Cl. de Enf. Infec. y P. T.
  - " Garibotto Román C.- Patología Médica
  - " García Olivera Miguel Angel.- Medicina Legal
  - " Giglio Irma C. de - Clínica Oftalmológica
  - " Giroto Rodolfo.- Cl. Genitourrológica



- Dr. Gotusso Guillermo O.- Cl. Neurológica
- " Guixa Héctor Lucio.- Cl. Ginecológica
  - " Ingrata Ricardo N.- Clínica Obstétrica
  - " Lascano Eduardo Florencio.- Anat. y F. Patológ.
  - " Logascio Juan.- Patología Médica
  - " Loza Julio César.- Higiene y M. Social
  - " Lozano Federico S.- Cl. Médica
  - " Mainetti José María .- Cl. Quirúrgica Ia.
  - " Manguel Mauricio .- Cl. Médica
  - " Marini Luis C.- Microbiología
  - " Martínez Joaquín D. A.- Semiol. y Cl. Proped.
  - " Matusevich José.- Cl. Otorrinolaringológica
  - " Meilij Elías.- Patología y Cl. de la Tuberc.
  - " Michelini Raúl T.- Cl. Quirúrgica Cat. IIa.
  - " Morano Brandi José F.- Cl. Pediatría y Pueric.
  - " Moreda Julio M.- Radiología y Fisioterapia
  - " Nacif Victorio.- Radiología y Fisioterapia
  - " Naveiro Rodolfo.- Pat. Quirúrgica
  - " Negrete Daniel Hugo.- P. y Cl. de la Tuberc.
  - " Pereira Roberto F.- Cl. Oftalmológica
  - " Prieto Elías Herberto.- Embriología e H. Normal
  - " Prini Abel.- Cl. Otorrinolaringológica
  - " Penín Raúl P.- Cl. Quirúrgica
  - " Polizza Amleto.- Medicina Operatoria



Dr. Huera Juan.- Patología Médica

- " Sánchez Héctor J.- Patología Quirúrgica
- " Taylor Gorostiaga Diego J.J.- Cl. Obstétrica
- " Torres Manuel María del C.- Cl. Obstétrica
- " Trinca Saúl E.- Cl. Quirúrgica Cat. IIIa.
- " Tropeano Antonio.- Microbiología
- " Tplosa Emilio.- Cl. Otorrinolaringológica
- " Vanni Edmundo O. U. F.- Semiología y Cl. Proped.
- " Vázquez Pedro C.- Patología Médica
- " Votta Enrique A.- Patología Quirúrgica
- " Tau Ramón.- Semiología y Cl. Propedéutica
- " Zabudovich Salomón.- Clínica Médica
- " Zatti Herminio L. M.- Clínica de Enfermedades

Infecciosas y P. T.

- - - -

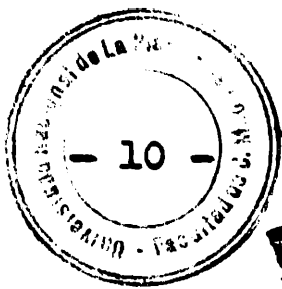


- A mis padres -

-- 00 --

- A mis hermanos -

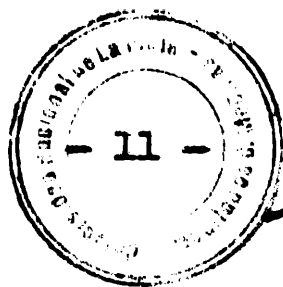
-- 00 --



Esta tesis recoge y sintetiza la experiencia sobre nefrocoloptosia y la técnica de reparación ideada por Alberto Gutierrez, obtenida por el Dr. Alfonso Peralta cirujano. — Jefe del Servicio de Vías Biliares del Instituto de Cirugía de Haedo Pcia. de Bs. As., a quien agradezco profundamente el haberme sugerido el tema y brindado los casos de su archivo que hicieron factible este trabajo de recopilación.

Al Profesor Raúl Pedro Penín, que me honra con su padrinazgo, mi reconocimiento por el apoyo y orientación en la realización de esta tesis de doctorado.

- - - -



## Introducción

Desde que Dowel de Nueva Orleans en 1877 realizó la primer fijación de riñón con resultado poco feliz, numerosas técnicas se han propuesto para corregir la nefroptosis. Relacionadas con la vía de abordaje, pueden reunirse en dos grandes grupos: las que siguen la vía lumbar y las que se realizan por vía abdominal.

En el transcurso del tiempo también los cirujanos al mostrar su preferencia por determinado procedimiento, formaron dos frentes en relación con la disciplina quirúrgica cultivada: los urólogos inclinados hacia la vía lumbar y los cirujanos generales hacia la vía abdominal.

El procedimiento de Alberto Gutierrez marcó una nueva época en el tratamiento de la ptosis renal. Su estudio sobre la embriología, la anatomía y la fisiopatología de la célula renal y su contenido, lo llevaron a la realización de la técnica que hoy conocemos con su nombre y a la que el tiempo ha consagrado.

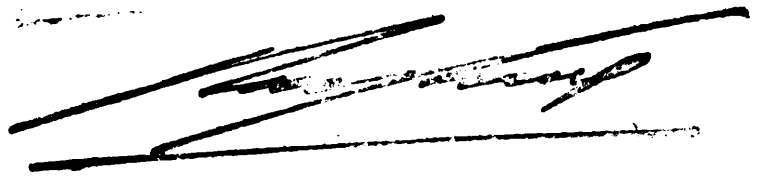
La vía abdominal presenta además otra ventaja, ponderada hace años por Hertz de Francia: (de) que permite corregir al mismo tiempo otras afeccio-



nes abdominales, como ser las colecistitis calculosas y las apendicitis crónicas. Dichas afecciones comparten muchas veces la responsabilidad de la sintomatología dolorosa sin saber que grado corresponde a la una o a la otra.

Actuando como practicante en el Servicio de cirugía que dirige el Dr. Alfonso Peralta en el Instituto de Cirugía de la Pcia. de Buenos Aires nos hemos interesado por el problema que crean las nefrocolpptosias y reuniendo las historias clínicas de los casos operados, hoy efectuamos un estudio de conjunto en este trabajo de tesis para optar al título de doctor en Medicina.

- - -



### Anatomía del riñón y su celda

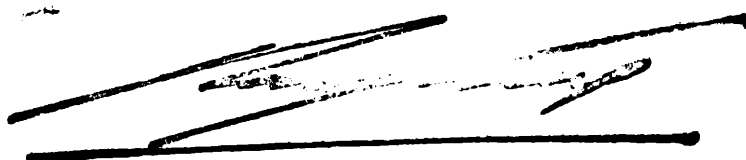
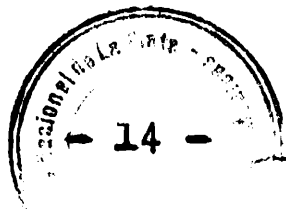
Concepto clásico . Concepto de Alberto Gutiérrez

Los riñones estan situados en el espacio retroperitoneal, al lado de la columna lumbar o la altura comprendida entre la undécima vértebra dorsal y tercera lumbar. El riñón derecho ocupa una posición mas baja que el izquierdo; la diferencia es de 1 o 2 cms. El polo inferior del riñón derecho llega hasta la mitad de la tercera vértebra lumbar.

Las relaciones que por su cara anterior con traen ambos riñones con los órganos abdominales, la vinculación de índole neural en virtud del re flejo viscerosensitivo o visceros visceral entre los operatos urinarios y digestivos y la interde

pendencia de uno a otro en virtud del factor tóxico o químico explican los trastornos y variedad sintomática de la nefroptosis que hacen aparecer a esta enfermedad a veces como una entidad puramente digestiva o de algún órgano anexo.

El riñón derecho contacta por delante con el ángulo cólico, colon ascendente y proximidad angular del transversal como así mismo la segunda porción del duodeno y con la foseta renal del hí-



gado.

El colon y el duodeno estan separados de la fascia prerrenal por láminas de coalescencia que resultan del adosamiento embrionario de dos hojas peritoneales, una correspondiente a una cara de los mesos primitivos y otra al peritoneo parietal.

La lámina de fijación que corresponde al ángulo colónico derecho y las proximidades del ascendente y transverso recibe el nombre de lámina de Toldt Zuckerkandl y la correspondiente al duodeno lámina de Treitz o retroduodenopancreática, la primera contacta con el riñón derecho a la altura del polo inferior, la segunda en un pequeño espacio del borde interno.

El riñón izquierdo en cambio esta relacionado por delante con la cola pancreática, el estómago, el bazo, el colon transverso con su meso proximal a ángulo izquierdo, y con el intestino delgado.

Ambos órganos urinarios tienen medios de fijación de valor desigual a saber: peritoneo parietal, las celdas fibrosa y adiposa, el pedículo vascular, la tensión intraabdominal. Por último y lo que tiene más importancia, las láminas de coales-



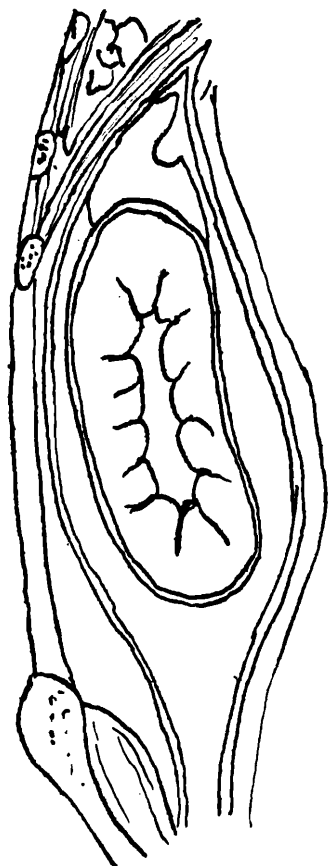
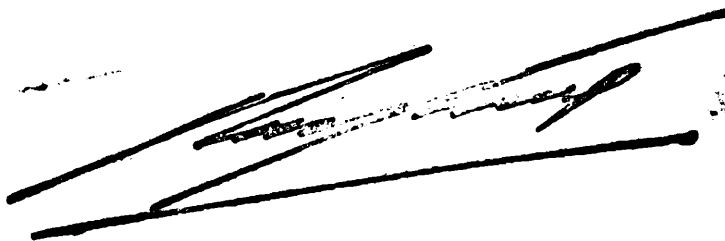
cencia-

- a) el peritoneo parietal adosa a todos los órganos netroperitoneales contra la pared osteomuscular de la cavidad abdominal.
- b) la hoja fibrosa que forma la celda renal es una fascia celulofibrosa llamada fascia perirrenal de Sappey que envuelve al órgano para lo cual se ha desdoblado en dos hojas: una posterior o retrorre-  
nal o de Sukerkandl, que pasa entre el riñón y la pared posterior abdominal separada de los musculos cuadrado lumbar y psoas iliaco por la capa poste-  
rior de la atmosfera celulograsosa que constituye con la anterior la celda adiposa pararrenal que re-  
cubre totalmente al riñón.

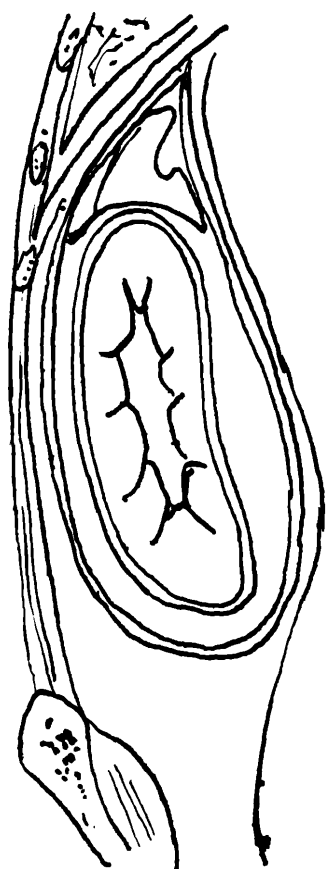
La hoja anterior o prerrenal de la fascia fibrosa es mas delgada y refuerza al peritoneo parietal.

Por arriba las dos hojas despues de recubrir la cápsula suprarrenal se fijan al diafragma.

Por debajo en cambio los anatomistas clásicos la describen como abierta en el sentido inferior e interno de manera que la celda formada por las dos hojas fibrosas estaría abierta por debajo poniéndose en comunicaci3n con la regi3n prevertebral y la fosa ilíaca interna.



Celda renal abierta hacia abajo. Según el concepto clásico, vista en un corte sagital.



Corte sagital de celda renal según el concepto anatómico moderno- la celda está cerrada hacia abajo.

Esquemas tomados del libro nefrocolopectia transperitoneal de Vicente Ruiz.



Los estudios anatómicos practicados en el cadaver y las comprobaciones quirúrgicas efectuadas por Alberto Gutiérrez han probado que la celda renal al contrario de lo que afirmaban los clásicos, es cerrada totalmente pues las dos hojas celulofibrosas que constituyen la celda renal se fusionan por debajo.

c) la cápsula adiposa pararenal varía con el grado de grosor y la adiposidad del sujeto que siempre es mayor en la mujer.

d) la tensión intraabdominal varía en los individuos y esta relacionada con el estado de repleción visceral el tejido graso que rodea a los órganos abdominales y sus mesos, el tipo o calidad de la trama conjuntiva el tonismo de la pared muscular, experimentando en ciertas circunstancias, (embarazo, adelgazamientos bruscos, exeresis de tumores abdominales etc) cambios notables en su valor como elemento de sosten.

e) el pedículo vasculo nervioso tiene menor importancia y es quizás el último, puesto en juego cuando el descenso renal es de grado avanzado.

f) Pero lo que tiene mayor importancia como elemento de sosten son las láminas de coalescencia prerrenales motivo de investigaciones embrioló-

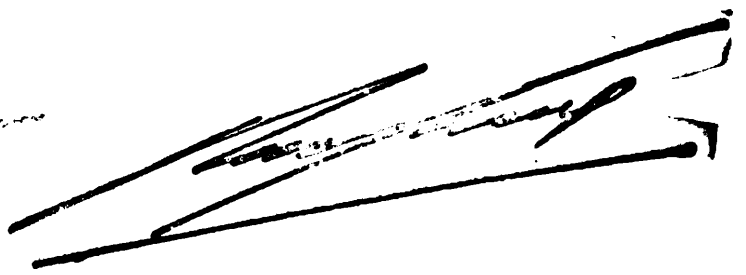
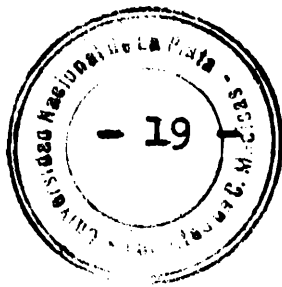


gicos y de anfiteatro por el Dr. Alberto Gutiérrez que fundamentan su teoría patogénica de la ptosis renal y colónica sustentan su criterio de la reparación de dichos descensos creando la técnica de nefrocolopectia por vía abdominal que lleva su nombre.

Es necesario hacer un resumen embriológico, para mejor comprender la concepción de nefrocolopectosis de A. Gutiérrez y para seguir el rumbo señalado por este maestro argentino nos ha servido de guía su libro "Morfogénesis peritoneo-intestinal" y la obra de su discípulo Vicente Ruíz: "Nefrocolopectia transperitoneal".

Los hallazgos operatorios de los casos operados en el servicio del Dr. Alfonso Peralta, del Instituto de Cirugía Luis Guemes", de Haedo Pcia. de Buenos Aires, confirman ampliamente la concepción del autor.

En el embrión el segmento gastroduodenal esta fijado a la pared posterior del abdomen por el meso gastroduodenal posterior que va desde la parte inferior del esófago hasta el ángulo duodenal yeyunal, y a la pared anterior por el mesogastroduodenal anterior o epiplon hepatogastroduodenal.



El resto del intestino esta fijado a la pared posterior por el mesenterio. El segmento gastroduodenal y los colones ascendentes y descendentes poseen movilidad amplia dentro de la cavidad abdominal hasta un momento dado en que se sueldan por una de sus superficies y también por una cara de sus mesos al peritoneo parietal posterior.

Como resultado de esta soldadura se constituyen planos de adherencia cuya característica principal es la de estar constituidos por una capa de tejido celular laxo interpuesto entre los órganos fusionados: son las láminas de coalescencia prerrenal que cubren a ambos riñones en una extensión distinta según sea el derecho o el izquierdo llamados con mas propiedad láminas retrocolónicas de Toldt derecha e izquierda respectivamente.

El riñón derecho está parcialmente recubierto por la lámina retrocolónica de Toldt mientras que el izquierdo tiene por delante dos láminas de fijación embrionaria, una superior producto de la soldadura de la bolsa mesogástrica al peritoneo prerrenal superior y otra inferior la retrocolónica homóloga a la derecha.

La cara posterior del mesoduodeno primitiva se fusiona con el peritoneo parietal formando la

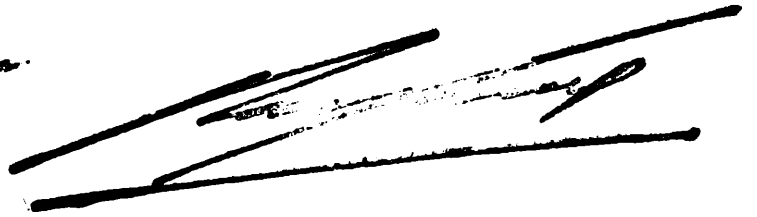
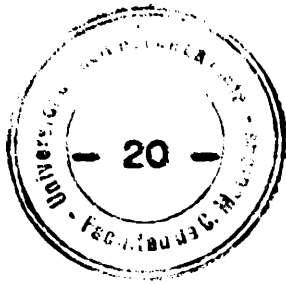


lámina retroduodenopancreática de Treitz que cubre a la derecha una pequeña porción de riñón derecho en su borde interno.

En el lado izquierdo los procesos de coalescencia se efectúan con toda constancia. El ángulo izquierdo del colon es de formación primitiva en el periodo embrionario separando el asa intestinal, del colon terminal.

En cambio el ángulo derecho colónico es de formación secundaria resultante del acodamiento del colon oblicuo que forma así el ascendente y el transversal.

El ángulo izquierdo se fija tempranamente, el derecho tardíamente.

El riñón izquierdo tiene un buen refuerzo por delante, el derecho en cambio tan solo parcial.

El proceso de adherencia del mesenterio situado a la derecha de la arteria mesenterica superior a veces no se realiza o lo hace defectuosamente quedando entonces el colon ascendente, ángulo derecho y porción derecha del transversal cercana al ángulo provisto de un largo meso común.

Los autores lo explican diciendo que el proceso de fijación se detiene y por esto queda sin



fijarse, mas o menos libre.

Estas desviaciones del proceso normal de coalescencia del mesenterio primitivo creando una fijación atípica o incompleta del colon y su meso, rompe las relaciones normales entre el ángulo derecho del colon, el riñón y su celda .

#### Etiopatogenia.-

La ptosis renal es una afección cuya característica es la movilidad anormal de un riñón que abandona su celda por causas no dependientes directamente del aumento de su masa o peso.

Se acompaña casi siempre de ptosis del ángulo colónico derecho constituyendo una entidad conocida con el nombre de nefrocoloptosia.

A veces forma parte de una alteración de mayor jerarquía la esplacnoptosia generalizada donde el riñón o ambos es uno mas de los órganos abdominales descendidos.

Las causas de ptosis renal, como única afección en los raros casos en que ella existe han sido enumeradas por los distintos autores y podemos resumirlas en breves palabras: traumatismos violentos en forma de golpe en la región lumbar, o caídas de pie o de nalgas. También se imputan como causas:



traumas repetidos aunque menores, tos intensa y disminución brusca de la tensión intraabdominal por adelgazamiento acentuado: paños, exéresis de tumores abdominales voluminosos.

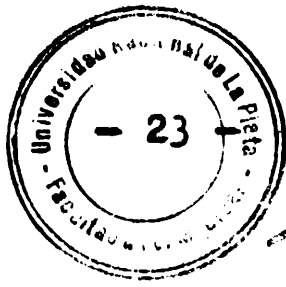
La nefroptosis bilateral es mas bien rara y cuando existe se acompaña casi siempre de esplanoptosis.

La ptosis renal unilateral es en la inmensa mayoría de los casos, derecha en la proporción de mas de 90 veces por cada uno del lado izquierdo.

Ocurre en toda edad pero se manifiesta como entidad morbida solo en la edad adulta entre los 20 y 40 años. Es rara en el hombre.

La etiopatogenia de la nefrocoloptosis tiene fundamentos embriológicos y anatómicos que resumiremos.

A) Integridad de la celda renal que a diferencia, de los clásicos que la refieren abierta por debajo y adentro, es un saco que encierra por completo al riñón. La concepción clásica sirvió de fundamento para crear el criterio erróneo de ptosis renal por debilidad de sosten inferior, encontrando el riñón el camino libre para des-



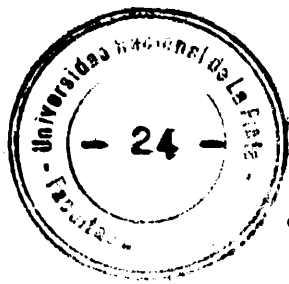
descender cuando causas propias lo favorecieran.

B) Las desviaciones del proceso normal de coalescencia en el mesenterio primitivo, creando una fijación incompleta, defectuosa o atípica altera la normal relación existente entre el ángulo colónico derecho, y el riñón derecho con su celda. El riñón derecho sufre las consecuencias de estas anomalías en la fijación colónica y puede ocurrir que el colon derecho y su meso no se fijen, quedando entonces sin refuerzo por delante, sin lámina de coalescencia de Toldt facilitándose su ptosis; o que sea parcial la fijación entonces el colon traccionando por su meso de la celda renal, la va elongando, alargando, y facilitando la ptosis renal derecha.

El descenso del colon derecho que es anterior, abre el camino al del riñón por las tracciones ejercidas sobre la celda renal. El colon bascula primero y le sigue el riñón.

C) El otro factor, coadyuvante, es la cercanía del hígado, órgano que incursiona con los movimientos respiratorios y constituye un trauma constante para el riñón que está debajo, ayudándole en cierto modo a descender.

Ya hemos dicho que el riñón izquierdo tiene



un refuerzo anterior de mayor constancia y jerarquía  
razones por las que muy difícilmente va al descenso.

### Sintomatología:

Variadas son las vinculaciones entre aparato digestivo y aparato urinario y su patología cuando se relaciona esta fundada en 3 factores

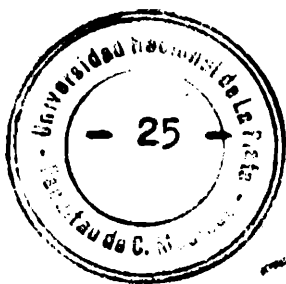
a) factor anatómico explicable por la proximidad que existe entre riñón derecho y su ureter por un lado y por el otro, colon ascendente, ciego, hígado, vesícula y duodeno. El riñón izquierdo está próximo a estómago ang. colónico izquierdo, colon descendente y sigmoideo.

b) factor reflejo o neurológico en virtud del llamado reflejo viscerosensitivo o viscerovisceral.

c) factor tóxico o químico (uremia vera, cloropenia y natropenia de causa digestiva)

La nefrocoloptosia, síndrome complejo se manifiesta a veces con síntomas pertenecientes a los órganos afectados, riñón principalmente, otras con síntomas dependientes de trastornos funcionales del aparato digestivo.

Nuestros casos han llegado al servicio de Vías Biliares, con una ptosis renal y colónica derechas, y una colecistopatía o una dispepsia gas-



trica, o un cuadro de dolores abdominales indeterminados.

Sin embargo podemos encuadrar este síndrome dentro de una norma de clasificación de acuerdo con la sintomatología mas evidente.

a-Formas latentes

b-Fenómenos dolorosos lumbares y lumbo ilíacos.

c-Trastornos gastrointestinales

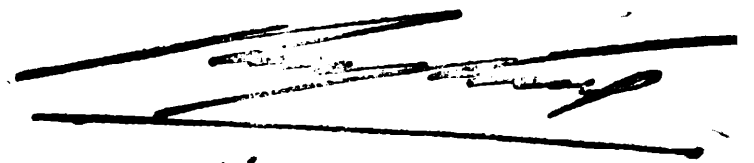
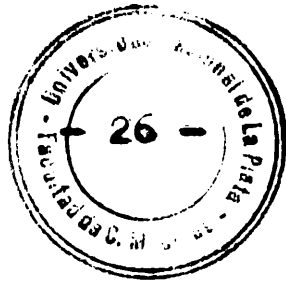
d-Trastornos psíquicos y nerviosos.

a) Cuando la ptosis renal tiene escasos síntomas o el paciente les da poca importancia y cosa que ocurre rara vez, la enfermedad es diagnosticada accidentalmente o cuando se suma otra afección que rompe el equilibrio establecido por la adaptación funcional del órgano en su nueva posición.

En estos casos latentes es más bien el tipo de hipo sensibilidad del paciente lo que influye para que quede oculta.

La nefrocoloptosis latente es rara porque precisamente hay siempre un fondo neuropático en estas pacientes, una sensibilidad esquisita que las hace mas débiles al dolor físico.

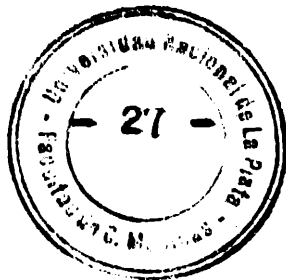
b) El dolor lumbar o lumbo-ilíaco es el más fre-



cuenta en esta enfermedad. Ya sea espontáneo o permanente se exacerba con los esfuerzos, el movimiento, los cambios de posición y el andar en vehículos. Suelen irradiarse a abdomen, hacia flanco derecho, fosa ilíaca derecha y a veces a hipocondrio derecho. No lo hemos encontrado bien neto en nuestros casos y cuando aparece la paciente lo refiere como un dolor de aparición esporádica y de menos importancia que los trastornos por los cuales consulta que casi siempre son referidos a epigastrio o hipocondrio derecho.

Hay otro tipo de dolor lumbar que aparece por crisis dolorosas con las características del cólico renal y obedece generalmente a la hidronefrosis intermitente por acodadura uterina terminando después de un tiempo mas o menos largo en una poliuria abundante. Es lo que se conoce con el nombre de crisis de Dietl.

c) En la mayoría de los casos presentados en esta tesis la sintomatología ha sido predominantemente relacionada con trastornos gástricos o hepáticos. Son pacientes que consultan por dolores o ardores en epigastrio, posprandiales con sensación de estómago lleno, digestiones lentas, a veces acidez, con



nauseas o vómitos, intolerancia para alimentos grasos, frituras y condimentos . En general anorexia y pérdida de peso.

La constipación pertinaz es un signo muy frecuente en estas pacientes que las sobrellevan con el uso habitual de laxantes.

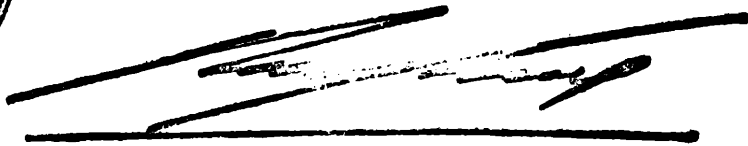
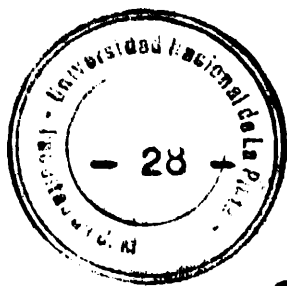
Otras veces son enfermas con dolores en hipocondrio derecho con las características del dolor vesicular que puede llegar al cólico hepático, tratadas durante mucho tiempo como colecistopatas con colagogos y colereticos.

La mayoría de nuestras pacientes han sido apendicectomizadas.

La diarrea de tipo mucomembranosa intercaladas con constipación es otro síntoma frecuente.

Hemos visto también algún caso con dolores abdominales imprecisos con localización predominante en flanco derecho, fosa ilíaca derecha o flanco izquierdo, simulando en ocasiones un cuadro de apendicopatía.

d) Los trastornos de la esfera psíquica se hallan con frecuencia. Son enfermas con caracter inestable: en general facilmente irritables, nerviosas con sensibilidad exquisita al dolor, con neuralgias diversas, neurastenicas.



Es necesario hacer constar que la mayoría de estas pacientes tienen un hábito asténico, son gráciles, de paredes musculares hipotónicas, de escaso panículo adiposo, casi siempre muy delgadas cuando no desnutridas, con facies de sufrimiento.

A esta constelación sintomática podemos agregar cefaleas persistentes, astenia.

#### Estudio Clínico:

Con el examen semiológico metódico luego de nuestra orientación interrogatoria del paciente y con los recursos con que cuenta la clínica en la actualidad, principalmente la radiología en esta afección, puede llegarse sin dificultades al diagnóstico.

Sin embargo la ptosis renal y colónica llega con frecuencia enmascarada con trastornos relacionados a la esfera gástrica o hepática o intestinal y los exámenes se orientan entonces hacia esos órganos.

Algunos de nuestros casos han simulado una gastropatía y han sido previamente estudiados en el Servicio de Gastroenterología del Dr. Señorans; otros han llegado con un síndrome dispéptico biliar y los estudios en el Servicio de Vías Biliares han

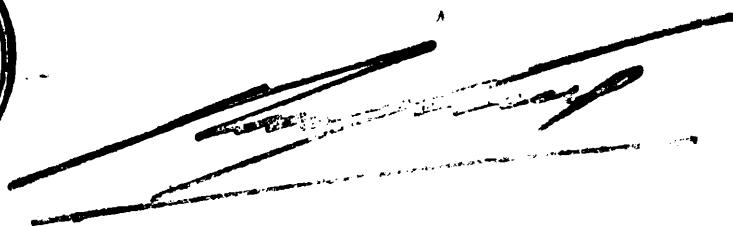


confirmado tal presunción diagnóstica hallándose en tonces una litiasis vesicular o una colecistitis crónica alitiasica siendo otros casos de sintomatología algo confusa o indeterminada.

Los signos clínicos de ciego y colon ascendente móviles son el chapoteo y la sucesión . El ciego móvil cambia de posición con los cambios de la enferma en los distintos decúbitos y puede ser desplazado pasivamente con la mano que explora .

El riñón puede palparse bien manualmente pero es mejor la exploración bimanual. Las técnicas clásicas de palpación renal son las de Guyon, Glenard y Chauffard pero es necesario explorar el riñón con el paciente en decubito dorsal, sentado y de pie, siendo sobre todo esta última la que nos permite comprobar los grados de ptosis renal según la clásica clasificación de Glenard en: a) de primer grado cuando solo es palpable el polo inferior del riñón descartando la hepatomegalia que impide percibir manualmente el riñón descendido; b) de segundo grado si puede palparse casi todo el órgano c) de tercer grado cuando la mano que palpa puede insinuarse entre el polo superior renal y el reborde costal.

La exploración debe complementarse haciendo



realizar movimientos respiratorios amplios al enfermo, para comprobar el grado de movilidad. Mediante la palpación bimanual lumboabdominal se provoca el peloteo.

#### Estudio radiológico:

El estudio radiológico debe confirmar el diagnostico presuntivo que aflora de un metodico examen clínico.

Debe practicarse examen radiológico de aparato urinario mediante la ureteropielografía con cateterismo ureteral o ascendente o la pielografía descendente.

La primera ha sido abandonada por los trastornos ocasionados al paciente y porque el urograma suple perfectamente a la pielografía ascendente. Pero es necesario practicar este examen con el paciente en las tres posiciones correctas. 1º) de pie 2º) horizontal 3º) en Trendelenburg.

Además del urograma debe pensarse sistemáticamente radioscopia y radiografía de colon para estudiar su motricidad y apreciar el mayor o menor grado de ptosis que infaltablemente acompaña a la del riñón a) de pie b) horizontal.

Para completar este examen debe hacerse



colecistografía y radiografías gastroduodenales para descubrir lesiones que pueden ser concomitantes.

Tratamiento.-

Practicamente el tratamiento de toda nefrocolpptosia debe ser quirúrgico.

El tratamiento médico descansa en tres puntos: a) Dieta para aumentar de peso b) Reposo y posición de Trendelenburg c) faja ortopédica.

Pero es previo a la operación en enfermos muy desnutridos o pusilánimes, o debe realizarse por razones de edad del paciente o por enfermedades que imposibilitan toda intervención.

Sin embargo cuando fracasa, sobre todo cuando se ha procurado instituirlo como curativo, el paciente es enviado al cirujano que practicará entonces la intervención necesaria para restituir el o los órganos a su posición normal y tratar si las hubiere otras afecciones pasibles de tratamiento quirúrgico: litiasis vesicular, apendicitis crónica, trastornos ginecológicos, renales etc.

Numerosas son las técnicas que se han propuesto para corregir quirúrgicamente la nefroptosis. Las principales condiciones de toda nefropexia



son: a) Restablecer el riñón a su posición correcta; b) fijar al órgano asegurándose de que el éxito sea lejano c) no afecta el parenquima renal d) conjurar la causa principal de nefroptosis.

Los procedimientos operatorios pueden reducirse a cuatro fundamentales:

- 1) Procedimientos por transfixión: fijando al riñón mediante puntos aislados que atraviesen su parenquima.
- 2) Procedimientos de sosten capsular: estos nos interesan parenquima y fijan por medio de colgajos capsulares.
- 3) Procedimientos de fijación indirecta: consisten en maniobras que restituyen el riñón a su sitio tomando órganos vecinos: colon, músculos o grasa perirrenal.
- 4) Nefropexia combinada: que aprovecha las ventajas de cada uno de los procedimientos antes mencionados.

El abordaje renal se hace por vía lumbar o abdominal según cual sea la técnica empleada los urólogos usan los procedimientos practicados por vía lumbar. Cuando hay ptosis renal y colonica derechas el mejor procedimiento es el de Alber-



to Gutierrez ejecutado por vía abdominal. Pertenece a los procedimientos de fijación indirecta y se funda el concepto personal del autor de ptosis renal y colónica. Es abdominal transperitoneal. Ideal en los casos en que la nefrocoloptosia es un síndrome combinado con litiasis vesicular, afección ginecológica, apendicitis crónica etc, ya que esta técnica permite explorar ampliamente la cavidad abdominal.

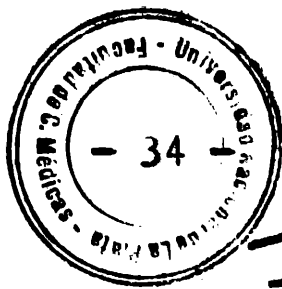
La describiremos en los siete tiempos reglados por el autor.

Primer tiempo Incisión trans o pararrectal derecha supra e-infraumbilical.

Se rechaza el músculo recto hacia la línea media y se abre el plano aponeurótico peritoneal retrorrectal penetrando en la cavidad abdominal.

Segundo tiempo: Exploración del segmento derecho del abdomen. Exposición del ángulo hepático del colon y sección del peritoneo parietal costearlo el borde externo del ascendente y el superior de la porción inicial del transversal.

Tercer tiempo: Movilización del colon derecho y abertura de la celda renal, despegando el colon del plano posterior y rechazándolo hacia la línea media.



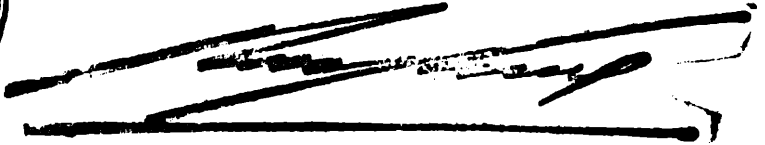
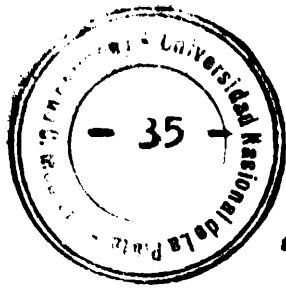
Cuarto tiempo: Colocación del enfermo en posición de Trendelemburg. Se rechaza el riñón hacia la parte superior de la celda renal.

Quinto tiempo: Reducción y cierre de la celda renal. Se pasan tres puntos aislados de seda, con aguja de Raverdin o Hagedorn, por debajo del riñón, rechazado previamente hacia arriba. El punto más interno atraviesa la masa muscular del psoas, evitando lesionar ~~ureter~~ y vaso espermáticos. El segundo se pasa algo por fuera, atravesando la masa del cuadrado lumbar, pero sin comprometer en el nudo el nervio genitocrural. El tercer punto se coloca por fuera y arriba del precedente tomando masa muscular del cuadrado. De esta manera se han unido las dos hojas de la celda renal.

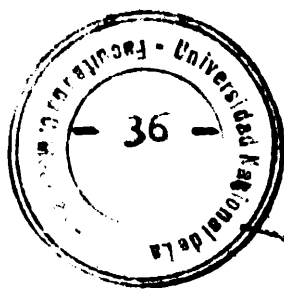
Sexto tiempo: Fijación del colon. Se ~~saca~~ un buen segmento de serosa de la que recubre el riñón en su porción alta con el objeto de dejar una superficie cruenta, sobre la que se aplica al ángulo hepático del colon en situación normal. Con puntos aislados de seda se suturan los labios del peritoneo parietal.

Séptimo tiempo: Cierre de la pared por planos  
Aposito y vendaje.

La anestesia puede hacerse con raquídea continua combinada con pentothal o general eterea o



con gases. Tambien puede emplearse la anestesia lo  
cal aunque no es la mas indicada para esta opera-  
ción.



-Observaciones Clínicas -

Caso N° 1.-

Historia Clínica N° 75193

H. R. de R.- Argentina - 34 años casada domicilia-  
da en Luján - Ingresa el 2/9/47.-

Enfermedad Actual: Se inicia hace unos 3 años con dolores abdominales generalizados y ruidos intestinales irradiados a hipocondrio derecho y a veces a hombro derecho y cuello del mismo lado e intensas cefaleas de hemicraneos derecho y deposiciones diarreicas que le duran 1- 2 días seguidos de 15 - 20 días de calma. Son de iniciación posprandial y se acentúan con la ingesta de grasas, fritos, condimentos. Sin vómitos como tuviera deposiciones sanguinolentas fue estudiada y tratada por parasitosis intestinal. Rebajo 6 Kg.

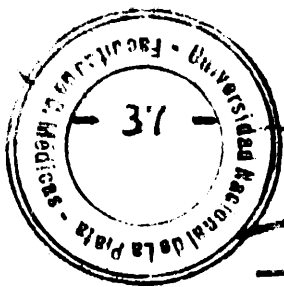
Antecedentes Apendicectomizada

Estado Actual Desnutrida. Abdomen abovedado. Diastasis de músculos rectos - Murphy +. Se palpa riñón derecho en ptosis de grado II.

Aparato Circulatorio: Normal. Ap. Respiratorio: normal.

Análisis: Zondeo duodenal: se obtiene bilis B en 1º y 2do. zondeo.

Colecistografia: vesícula alitíasica



Urograma: Ptosis renal.

Colon por enema: ptosis colónica derecha

Diagnóstico clínico radiológico: Nefrocoloptosia

Se opera 10 - X - 47.-

Operación: Anestesia general.

Se encuentra vesícula normal. Se confirma el diagnóstico de nefrocoloptosia y se repara con la técnica de Gutierrez.

Postoperatorio: inmediato, Muy bueno, dada de alta el 22-X-47-

22 - XI - 47 . Subjetivamente bien - Aumento 7 kgs. de peso.

21 - II - 48. Se regularizó su intestino. Buen estado general. Aumentó unos 8 kgs. de peso.

- - - -

Caso N° 2.-

Historia Cl. N°43550

E. D. de F. - Argentina, 35 años, casada -  
Quehaceres domésticos, domiciliada en Jáuregui F.C.O  
Ingresa al Servicio de Vías Biliares el 1-XII-48.  
Enfermedad Actual: Desde hace 3 años siente dolores en región lumbar derecha con irradiaciones hacia hipocondrio D. flanco D. e hipogastrio de regular intensidad acentuándose pronunciadamente hasta hacerse intolerante con los cambios bruscos de posición o con los esfuerzos y traqueteos.



Los dos últimos embarazos sobre todo, han si  
do acompañados de este tipo de malestar. Constipada  
crónica. Cefaleas con frecuencia. En ocasiones emi-  
siones abundantes de orina en forma de crisis. Dis-  
menorrea.

Antecedentes. Apendicectomizada hace 8 años.

Estado Actual: Boca aseptica. escaso panículo  
adiposo.

Abdomen glubuloso, hernia umbilical pequeña,  
reductible, escasamente dolorosa.

Flancos y fosas ilíacas dolorosas a la pal-  
pación. Gorgoteo en f. i. d.

Puntos ureterales anteriores derechos, dolo-  
rosos. Se palpa riñón descendido. 2do. grado. Re-  
gión lumbar derecha puntos costo vertebrales, y  
musculares dolorosos a la palpación. Puño per-  
cusión positiva en lado derecho.

Ap. Circulatorio: extrasistoles.

Ap. Respiratorio: Normal

Ap. Genital: flujo vaginal amarillento.

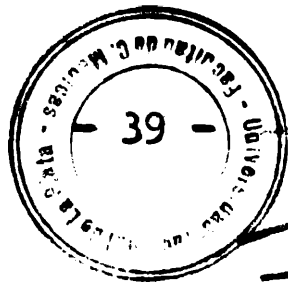
Plan de estudio Análisis totales

Zondeo duodenal diagnostico

Examen ginecológico completo

Examen dental

Bacteriología de esputos



(colecistografía

(

(Pielografía descendente

(

Radiografías

(colon por enema

(

(Telerradiografía tórax

Resultados Zondeo duodenal: drena bilis B.

Examen ginecológico: cervicitis cróni  
ca.

Colecistografía: Se visualiza bien la  
vesícula: Buena evacuación con la prueba de Boyden  
Alitíasica.

Pielografía descendente: practicada en las 3 po-  
siciones correctas muestra una ptosis renal de  
grado II.

Colon por enema: Las radiografías de colon mues-  
tran una ptosis de ángulo colónico derecho.

Diagnóstico clínico radiológico: Nefrocoloptosis.

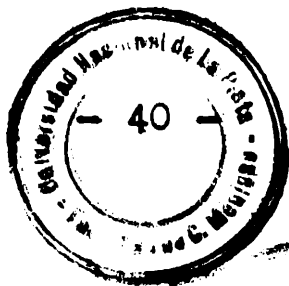
Se opera 6 - XII - 48.-

Operación: Nefrocolopectia: Técnica de Alberto  
Gutierrez.

Anestesia: raquídea simple. Pentothal gota a gota.

Postoperatorio: sin novedades. Dada de alta - cu-  
rada el 21 - XII - 48.

Postoperatorio alejado: la paciente no vuelve  
al Servicio.



Caso N° 3.-

Hist. Clínica N° 112281

A. Z. argentina, soltera, 36 años, que hace res domésticos, domiciliada en Ciudadela.

Ingresa al Servicio de Vías Biliares del Dr. Ferralta el 6 - XII - 49.-

Enfermedad Actual: Desde hace 6 o 7 años, dolores manifiestos en región lumbar derecha, y flanco derecho exacerbados con los movimientos bruscos y mientras viaja en vehículos, irradiados a abdomen superior, a veces acompañados de vómitos.

Otras veces aparece un dolor en epigastrio e hipocondrio derecho al ingerir alimentos para los que tienen intolerancia: fritos, huevos, guisos, embutidos.

Constipación crónica. Diuresis normal

Antecedentes: sin importancia.

Estado Actual: Buen estado general.

Abdomen: panículo adiposo escaso. La palpación profunda despierta dolor en zona vesicular; no se palpa vesícula. Dolor localizado en flanco derecho. Se palpa riñón que asciende con las maniobras manuales. Peloteo renal.

Gorgoteo de fosa ilíaca derecha y dolor a la palpación.



Ap. Circulatorio: pulso regular, igual, tonos cardíacos netos.

Ap. Respiratorio: sin particularidades

Plan de estudio: (Exámenes de laboratorios completos

( a) orina -

( b) sangre -

( \*colecistografía  
Radiografías ( urografía descen-  
( dente -  
( colon por enema.

Resultados Bilirrubinemia 5 mgr. %

Resto de exámenes de laboratorio: normales

Tiempo de Coagulación 7' T. de Sangría

1' 30.-

Radiografía de colon por enema: Se comprueba descenso de ángulo derecho, colon ascendente y ciego.

Pielografía descendente: Muestra el riñón D en ptosis de 2do. grado, sin acodamiento ureteral.

Colecistografía: vesícula litiasica, evacúa defectuosamente.

Diagnostico clínico-radiológico: Colecistitis crónica calculosa - Nefrocoloptosia.

Se opera: 9 - XII - 49

Protocolo operatorio

Anestesia general

Operación: Colecistectomía simple. Nefrocolopectomía técnica de A. Gutierrez.



Caso N° 4.-

Historia Clínica N°12842.

T. N. V. soltera, 20 años. argentina, empleada - domiciliada en Ciudadela.

Ingresa al Servicio del Dr. Peralta. el 17-1-44

Reingresa el 1-X- 47.-

17-1-44 - Enfermedad Actual: Desde hace 30 días epigastralgias y dolores abdominales generalizados e indeterminados, sin relación con ingestas.

Exoneración intestinal, normal

Estado actual: Dolor localizado a la palpación profunda en f. i. d. Cuerda izquierda palpable y dolorosa.

Operada de apendicitis crónica.

Postoperatorio: bien

Reingresa - 1-X- 47.

Enfermedad Actual: Desde hace 2 meses dolor en hipocondrio derecho irradiado a epigastrio e hipocondrio izquierdo, de regular intensidad casi continuo, de aparición posprandial, acompañado de eructos, a veces regurgitaciones ácidas y sensación de estómago ocupado.

Intolerancia para huevos, salsas, grasas, fritos y chocolate.

Inapetencia.

Estado Actual: Abdomen blando, depresible, ciego

gorgoteante. Flanco y fosa ilíaca izq. cuerda cólica palpable y algo dolorosa. Maniobra de Murphy positiva.

Riñón derecho se palpa. Ptosis de II grado.

Hay peloteo.

Plan de estudio: ( Análisis generales (orina  
( ( sangre  
(  
( Examen ginecológico  
(  
( Radiografías ( colecistografía  
( ( colon por enema  
( ( urografía descendente  
(

Se explora vesícula encontrándosela con un cálculo del tamaño de un garbanzo. Colecistectomía retrógrada. Colangiografía operatoria-muestra vías normales.

Se comprueba la nefrocoloptosia. Se repara con la técnica de Gutierrez.

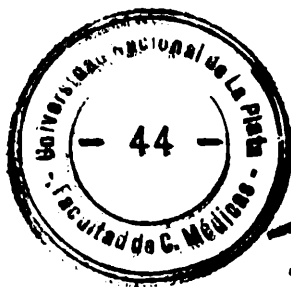
Postoperatorio: inmediato 15-XII-49. Sigue internado con buen estado general.

Resultados - Análisis generales: normales

Examen ginecológico: flujo vaginal por hipofunción ovárica.

Colecistografía: vesícula de tamaño normal, anti-tiásica. Buena evacuación con la prueba de Boyden.

Colon por enema: muestra descenso de colon ascendente, ciego ptosado.



La urografía descendente permite comprobar la ptosis renal derecha.

Diagnóstico clínico radiológico Nefrocoloptosia.

Se opera 22 - X - 47.

Anestesia raquí-continua

Operación - Nefrocolopectia - Técnica de A. Gutierrez

Incisión pararectal derecha externa.

Se explora riñón que está descendido, desplazable con las maniobras manuales. Se liberan adherencias laxas entre hígado y ansas intestinales y epiploon ángulo hepático colónico descendido. Vesícula normal. Se reconstruye según técnica de Gutierrez. Cierre de pared por planos.

Post-operatorio:

24-X-47 . Dolores abdominales y vómitos temperatura 38° - Insomnio.

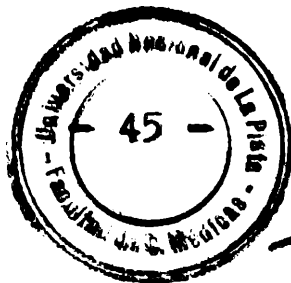
28- X- 47. Sigue febril. Flebitis femoral

20- XI-47. Mejorada del proceso flebítico

Herida operatoria cerrada por primera.

Dada de alta curada.

Post-operatorio alejado : la enferma no vuelve al Servicio.



Caso Nº 5.-

Hist. Clínica Nº 65839

S. N. de J. 39 años - argentina casada.

domicilio en Bs. As.

Ingresa al Servicio: 16 - XI- 48.

Estado Actual: Desde hace 3 años sensación de pesadez prospancial, distensión epigástrica y eructos que la calman, somnolencia; cefaleas. Por temporadas acidez.

Constipada crónica. En dos oportunidades dolor tipo cólico en hipocondrio derecho que se difunde a todo abdomen superior, con escalofríos y sudoración. En una oportunidad acolia con coluria que duró cuatro días, sin ictericia. Rebajó 7 kg. en 3 meses.

Ha sido estudiada en gastroenterología desde el punto de vista gástrico y hepático sin llegar a conclusiones diagnósticas. Es enviada en la fecha a nuestro servicio.

Antecedentes operada hace 12 años de prolapso uterino. Extirpación de fibromioma hace 7 años.

Estado Actual Abdomen indolor, blando escaso pániculo adiposo. Dolor en punto vesicular. Se palpa riñón derecho ptosado en grado II. Gorgoteo en F.

I. D.

Plan de estudio: ( Análisis generales  
( Colecistografía  
( urograma  
( colon por enema.



Resultados vesícula atónica; concentra escasamente.

Urograma: Muestra ptosis renal de grado II. No es muy clara la radiografía de colon aunque permite ver el descenso del colon ascendente.

Diagnóstico: Nefrocoloptosia

Se opera 29-XII-48 .

Operación: Nefrocolopectia por la técnica de A. Gutierrez.

Se encuentra en la operación ligamento cistoduodeno-cólico que se secciona. Vesícula grande, flácida. Reparación del descenso renal y colónico.

Postoperatorio: Buen estado general, en los primeros días . A los 10 días flebitis femoral izquierda que evoluciona bien siendo dada de alta curada el día 4 - II - 49.

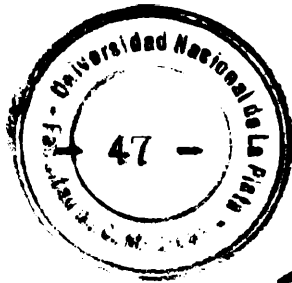
- - - -

Caso N° 6.-

Historia Clínica N°98865

S. M. de H. argentina, 49 años, casada domiciliada en Chacabuco. Ingresa al Servicio 4-2-49.

Enfermedad Actual: Desde hace un año epigastralgia con irradiación a hipocondrio izq. y base de tórax izq. posprandial, que dura varios días seguidos de otros de calma. Hace un mes estos trastornos se hacen continuos e irradiados a hipocondrio derecho. Intolerancia para fritos, grasas, huevos, leche y



condimentos que les exacerban los malestares. A veces nauseas y vómitos biliosos. Cefaleas con frecuencia. Eructos y gases.

Conjuntivas amarillentas y M. F. decoloradas desde hace unos días.

Antecedentes pelvi peritonitis post aborto hace 5 años.

Estado actual: Subictericia, paciente delgada, hábito asténico. Abdomen sensible en general. Dolor en F.I.D y gorgoteo, ciego algo distendido. La palpación provoca nauseas. Se palpa polo inferior renal. Ptosis renal derecha de grado I.-

	(Análisis generales - Materias fecales.
Plan de estudio	(Colecistografía - urograma - colon (por enema. Zondeo duodenal diagnóstico.

Resultados. Amebiasis. Colecistografía: vesícula normal.

Urograma: Muestra descenso de riñón derecho. No pudo obtenerse colon por enema por dificultades para adquirir placas.

Diagnóstico clínico-radiográfico: Nefrocoloptosis. apendicitis crónica.

Operada: 21-III-49.

Operación: Nefrocolpexia según técnica de A. Gutierrez  
Apendicectomía. Exploración de pelvis: se comprueba



útero pequeño, laterizado hacia izquierda por proceso plástico.

Postoperatorio Inmediato: bueno . Se hace tratamiento por la amebiasis. No puede hacerse control postoperatorio por las dificultades antes dichas. Dada de alta 12 - 4 - 49.

- - - - -

Caso N° 7.-

Historia Cl. N°85825

N. J.- casada, portuguesa , 55 años domiciliada en Pilar F.C.B.

Ingresa al Servicio 10-6-48.

Enfermedad actual: Hace unos años padece trastornos dispepticos: intolerancia para fritos; huevos, chocolate y algún otro alimento. Dolores en Hipocondrio derecho con irradiación hacia zona lumbar, con la transgresión de regimen. Malestar epigástrico posprandial; sensación de estómago lleno. Digestiones lentas a veces eructos y abdomen tenso. Otras veces dolores lumbares sobre todo en lado derecho que cede después de la emisión de orinas en abundancia.

Constipación crónica pertinaz que sobrelleva con la ingesta habitual de laxantes. Cefaleas constantes. Anorexia - Menopausia.



Antecedentes: Apendicectomizada hace 20 años.

Estado Actual Se palpa vesícula Murphy positivo.

Se palpa riñón en grado I de ptosis. Gorgoteo en F.I.D.

Ap. Circulatorio: normal

Ap. Respiratorio: normal

Sistema nervioso: normal

Plan de estudio ( análisis generales - Materias fecales.  
(  
(  
( Radiografías ( colecistografía.  
( urograma en 3 po-  
( siciones.  
( colon por enema en  
( 2 posiciones.  
(  
( Zondeos duodenales diagnósticos

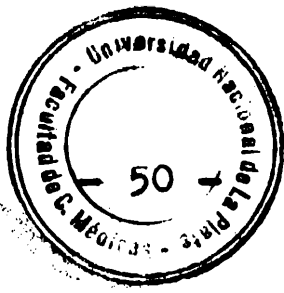
Resultados. Análisis generales: normales. Colecistografía vesícula excluida. Se observa un cálculo.

No pueden sacarse otras radiografías por dificultades para conseguir placas. Zondeo duodenal no drena bilis B.

Diagnóstico: colecistitis crónica litiásica. Probable nefrocoloptosia.

Operación: 16-VI-48 - Colecistectomía. Nefrocolo-  
pexia según técnica de A. Guitierrez.

Se encuentra vesícula hidropica con un cálculo de tamaño de una uva encastillado. Se comprueba ptosis renal y de ángulo derecho de colon que se reparan con la técnica de Gutierrez. Discretos Sig-



nos de Odditis: dificultoso pasaje de la sustancia opaca a duodeno en la colangiografía operatoria.

Postoperatorio. Sin novedades. Dada de alta - 3-VII-48. No se obtienen placas de control.

18-1-49. Vuelve con dolores en hipocondrio derecho con irradiaciones a epigastrio y dorso. Bili-rrubinemia en ascenso 19 mg. o/oo.

Se relaciona este cuadro con la imagen de Odditis según vimos en la colangiografía operatoria.

- - - -

Caso N° 8.-

Historia clínica N° 71198

M. F. 38 años arg. soltera, domiciliada en La-nús.

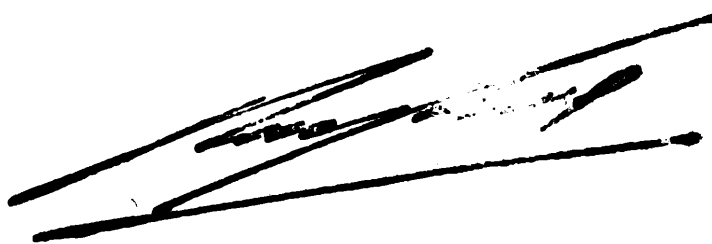
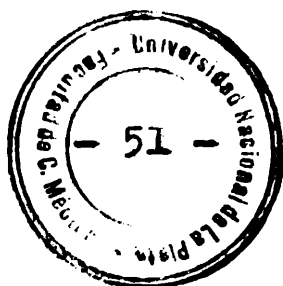
Ingresó al Servicio de Gastroenterología el 14-5-47.

Enfermedad Actual: Desde hace 3 meses ardor doloroso en epigastrio, posprandial, preferentemente si ingiere fritos o condimentos. Han sido continuos hasta la consulta con exacerbación nocturna.

Hace dos meses cólico hepático que la retuvo en cama cuatro días y calmó con hielo local y antiespasmódicos.

Constipada crónica.

Antecedentes: Traumatismo de cráneo a los 13 años quedando con estrabismo que persiste.



Estado actual: ~~Hábito asténico.~~ Abdomen blando, depresible con tendencia al tipo alforja, gorgoteo cecal. Dolor en zona vesicular.

Ap. Respiratorio: normal Ap. Circulatorio: normal.

Sistema nervioso: normal.

Se pide colecistografía y acidograma

Informe radiológico: vesícula grande. Buena concentración. Relleno discontinuo. Evacuación retardada.

Acidograma curva de hipoacidez.

Comentario: Se trata de una colecistopatía con hipo-acidez.

El zondeo diagnóstico y el estudio radiológico nos permite admitir la posibilidad litiasica.

Se prescribe tratamiento médico de prueba durante un mes.

1-VII-47. Continúa con dolor y ardor epigástrico sin ritmo ni periodicidad.

Se le envía al Servicio de Vías Biliares donde ingresa el 5-VIII-47.

Estado Actual: El examen clínico nos lleva a sospechar una ptosis renal y colónica derecha. Se palpa riñón con alguna dificultad.

No puede ser radiografiada para confirmarlo por pedido de la paciente que quiere ser operada.



Es operada con el diagnóstico de colecistopatía, y probable nefrocoloptosia.

Parte operatorio: 20-8-47!

Anestesia general. Vesícula alitiásica. Riñón derecho ptosado, puede llevarse con la mano hasta su altura normal. Se encuentra mesenterio común que sostiene intestino delgado y grueso estando colon ascendente, ciego y transversal muy ptosados. Se hace nefrocolopectomía según técnica de Gutierrez. Postoperatorio: - Sin novedades.

4-VII-47. Dada de alta curada.

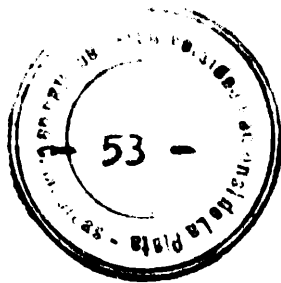
- - - -

Caso N° 9.-

Hist. Clínica N° 71455

R.P. de B. 46 años arg. casada domiciliada en Ramos Mejía. Ingresó al Servicio el 22/5/47.

Enfermedad Actual: Desde hace 5 años tiene vómitos amargos, biliosos con frecuencia al levantarse con cefaleas que duran 2-3 días. Epigastralgia. Intolerancia para fritos y grasos que le provocan o exacerban los cuadros dolorosos que entonces se irradian a hipocondrio derecho y zona lumbar derecha acompañado de vómitos. Ha sido atendida como hepática y medicada con régimen y antiespasmódicos. Refiere que durante los cuadros dolorosos las orinas son



cargadas y las M.F. decoloradas.

Desde hace 1 año ha empeorado.

Antecedentes : Sin importancia.

Estado Actual: Paciente desnutrida. Abdomen plano, Mac Burney positivo, gorgoteo cecal despertándose dolor en F.I.D. Punto cístico doloroso.

Ap. Respiratorio: normal- Ap. Circulatorio: normal.

Ap. Genital: útero en posición anteversa.

Colecistografía: Vesícula calculosa no se impregna bien con la sustancia opaca.

Zondeo duodenal Se obtiene bilis B en los 3 zon-  
deos.

Radiografía de ciego y apéndice A las 6 y 12 horas de la ingesta del preparado opaco se observa: último segmento ileal y colon impregnados ciego descendido. Apéndice doloroso.

Diagnóstico: Colecistitis crónica calculosa. Apéndice crónica.

Se opera 27/VI/47.

Ficha operatoria: Anestesia raquí-continua

Se encuentra vesícula con un cálculo del tamaño de un garbanzo, libre. Colecistectomía. Apéndicectomía. A la exploración operatoria se encuentra ptosis, renal y colon ascendente derechos ptosados. Se



*[Handwritten signature]*

practica nefrocolopectomia con la técnica de Gutierrez.

Postoperatorio: sin novedades Dada de alta 10-VII-49.

11/III/49. concurre de nuevo al Servicio. Refiere haber aumentado de peso unos 8 kgr.

- - - - -

Caso N° 10 .-

Hist. Clínica N° 100582

R.R.de M. arg. 33 años , casada , domiciliada en Santos Lugares. Ingresa al Servicio el 22/III/49.

Enfermedad Actual: Desde hace 6 años durante un embarazo dolores sordos en hipocondrio derecho y prurito sin ictericia. Desde entonces dispepsia selectiva para grasas condimentos y huevos. Hace veinte días gran cólico tipo vesicular que cede con antiespasmódicos.

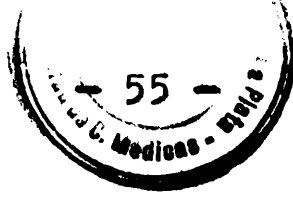
Antecedentes: apendicectomizada a los 17 años constipación crónica. Diuresis normal. Peso habitual 62 kgs. peso actual 56 kgs.

Estado Actual: Hábito normotipo - Abdomen, blando depresible . La palpación no da datos.

Hígado y bazo no se palpan. Riñón derecho se palpa.

Ap. Respiratorio normal. Ap. Circulatorio normal

Examen de Laboratorio: generales bien. Bilirrubinemia 18 mgrs. o/oo.



Examen Radiológico: colecistografía. Imágenes calculosas en vesícula. Prueba de Boyden: escasa respuesta. Zondeo duodenal dificultades para colocar la sonda: no hay datos.

Se opera con diagnóstico de colecistitis crónica calculosa. Probable nefrocoloaptosis 30/III/49.

Ficha operatoria: Colecistectomía simple.

Colangiografía operatoria: buen pasaje a duodeno.

Se encuentra nefrocoloaptosis procediéndose a fijarlos con la técnica de Gutierrez.

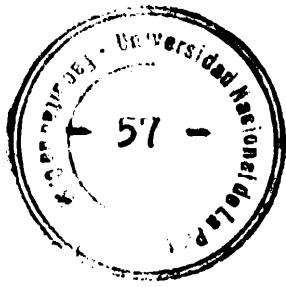
Postoperatorio: muy bueno. Dada de alta el 13/IV/49.

- - - -



- Conclusiones -

- I. El procedimiento de la nefrocolopectia transperitoneal de A. Gutierrez descansa sobre bases embriológicas, anatómicas, y fisiopatológicas bien definidas, presentando además la ventaja de la exploración de órganos abdominales y la corrección de las afecciones que en los mismos pudieran presentarse.
- II. Para el estudio y documentación de los casos se requieren urogramas en las tres posiciones de pie, horizontal y Trendelenburg. Además de dos radiografías contrastadas de colon por enema en las posiciones vertical y horizontal.
- III. Este estudio y documentación debe repetirse en el postoperatorio.
- IV. En nuestros casos la vía abdominal permitió corregir afecciones concomitantes en vesícula en los casos 3-7-9 y 10 y órgano apendicular en los casos 6 y 9.
- V.- En algunos casos no bien documentados y con la sospecha de nefrocolopectosis la exploración operatoria permitió comprobar tal afección, considerándosele entonces un hallazgo operatorio.
- VI. La incompleta documentación radiográfica se de-

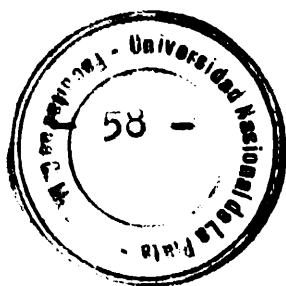


De a la dificultad de obtener películas en el momento actual.

VII. Los resultados inmediatos, fueron satisfactorios solo dos casos fueron vistos nuevamente en el Servicio comprobándose desaparición de los trastornos imputados a la afección que nos ocupa y aumento de peso evidente.

---

V. B.<sup>o</sup>  
*[Signature]*  
M. S. Enríquez



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

Gutierrez A..- Morfogénesis peritoneointestinal Bs.  
Aires. 1929.-

Gutierrez A..- Consideraciones acerca de la nefro-  
coloptosis y su tratamiento. Revista  
de Cirugía de Bs. As. Año IV. Nº 1.

Gutierrez A..- Nefrocolonofijación transperitoneal.  
Bol. de Ac. Arg. de Cirugía Tomo  
XXVIII - Año 1944 pag. 1012.-

Gutierrez A..- Consideraciones sobre ptosis renal y  
su tratamiento. Conferencia. Rev. Med.  
de Rosario 1933. Tomo XXIII pag. 376.

Gutierrez A..- Nefrocolopectia transperitoneal ante-  
rior. Rev. Arg. Norteamericana 1943  
pag. 57.-

Ruiz V..- Nefrocolopectia transperitoneal Bs.As. 1932.

Finochietto R..- Prensa Médica Argentina 1947. pag. 2414.

Spurr R..- Nefroesplacnoptosis. Rev. de Medicina y  
Ciencias afines 1944 p. 653.-

Bordo C.A..- Relaciones entre enf. del riñón y apa-  
rato digestivo. Rev. med. y C. Afines.  
V. 10 pag. 265 - 1948.-

Trabucco A..- nefropexia por métodos combinados. Pren-  
sa Med. Arg. 1940 p. 2260.



Gazzolo J.J..- Tratado de enf. genitourinarias .

pag. 523.-

Penín R.P..- Nefrocolopexia transparitoneal/ Rév.

El Hospital Español Año IV N° 2.-

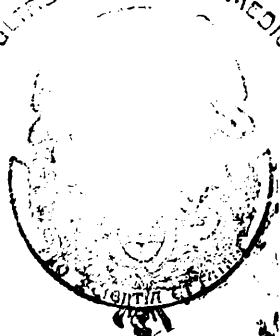
Christmann F..- Técnica Quirúrgica T. III - Año

1946.- pag. 480.-

- - - -

Don (59) Rojas  
JPR

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



SECRETARIA

  
RAFAEL G. ROSA  
PROSECRETARIO