

Herida de arma blanca parcial de pedículo renal. Infarto segmentario de riñón. Tratamiento conservador * **

Dr. BOLIVAR DELGADO

El interés de este caso reside en la poca frecuencia con que el cirujano general debe resolver esta situación en la emergencia.

El tratamiento conservador seguido se justifica por el buen resultado obtenido. La nefrectomía parcial en estas condiciones es riesgosa y termina frecuentemente en la nefrectomía.

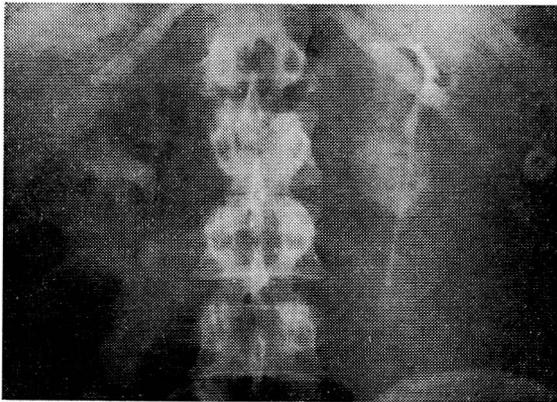


FIG. 1.

Creemos que en manos no especializadas, en plena cirugía de urgencia y desconociendo la existencia o el valor funcional del otro riñón, se debe ser conservador.

La complicación postoperatoria fue una fístula urinaria consecutiva a la necrosis del sector infartado, que en este caso, como es habitual, cierra espontáneamente sin necesidad de otro acto quirúrgico ulterior. Se controla periódicamente buscando pesquisar la aparición de una hipertensión arterial.

* Trabajo de la Clínica Quirúrgica "A" del Prof. Abel Chifflet.

** Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 3 de agosto de 1966.

J. C. C., 36 años. Hospital de Clínicas, 237.302. Ingresó el 26-I-66 al Servicio de Emergencia por heridas de arma blanca de H.I., F.I.D. y F.L.D. Presenta un cuadro de anemia aguda muy grave, por lo cual se transfunde masivamente y se lleva a Centro Quirúrgico: laparatomía paramediana transrectal izquierda; gran hemoperitoneo. Existe una herida del ángulo izquierdo del colon a nivel de la inserción mesentérica con herida del meso; materias fecales en peritoneo libre. Hay una herida del retroperitoneo paravertebral izquierdo por donde sangra a chorros. Se piensa en herida de grueso vaso retroperitoneal. Se desprende el ángulo cólico izquierdo y se abre el retroperitoneo. Se comprueba herida arterial y venosa del hilio renal izquierdo con sección de vasos que no se logran individualizar. Hemostasis transitoria con clanes.

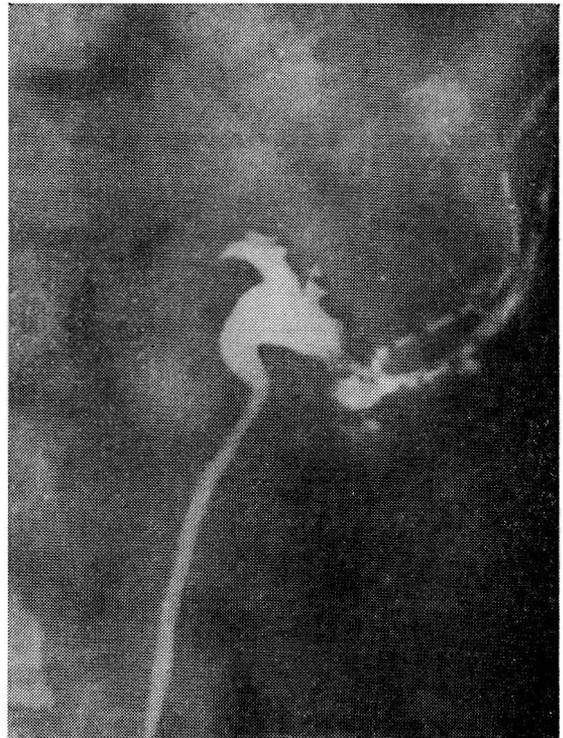


FIG. 2.

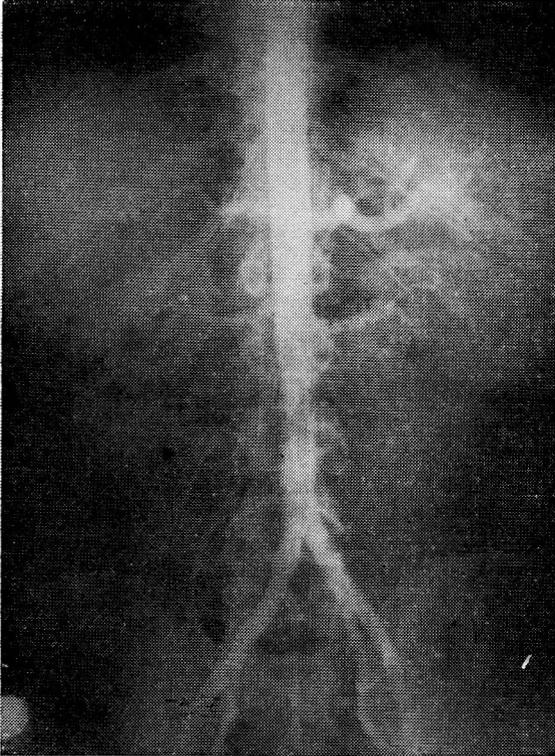


FIG. 3.

Se evidencia entonces que la mitad inferior de la cara anterior del riñón es de color rojo-vinoso con aspecto de infarto.

Se palpa riñón derecho de caracteres normales. Hemostasis definitiva de los vasos seccionados con ligadura de lino transfisiante. Exteriorización del colon por la comisura superior de la incisión.

Se explora la herida de F.I.D. y flanco, comprobándose que es una herida en setón con desinserción de los músculos anchos de la cresta ilíaca, pero con peritoneo conservado. Se suturan reinsertándolos.

Drenaje de la logia subfrénica izquierda.

Se interpreta como que la herida vascular correspondía a la de un pedículo polar inferior.

Postoperatorio: Hizo una colección subfrénica que se drenó por el tubo, quedando una fístula con secreción puriforme. En ningún momento drenó orina.

Estudios radiográficos postoperatorios muestran: 1) urografía de excreción (fig. 1): buena eliminación renal; del lado izquierdo no se tiñe el cáliz inferior; 2) fistulografía (fig. 2): se tiñe el trayecto fistuloso que llega al polo inferior del riñón tiñiéndose luego la vía excretoria; 3) arteriografía renal que muestra una falta de vascularización de la parte inferior del riñón izquierdo; del lado derecho se visualiza una arteria polar inferior originada al parecer de la aorta (fig. 3).

La fístula cerró espontáneamente.

Se procedió ulteriormente a la reintegración del colon.

Alta en buenas condiciones.