



**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**  
República de Guatemala, Centro América.

**CIERRE EN UN PLANO DE INCISIONES  
QUIRURGICAS EN CIRUGIA RENAL  
(ESTUDIO HECHO EN LA SALA DE UROLOGIA "A"  
DEL HOSPITAL GENERAL)**

**TESIS**

**PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA  
DE LA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
POR**

**OTTO ADOLFO ZEISSIG BOCANEGRA**

**EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE  
MEDICO Y CIRUJANO**

**GUATEMALA, SEPTIEMBRE DE 1962**

TIP. SANCHEZ & DE GUISE  
8ª AVENIDA NÚMERO 12-58. GUATEMALA, G. A.

# PLAN DE TESIS

- I.—INTRODUCCION
- II.—NOCIONES ANATOMICAS RELACIONADAS CON LA INCISION
- III.—TECNICA QUIRURGICA EMPLEADA
- IV.—CASUISTICA
- V.—RESUMEN DE LOS CASOS PRESENTADOS
- VI.—COMPLICACIONES
- VII.—CONCLUSIONES
- VIII.—BIBLIOGRAFIA

## I.---INTRODUCCION

El objeto del presente trabajo es divulgar la experiencia del Servicio "A" de Urología del Hospital General en 25 casos consecutivos, con el cierre muscular en un solo plano, no pretendiendo que sea algo original, pues sabemos lo realizan cirujanos en otros centros hospitalarios en las operaciones renales, ya sean nefrectomías, nefrostomías, pielostomías, nefropexias, etc.

Aunque técnicamente es mucho mejor cirugía cerrar por planos, todos sabemos que esta parte de la intervención es la que toma más tiempo, y a pesar de que a muchos cirujanos no les preocupa lo que tarde una intervención, porque confían en las nuevas formas de anestesia, en la transfusión sanguínea y en el control de electrolitos, no se puede negar que a menor tiempo quirúrgico, menor stress y menor posibilidad de shock operatorio.

La posición de Guyon en que se coloca al paciente para llegar al riñón por vía lumbar es muy penosa, dificulta la respiración, pone en tensión músculos que corrientemente no se utilizan, es una postura muy forzada, ya que lo que se busca es separar lo más posible la última costilla de la cresta ilíaca, única manera de hacer fácil abordar el riñón. Si el paciente es cardíaco o tiene dificultad respiratoria (laríngea, traqueal, bronquial o pulmonar), naturalmente el problema es mayor; por lo tanto, si en vez de cerrar en tres planos los músculos lumbares se hace sólo en uno, se economiza 66% de este tiempo operatorio, lo que únicamente va en beneficio del paciente.

La cicatrización del tejido muscular como es sabido, se hace por fibrosis y ésta es igual ya sea se cierre en tres planos o en uno solo; el material de sutura (catgut cromizado N° 0 ó N° 1 en nuestra casuística) es mucho menor, ya que se usa menos cantidad, aunque los puntos sean más largos, lo que facilita su absorción y economiza gastos al hospital.

Los resultados son tan satisfactorios como se podrá apreciar en nuestra casuística, que en el Servicio "A" de Urología del Hospital General, es ya una rutina cerrar en un solo plano.

## II.---NOCIONES ANATOMICAS RELACIONADAS CON LA INCISION

Siendo los riñones órganos retroperitoneales, y estando situados en la parte más posterior del abdomen, a cada lado de las últimas vértebras dorsales y primeras lumbares, se comprenderá que toda incisión que pretenda alcanzarlos por la vía lumbar, tiene que seccionar varios planos musculares antes de llegar a ellos, razón por la cual considero necesario mencionarlos, y describir, si bien en forma muy somera, cada una de las formaciones musculares que los constituyen.

Los mencionados planos son cuatro, y del más superficial al más profundo pueden agruparse así:

*Primer plano.*—Formado hacia atrás por el dorsal ancho, lo está anteriormente por el oblicuo mayor del abdomen.

*Segundo plano.*—Formado exclusivamente por el oblicuo menor del abdomen.

*Tercer plano.*—Lo constituye el músculo transverso, y especialmente, su aponeurosis posterior.

*Cuarto plano.*—Representado únicamente por el músculo cuadrado lumbar.

### PRIMER PLANO

#### a) DORSAL ANCHO

Ocupa la parte postero inferior del tronco y tiene forma triangular, correspondiendo la base a la columna vertebral y el vértice a la región de la axila.

*Inserciones.*—Se origina en las apófisis espinosas de las cinco o seis últimas vértebras dorsales y de las cinco lumbares, en la cresta del sacro, en el tercio posterior de la cresta ilíaca y en la superficie externa de las tres últimas costillas. Desde estos diferentes sitios de origen los fascículos que lo constituyen convergen hacia la región de la axila, donde realizan un movimiento de torsión, al mismo tiempo que rodean y pasan por delante del músculo redondo mayor, terminando finalmente en un tendón cuadrilátero y aplanado que se inserta en el fondo de la corredera bicipital.

*Relaciones.*—Cubierto hacia arriba por el músculo trapecio, lo está en el resto de su extensión por el tejido celular subcutáneo y la piel. A su vez, él cubre los músculos de los canales vertebrales, el serrato menor posterior e inferior, las costillas y los músculos intercostales. Su borde anterior está separado del borde posterior del oblicuo mayor del abdomen por un espacio triangular cuya base está formada por la cresta ilíaca y que es conocido con el nombre de Triángulo de Petit.

*Vascularización.*—La irrigación de la parte superior está a cargo de una rama de la arteria escapular inferior, en tanto que la parte inferior recibe sus vasos de las arterias lumbares.

*Inervación.*—Está inervado por una rama especial del plexo braquial, el nervio del dorsal ancho.

*Acción.*—Actuando sobre el húmero cuando está separado del tronco, lo lleva hacia abajo, adentro y atrás, al mismo tiempo que lo rota hacia dentro, dirigiendo así la región palmar hacia la línea media. Pero si el brazo está situado paralelamente al eje del tronco, su parte superior aproxima el homóplato a la columna vertebral, mientras que por sus partes media e inferior baja el muñón del hombro.

Al tomar punto fijo en el húmero, levanta el cuerpo en la acción de trepar, o únicamente las costillas durante la inspiración.

## **b) OBLICUO MAYOR DEL ABDOMEN**

De forma más o menos cuadrilátera y situado en la región ántero-lateral del abdomen, este músculo se extiende verticalmente desde la sexta costilla hasta el pubis, y en sentido transversal desde el dorsal ancho hasta la línea media anterior.

*Inserciones.*—Toma origen hacia arriba, por medio de digitaciones, en la cara externa y borde inferior de las siete u ocho últimas costillas. Se extiende entonces hacia abajo, adelante y adentro. Los fascículos más inferiores, provenientes de las dos últimas costillas descienden a la cresta ilíaca y se insertan en la misma, mientras que aquellos que se originan en las costillas restantes terminan en el borde externo de la denominada aponeurosis del oblicuo mayor, que continuando la dirección de los fascículos correspondientes, va a fijarse a la cresta ilíaca, a la porción libre del borde anterior del hueso coxal, al pubis, donde se condensa

en tres fascículos que en parte forman el orificio externo del conducto inguinal y que por ello reciben el nombre de pilares externo e interno del conducto inguinal, los dos superficiales, y de pilar posterior o ligamento de Colles el más profundo de ellos. Finalmente, los fascículos aponeuróticos situados por encima de los precedentes, pasan por delante del recto mayor y terminan en la línea media, donde se entrecruzan con los del lado opuesto.

*Relaciones.*—Cubierto por el tejido celular subcutáneo y la piel, él cubre al recto mayor y al piramidal del abdomen, al oblicuo menor, las últimas costillas y los correspondientes músculos intercostales.

*Vascularización.*—Recibe sus vasos de las cuatro últimas intercostales y de las arterias lumbares.

*Inervación.*—Está a cargo de las ramas abdominales de los nervios intercostales inferiores y de los abdóminogenitales mayor y menor.

*Acción.*—Fijándose en la pelvis desciende las costillas (inspiración), flexiona el tórax sobre la pelvis y comprime las vísceras abdominales favoreciendo su vaciamiento. Tomando punto fijo en el tórax eleva y flexiona la pelvis hacia las costillas.

## **SEGUNDO PLANO**

### **a) OBLICUO MENOR DEL ABDOMEN**

Situado por debajo del anterior, éste se extiende desde la región lumboilíaca a las últimas costillas, a la línea blanca y al pubis.

*Inserciones.*—Originase inferiormente en el tercio externo del arco crural, en la espina ilíaca antero-superior, en los tres cuartos anteriores de la cresta ilíaca y en la llamada aponeurosis posterior del oblicuo menor que fusionándose con la aponeurosis del dorsal ancho

fija el músculo a las apófisis espinosas de la quinta vértebra lumbar y de la primera sacra.

Los fascículos inferiores terminan en el borde inferior y vértice de los tres a cinco últimos cartílagos costales. Los anteriores se fusionan con los correspondientes del transverso y forman el tendón conjunto, terminando en el borde superior del pubis, en la espina púbica y en la cresta pectínea. Los fascículos medios terminan en el borde externo de la llamada aponeurosis anterior del oblicuo menor, que al llegar al borde externo del músculo recto mayor se divide en dos hojas: una anterior que pasa por delante de él, terminando en la línea blanca y otra posterior que pasando por detrás del mismo en sus tres cuartos superiores nada más, termina también en la línea blanca.

*Relaciones.*—Cubierto anteriormente por el oblicuo mayor, lo está hacia atrás por el dorsal ancho, cubriendo él al músculo transverso.

*Vascularización.*—Recibe ramas de las colaterales externas de la epigástrica y de la mamaria interna, de las dos últimas intercostales, de la cuarta lumbar y de la circunfleja ilíaca profunda.

*Inervación.*—Está inervado por los cuatro intercostales inferiores y los dos abdóminogenitales.

*Acción.*—Es parecida a la del oblicuo mayor, pero difiere de ella en los movimientos de rotación, ya que cada oblicuo menor es antagonista del oblicuo mayor del mismo lado y congénere del oblicuo mayor del lado opuesto.

## TERCER PLANO

### a) TRANSVERSO DEL ABDOMEN

Situado por debajo del oblicuo menor, el transverso se extiende desde la columna vertebral a la línea media anterior.

*Inserciones.*—Toma origen en la cara interna de los seis últimos cartílagos costales, en los tres cuartos anteriores de la cresta ilíaca, en el tercio externo del arco crural y en las vértebras lumbares por medio de una vasta lámina fibrosa conocida como aponeurosis posterior del transverso. Los fascículos se dirigen entonces hacia adelante y terminan en la formación llamada aponeurosis anterior del transverso, que como la de los músculos precedentes, termina en la línea blanca, después de haber pasado detrás del recto mayor en sus tres cuartos superiores y por delante del mismo en su cuarto inferior.

La unión de los fascículos carnosos del transverso con el borde externo de su aponeurosis anterior determina una curva de concavidad interna, que ha recibido el nombre de línea semilunar de Spigel.

*Relaciones.*—Su cara externa está cubierta por los músculos oblicuos mayor y menor, en tanto que la interna está recubierta por la fascia transversalis que la separa del peritoneo.

*Vascularización.*—Recibe ramas de la mamaria interna, de las colaterales de la epigástrica y de la circunfleja.

*Inervación.*—Está a cargo de los cuatro últimos intercostales y de los abdóminogenitales mayor y menor.

*Acción.*—La principal consiste en comprimir las vísceras abdominales favoreciendo la evacuación de su contenido, pero accesoriamente y merced a sus fascículos insertos en las costillas, aproxima éstas al plano medio.

## CUARTO PLANO

### a) CUADRADO LUMBAR

Aplanado y situado a cada lado de la columna lumbar, este músculo se extiende entre la cresta ilíaca y la última costilla.

*Inserciones.*—Abajo se inserta en el ligamento iliolumbar, y por fuera de él en la cresta ilíaca, en un trayecto de dos a tres centímetros. Sus fibras se dirigen entonces hacia arriba y terminan en el borde inferior de la duodécima costilla y en el vértice de las apófisis transversas de las cuatro primeras vértebras lumbares. Posee además un segundo plano formado por fibras que del borde inferior de la duodécima costilla se dirigen hacia abajo y adentro para terminar en la apófisis transversa de las dos o tres últimas vértebras lumbares.

*Relaciones.*—Posteriormente se relaciona con los músculos de los canales vertebrales, mientras su cara anterior lo hace con el músculo psoas, el riñón, el colon y el peritoneo.

*Vascularización.*—Está irrigado por ramas de las arterias lumbares, recibiendo además en la parte superior, ramas de la duodécima intercostal, y en la parte inferior, ramas de la iliolumbar.

*Inervación.*—La realiza el duodécimo nervio intercostal y filetes procedentes de las ramas anteriores de los tres o cuatro primeros pares lumbares.

*Acción.*—Si se fija en la pelvis inclina hacia él la columna lumbar y baja las costillas, pero si lo hace en el tórax, inclina la pelvis hacia sí.

## III.---TECNICA QUIRURGICA EMPLEADA

Cuatro son las vías que permiten acceso al riñón:

- 1.—Vía lumbar.
- 2.—Vía paraperitoneal.
- 3.—Vía abdominal transperitoneal.
- 4.—Vía transtorácica.

Cada una de ellas tiene sus indicaciones específicas y sus contraindicaciones, por lo tanto, la decisión de optar por una u otra de ellas depende de varios factores, a saber: naturaleza de la afección, constitución anatómica del paciente y finalmente, tipo e importancia de la intervención a realizar. En las próximas líneas se tratará de describir lo esencial de la vía lumbar, ya que fue la empleada en los pacientes que se estudian en el presente trabajo.

*Vía Lumbar.*—Es la vía más comúnmente usada, la mejor cuando existe el peligro de contaminar la cavidad abdominal, en personas obesas y cuando se cree que después de la intervención deberá dejarse drenaje.

a) *Posición del paciente.*—El paciente se coloca en decúbito lateral sobre la mesa, se levanta el puente renal y se hace bajar las dos mitades de la mesa. El miembro inferior se flexiona a nivel de la rodilla formando ángulo agudo, y a nivel de la cadera, formando ángulo de 140 grados aproximadamente. El miembro superior a nivel del muslo deberá extenderse, y se colocará una almohada entre las piernas a nivel de las rodillas.

Gracias a esta posición, el espacio iliocostal que es donde deberá hacerse la incisión aumenta considerablemente, y es posible mantener al paciente en posición

adecuada durante toda la operación sin auxilio de un ayudante.

b) *Incisiones posibles para la vía lumbar.*—En virtud de la anatomía de esta región y de la forma en que es colocado el paciente, cuando se emplea esta vía, se han usado las siguientes incisiones para llegar al riñón a través de ella:

- 1.—Incisión vertical (Simon).
- 2.—Incisión transversal (Peán).
- 3.—Incisión oblicua (Bergmann-Israel).
- 4.—Incisión en escotillón (Bardenheuer).
- 5.—Incisión para la técnica de la sección costal.

La más usada es la incisión oblicua de Bergmann-Israel, y por ser la que se practica en el Servicio de Urología "A" cuando se usa la vía lumbar, será la que se describe a continuación:

Se inicia la incisión a nivel de la duodécima costilla, en el borde externo de la masa muscular sacrolumbar, sigue verticalmente hacia abajo hasta llegar a un punto equidistante entre el reborde costal y la cresta ilíaca, se hace luego horizontal y se dirige hacia adelante para terminar en un punto situado un dedo por encima del punto más elevado de la cresta ilíaca. La incisión puede finalizar aquí, pero de considerarse necesario, puede prolongarse hacia adelante y terminar en la unión de los tercios externo y medio del arco crural. En todo caso, la longitud de la incisión será determinada por la naturaleza de la operación que ha de efectuarse y por la magnitud de la mano del operador, siendo suficiente para una exploración ordinaria, una incisión de diez a doce centímetros. Se continúa la incisión sobre el primer plano muscular, formado como es sabido, por el dorsal ancho hacia atrás y por el oblicuo mayor hacia adelante. Se incide luego el segundo plano, formado por el oblicuo menor, con lo que se deja al descubierto el tercer plano, constituido

por la aponeurosis posterior del transversario y el músculo mismo, que también son seccionados. Por debajo de este último músculo se extiende la fascia transversalis, practicándose en ella un pequeño orificio, por donde se introduce un dedo como guía, y la fascia se incide a lo largo de toda la longitud de la herida. Se encuentra así el cuadrado lumbar, que puede retraerse hacia el raquis o seccionarse, según sea necesario. Los nervios abdominogenitales mayor y menor se apartan junto al grupo posterior de músculos seccionados y el duodécimo nervio intercostal con el grupo anterior. Después de incidir la fascia transversalis se encuentra la grasa perirrenal, que se pinza por su parte posterior o se despega hasta llegar al riñón. Se reflejan entonces el tejido perirrenal o la cápsula de Gerota, separándolos del riñón en dirección anterior, después de lo cual es posible identificar el uréter, la pelvis y los vasos renales.

Si se presentan ciertas dificultades (adherencias intensas, pedículo renal excesivamente corto, riñón voluminoso, etc.) W. J. Mayo recomienda liberar la duodécima costilla y obtener así un espacio adicional, y si aun éste resultara insuficiente, deberá resecarse esta costilla.

c) *Cierre en un plano de la incisión quirúrgica.*—Antes de iniciar el cierre se ligarán cuidadosamente todos los vasos sangrantes y se examinará el muñón y el pedículo, reforzando sus ligaduras si no parecen suficientes. Se baja entonces el puente renal para favorecer el afrontamiento de los labios de la herida. Todos los planos musculares seccionados se suturan en un solo bloque, usando para ello puntos separados de catgut cromizado N° 0 ó N° 1, según sea el grosor de la pared abdominal del paciente. En el tejido celular subcutáneo se pondrán o no, dependiendo de su abundancia, puntos separados con catgut simple N° 0 ó N° 00. Para

la piel se usa hilo de algodón N° 60, haciendo puntos de McMillan que se retiran al séptimo día del post-operatorio.

Se acostumbra dejar Penrose, que por lo general debe permanecer de cuatro a cinco días, dependiendo esto de la cantidad del material drenado y del curso post-operatorio. El drenaje se deja salir por el ángulo posterior de la incisión.

En los casos sin complicaciones, el período post-operatorio es de cinco a seis días.

d) *Complicaciones de la vía lumbar.*—Son raras pero pueden suceder, contándose entre las principales la lesión de la pleura, la lesión del nervio hipogástrico (rama del abdóminogenital mayor) que puede ocasionar debilidad de la parte inferior de la pared abdominal y parestesias, y finalmente, la lesión del peritoneo.

## IV.---CASUÍSTICA

Se presentan a continuación los 25 casos no seleccionados que fueron objeto del presente estudio:

### Caso Número 1.

E. H. R. R.

Historia Clínica Número 01-108-58.

*Sexo.*—Masculino.

*Edad.*—39 años.

*Ingreso.*—13 de Enero de 1958.

*Egreso.*—10 de Marzo de 1958.

*Diagnóstico.*—Carcinoma epidermoide (inoperable) del riñón izquierdo.

*Operación.*—EXPLORACION DEL RIÑON IZQUIERDO (24 de Abril de 1958).

*Cirujano.*—Dr. Alejandro Palomo.

*Complicaciones.*—Formación de fístula en incisión.

### Caso Número 2.

C. S. M.

Historia Clínica Número 24-233-58.

*Sexo.*—Masculino.

*Edad.*—44 años.

*Ingreso.*—16 de Septiembre de 1958.

*Egreso.*—2 de Octubre de 1958.

*Diagnóstico.*—Litiasis renal izquierda.

*Operación.*—PIELOSTOMIA IZQUIERDA (10 de Septiembre de 1958).

*Cirujano.*—Dr. Alejandro Palomo.

*Complicaciones.*—Ninguna.

### Caso Número 3.

J. A. S.

Historia Clínica Número 41-573-59.

*Sexo.*—Masculino.

*Edad.*—42 años.

*Ingreso.*—31 de Marzo de 1959.

*Egreso.*—14 de Abril de 1959.

*Diagnóstico.*—Litiasis renal derecha.

*Operación.*—NEFRECTOMIA DERECHA (8 de Abril de 1959).

*Cirujano.*—Dr. Carlos Bernhard.

*Complicaciones.*—Ninguna.

### Caso Número 4.

B. M. O.

Historia Clínica Número 55-394-59.

*Sexo.*—Masculino.

*Edad.*—37 años.

*Ingreso.*—22 de Septiembre de 1959.

*Egreso.*—9 de Octubre de 1959.

*Diagnóstico.*—Litiasis renal derecha.

*Operación.*—NEFRECTOMIA DERECHA (26 de Septiembre de 1959).

*Cirujano.*—Dr. Carlos Bernhard.

*Complicaciones.*—Ninguna.

**Caso Número 5.**

F. de P.  
Historia Clínica Número 56-384-59.  
*Sexo.*—Femenino.  
*Edad.*—41 años.  
*Ingreso.*—22 de Septiembre de 1959.  
*Egreso.*—5 de Octubre de 1959.  
*Diagnóstico.*—Litiasis renal derecha.  
*Operación.*—NEFRECTOMIA DERECHA (25 de Septiembre de 1959).  
*Cirujano.*—Dr. Alejandro Palomo.  
*Complicaciones.*—Ninguna.

**Caso Número 6.**

C. A. O.  
Historia Clínica Número 56-484-59.  
*Sexo.*—Femenino.  
*Edad.*—33 años.  
*Ingreso.*—23 de Septiembre de 1959.  
*Egreso.*—26 de Octubre de 1959.  
*Diagnóstico.*—Pielonefritis crónica izquierda.  
*Operación.*—NEFRECTOMIA IZQUIERDA (9 de Octubre de 1959).  
*Cirujano.*—Dr. Alejandro Palomo.  
*Complicaciones.*—Ninguna.

**Caso Número 7.**

P. G. G.  
Historia Clínica Número 39-743-59.  
*Sexo.*—Masculino.  
*Edad.*—27 años.  
*Ingreso.*—31 de Octubre de 1959.  
*Egreso.*—17 de Noviembre de 1959.  
*Diagnóstico.*—Hipoplasia renal derecha.  
*Operación.*—NEFRECTOMIA DERECHA (4 de Noviembre de 1959).  
*Cirujano.*—Dr. Alejandro Palomo.  
*Complicaciones.*—Ninguna.

**Caso Número 8.**

J. de L. P.  
Historia Clínica Número 34-780-59.  
*Sexo.*—Femenino.  
*Edad.*—43 años.  
*Ingreso.*—13 de Enero de 1960.  
*Egreso.*—17 de Mayo de 1960.  
*Diagnóstico.*—Hidronefrosis derecha por metástasis de Ca. del Cérvix.  
*Operación.*—NEFROSTOMIA DERECHA (20 de Enero de 1960).  
*Cirujano.*—Dr. Alejandro Palomo.  
*Complicaciones.*—Ninguna.

**Caso Número 9.**

R. G. R.  
Historia Clínica Número 40-484-59.  
*Sexo.*—Masculino.  
*Edad.*—42 años.  
*Ingreso.*—18 de Febrero de 1960.  
*Egreso.*—2 de Abril de 1960.  
*Diagnóstico.*—Litiasis renal bilateral.  
*Operación.*—NEFRECTOMIA DERECHA (4 de Marzo de 1960).  
*Cirujano.*—Dr. Alejandro Palomo  
*Complicaciones.*— Infección de la herida operatoria.

**Caso Número 10.**

J. M. F. S.  
Historia Clínica Número 10-410-56.  
*Sexo.*—Femenino.  
*Edad.*—54 años.  
*Ingreso.*—23 de Marzo de 1960.  
*Egreso.*—14 de Mayo de 1960.  
*Diagnóstico.*—Quiste del polo inferior del riñón izquierdo.

*Operación.*—NEFRECTOMIA IZQUIERDA (30 de Marzo de 1960).

*Cirujano.*—Dr. Alejandro Palomo.

*Complicaciones.*—Absceso localizado de la herida operatoria.

#### Caso Número 11.

J. A. S. S.

*Sexo.*—Masculino.

*Edad.*—19 años.

*Ingreso.*—2 de Julio de 1960.

*Egreso.*—2 de Agosto de 1960.

*Diagnóstico.*—Carcinoma del riñón derecho.

*Operación.*—NEFRECTOMIA DERECHA (13 de Julio de 1960).

*Cirujano.*—Dr. Alejandro Palomo.

*Complicaciones.*—Ninguna.

#### Caso Número 12.

F. A. L. L.

Historia Clínica Número 15-322-60.

*Sexo.*—Masculino.

*Edad.*—32 años.

*Ingreso.*—27 de Julio de 1960.

*Egreso.*—13 de Septiembre de 1960.

*Diagnóstico.*—Hidronefrosis derecha.

*Operación.*—NEFROSTOMIA DERECHA (10 de Agosto de 1960).

*Cirujano.*—Dr. Alejandro Palomo.

*Complicaciones.*—Ninguna.

#### Caso Número 13.

R. E. M.

Historia Clínica Número 17-016-60.

*Sexo.*—Masculino.

*Edad.*—65 años.

*Ingreso.*—22 de Agosto de 1960.

*Egreso.*—21 de Septiembre de 1960.

*Diagnóstico.*—Pionefrosis derecha y Ca. papilar de la pelvis renal.

*Operación.*—NEFRECTOMIA DERECHA (31 de Agosto de 1960).

*Cirujano.*—Dr. Carlos Bernhard.

*Complicaciones.*—Ninguna.

#### Caso Número 14.

C. D. M.

Historia Clínica Número 12-601-55.

*Sexo.*—Femenino.

*Edad.*—36 años.

*Ingreso.*—20 de Agosto de 1960.

*Egreso.*—30 de Noviembre de 1960.

*Diagnóstico.*—Pielonefritis y pielonefrosis izquierdas.

*Operación.*—NEFRECTOMIA IZQUIERDA (21 de Septiembre de 1960).

*Cirujano.*—Dr. Alejandro Palomo.

*Complicaciones.*—Ninguna.

#### Caso Número 15.

J. P. C.

Historia Clínica Número 18-140-60.

*Sexo.*—Masculino.

*Edad.*—39 años.

*Ingreso.*—11 de Septiembre de 1960.

*Egreso.*—8 de Octubre de 1960.

*Diagnóstico.*—Litiasis renal izquierda.

*Operación.*—NEFROLITOTOMIA IZQUIERDA (28 de Septiembre de 1960).

*Cirujano.*—Dr. Alejandro Palomo.

*Complicaciones.*—Ninguna.

#### Caso Número 16.

R. F. P.

Historia Clínica Número 49-429-59.

*Sexo.*—Femenino.

*Edad.*—56 años.

*Ingreso.*—10 de Noviembre de 1960.

*Egreso.*—2 de Diciembre de 1960.

*Diagnóstico.*—Ptosis y litiasis renal derechas.

*Operación.* — PIELONEFROSTOMIA Y NEFROPEXIA DERECHAS (10 de Noviembre de 1960).

*Cirujano.*—Dr. Carlos Bernhard.

*Complicaciones.*—Ninguna.

#### Caso Número 17.

S. J. L.

Historia Clínica Número 16-902-57.

*Sexo.*—Femenino.

*Edad.*—26 años.

*Ingreso.*—17 de Noviembre de 1960.

*Egreso.*—26 de Noviembre de 1960.

*Diagnóstico.*—Pionefrosis del riñón derecho.

*Operación.*—NEFRECTOMIA DERECHA (18 de Noviembre de 1960).

*Cirujano.*—Dr. Carlos Bernhard.

*Complicaciones.*—Ninguna.

#### Caso Número 18.

L. G. E.

Historia Clínica Número 19-225-60.

*Sexo.*—Masculino.

*Edad.*—35 años.

*Ingreso.*—10 de Noviembre de 1960.

*Egreso.*—3 de Diciembre de 1960.

*Diagnóstico.*—Riñón ectópico derecho.

*Operación.*—NEFRECTOMIA DERECHA (23 de Noviembre de 1960).

*Cirujano.*—Dr. Alejandro Palomo.

*Complicaciones.*—Ninguna.

#### Caso Número 19.

V. B. O.

Historia Clínica Número 04-628-61.

*Sexo.*—Masculino.

*Edad.*—70 años.

*Ingreso.*—9 de Marzo de 1961.

*Egreso.*—29 de Abril de 1961.

*Diagnóstico.*—Ca. del riñón derecho.

*Operación.*—NEFRECTOMIA DERECHA (22 de Marzo de 1961).

*Cirujano.*—Dr. Alejandro Palomo.

*Complicaciones.*—Infección de la herida operatoria.

#### Caso Número 20.

M. del C. R.

Historia Clínica Número 07-513-61.

*Sexo.*—Femenino.

*Edad.*—42 años.

*Ingreso.*—24 de Abril de 1961.

*Egreso.*—3 de Mayo de 1961.

*Diagnóstico.*—T. B. C. Renal. Litiasis renal derecha.

*Operación.*—NEFRECTOMIA DERECHA (26 de Abril de 1961).

*Cirujano.*—Dr. Alejandro Palomo.

*Complicaciones.*—Ninguna.

#### Caso Número 21.

J. A. B.

Historia Clínica Número 14-839-61.

*Sexo.*—Masculino.

*Edad.*—35 años.

*Ingreso.*—9 de Agosto de 1961.

*Egreso.*—12 de Septiembre de 1961.

*Diagnóstico.*—Litiasis renal izquierda.

*Operación.*—PIELOLITOTOMIA IZQUIERDA  
(18 de Agosto de 1961).  
*Cirujano.*—Dr. Alejandro Palomo.  
*Complicaciones.*—Ninguna.

**Caso Número 22.**

F. M. V.  
Historia Clínica Número 14-359-61.  
*Sexo.*—Masculino.  
*Edad.*—21 años.  
*Ingreso.*—5 de Agosto de 1961.  
*Egreso.*—10 de Septiembre de 1961.  
*Diagnóstico.*—T. B. C. Renal izquierda.  
*Operación.*—NEFRECTOMIA IZQUIERDA (23  
de Agosto de 1961).  
*Cirujano.*—Dr. Alejandro Palomo.  
*Complicaciones.*—Ninguna.

**Caso Número 23.**

J. G. M.  
Historia Clínica Número 48-249-59.  
*Sexo.*—Masculino.  
*Edad.*—22 años.  
*Ingreso.*—27 de Marzo de 1962.  
*Egreso.*—12 de Abril de 1962.  
*Diagnóstico.*—Litiasis renal derecha.  
*Operación.*—NEFRECTOMIA DERECHA (30  
de Marzo de 1962).  
*Cirujano.*—Dr. Alejandro Palomo.  
*Complicaciones.*—Ninguna.

**Caso Número 24.**

J. J. B. L.  
Historia Clínica Número 04-907-62.  
*Sexo.*—Masculino.  
*Edad.*—72 años.  
*Ingreso.*—22 de Marzo de 1962.

*Egreso.*—6 de Junio de 1962.

*Diagnóstico.*—Hipernefroma del riñón izquierdo,  
Diabetes mellitus, Sífilis.

*Operación.*—NEFRECTOMIA IZQUIERDA (6  
de Abril de 1962).

*Cirujano.*—Dr. Alejandro Palomo.

*Complicaciones.*—Infección de la herida y dehiscen-  
cia de la misma.

**Caso Número 25.**

F. O. V. N.  
Historia Clínica Número 07-851-62.  
*Sexo.*—Masculino.  
*Edad.*—25 años.  
*Ingreso.*—15 de Mayo de 1962.  
*Egreso.*—18 de Junio de 1962.  
*Diagnóstico.*—Litiasis renal derecha.  
*Operación.*—NEFROLITOTOMIA DERECHA  
(1º de Junio de 1962).  
*Cirujano.*—Dr. Alejandro Palomo.  
*Complicaciones.*—Ninguna.

## V.---RESUMEN DE LOS CASOS PRESENTADOS

Estudiando el cuadro precedente, apreciamos que de los 25 casos, 17 pertenecen al sexo masculino y 8 al femenino, seguramente porque el servicio es de hombres, ya que las mujeres fueron referidas de los servicios de Ginecología, Cirugía de Mujeres y Oncología. En los pacientes del Servicio de Urología "A" el promedio de la hospitalización fue de 34.29 días, en tanto que en las mujeres operadas, dicho promedio fue de 46.37 días, esto es explicable, pues estas pacientes antes de ser referidas de otros servicios, fueron inicialmente y en su mayoría, tratadas de otra afección.

La edad en el menor de los casos fue 21 años y en el mayor de ellos 72 años. Entre las lesiones que motivaron operación predominó la litiasis renal con 10 casos (40%). Tumores hubo solamente 4 (16%). La operación predominante fue la nefrectomía, habiéndose realizado en 19 de los 25 casos (76%). El post-operatorio fue perfecto en 20 casos (80%).

## VI.---COMPLICACIONES

En el grupo de pacientes en que se basó el presente estudio, las complicaciones post-operatorias a nivel de la incisión quirúrgica, se presentaron en el 20% del total (es decir, en 5 casos), siendo ellas las siguientes: infección difusa, formación de fístula, absceso localizado y dehiscencia.

# RESUMEN DE LOS CASOS PRESENTADOS

NOMBRE	SEXO	EDAD	DIAGNOSTICO	OPERACION	CIRUJANO	COMPLICACIONES
E. H. R. R.	Masc.	39 años	Ca. Riñón izq.	Exploración riñón	Dr. A. Palomo	Fístula en incisión op.
C. S. M.	Masc.	44 años	Litiasis renal izq.	Pielostomía izq.	Dr. A. Palomo	Ninguna
J. A. S.	Masc.	42 años	Litiasis renal der.	Nefrectomía der.	Dr. C. Bernhard	Ninguna
B. M. O.	Masc.	37 años	Litiasis renal der.	Nefrectomía der.	Dr. C. Bernhard	Ninguna
F. de P.	Fem.	41 años	Litiasis renal der.	Nefrectomía der.	Dr. A. Palomo	Ninguna
C. A. O.	Fem.	33 años	Pielonefritis Cr. izq.	Nefrectomía izq.	Dr. A. Palomo	Ninguna
P. G. G.	Masc.	27 años	Hipoplasia renal der.	Nefrectomía der.	Dr. A. Palomo	Ninguna
J. de L. P.	Fem.	43 años	Hidronefrosis der.	Nefrostomía der.	Dr. A. Palomo	Ninguna
R. G. R.	Masc.	42 años	Litiasis renal der.	Nefrectomía der.	Dr. A. Palomo	Infección de incisión op.
J. M. F. S.	Fem.	54 años	Quiste riñón izq.	Nefrectomía izq.	Dr. A. Palomo	Absceso en incisión op.
J. A. S. S.	Masc.	19 años	Ca. Riñón derecho	Nefrectomía der.	Dr. A. Palomo	Ninguna
F. A. L. L.	Masc.	32 años	Hidronefrosis der.	Nefrostomía der.	Dr. A. Palomo	Ninguna
R. E. M.	Masc.	65 años	Pionefrosis der.	Nefrectomía der.	Dr. C. Bernhard	Ninguna
C. D. M.	Fem.	36 años	Pielonefritis izq.	Nefrectomía izq.	Dr. A. Palomo	Ninguna
J. P. C.	Masc.	39 años	Litiasis renal izq.	Nefrolitotomía izq.	Dr. A. Palomo	Ninguna
R. F. P.	Fem.	56 años	Ptosis y litiasis der.	Pielonefrostomía der.	Dr. C. Bernhard	Ninguna
S. J. L.	Fem.	26 años	Pionefrosis der.	Nefrectomía der.	Dr. C. Bernhard	Ninguna
L. G. F.	Masc.	35 años	Riñón ectópico der.	Nefrectomía der.	Dr. A. Palomo	Ninguna
V. B. O.	Masc.	70 años	Ca. Riñón derecho.	Nefrectomía der.	Dr. A. Palomo	Infección de incisión op.
M. del C. R.	Fem.	42 años	T. B. C. Renal	Nefrectomía der.	Dr. A. Palomo	Ninguna
J. A. B.	Masc.	35 años	Litiasis renal izq.	Pielolitotomía izq.	Dr. A. Palomo	Ninguna
F. M. V.	Masc.	21 años	T. B. C. Renal	Nefrectomía izq.	Dr. A. Palomo	Ninguna
J. G. M.	Masc.	22 años	Litiasis renal der.	Nefrectomía der.	Dr. A. Palomo	Ninguna
J. J. B. L.	Masc.	72 años	Hipernefroma izq.	Nefrectomía izq.	Dr. A. Palomo	Infección y dehiscencia incisión
R. V. O. N.	Masc.	25 años	Litiasis renal der.	Nefrolitotomía der.	Dr. A. Palomo	Ninguna

La frecuencia de su presentación expresada en porcentaje y en relación al total de los 25 casos presentados fue la siguiente:

Infección difusa.....	12% del total (3 casos)
Formación de fístula.....	4% del total (1 caso)
Absceso localizado.....	4% del total (1 caso)
Dehiscencia .....	4% del total (1 caso)

Es satisfactorio hacer notar que en tres de los pacientes que presentaron complicaciones (60% de los casos complicados), la causa que motivó la intervención quirúrgica fue una neoplasia maligna del riñón, que al actuar en detrimento del estado general de estos pacientes, lógicamente impediría una cicatrización normal a nivel de sus heridas, máxime el caso Número 24 de nuestra casuística, que además de presentar un hipernefroma en el riñón izquierdo, era diabético y con reacción de Cardiopina positiva a diluciones significativas. Por lo tanto, y al menos en este grupo, las complicaciones difícilmente se pueden atribuir al cierre de la incisión mediante un plano único de sutura.

## VII.---CONCLUSIONES

- 1ª—Se presentan 25 casos consecutivos de pacientes operados por vía lumbar, en los cuales las capas musculares se cerraron en un plano.
- 2ª—El cierre de las capas musculares en un sólo plano abrevia considerablemente el tiempo operatorio.
- 3ª—Técnicamente es mucho más fácil.
- 4ª—Se economiza material de sutura, y la cantidad de éste que queda retenido en los tejidos del paciente es mucho menor.
- 5ª—El período post-operatorio sin complicaciones es muy corto (cinco a seis días).
- 6ª—Las complicaciones que se presentaron carecen de importancia y no guardan relación con el cierre en un plano.
- 7ª—Creemos poder recomendarlo, y en el Servicio de Urología "A" del Hospital General se usa rutinariamente.

OTTO ADOLFO ZEISSIG BOCANEGRA.

Vº Bº,

DR. ALEJANDRO PALOMO M.,  
*Asesor.*

*Revisado,*

DR. CARLOS ARMANDO SOTO,  
*Secretario.*

Vº Bº,

DR. CARLOS BERNHARD,  
*Revisor.*

*Imprimase,*

DR. CARLOS M. MONSÓN MALICE,  
*Decano.*

## VIII.---BIBLIOGRAFIA

- 1.—*Barry J. Anson y Walter G. Maddock.*—Anatomía Quirúrgica. Salvat, Editores, S. A.—1956.
- 2.—*H. Rouviere.*—Compendio de Anatomía y Diseción. Salvat, Editores, S. A.—1953.
- 3.—*F. Quiroz Gutiérrez.* — Tratado de Anatomía Humana. Editorial Porrúa, S. A.—1959.
- 4.—*L. Testut y A. Latarjet.*—Tratado de Anatomía Humana. Salvat, Editores, S. A.—1954.
- 5.—*Thomas G. Orr.*—Operaciones de Cirugía General. U. T. E. H. A.—1954.
- 6.—*R. H. Flocks y D. Culp.*—Manual de Cirugía Operatoria. Cirugía Urológica. Editorial Intera-mericana.—1958.
- 7.—*Max Thorek.*—Técnica Quirúrgica Moderna, Tomo IV. Salvat, Editores, S. A.—1954.
- 8.—*Rolnick, H. C.*—The practice of Urology. Philadelphia, J. B. Lipincott Company.—1949.
- 9.—*E. C. Cutler y R. Zollinger.*—Atlas de Operaciones Quirúrgicas. U. T. E. H. A.—1959.
- 10.—Archivo y Observaciones del Hospital General “San Juan de Dios.”