

Hospital Italiano Garibaldi. Rosario
Serv. de Urología. Jefe: Dr. José S. Dotta.

ELECCION DE LA VIA DE ABORDAJE PARA LOS GRANDES TUMORES DE RIÑON

Comentarios acerca de dos observaciones con especial referencia a la vía
transtorácica

Por los Dres. JOSE S. DOTTA y TOMAS DELPORTE

En todos los tiempos y desde que se practica la cirugía renal, los cirujanos fueron capaces de solucionar cualquier problema quirúrgico de dicho órgano, valiéndose fundamentalmente de la vía de abordaje lumbar, a la que se le fueron haciendo varias modificaciones en su dirección, lineamiento e incisiones complementarias; además, agregando resecciones parciales o totales de una o más costillas, pero manteniéndose siempre en un plano extrapleural y extraperitoneal. También fueron y son aún hoy día, utilizadas las vías anteriores trans o extraperitoneales, con incisiones transversales o longitudinales, de aplicación muy útil en caso de grandes tumores a crecimiento anterior sobretodo.

Llegamos luego a una época que destaca un progreso extraordinario en las ciencias médicas y sobre todo en la cirugía: nos referimos a la aparición de los antibióticos.

La tranquilidad, la seguridad, la pérdida del temor a las infecciones resultantes de su empleo, coincide con un aumento progresivo en la audacia de los cirujanos, quienes se deciden a enfrentarse con regiones consideradas casi como un "tabú", dada la peligrosidad de los procesos sépticos que pudieran generarse en ellas como consecuencia de una intervención.

Y es entonces cuando hace su aparición en el campo de la cirugía renal, las incisiones tóraco-abdominales trans o extrapleurales, con resección o sección solamente, de una o más costillas. Los perfeccionamientos de la anestesia y sobre todo la anestesia intubada, dan un margen de seguridad y garantía que permite al anestesista dominar cualquier inconveniente respiratorio consecutivo a la apertura quirúrgica o accidental de la gran cavidad pleural; y al cirujano sobrellevar el cuadro de colapso del pulmón y permitir luego la reexpansión del órgano.

Consideramos que estas grandes incisiones deben ser reservadas fundamentalmente para la cirugía del cáncer de riñón y a la que podrían agregarse determinados casos de cirugía de la suprarrenal. En la nefrectomía por cáncer de riñón, dos premisas fundamentales debe tener presente el cirujano: en primer lugar, realizar el mínimo de manipuleo en la liberación del riñón, con el fin de evitar la producción de embolias neoplásicas a distancia y en segundo lugar, la llegada rápida al hilio renal para dominar la hemorragia que

habitualmente se produce en la liberación del órgano. Se podría agregar a esto también, la conveniencia de extirpar toda la grasa peri y pararenal posible, asiento frecuente de pequeños infartos neoplásicos que son motivo de recidivas in situ. Foret, al destacar estas conveniencias, agrega la necesidad de la ligadura previa de la vena renal para evitar las metástasis pre-operatorias, facilitando además esta incisión la extirpación de los ganglios linfáticos correspondientes, cosa difícil de materializar por las vías clásicas lumbares.

Cuando no se trata de grandes tumores, estas condiciones se pueden llevar a cabo en cualquier tipo de incisión, como por ejemplo la clásica de Israel, de Elmer Hess, de Fey o la de Ekehorn ampliada, según lo preconiza Ercole o la vía aconsejada por Mathis que sigue el 11° espacio intercostal. Pero cuando estos tumores adquieren cierta magnitud y sobre todo si se localiza en el polo superior, entonces puede hacerse uso de las vías transtorácicas, aunque en rigor de verdad, ello no es imprescindible.

La coincidencia de haber tratado casi simultáneamente dos grandes tumores de riñón, con dos vías de abordaje distintas, nos mueve a hacer algunos comentarios acerca de las mismas.

Ultimamente, y después de la comunicación de Mortensen, cirujano australiano, aparecido en el "Journal of Urology" del año 1948, quien refiere el caso de una mujer portadora de un tumor de riñón izquierdo que no había sido posible extraer por las vías habituales, la interviene por vía transtorácica con todo éxito. En este caso en particular dadas las grandes adherencias existentes fué necesario extirpar la cola del páncreas y como consecuencia el bazo.

Sin embargo, ya en el año 1930, Constantini y Bernasconi, cirujanos de Algeria, (comentario de E. Truc en 1944), abordan esta vía por ellos creada, usando una técnica personal, que consistió en reseca la 10ª costilla con sección de la pleura y del diafragma a lo largo de su lecho, entre dos surgets de catgut que los ha pegado y solidarizado y preconizan su uso en los potticos a gran gibosidad.

Durante la última guerra, algunos cirujanos americanos y entre ellos Carter (en 1947), usaron de esta vía, señalando la ventaja del abordaje transtorácico para los órganos del cuadrante superior del abdomen.

En nuestro medio, nada se ha escrito sobre la misma y es solamente el urólogo de la vecina orilla, doctor F. C. Hughes, quien presenta en el año 1950, cuatro observaciones tratadas con éxito: una por tumor, una por quiste hidatídico, una por litiasis y una por tuberculosis.

Al emplear la vía transtorácica y de acuerdo a la experiencia de los distintos autores y de los especializados en la cirugía del tórax, se aconseja la resección de la 9ª o, cuanto mucho, la 10ª costilla, pues en esa forma el acceso al diafragma se hace más amplio y conveniente, facilitándose también el tiempo de síntesis. A pesar de ello, O'Connor y Head emplean dicha vía en una niña de dos años, reseca la 11ª costilla.

Otro tipo de las grandes incisiones tóraco-abdominales, lo constituye la vía de abordaje extrapleural preconizada por Nagamatsu, que consiste en hacer un colgajo reclinable con la porción inferior de la caja torácica, mediante la resección de 2,5 cm. de las tres últimas costillas por detrás del ángulo posterior de las mismas.

A través de la lectura de las historias clínicas y de las radiografías que presentamos, hemos podido llegar a la conclusión de que se trata de dos casos muy semejantes entre sí, de enormes tumores de riñón desarrollados

principalmente en el polo superior del órgano y que fueron operados por dos vías distintas que permitieron llevar a cabo la intervención sin mayores dificultades.

Tanto en uno como en otro caso, el post-operatorio inmediato fué perfecto, recuperándose ambos en un plazo de 10-12 días no habiendo observado en el enfermo, en quien se empleó la vía transtorácica, mayor desconfort que en el otro, vale decir que la apertura de la cavidad pleural no agregó mayores dificultades o trastornos al paciente.

Nos decidimos a emplear esta vía, dado que radiográficamente se trataba de un tumor a crecimiento superior, lo que hacía que se hallara totalmente recubierto por la parrilla costal. R. Chute y sus colaboradores muéstranse decididos partidarios de la misma y al presentar 68 casos, destacan todas las ventajas ya mencionadas anteriormente y refieren inclusive un caso en el que el amplio campo brindado por esta vía les permitió reseca parte de la pared de la cava, con una sobrevida superior a dos años.

En cambio, Robertson y Jameson consideran que esta vía es de excepción siendo las principales objeciones las siguientes: 1º) Se abren dos cavidades distintas; 2º) Requiere anestesia intubada; 3º) Las complicaciones pulmonares son susceptibles de aparecer: neumonías, colapso pulmonar, empiema.

La segunda enferma en cambio se intervino por vía lumbar, con la resección parcial amplia de la 11ª costilla, dado que la 12ª era muy corta: con lo que se obtuvo un campo magnífico, que permitió la fácil exteorización del órgano; la herida accidental de la pleura y del peritoneo, hechos frecuentes en estas grandes incisiones, si son bien reparados, no significan mayor inconveniente.

Creemos que la vía transtorácica puede ser utilizada en la cirugía de riñón con las limitaciones que se mencionan anteriormente y en ese sentido pensamos ampliar nuestra casuística con dicha vía, para poder opinar con mayor experiencia. Estamos de acuerdo, como opinan Robertson y Jameson, que es de mucha utilidad contar con la ayuda de un especializado en cirugía torácica, pues tanto durante el acto quirúrgico en sí, como en el post-operatorio, sus consejos y experiencia son de valor. En este sentido agradecemos la colaboración que nos prestara el doctor Boretti.

Primera observación. — P. F. de 48 años de edad, casada, mecánico, domiciliado en Cañada de Gómez, ingresa en nuestro Servicio el 27/XI/51.

Los antecedentes personales, son sin importancia con excepción de una operación por varicocele izquierdo que le fuera practicada el 4/IV/51.

El 12/XI/, vuelve a la consulta pues manifiesta tener un dolor en región lumbar izquierda sin irradiación y sin trastornos miccionales. Sus orinas de emisión son claras, nunca tuvo hematuria y un análisis de orina del 12/XI/51 es normal. El examen clínico es negativo, no palpándose los riñones ni apreciándose puntos renales ni ureterales sensibles. Por este motivo se le ordena una:

Radiografía directa de riñones y vejiga: (19/XI/51). Área renal derecha s/p. En área renal izquierda se aprecia una gruesa tumoración redondeada, del tamaño de un pomelo, con eje mayor paralelo a la 11ª costilla. Ligeras escoliosis y desaparición de la sombra del psoas iliaco izquierdo.

Urograma por excreción: (19/XI/51). 10-20 y 30'. Buena eliminación de la sustancia de contraste con sistema de pielocalicial del lado derecho de caracteres normales. En riñón izquierdo se aprecian las cavidades caliciales rechazadas y distorsionadas por la tumoración antes mencionada.

Pielografía ascendente de riñón izquierdo: (27/X/51). Se aprecia una distorsión y deformación de las vías excretoras a predominio del caliz superior con desplazamiento y basculamiento del riñón hacia abajo.

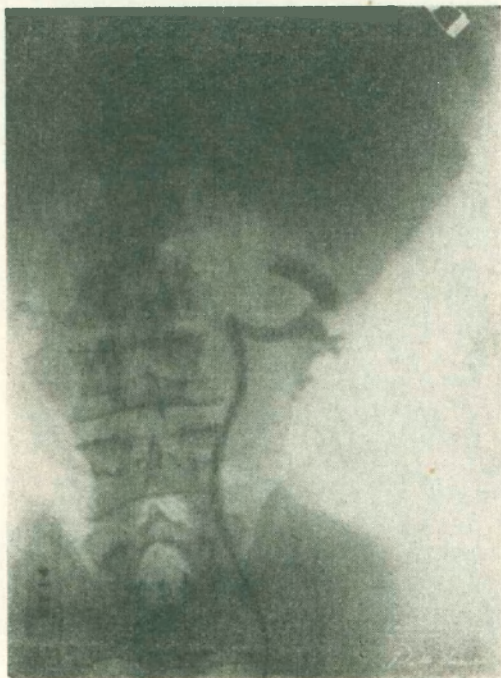
Emfsema perirrenal: (6/XII/52) con inyección de unos 600 c.c. de aire, según técnica de Ruiz Rivas, permite apreciar del lado derecho un área renal normal y del lado izquierdo una gruesa tumoración que contacta con el diafragma (cabeza de adulto).

Radiografía de campos pulmonares: (6/XII/51). No ofrece nada de particular. Los distintos análisis de rutina, practicados, se hallan dentro de límites normales.

Con el diagnóstico de un grueso tumor de riñón a crecimiento del polo superior, se decide intervenir por vía transtorácica.

Operación: (10/XII/51). Anestesia con Kemithal y éter por circuito cerrado con enfermo intubado.

Incisión sobre la 10ª costilla con resección casi total de la misma por vía subperióstica. Abierta la pleura se rechaza el pulmón con compresas de gasa húmedas. Colocado el separador de Finocchietto, se incide el diafragma cayéndose sobre una gruesa tumoración, que se libera



Radiografía N° 1

Pielografía ascendente de riñón izquierdo, mostrando deformación y distorsión con desplazamiento de riñón hacia abajo.

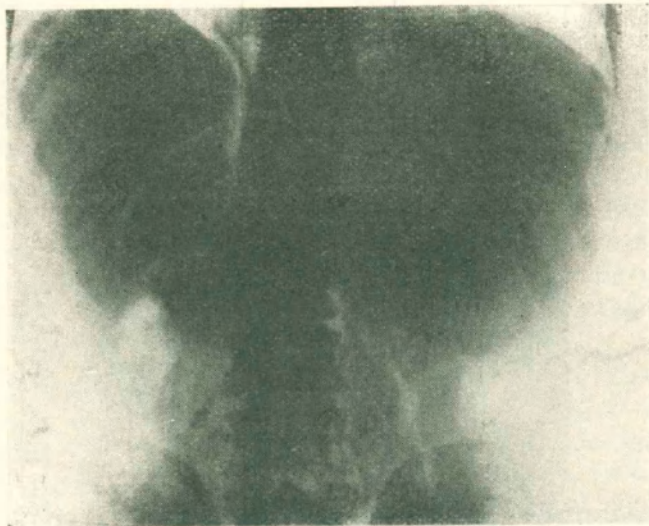
fácilmente, certificando que forma cuerpo con el riñón. Sobre el polo superior de dicha tumoración se reconoce la suprarrenal, la que es cuidadosamente separada de la misma. Se individualiza el pedículo, liga y secciona, extirpándose el tumor en block. Se deja un drenaje de guante en la celda renal que sale por una contraabertura de la región lumbar. Se sutura en un sólo plano el diafragma junto con el peritoneo, que se había desgarrado parcialmente con catgut crómico N° 1 y puntos separados. Por una contraabertura hecha a nivel del 9º espacio intercostal se deja un tubo de drenaje en pleura (que se ocluye momentáneamente con una pinza, para luego dejarlo en un frasco sumergido). Cierre de la parrilla costal con fuertes puntos de catgut que pasan por encima y por debajo de la 9ª y 11ª costillas respectivamente. Piel y celular con lino. Durante el acto quirúrgico se transfunden 500 c.c. de sangre total y un litro de Ringer en Dextrosa. Duración de la intervención: 90 minutos.

La pieza operatoria, cuyo peso es de 2.200 Kgs. mide 2 cms. de alto por 14 de ancho, mostrando cómo se puede apreciar en la fotografía de la pieza, un tumor redondeado y encapsulado limitado al polo superior.

La superficie de sección muestra varias zonas de hemorragias intratumorales, con zonas de necrosis. El informe anátomo-patológico dice tratarse de un epiteloma renal a células

claras muy modificadas por necrosis y hemorragias intersticiales secundarias (doctor Gaudencio Fontana).

El enfermo evoluciona sin incidencias, retirándose al 5to. día el drenaje lumbar y al



Radiografía Ng 2
Enfisema perirrenal.

6to. día el drenaje pleural, previos controles radiográficos que muestran la reexpansión del pulmón.

A los diez días de operado, se queja el enfermo de dolores en la región operatoria y de una cierta adinamia, que van ambas en progresivo aumento.



OBS. Nº 1. — Fotografía de la pieza operatoria.

El 31/XII/51 se hace una radiografía de columna dorso lumbar (frente y perfil), donde no se consta ninguna lesión evidente.

El 4/1/52 se hace un examen del L. C. R. que dice: Alb: 3,80 grs./%. R. de

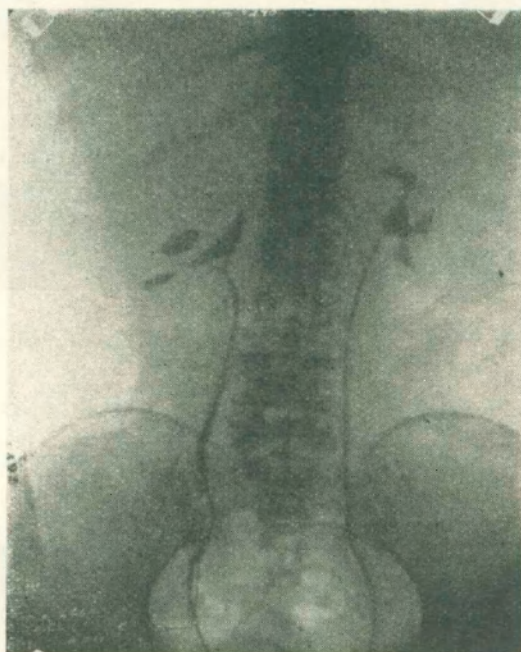
Pandy (++++). Seis elementos por c.c. (4 polinucleares y 2 linf.) Hematias (++) . Examen bacteriológico y bacilosκόpico, negativos.

El 9/1/52, es consultado el Dr. Bobbini, quien hace un estudio mielográfico, donde se observa una detención de la substancia de contraste a nivel de la 9ª dorsal, por lo que es a posteriori intervenido por el mismo, constatándose un proceso tumoral que toma hueso y partes blandas. El informa anátomo-patológico dice ser una metástasis de un tumor a células claras. El cuadro del enfermo sigue progresando, por lo que es retirado del Hospital, falleciendo poco después.

Segunda observación: R. G. de V., de 58 años de edad, casada, italiana, con domicilio en la vecina localidad de Fighiera, ingresa en nuestro servicio el 16/II/52.

Sus antecedentes personales son sin importancia, con excepción de una apendicectomía hace 18 años y de una hernioplastia umbilical de urgencia hace 6 años.

Casada a los 16 años, tuvo 13 embarazos. Tiene actualmente 10 hijos vivos y sanos.



Radiografía N^o 3. — Mostrando el estiramiento y distorsión de los cálices superiores. Pielografía ascendente bilateral

El motivo de la consulta es una intensa hematuria, de tipo total, que por espacio de 4-5 días, se produjo hace algo más de 2 meses. No fué acompañada de ningún otro trastorno ni general ni miccional y que se viene repletiendo con iguales caracteres en forma intermitente, razón por la cual nos viene a ver. Refiere por otra parte, que hace unos dos años, por primera vez nota sus orinas teñidas con sangre, hematuria que dura 8 días, razón por la cual ingresa a una clínica privada de ésta donde es estudiada desde el punto de vista urológico y haciendo inclusive una pielografía ascendente de riñón derecho.

El examen clínico general ofrece, como dato de interés, el tratarse de una gran obesa y moderada hipertensa (180-90). El examen del abdomen no permite palpar ninguna tumoración y los riñones no son accesibles a las maniobras palpatorias.

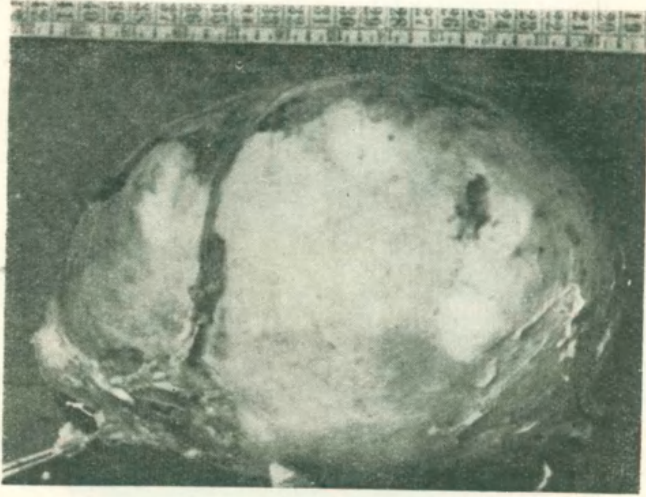
Una cistoscopia, revela una vejiga de caracteres normales. La eyaculación por O.U.D. es francamente hematurica y clara por O.U.I.

Un estudio radiológico del árbol urinario, hecho pocos días antes (7/II/52) muestra la ausencia de sombras calculosas y una muy deficiente eliminación de la substancia de contraste lo que no permite sacar ninguna conclusión.

16/II/52. *Pielografía ascendente bilateral:* Riñón izquierdo: conformación pielocalicial completamente normal. Riñón derecho gran deformación por estiramiento de los cálices con

tos los caracteres de un tumor de polo superior. (Esta imagen tumoral es similar, por no decir calcada, a la de la pielografía ascendente que le fuera hecha dos años atrás).

Análisis de orina por separado: R. D.; U: 7,16 grs. $\frac{\%}{100}$ - Cl 3,50 grs. $\frac{\%}{100}$.
R. I.; U: 8,82 grs. $\frac{\%}{100}$ - Cl 3,50 grs. $\frac{\%}{100}$.
Azotemias: 31 grs. por mil. T. de coagulación: 7'30". T. de sangría: 2'20". 17/II/52.



OBS. Nº 2. — Fotografía de la pieza operatoria.

Informe cardiovascular: no ofrece particularidades. No existiendo contraindicaciones para ser sometida a una intervención quirúrgica (Dr. Gaspary).

18/II/52. *Hemograma:* Cl. R 3.800.000. — Cl. Bl. 7.000 - Hgb 64 % - V. G. 0,84.



OBS. Nº 2. — Pieza operatoria abierta.

N. 67 %. E. 4 %. - L. 26 %. - M. 3 %. Ligera anisocitosis y poiquilocitosis con hipocromía.

Eritrosedimentación: 1ª hora: 75 mm. 2ª hora: 100 mm.

Análisis de orina: Acida. 1.009. Urea: 8,5. Clr. 7,5. Alb. 2,5. Gluc (—). Pus (+). Sangre (+++). Sedimento: gran cantidad de hemáties. Escasos pirocitos.

20/II/52. *Operación:* Anestesia con Kcmithal, curare y ciclo. Incisión de Elmer Hess con resección parcial de la 11ª costilla. Abierta la fascia perirrenal. se cae sobre una enorme tumora-

ción, fácilmente liberable, que se insinúa profundamente bajo la parrilla costal. Exteriorizado el tumor, que forma cuerpo con el riñón, se individualizan los elementos del pedículo y uréter, los que son seccionados entre dos ligaduras. Durante las maniobras de liberación se produce una dehiscencia de la pleura así como de peritórneo, las que son suturadas. Pequeño taponamiento de la celda. Tubo de drenaje. Cierre por planos. Piel y celular con lino. Durante el acto quirúrgico se mantiene el estado tensional a niveles normales, transfundiéndose 500 c.c. de sangre total. Duración de la operación: 70'. La pieza operatoria extraída cuyas dimensiones son: 20 x 20 cms. y el peso de 3.050 grs., muestra un enorme tumor, bien encapsulado, ubicado a nivel del polo superior, con rechazo de la glándula hacia un extremo. La superficie de sección muestra zonas de necrosis y otras hemorrágicas.

Informe anátomo-patológico: (x. 3570. Arch. 4813. Prepar. 5518). Epitelioma renal a células claras con extensas hemorragias y zonas de necrosis. Dr. Gaudencio Fontana.

Evolución: 21/II/52. Enferma febril (que llegó a 39°). Abdomen blando y depresible. Acusa cierta disuria y fatiga. La auscultación del pulmón izquierdo muestra un M. V. normal y del lado derecho, silencio respiratorio. *Radiografía de tórax:* neumotórax derecho. Rp. Oxígeno.

22/II/52. Enferma subjetivamente mejor, temperatura 37°. Pulmones: continúa el silencio respiratorio en pulmón derecho.

28/10/52. Evoluciona sin incidencias. Afebril.

1/II/52. *Radiografía de tórax:* en el lado derecho, el pulmón se ha reexpandido en su casi totalidad, quedando sólo una pequeña área de neumotórax en el vértice superior.

2/III/52. Alta. Se le indica hacer radioterapia.

El Dr. Salas le efectúa a posteriori el tratamiento indicado, 48 aplicaciones de radioterapia profunda hasta totalizar:

12.050 r. por cinco campos: anteriores, lateral, posterior, oblicuo anterior y oblicuo posterior.

Vista últimamente el 8/VII/52, se encuentra en excelente estado de salud, con buen apetito. El examen clínico es negativo.

BIBLIOGRAFÍA

- Vest S. A. — J. F. d'Urol. 48-359.
 Hess E. — American J. of Urol. 42-6. 943.
 Ercole Ricardo. — Folleto N° 43-1937.
 Lazarus J. A. — The J. of Urol. 47-2-109.
 Truc E. J. — Fr. d'Urol. 57-230-1951.
 Foret J. J. — Fr. d'Urol. 57-230. 1951.
 Mathis R. I. — Revista Argentina de Urología, XIX-190. 1950.
 Mortensen H. — The J. of Urol. 60-855. 1948.
 Sweetser T. — The J. of Urol. 57-651. 1947.
 Hughes F. — The J. of Urol. 61-159. 1949.
 Ercole R. — Rev. Arg. de Urol. XVII-58. 1948.
 Lange J. J. — Fr. d'Urol. 55-403. 1949.
 Hughes F. — Rev. Arg. de Urol. XIX-3. 1950.
 Nagamatsu. — T. J. of Urol. 63-569. 1950.
 Chute — T. J. of Urol. 65-784. 1951. y T. J. of Urol. 67-585. 1952.

DISCUSIÓN

Dr. Alfonso Pujol. — En el Servicio de Urinarias del Policlínico Argerich hemos hecho nuestra pequeña experiencia del abordaje tóracoabdominal. Hemos intervenido en dos casos.

El primero de ellos era un tumor a gran predominio del polo superior. Se practicó el abordaje asesorándonos el Dr. Risano en la parte de cirugía torácica, a quien le agradecemos su preocupación y ayuda. Se abordó a la altura de la 9ª costilla, que se reseco y se abrió ampliamente pleura y cavidad abdominal. Se pudo hacer la extirpación con gran facilidad por medio de ese abordaje. El postoperatorio fué bastante bueno. Hubo que hacer por supuesto el drenaje habitual y el enfermo se repuso más o menos pronto.

En el segundo caso se hizo el mismo abordaje, pero en vez de resecar la 9ª costilla, se reseco la 10ª. Se pretendió abrir la pleura pero con gran sorpresa no se pudo conseguir. Vale decir, que había una sinequia muy grande de la pleura a esa altura. El abordaje dió un amplio campo. Era un tumor que pesaba 3 kilos y se pudo extirpar cómodamente. El postoperatorio fué más benigno que el anterior. Quizá ello se ha debido a la falta de apertura de la pleura. En este enfermo contamos con el asesoramiento del Dr. San Pietro a quien le agradecemos.