

Instituto de Cirugía Torácica y de la Tuberculosis
Director: Prof. Jorge A. Taiana

TUMOR DEL RIÑÓN DERECHO (Nefrectomía por vía tóraco-abdominal)

Por los Dres. Prof. JORGE A. TAIANA, JOSE CASAL y JORGE BUQUET

El riñón es un órgano parcialmente intratorácico y las dificultades técnicas con que los cirujanos han tropezado para el abordaje de la glándula, ya sea por su gran volumen o por deformidades del tórax, dieron lugar a la creación de vías de acceso transtoracodiafragmáticas.

A este tipo pertenecen la ya antigua incisión de Legueu y Fey que respeta las cavidades pleuropulmonares, la de Heitz-Boyer y especialmente la de Constantini y Bernasconi que en los "potticos" preconizaron una tóracolumbotomía extirpando la décima costilla, incindiendo la pleura y el diafragma y abordando de esta manera el riñón.

Sería excesivo pasar en revista todas las vías de abordaje al riñón que comprometen la arquitectura de la caja torácica a través de la duodécima costilla: en realidad son todas ellas lumbotomías ampliadas al tórax.

En los tumores del riñón es indispensable para obtener una buena exposición de la glándula, una vía de acceso amplia, que permita la exéresis de la neoplasia con toda la grasa peri y pararenal, los ganglios del pedículo, la cómoda ligadura de los vasos y el tratamiento de la propagación del blastoma a las vísceras abdominales y torácicas vecinas.

Estas condiciones para una operación correcta del cáncer del riñón mejoran también en forma llamativa el pronóstico a distancia de los enfermos tratados de esa manera, porque desde el punto de vista técnico, el acceso por las vías lumbares clásicas habitualmente empleadas, es, en el caso de los grandes tumores, difícil y a veces imposible.

Según Chute y Soutter, las metástasis que aparecen en los enfermos, pueden haber sido sembradas por la corriente sanguínea en las maniobras para liberar un gran tumor antes de su exéresis.

Es ley en la cirugía del cáncer, interrumpir la circulación del órgano a extirpar antes de toda manipulación y en el caso particular de las neoplasias renales la nefrectomía transtóracoabdominal, se aproxima a la operación ideal.

En la última contienda se hizo una gran experiencia en el abordaje tóraco-abdominal de los grandes traumatismos y en base a ella y a los excelentes resultados obtenidos para llegar a otras vísceras abdominotorácicas (estómago, bazo, simpático), Chute y Soutter preconizaron esta vía para los tumores voluminosos del riñón. En su primera comunicación analizan los resultados obtenidos en cinco casos y con gran entusiasmo se declaran partidarios de su empleo sistemático.

El caso que motiva la presente comunicación se refiere a una paciente con un voluminoso tumor renal derecho de varios años de evolución cuya exéresis por vía lumbar se juzgó muy difícil lo mismo que su extirpación por vía abdominal.

Tal como veremos más adelante, la toracofrenolaparotomía nos dió un excelente campo, con extraordinaria facilidad para las maniobras, seguida de un postoperatorio sin incidentes y la enferma después de casi un año de intervenida se encuentra en excelentes condiciones de salud y desarrollando sus quehaceres habituales.

Historia clínica: I. L. de A., (R. G. 12906), 48 años, casada, argentina. Ingresó el 24 de diciembre de 1951.

Antecedentes: Desde hace alrededor de cuatro años, tiene mareos, cefalea, diarrea alter-

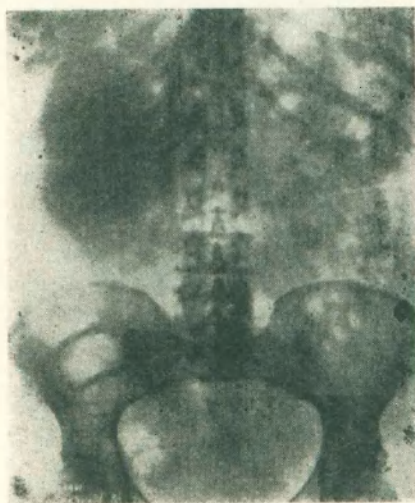


Figura 1

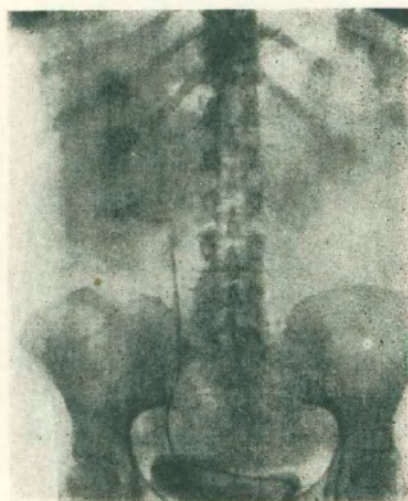


Figura 2

nando con periodos de constipación. Poco tiempo después la misma enferma comprobó una tumoración en el flanco derecho, indolora, que fué aumentando progresivamente de tamaño sin provocarle otras molestias que un ligero dolor gástrico post-prandial. Nunca orinó sangre.

En los dos últimos años ha rebajado diez kilos de peso. Fué tratada durante mucho tiempo como enferma hepática y su tumoración fué interpretada como una gran vesícula biliar.

No recuerda ninguna otra enfermedad de importancia.

Estado actual: Enferma adelgazada, pálida. Orinas límpidas.

Abdomen: A la inspección se observa en el flanco y en el hipocondrio derechos una tumoración que deforma ostensiblemente la pared abdominal, móvil con la respiración.

La palpación superficial permite delimitar dicha tumoración del reborde costal y se desplaza en sentido vertical con maniobras manuales, no así en el sentido transversal. Es de consistencia firme, no dolorosa, y del tamaño aproximado de una cabeza de feto.

La palpación bimanual comprueba franco contacto lumbar de la neoformación.

No se palpa ni duele el riñón izquierdo.

La exploración palpatoria del resto del abdomen no revela ninguna anomalía, individualizándose el borde inferior del hígado, de caracteres normales.

La percusión de la tumoración es mate y sólo hay una zona de sonoridad en el polo inferior.

El diagnóstico semiológico es el de una tumoración sólida probablemente retroperitoneal.

Examen radiográfico del árbol urinario: En la radiografía directa se ve una gran tumoración que ocupa la fosa renal derecha y una silueta normal del riñón izquierdo.

La urografía excretora señala la integridad anatómica y funcional del riñón izquierdo y cavidades de tipo obstructivo y aplanadas en el lado derecho (Fig. 1). En el borde interno de la sombra neoplásica, se observa una faja de densidad radiológica igual a la del riñón y que hemos interpretado como correspondiente a la vena cava inferior conteniendo sustancia de contraste.

El pielograma ascendente derecho (Fig. 2), muestra la deformación del sistema pielocalicilar con caracteres típicos de neoplasia renal y semejantes a los observados en la urografía excretora.

El examen endoscópico de la vejiga no señala nada anormal, el indigo carmín se elimina a los cinco minutos por el lado izquierdo y en el lado derecho no hay eliminación después de doce minutos de observación.

El cateterismo ureteral derecho se realizó sin ninguna dificultad.

El examen del medio interno, demuestra la existencia de una moderada anemia hipocrómica, la eritrosedimentación arroja 89 mm. en la primera hora y 120 mm. en la segunda hora, con un índice de Katz de 74.5.

Los demás elementos, coagulación y sangría, azchemia y glucemia son normales.

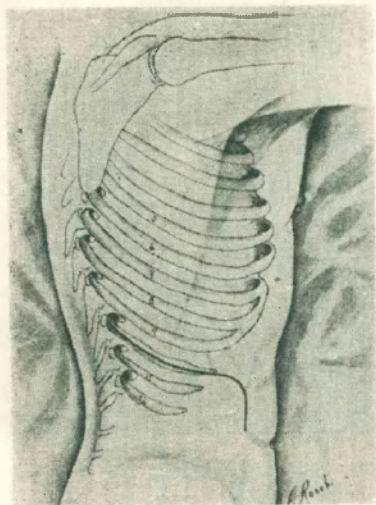


Figura 3



Figura 4

La serología es negativa con respecto a sífilis. El examen de orina es normal.

Operación: 7 enero 1952. Prof. Taiana, Dres. Casal, Pini y Leva.

Anestesia General: (pentothal, ciclopropane, éter, curare) con intubación orotraqueal (Dra. Oleaga).

Incisión sobre la décima costilla derecha (Fig. 3) que se prolonga siguiendo el borde externo del recto anterior derecho del abdomen hasta el nivel del ombligo.

Se reseca extraperiostóticamente la décima costilla en toda su extensión y se incinden el diafragma y el peritoneo a todo lo largo de la herida cutánea. Se bascula la glándula hepática con toda facilidad y se libera de adherencias con el estómago.

Siguiendo los planos de coalescencia, se movilizan el colon ascendente a nivel del ángulo y el duodenopáncreas.

Se visualiza un voluminoso tumor renal cuya cara anterior, hacia el borde interno, está surcada por la vena cava inferior, ésta es cuidadosamente liberada y reclinada hacia la línea media.

Al practicar esta maniobra, se evidencian dos gruesas venas renales que desembocan aisladamente en la cava y que no presentan trombosis. Se ligan con doble ligadura de lino. Inmediatamente por debajo, se liga la arteria renal que es única.

Separado el tumor de su circulación nutricia se ligan y seccionan sucesivamente los gruesos paquetes venosos de la grasa perirrenal, haciéndose finalmente lo mismo con el uréter.

Se extirpa de esta manera el riñón con toda la atmósfera grasosa que lo envuelve.

El examen cuidadoso de la zona del pedículo y de los ganglios preaórticos, permite comprobar la ausencia de adenopatías.

Reparación del diafragma con catgut cromado número 1. del peritoneo con catgut simple 1. Reconstrucción parietal por planos.

Drenaje de la celda renal por una contraabertura lumbar. No se deja drenaje pleural.

Durante el acto operatorio se transfundieron 1000 c.c. de sangre y 500 c.c. de solución fisiológica.

El postoperatorio evolucionó normalmente salvo una acentuada oliguria en las +8 horas siguientes a la intervención. Una radiografía del tórax (Fig. 4) obtenida a las 24 horas. muestra la total reexpansión del pulmón y la ausencia de derrame pleural.

La enferma es dada de alta a los catorce días de la intervención en buenas condiciones.



Figura 5

- 1) Parénquima renal;
- 2) Nódulos tumorales;
- 3) Zona reblandecida y hemorrágica.



Figura 6

Aspecto de la herida operatoria cicatrizada:

Evolución: La enferma lleva diez meses de operada, aumentó ocho kilogramos de peso. desempeña sus tareas habituales y no hay ningún signo de recidiva local ni de metástasis.

Estudio anatomopatológico: (Prof. D. Fernández Luna). "La tumoración remitida pesa 1200 gramos, mide 17 x 14 x 7 1/2 cm.; deformada por múltiples abolladuras duras, renitente en el polo inferior; en el resto muy aumentada de consistencia. En el corte queda una franja de 3 cm. de espesor de parénquima renal correspondiendo lo demás a un tumor con zonas amarillas centrales, reblandecidas y en el resto zonas blanquecinas de mayor consistencia y otras necróticas y hemorrágicas (Fig. 5).

El estudio histológico corresponde al de un carcinoma renal de tipo indiferenciado."

COMENTARIO

Tenemos la experiencia de que en la gran mayoría de las veces, la glándula renal es fácilmente abordada por las habituales incisiones lumbares con o sin resección de la duodécima costilla.

Pero en más de una oportunidad, la extirpación de un voluminoso tumor renal, la exéresis de una glándula intensamente adherida o la intervención sobre

un riñón ya operado anteriormente, han creado al urólogo dificultades muy difíciles de superar o han acarreado complicaciones enojosas.

La incisión tóracoabdominal, por su acceso directo a través del tórax y del diafragma, da un magnífico y amplio campo operatorio y sobre todo en el caso de grandes tumores renales, su extirpación es mucho más fácil y al decir del autor americano Chute, la mayor dificultad técnica de la incisión está ampliamente compensada por la "exposición superlativamente buena".

El mismo autor resume de la manera siguiente las ventajas de esta incisión, cuando ella está indicada:

a) Los vasos del pedículo se investigan con toda facilidad y se ligan antes de liberar la glándula enferma, esta maniobra da gran seguridad en la operación y disminuye en mucho el peligro de hemorragia.

b) Así mismo son más difíciles las lesiones operatorias de la vena cava inferior y del duodeno.

c) La ligadura previa del pedículo, facilita la nefrectomía sin pérdida apreciable de sangre.

d) Se extirpa la glándula con toda la atmósfera adiposa renal.

e) Posibilita el accionar sobre los ganglios del pedículo y los ganglios preaórticos, la extirpación de trombos neoplásicos de la cava inferior y aún la ligadura de esta vena si fuera necesaria.

Las objeciones que se le han hecho a esta vía de abordaje en el sentido de que abre simultáneamente las cavidades pleural y peritoneal, la necesidad de intubación traqueal y la posibilidad de complicaciones pleuropulmonares, así como de que es una incisión complicada, se ven rebatidas por las ventajas del amplio campo y la facilidad de maniobras que ofrece.

Sin estar de acuerdo con Chute, que aconseja sistematizar esta vía de acceso para tratar todos los tumores renales cualquiera que sea su naturaleza y volumen, pensamos que es extraordinariamente útil para la exéresis de grandes neoplasias del riñón cuya extirpación por otra vía se considere riesgosa, difícil o irrealizable.

BIBLIOGRAFIA

1. Mortensen, H. — Nefrectomía transtorácica. *J. Urol.* 60:855. 1948.
2. Chute, R. y Soutter, R. — Nefrectomía tóracoabdominal en los grandes tumores renales. *J. Urol.* 61:688. 1949.
3. Marshall, D. F. y Drake, E. H. — Nefrectomía transtorácica. *J. Urol.* 62:655. 1949.
4. O'Connor, V. J. y Head, J. R. — Nefrectomía derecha transtorácica por tuberculosis renal. *Surg. Gynec. and Obst.* 89:599. 1949.
5. Cooper, J. F., Leadbetter, W. F. y Chute, R. — El acceso tóracoabdominal para la disección de los ganglios retroperitoneales. Su aplicación en los tumores del testículo. *Surg. Gynecol. and Obst.* 90:486. 1950.
6. O'Connor, V. J. y Head, J. R. — Nefrectomía transtorácica por tumor de Wilms. *J. Urol.* 65:193. 1951.
7. Chute, R. — La incisión tóracoabdominal en la cirugía urinaria. *J. Urol.* 65:784. 1951.
8. Robertson, J. P. y Jameson, S. — Nefrectomía tóracoabdominal. *J. Urol.* 67:585. 1952.