

TORACOFRENOLAPAROTOMIA PARA ABORDAJE RENAL

Por el Dr. RICARDO A. SANCHEZ

El gran avance de la cirugía torácica, en los últimos años, debido a los notables progresos de la anestesia, los antibióticos, el mejor conocimiento del medio interno y de la dinámica pleuro-pulmonar y mediastinal, han hecho que el abordaje quirúrgico del tórax y las intervenciones llevadas a cabo en él no ofrezcan mayores riesgos para el paciente.

La T.F.L. empleada en la cirugía del esófago y del estómago, reveló el amplio campo que esta incisión ofrece.

En la última guerra, las heridas tóraco-abdominales, con compromiso aislado o simultáneo de órganos de una u otra cavidad, mostraron la utilidad del abordaje transdiafragmático, para la reparación de dichas lesiones.

Los urólogos no permanecieron ajenos a estos hechos y así fué como emplearon la T.F.L. para efectuar nefrectomías o vaciamientos ganglionares: de tal manera que especialistas del país y del extranjero, han precisado las ventajas que confiere esta vía, cuando se trata de abordar riñones grandes, bien sea por procesos tumorales o inflamatorios con gran reacción perinefrítica. El conocimiento de la dinámica pleuro-pulmonar y mediastinal, nos da seguridad en el manejo del tórax en el post-operatorio.

La pleura desde el punto de vista quirúrgico presenta todas las ventajas y desventajas del peritoneo; tiene gran capacidad de reparación y puede soportar infecciones transitorias; a más tiene una extraordinaria capacidad para conservar su estructura histológica normal.

El diafragma no debe ser considerado una barrera anatómica para el abordaje de las dos regiones que él separa, ya que su sección y su correcta reparación posterior, no perturban la dinámica respiratoria.

En las T.F.L. del lado derecho el hígado no es causa de mayores dificultades para las maniobras quirúrgicas.

Según los casos la glándula renal se puede abordar por la vía transperitoneal o retroperitoneal.

Se presentan dos casos de nefrectomías, efectuadas por esta vía.

Caso N° 1. — S. M. 45 años, casado, polaco.

La intervención se llevó a cabo el 10 de Abril de 1958. Tuberculosis Renal derecha con gran reacción perirrenal.

Efectuada la T. F. L. se constata la gran reacción perirrenal: existiendo firmes y extensas adherencias a los planos musculares posteriores.

El peritoneo posterior se encuentra fundido con las fascias perirrenales; no pudiéndose obtener en consecuencia, plano de clivaje. Se incinde el peritoneo anterior y se rechazan hacia la línea media del colon ascendente y el duodeno, el hígado se separa suavemente hacia arriba y adentro; estas maniobras y el amplio campo brindado por esta incisión permiten la individualización, del pedículo renal, muy infiltrado, y su sección previa y en masa, entre doble ligadura.

A seguido se repara el ureter, el cual se halla muy engrosado, y se secciona también entre doble ligadura.

Efectuados estos tiempos previos se procede a efectuar la nefrectomía; la cual es dificultosa en razón de las firmes adherencias con los planos vecinos.

A seguido se procede a la "toilette" de la "loge" renal y cierre del peritoneo. El uréter se aboca a piel.

Se deja drenaje en la "loge" renal y dos tubos de drenaje en la cavidad pleural.

El post-operatorio mediato e inmediato sin complicaciones.

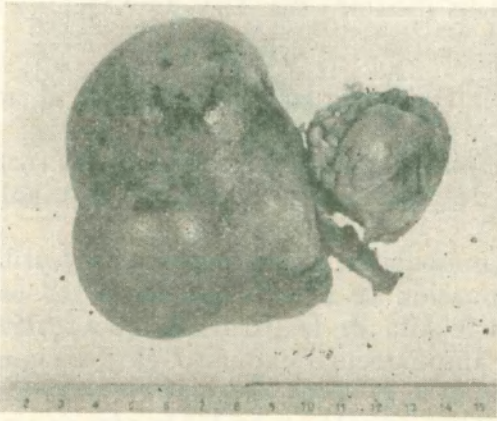


Figura 1

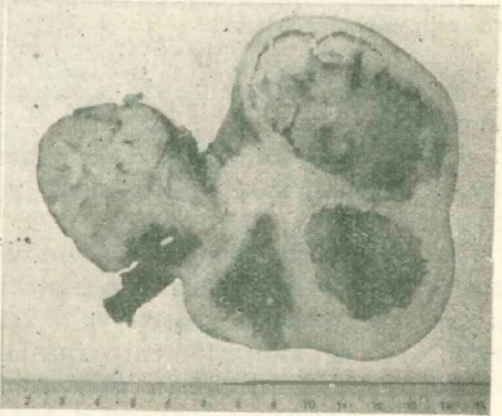


Figura 2

Las radiografías de control tomadas a las 24 y 48 hs. del post-operatorio revelan la correcta expansión pulmonar. Al tercer día se le retiran los tubos de drenaje endopleurales. Al 10º día el paciente es dado de alta.

La radiografía de control pulmonar tomada a los 30 días de operado revela una perfecta expansión pulmonar.

Diagnóstico Histopatológico: *Pionefrosis y perinefritis tuberculosa.*

Caso N° 2. — M. F. 50 años, argentino, Casado.

Tumor de riñón izquierdo. La intervención se llevó a cabo el 12-9-1957.

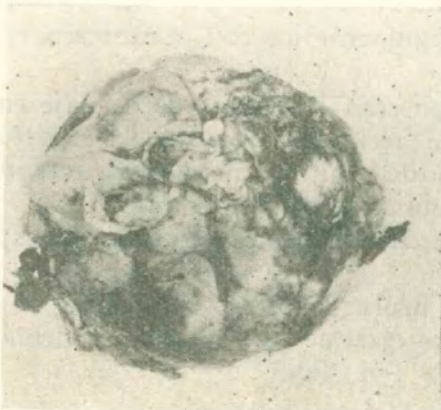


Figura 3

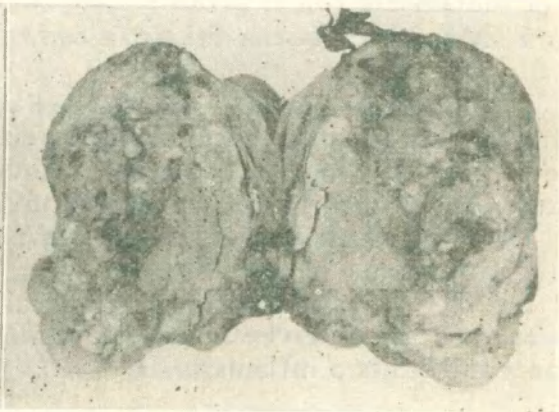


Figura 4

Efectuada la T. F. L. se cae en el espacio retroperitoneal. Se rechaza con facilidad el peritoneo en razón de no existir mayores adherencias. Se libera el polo superior del riñón y a continuación se individualiza el pedículo renal, ligándose separadamente la arteria y la vena y su sección a seguido. El uréter se libera en su mayor parte y se secciona; la nefrectomía se efectúa

con suma facilidad en razón del amplio campo quirúrgico brindado por esta incisión. Cierre de la T. F. L.

Se colocan dos tubos de drenaje en la cavidad pleural como asimismo se drena la "loge" renal.

Post-operatorio mediano e inmediato sin incidencias.

En razón de ser enferma hospitalaria no se pudieron hacer los controles radiográficos pulmonares, el cual se hizo clínicamente.

Al 12º día, previa radiografía de pulmón en la que se constata la perfecta expansión de los mismos se le da el alta. A los 40 días de operada se le toma un nuevo control radiológico de tórax observándose la normalidad pulmonar.

Diagnóstico histopatológico. Tumor a células claras de riñón. En vasos sanguíneos no se observan trombos neoplásicos.

Se coloca al paciente en posición lateral inclinada para facilitar el acceso al abdomen.

La incisión comienza en la línea axilar posterior, sobre la 10ª costilla hasta la articulación condro-costal y de aquí hacia el orificio inguinal superficial.

Incindidos los planos cutáneos y musculares, hasta llegar a la costilla se reseca esta subperióticamente; a continuación se abre la pleura junto con el periostio. El pulmón aparece en la parte alta de la herida el que se levanta suavemente; en este momento queda ampliamente expuesto el diafragma el que se incide en dirección perpendicular a la línea original de la incisión. A medida que se va seccionando el diafragma, se colocan en los bordes de sección, puntos de lino, que además de asegurar la hemostasia sirven de separadores o para traccionar del mismo según las necesidades técnicas.

A continuación se efectúa la laparotomía con la técnica habitual. El cierre de la T. F. L. se hará en sentido inverso.

1º Cierre de la pared abdominal con la técnica corriente.

2º Cierre del diafragma con sutura continua con catgut crómico Nº 1.

3º Drenaje de la cavidad pleural, con sondas colocadas verticalmente y sacadas a través del espacio intercostal superior al de la incisión.

4º Previa colocación de un aproximador costal y colocados puntos de sostén sobre la 9ª y 11ª costilla, se hace expandir el pulmón y se sutura la pleura juntamente con el periostio con catgut Nº 1.

5º Músculos y fascias del tórax con catgut crómico con puntos separados.

En la misma sala de operaciones se conectan los tubos de drenaje endopleural a frascos sifón o sumergidos a un recipiente con agua. Los tubos endopleurales dan lugar a la salida de líquidos y aire y al estar conectados al frasco sifón impiden la entrada de éste previniendo el neumotórax.

Una vez el paciente en el lecho se pueden conectar máquinas de aspiración a los drenajes pleurales.

La T. F. L. es una vía que brinda al urólogo amplio campo quirúrgico, necesario en las intervenciones por riñones grandes y adherentes debido a lesiones tumorales o inflamatorias.

CONSIDERACIONES

Hace posible la visualización rápida del pedículo renal pudiéndose efectuar la ligadura y sección previa del mismo, cumpliéndose así uno de los principios de la cirugía del cáncer y al mismo tiempo facilita las maniobras quirúrgicas posteriores.

BIBLIOGRAFIA

1. *D'abreu A. L.* — Cirugía Torácica. (Ed. El Ateneo).
 2. *Marshall D.* — J. of. Urol. 1946:55; 119.
 3. *Mortensen H.* — J. of. Urol. 1948:60; 857.
 4. *Chute R. y Souter L.* — J. of. Urol. 1949:61; 688.
 5. *O'Connor U. y Read J.* — Surg., Gyn. and. Obst. 1949:89, 599.
 6. *Cowper J. Leadbetter y Chute R.* — Surg., gyn., and Obst. 1950:90; 486.
 7. *Mathis R. I.* — Rev. Arg. de Urol. 1950:19, 190.
 8. *Hughes F.* — Rev. Arg. de Urol. 1950:1; 3.
 9. *Dotta J. y Delporte T.* — Rev. Arg. de Urol. 1953:22; 130.
 10. *Taiana J. A., Casal J. y Buquet J.* — Rev. Arg. de Urol. 1953; 22: 20; 204.
 11. *Pini A. E., Newkirk y Casal J.* — Rev. Arg. de Urol. 1954; 23; 111.
-