

# TUMOR DE RIÑÓN CON TROMBO NEOPLASICO DENTRO DE LA VENA CAVA. OPERACION POR VIA TORACO ABDOMINAL

Por los Dres. JOSE S. DOTTA y TOMAS DELPORTE

La vía tóraco-abdominal para el tratamiento quirúrgico del cáncer de riñón ofrece con amplitud las posibilidades de cumplir las exigencias de la oncología en materia quirúrgica: extirpación del tumor junto con los tejidos que lo rodean, ligadura previa de los pedículos para cerrar las vías de diseminación intraoperatoria, extirpación de los sistemas linfáticos cuando es necesario, todo ello con una amplitud de campo que permite maniobras suaves y cómodas, con el mínimo de manipuleo y con los elementos anatómicos importantes bajo el control de la vista.

Claro está que en algunas oportunidades, estando ante un caso de pequeño tumor polar, con riñón bajo y movable, la vía lumbar podrá permitirnos realizar la operación sin necesidad de recurrir a aquella gran incisión pues las posibilidades de extensión extrarrenal del tumor son remotas en este caso.

Resulta difícil, sin embargo, sino imposible, poder afirmar antes de la exploración quirúrgica, que el tumor no ha traspuesto la barrera de su cápsula y la de la cápsula propia del riñón, si no existen brötes neoplásicos en la grasa perirrenal, si no hay trombo neoplásico en la vena renal y si no hay ganglios infartados en la zona del pedículo.

Estas posibilidades son las que inducen al cirujano urólogo hoy día a tratar en forma más racional el cáncer del riñón, a realizar lo que llama Hughes la nefrectomía radical, extirpando el riñón sin verlo, junto con toda la grasa peri y pararrenal, previa ligadura del pedículo.

Para tal fin se ha discutido mucho cuál es la incisión más conveniente y es así como hay quienes se mantienen firmes con la vía lumbar, ampliada con la resección parcial de la 12ª y 11ª y hasta la 10ª costilla, con lo que el campo resulta muy adecuado; otros, como lo hace recientemente Quenu, preconizan la vía anterior, transperitoneal, la que en caso de ser necesario puede ampliarse hasta hacerla torácica y en fin otros prefieren la vía tóraco-abdominal, pues da un fácil acceso al polo superior y al pedículo, que son precisamente los elementos que pueden ofrecer algunas dificultades técnicas con las otras vías.

No es la finalidad de esta presentación discutir las ventajas e inconvenientes de cada una de ellas, sólo nos proponemos presentar a ustedes un caso serio que fué favorable y fácilmente resuelto gracias al campo que nos brindó la vía tóraco-abdominal. Esta nos permitió sobre todo ver lo que teníamos entre manos, descubrir un grueso trombo neoplásico dentro de la vena cava, el que de no

haber tenido bajo el control de la vista esos elementos importantes de la región hubiera pasado desapercibido o tomado como un ganglio infartado u otra cosa.

*Observación:* Sra. J. de S., argentina, casada, de 67 años.

*Antecedentes personales* (31-X-57). Tifoidea. Sarampión. Difteria. Operada de mastoiditis. Desde hace 30 años viene acusando padecimiento hepático. Hace 4 años a raíz de unos dolores abdominales se le hizo un urograma por excreción cuyo resultado ignora.

*Enfermedad actual:* Hace 5 días bruscamente, sin referir mayores trastornos nota sus orinas sanguinolentas, hematuria de discreta magnitud que persistió por espacio de 2 micciones. Previo a ello acusó pequeño dolor en región lumbar derecha, irradiado a la región inguinal correspondiente y seguido de leves trastornos miccionales. Vista por su médico le ordena reposo, trata-

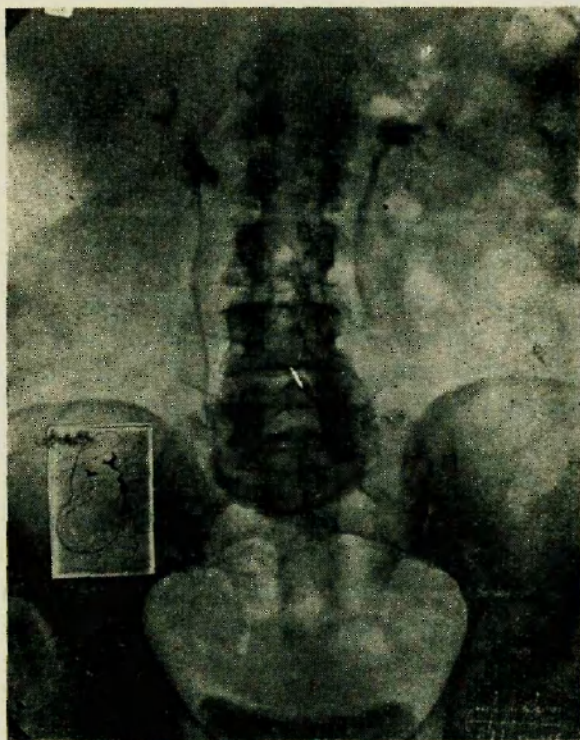


FIG. Nº 1. — Urograma por excreción mostrando las alteraciones típicas de las vías excretoras renales.

miento sintomático y luego le aconseja consultarnos. Trae un urograma por excreción hecho recientemente.

*Estado actual:* Mx. 160. Mn. 90. Corazón sin particularidades. Pulmón (—). Hígado (—). Bazo (—).

Riñón derecho se palpa aumentado de volumen sobre todo en su polo inferior de consistencia dura, firme. Se moviliza con los movimientos respiratorios, superficie irregular, indoloro. Ligeros edemas en ambas piernas. Resto del examen, nada de particular.

*Radiografía Directa Reno-vesical* (28-X-57). Area renal derecha ligeramente aumentada. No se aprecian sombras calcúlosas.

*Urograma por excreción* (") Pieloureterograma izquierdo normal. En riñón derecho imagen tumoral con distorsión y deformación de los cálices medio e inferior.

*Análisis de Orina* (26-X-57). Alcalina. 1005. Cl. 0.99. Alb. 0.05. Pus. vest. Hgb. (+) Gluc (—). Algunos piocitos. Regular cantidad de hematíes.

*Hemograma* (") G. R. 4.200.000. G. B. 6.800. Pla. 234.000. Hgb. 84. V. G. 1. N. 54. E. 1. E.O.L. 43. M. 2.

*Hematocrito* (") 40%. T. de Cog. : 9'. T. de Sang. 2'30".

*Ex. cardiovascular:* (5-XI-57). Dr. Daminato. Ruidos: 2do. tono acentuado en focos aórticos y pulmonares. Pulso regular, 68 x. T. A. 180 - 100.

*Electrocardiograma:* sin particularidades. Puede ser operada.

*Radiog. Directa de campos pulmonares:* (4-XI-57). Trama reforzada de aspecto fibroso. Aorta dilatada.

*Operación:* (6-XI-57). Anestesia: general con Pentothal-novocaína. Intubación. Médico anestesista: Dra. Castagnino. Vía tóraco-abdominal.

La incisión torácica se traza sobre el 10º espacio intercostal y se prolonga hacia adelante siguiendo la dirección del mismo, hasta llegar al borde externo del recto anterior del abdomen.

Incindidos los planos superficiales se abre la pleura rechazándose el pulmón hacia arriba con una compresa y luego se incinde el diafragma en la dirección de la herida, prolongándose dicha incisión hacia adelante y abriendo el peritoneo. Rechazado el intestino grueso hacia abajo

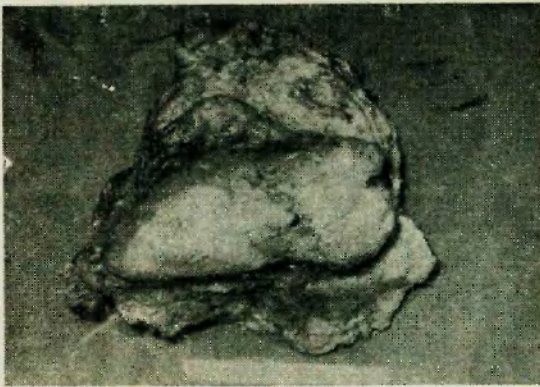


FIG. Nº 2. — Riñón visto por su borde externo, con toda la grasa peri y pararenal.

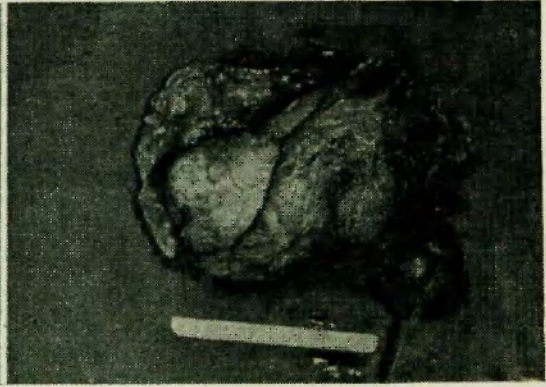


FIG. Nº 3. — Riñón visto por su cara anterior. La sonda acanalada señala el trombo neoplásico intracava.

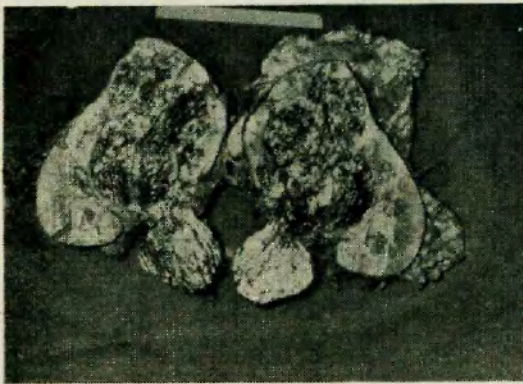


FIG. Nº 4. — Riñón abierto mostrando las relaciones del trombo con el tumor.

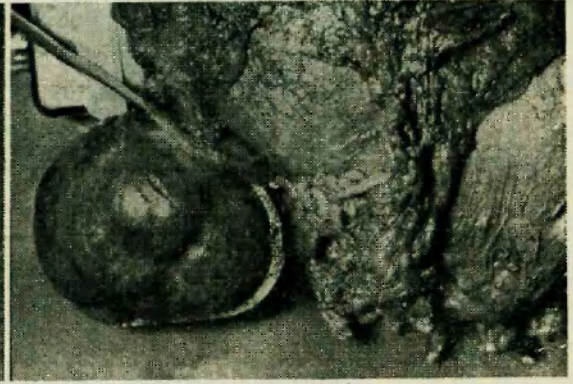


FIG. Nº 5. — Detalle del trombo: la sonda acanalada señala el borde de la vena renal, por donde emerge el trombo.

y adentro se expone la segunda porción del duodeno. Luego se incinde el peritoneo parietal posterior a un centímetro por fuera de dicho segmento intestinal. Disecando el labio interno de dicha incisión y prolongándola hacia abajo y hacia arriba ponemos al descubierto la vena cava y la cápsula suprarenal, separándose esta última de sus adherencias al polo superior del riñón y rechazándola hacia arriba. En este momento se visualiza el pedículo renal, llamando la atención la existencia de una tumoración del tamaño de una nuez grande en la zona del pedículo renal. Esta tumoración que al principio impresiona ser un grueso ganglio linfático, después de completada la disección de los elementos se comprueba que se trata de un grueso trombo que emerge por la vena renal dentro de la vena cava. Se comprueba también la existencia de una gruesa vena utero-ovárica del grosor del dedo meñique, la que es seccionada entre dos ligaduras. Se individualiza la arteria renal y se secciona entre dos ligaduras.

Expuesta luego la vena cava en buena parte de su extensión, se individualiza la vena renal del lado izquierdo, después de lo cual se coloca una pinza de Potts por arriba de la vena renal derecha pero por debajo de la izquierda y otra por debajo de la vena renal derecha, tal como lo señala la figura N° 6. Hecho esto se secciona la cara anterior de la vena cava en una extensión de unos 4 cm. inmediatamente después de la desembocadura de la vena renal derecha, lo que permite hacer el "parto" del trombo sin tocarlo. Se completa luego la sección de la vena cava con lo cual el riñón queda libre en su borde interno siendo luego fácil completar la liberación del mismo, extrayéndolo en block con toda su grasa de envoltura.

Inmediatamente después sustituimos las pinzas de Potts por una pinza de Satinsky (modificado por Glover) tal como lo señala la figura N° 6. Con esta maniobra conseguimos restablecer la circulación por la vena cava mientras procedemos a la sutura de la misma. Dicha sutura la realizamos con seda N° 00000 en dos planos: el primero en guarda griega como se ve en la Figura N° 6 y la segunda con un surget en el borde que deja la anterior, utilizando el mismo

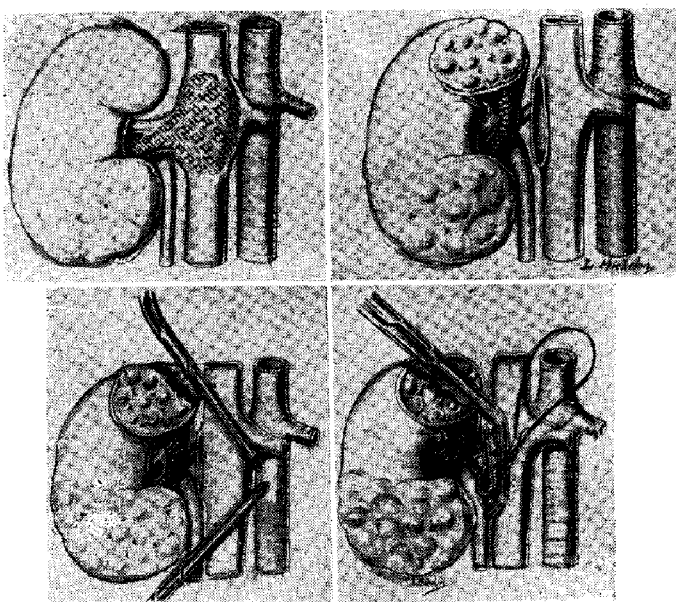


FIG. N° 6. — Detalles de la táctica seguida para la apertura de la vena cava y extracción del trombo.

cabo de seda en camino retrógrado. Terminada la sutura y retirada la pinza de Satinsky se comprueba una pequeña pérdida de sangre por el extremo superior de la misma que cede al colocarse un punto accesorio.

Finalmente se procede al cierre de la herida según técnica habitual en esta clase de incisiones, dejando un grueso tubo intrapleural y otro por contraabertura, por debajo del diafragma, en la loge renal. Ambos tubos se dejan bajo agua.

Durante el acto operatorio se transfunden 1.000 c.c. de sangre. Rp. Penicilina. Estrepto. Suero Ringer y Dextrosa.

*Radiog. de control de pulmones* (7-XI-57). El pulmón se halla completamente reexpandido. 7-XI-57. Enferma subjetivamente bien. 8-XI-57. Se retira el tubo de drenaje pleural. 10-XI-57. Enferma algo decaída. 11-XI-57. Persiste el decaimiento. Rp. Acthelea Gel 40 unid. Vit. B<sub>12</sub>. Campolon. 12-XI-57. Subjetivamente muy mejorada. 13-XI-57. Localmente bien. 14-XI-57. Anoche se quejó de dolor en hemitórax derecho así como de cierta tumefacción y dolor en pantorrilla derecha. 15-XI-57. Subjetivamente bien. 16-XI-57. *Alta*.

*Diagnóstico anátomo-patológico* (18-XI-57. Ex. 5433. Arch. 7663. Prep. 6813. Epitelioma renal a células claras. Gruesa embolia neoplásica en vaso venoso del hilio.

*Evolución*: 20-2-58. Ha aumentado 2 kg. de peso. Come con dificultad porque le han sacado las piezas dentarias para ponerle prótesis total. Se siente muy animosa y contenta. Examen clínico sin particularidades.

*Radiografía de pulmones*: negativa.

16-VI-59: La enferma nos comunica que se encuentra perfectamente bien, habiendo recuperado su peso habitual.

*Hemograma* (19-2-58). G. R. 4.290.000. G. B. 5.800. Hgb. 78. V. G. O. 93. N. 68. E. 2. B. O. L. 27. M. 3.

*Azotemia*: (") 0.511 ‰. *Eritrosed.* 20 mm. 45 mm.

#### CONSIDERACIONES

Quienes se familiaricen con la vía tóraco-abdominal comprobarán que ella ofrece indudablemente las ventajas a las que aludíamos al principio, que es de realización sencilla y que en un medio adecuado donde se cuente con todos los elementos necesarios no agrega ningún riesgo sustancialmente importante al acto quirúrgico. Los enfermos tienen un post-operatorio tranquilo después del segundo día, cuando se retira el drenaje intratorácico, que es el único que provoca algún desconfort inmediato. Las heridas cierran por primera generalmente y los enfermos se retiran a su domicilio a los diez días.

Surge también de nuestra observación la necesidad de tener a mano el instrumental adecuado cuando se encaran intervenciones de esta naturaleza. Es probable que se pueda improvisar utilizando instrumentos comunes; pero si disponemos de los correspondientes las maniobras serán más suaves, la intervención se hará más rápidamente y los resultados podrán también ser mejores.

Deseamos hacer resaltar la táctica seguida en el tiempo operatorio correspondiente a la apertura de la vena cava. En ningún momento se interrumpió la circulación venosa correspondiente al riñón izquierdo, pues la colocación de las pinzas de Potts en la forma que señalamos permitía la corriente venosa en ese segmento de la cava. Finalmente la colocación de la pinza de Satinsky tal como lo muestra el dibujo, restableció totalmente la circulación de la cava mientras procedíamos a la sutura de la brecha abierta.

En cuanto a la evolución de nuestra enferma, es lógico que nada podamos adelantar. Ha transcurrido un año y medio desde la operación hasta la fecha y se encuentra en muy buenas condiciones generales, cosa que por supuesto no hubiera ocurrido si no se hubiera extraído el trombo intracava.