

# TACTICA QUIRURGICA EN EL CANCER RENAL IZQUIERDO

Por el Prof. FRANK A. HUGHES  
(Montevideo, Uruguay)

En una comunicación que hicimos en 1956 a la Sociedad de Cirugía de Rosario R. A.<sup>1</sup> señalábamos a propósito de un trabajo de F. Foley, W. Mulvaney, E. Richardson e I. Víctor<sup>2</sup> titulado "Nefrectomía radical", que las dos directivas de contemplación básica en la realización de la exéresis renal por cáncer eran:

a) La necesidad de ligar precozmente el pedículo renal y fundamentalmente la vena, como medio de evitar la diseminación por vía sanguínea de las células cancerosas a consecuencia de las manipulaciones quirúrgicas de liberación del riñón y

b) La necesidad de extirpar junto con el riñón la grasa perirrenal y los tejidos pararrenales para evitar el abandono en el tejido peri o pararrenal de estructuras que pueden estar contaminadas y que son extirpables.

En ese mismo trabajo refiriéndonos específicamente al cáncer renal izquierdo, decíamos que al ligadura precoz del pedículo de ese lado es más difícil que del lado derecho, por que es necesario el decolamiento del colon y del mesocolon, lo que no sucede del lado contrario por razones anatómicas sobre las que no creemos necesario insistir. Ese decolamiento está todavía dificultado por las anastomosis de las venas cólicas con las venas perirrenales (Sistema de Retzius), en general grandemente dilatadas en los neoplasmas renales.

Estos hechos han sido desde hace tiempo motivo de preocupación nuestra, para adaptarnos en la exéresis del riñón izquierdo por cáncer, a las directivas referidas; pero tenemos que confesar que a pesar de haber visitado muchos centros urológicos de jerarquía, no pudimos ver en ninguno que la nefrectomía izquierda fuera efectuada de acuerdo a esas nociones.

La necesidad de encarar últimamente el abordaje simultáneo de ambas cápsulas suprarrenales en situaciones donde el lado afectado no podía establecerse clínicamente (hiperaldosteronismo primitivo, feocromocitoma, hiperplasias adrenales, etc.), nos puso frente a la solución del problema en forma que creemos debe divulgarse.

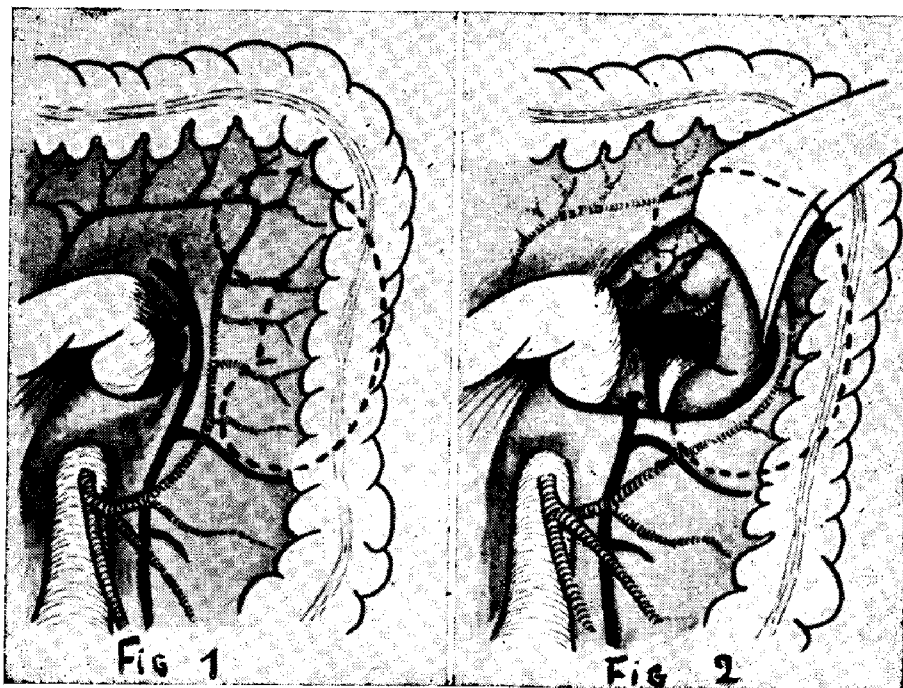
Corrientemente el abordaje de la cápsula suprarrenal izquierda por vía transperitoneal se realiza disecando y movilizando el ángulo esplénico y el colon izquierdo<sup>3</sup> o a través del meso gastro-cólico<sup>4</sup>. En cambio F. Brady y R. Flaudreau preconizan el acceso al retroperitoneo adrenal por la zona avascular limitada por dentro por la vena mesentérica inferior, cuando ella desemboca en la esplénica o en la mesentérica superior y por afuera por la arcada de Riolano. En este abordaje la vena renal izquierda se ofrece generosamente al cirujano como elemento principal. Nosotros agregamos para facilitar la ligadura de la

vena renal, la sección entre dos ligaduras de la vena mesentérica inferior (fig. 1).

Efectuada la sección del vaso el campo es amplio y las maniobras se realizan con facilidad (fig. 2).

Únicamente la existencia de la arteria llamada de Villemín que se observa en el 5 % de las situaciones, anastomosando, como la arcada de Riolano ambas arterias mesentéricas, debe conocerse como capaz de generar dificultades si a su vez no se liga, lo que puede hacerse sin inconvenientes.

En cuanto a la ligadura de la arteria renal para completar la ligadura del pedículo en esta zona se nos ha hecho más difícil, ya que ella está cubierta



por elementos nerviosos y linfáticos de compleja disección. En el momento actual no la hacemos en forma rutinaria sino después de la movilización del riñón. Por otra parte la directiva cancerológica sólo impone el bloqueo de la circulación venosa antes de la movilización tumoral.

A pesar de ello estamos en el momento actual encarando anatómicamente el problema, ya que la ligadura aislada de la vena provoca una ingurgitación venosa del riñón y de los territorios venosos perirrenales que tiene algunos inconvenientes si una lesión venosa se produce durante la operación.

La exéresis del riñón, una vez ligada su vena, la realizamos movilizándolo el segmento superior del colon izquierdo y el ángulo esplénico, dado que por la brecha transmesocólica obtenida es difícil liberar el riñón y sus cubiertas de los territorios lumbares y diafragmáticos.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Hughes, Frank A.: Boletines de la Sociedad de Cirugía de Rosario R. A., 1956: 23: 63.
2. Oley, F., Mulvaney, W., Richardson, E. y Victor, I.: Journal de Urology. 1952: 68-39.
3. Aird, I. y Helman, P.: British Medical Journal. 1955: 2: 768.
4. Bowers, R.; Knox, F. y Gendel, B.: Surgery. 1953: 34: 664.