

Ureteronefrectomía total extraperitoneal por incisión única anterior

Doctores: H. Pagliere, C. Scorticati y E. Soldano.

Servicio de Urología
Policlínico de San Martín

"La ureteronefrectomía o nefroureterectomía es un sólido procedimiento quirúrgico basado sobre bien establecidos principios fisiopatológicos". (Ch. Higgins).

Aún cuando hay más de cincuenta incisiones descriptas para el acceso al riñón, son escasas las publicaciones que se refieren a las que permiten efectuar la nefroureterectomía total. La realización de una intervención de esta magnitud se encuentra a nuestro entender ampliamente justificada en algunos procesos patológicos, particularmente en los epitelomas de las vías excretoras y en la tuberculosis renoureteral. Con respecto a los epitelomas la mayoría de las opiniones favorece la intervención radical; en esta Sociedad se han presentado casos en los que se efectuó una intervención conservadora, aún cuando la observación de los pacientes, no era, hasta el momento, suficientemente prolongada como para justificar esta actitud.

En la literatura abundan las observaciones de recidivas en el muñón ureteral restante después de una intervención limitada. En un paciente con grave insuficiencia cardio-respiratoria, a quien le efectuamos una nefrectomía por un riñón no funcionante y hematurias intensas, hallamos el riñón y la pelvis transformados en una bolsa de contenido nemático, limitándonos a la extirpación del riñón sin reseca el uréter por ignorar la etiología del proceso. El informe histopatológico reveló tratarse de múltiples epite-

liomas de vías excretoras. En el post operatorio, que se complicó con una evisceración continuo con hematurias atribuibles a alguna lesión similar en el muñón ureteral; el enfermo falleció un mes y medio después de la intervención sin que pudiéramos realizar la autopsia para comprobar la presunción indicada.

En el tratamiento de la tuberculosis renoureteral abundan las opiniones favorables a la nefroureterectomía total, se ha señalado que si el uréter se encuentra distendido y con contenido purulento, las complicaciones cuando no se extirpa son más frecuentes que en la ureteritis esclerosa, condición esta última que para algunos autores no impone la ureterectomía total.

El criterio para determinar las lesiones susceptibles de tratamiento radical de las que requieren solo la nefrectomía no es por consiguiente uniforme, y aún Rieser aconseja extirpar el uréter cuando solo hay retardo en la eliminación del medio de contraste de las vías excretoras. La fijación del uréter al ángulo inferior de la herida, marsupializándolo, parece evitar o disminuir sensiblemente las complicaciones que ocasionalmente se observan al abandonarlo en la cavidad pelviana, ya que la formación de una colección dentro de su luz puede evacuarse hacia el exterior al no poder hacerlo hacia la vejiga, disminuyendo por otra parte los riesgos de la contaminación de dicha cavidad.

La frecuencia de fístulas persistentes o de abscesos originados en el muñón restante era seguramente mayor en la época en que no se contaba con los medios terapéuticos actuales, lo que parecían estimular una actitud más conservadora con respecto al uréter, actitud que no parece corresponder sin embargo con la evidenciada en algunas publicaciones recientes, en que se mantiene la necesidad de efectuar la nefroureterectomía. Un argumento que nos parece debe valorarse para agregar a los ya conocidos en favor de la extirpación total, es que la persistencia de algunos signos de infección urinaria, o el mantenimiento de una elevada eritrosedimentación, no permite o dificulta excluir la sospecha de una lesión en el riñón opuesto, ya que esas evidencias pueden atribuirse al uréter restante. Por último, la literatura abunda en el relato de procesos originados en el muñón ureteral, atingentes o ajenos a la enfermedad primitiva que determinó la nefrectomía, e inclusive Millin ha expuesto la hipótesis de que el muñón residual sería más susceptible a lesiones neoplásicas, como consecuencia tal vez de su desfuncionalización.

Estas consideraciones nos han inducido a efectuar la nefroureterectomía total en los pacientes con tuberculosis renoureteral en que la lesión ductal se extendía o manifestaba en el tercio distal. En tres de ellos la efectuamos por incisión anterior paramediana extraperitoneal, esta última condición no solo por creer, como lo hemos sostenido en otra oportunidad, que en los procesos sépticos renales debe evitarse el tránsito peritoneal, sino también porque la integridad del revestimiento seroso es de valor en la prevención de ciertas complicaciones parietales.

La incisión que empleamos se extiende verticalmente desde el reborde costal, al que sobrepasa en los planos superficiales, hasta la espina del pubis, y transcurre a unos tres centímetros de la línea media; seccionada la aponeurosis del recto anterior se divulsionan las fibras musculares y se incide la hoja posterior por encima de la arcada de Douglas, ligando los vasos epigástricos que cursan la cara profunda del músculo, el peritoneo adhiere firmemente a la aponeurosis y obliga a proceder con cautela, en el extremo superior de la incisión se seccionan las fibras musculares del trasverso que a esta altura avanzan hacia la línea media reemplazando el plano aponeurótico. El desprendimiento peritoneal, aún cuidadoso, expone a su desgarró, preferimos, si esto ocurre, continuar la movilización para reparar la brecha en cuanto terminada esta. Si la sec-

ción de la hoja posterior se efectúa hacia el borde externo de la vaina del recto se facilita el despegamiento peritoneal, menos adherente a este nivel, y se evita la superposición de puntos débiles, aún cuando hace algo más dificultosa la reconstrucción parietal.

El empleo de la valva móvil del separador de Balfour, calzada sobre el reborde costal, y enérgicamente traccionada desde la cabecera de la mesa, facilita el acceso al pedículo renal, así como su sección y ligadura. Se continúa distalmente con el aislamiento del uréter aún en su porción intramural, para lo que es conveniente ligar la arteria umbilical obliterada, el deferente o el ligamento redondo, y el pedículo vesical inferior que se seccionan. Recortando por último el cono vesical logrado al traccionar del uréter con pinzas en ángulo recto. La síntesis, previo avenamiento por contra abertura en ambos polos de la incisión, requiere la meticulosa sutura del plano posterior con puntos separados de catgut crómico, así como el músculo recto particularmente a nivel de las intersecciones aponeuróticas, el plano fascial anterior con puntos separados de lino.

DISCUSION: Las incisiones anteriores verticales en el acceso renal son conocidas desde el siglo pasado (Langenbuch, Treilat, D'Antona, Thornton) aún cuando más externas estas que la que empleamos. En años próximos una incisión similar, e igualmente externa a la vaina del recto, fue propiciada en la nefroureterectomía por Glaser, estas incisiones comprometen tanto más seriamente la función muscular, cuanto más externa es también la sección nerviosa de los intercostales. La extensión de la incisión es uno de sus puntos vulnerables, porque si bien es cierto que se ha argumentado que no es mayor que la suma de las dos incisiones habitualmente requeridas, también lo es que al ocurrir en continuidad es mayor el riesgo de las eventraciones; como ya lo señalamos la preservación peritoneal aminora este riesgo, condicionado a otros factores de mayor relevancia que la longitud del corte, al que ya Mac Burney restaba importancia en su artículo original sobre la incisión que lleva su nombre.

En la solución del problema que crea la extirpación íntegra del uréter ha sido propuesta por Couvelaire y Nicol la vía lumbar y vaginal combinadas en la mujer, o lumbar y perineal en el hombre, ciertamente mucho más compleja y sin ventajas que compensen sus inconvenientes. Mc Donald ha propuesto y practicado con igual intensidad la extirpación del uréter distal por intususcepción, procedimiento ciego y riesgoso cuando adhiere a los vasos ilíacos, hecho no raro en las ureteritis bacilosas. En fecha reciente Culp ha expuesto una amplia experiencia con la nefroureterectomía realizada por una incisión anterolateral. El autor utiliza en el extremo inferior una modificación de la descrita por Cherney, prolongándola hacia el flanco en dirección del ángulo costo vertebral, sin embargo ninguna ventaja se obtiene en las incisiones anteriores al apartarse francamente de la línea media, ya que las mayores dificultades se plantean en el acceso al pedículo, más fácil de lograr manteniéndose próximos a ella.

Una ventaja, y no de las menores, de las incisiones anteriores la constituye el no tener que variar la posición del enfermo, movilización particularmente temida por los anestesistas ante la facilidad con que se producen serias descompensaciones, si bien es de notar que el cambio de la posición lateral a la supina importa menos riesgos que de esta última a la lateral.

La incisión que practicamos, y que no es ciertamente original puede revelarse útil cuando, al abordar el uréter con el paciente en decúbito dorsal debe decidirse una nefro-

ureterectomía no planeada inicialmente, tal como nos ocurrió la primera vez en que la empleamos. En los otros dos pacientes en que fue realizada nos guió para ello el interés en la práctica de un acceso poco conocido, ya que el mantenimiento sistemático de la lumbotomía oblicua en la cirugía renal parece más bien un hábito, si justificado por el amplio campo operatorio que brinda, limitado cuando la necesidad obliga al quehacer en regiones anatómicas vecinas. En ninguno de los pacientes operados se observaron complicaciones próximas al acto quirúrgico. La observación alejada de los dos primeros, ya que en tercer operado lo ha sido en fecha reciente, tampoco evidenció alteraciones parietales aún cuando llevan varios años de intervenidos. Ciertamente el número de enfermos es harto escaso como para deducir conclusiones de otra naturaleza que no sean las ya expuestas relacionadas a la técnica, y solo una más amplia experiencia, puede justificarlas o condenarlas, pero limitados en su empleo por sus escasas indicaciones esperamos la contribución de quienes crean que puede tener aplicación en determinados casos.

RESUMEN: Se consideran las ventajas e inconvenientes de la nefroureterectomía total por vía anterior extraperitoneal a través de una incisión única realizada en tres pacientes en quienes se consideró aplicable, destacando las condiciones en que conviene efectuar este tipo de intervención.

BIBLIOGRAFIA

- BENNETS., CRANE, F., CRANE, J., GUMMES, G. and MILES, H.: Diseases of the ureteral stump.
J. Urol.: 73 238-244 1955
- BOEMINGHAUS, H.: Urología. Edit. Paz Montalvo, Madrid, 1958.
- BRACCI, U.: Le vie de accesso nella Chirurgia dell'apparato urinario.
Edit. Macri Firenze 1956.
- COUVELAIRE, R. et NICOL, M.: La nephro-urétérectomie totale par voie mixtelombaire et vaginale ou lombaire et périnéale.
J. Urol. Med. Chir. 57 501-506 1951.
- CULP, O. S.: Anterior Nephro-Ureterectomy: Advantages and Limitations of a Single Incision.
J. Urol. 85 193-198 1961
- CULP, O. and DE WEERD, J.: Advantages of the Cherney incisión for urologic operations.
J. Urol 69 445-453 1953.
- DICK, V.: Technique of nephro-ureterectomy.
Surg. Clin. N Am. 40 771-774 1960.
- DONOVAN, J. T.: Disposition of the ureteral stump after nephrectomy for tuberculosis, a study of 81 cases.
J. Urol. 76 365-370 1956.
- ERCOLE, R.: La nefroureterectomía total en el tratamiento de los tumores papilares de la pelvis renal.
Rev. Argen. Urol. 20 71-77 1951

- GLASER, S.: The long anterior renal incisión.
Brit. J. Urol. 27 48-52 1955.
- GOTZEN, F. J.: Erkrankungen des Harnleiters nach Nephrektomie.
Z. Urol. 54 591 1961.
- HASCHEK, H und PUM, H.: Nephrektomie oder Nephroureterektomie bei Tuberculose.
Z. Urol. 56 9-11 1963.
- LITWAK, A.: Le moignon urétéral du néphrectomisé: un danger.
Urol. Inter. 14 129-139 1962.
- LJUNGREEN, E.: L'uretère du tuberculeux.
Ass. Franc. Urol. 48 Congress 135-137 1954.
- LJUNGREEN, E.: Complications caused by the stump of the ureter after nephrectomy.
J. Urol. 59 179-181 1948.
- LUTZEYER, W. und TEICHMAN, H. H.: Erkrankungen des restureters nach Nephrektomie.
Z. Urol. 54 341-354 1961.
- LYON, R.: An anterior extraperitoneal incision for kidney surgery.
J. Urol. 79 383-392 1958.
- MASON, T.: Transvesical removal of diseased ureteral stump.
Surg. Gynec. Obstet. 104 238-240 1957.
- MC. DONALD, H.: UPCHURCH, W. and STURDEVANT, C.: Nephroureterectomy, a new technique.
J. Urol. 67 804-809 1952.
- MC. DONALD, D. F.: Intussusception ureterectomy: a method of removal of the ureteral stump at time of nephrectomy without an additional incision.
Surg. Gynec. Obstet. 97 565-568 1953.
- MONTEVERDE, H.: Comunicacion personal.
- PATTON, J.: Total ureterectomy, a new technique of extravescical removal of the intramural ureter.
J. Urol. 47 353 1942.
- WETTERWALD, F.: Le traitement chirurgicale conservateur de la tuberculose rénale.
Ass. Franc. Urol. 57 Congress 1963.