

## ABORDAJE TRANSPLEUROTRANS DIAFRAGMATICO POR TORACOFRENOTRANSCONDROLAPAROTOMIA PARA LA EXERESIS DE GRANDES TUMORES RENALES, DE LA VIA EXCRETORA ALTA Y TUMORES RETROPERITONEALES DEL AREA TORACOABDOMINAL

Dr. Alvarinhas, Francisco M.

Es obvio mencionar que la región retroperitoneal superior, topográficamente, corresponde al sector que en anatomía se denomina: toracoabdominal. Por lo tanto, el abordaje quirúrgico de las estructuras tumorales que en él asienten lo debe ser teniendo en cuenta la barrera anatómica que para su acceso significa la porción inferior de la jaula torácica.

Es por tal motivo que, siguiendo a otros autores, hemos procedido, selectivamente, en los casos de tumores renales a desarrollo predominante de su polo superior, así como tumores de la vía excretora alta con gran tamaño neoplásico expandido al parénquima renal superior y en tumores retroperitoneales de la región toracoabdominal superior, a abordarlos mediante toracofrenolaparotomías.

Según las circunstancias y modalidades anatomopatológicas de cada caso, solemos elegir entre un corto número de incisiones de toracolaparotomías.

La incisión de Humphreys, que solemos preferir para el abordaje de los grandes tumores renales con desarrollo predominante en su polo superior, es una *toracofrenotranscondrolaparotomía* del 9º espacio o del lecho de la 10ª costilla, que reseca un pequeño segmento de cartílago costal (para evitar las molestias posoperatorias de la cicatrización condral), el diafragma se incinde en sentido anteroposterior, evitando el centro frénico, y sin llegar a los pilares posteriores. El segmento abdominal de la incisión transcurre desde la sección condral hasta el ombligo, en sentido descendente e interno, seccionando transversalmente al músculo recto anterior del abdomen y eventualmente llegando a la apertura de la vaina aponeurótica del músculo recto contralateral.

Su rendimiento, tanto a derecha como para la región toracoabdominal izquierda, es excelente en cuanto a la amplitud del campo quirúrgico obtenido, y la exposición del pedículo renal se obtiene en forma frontal.

La incisión de Garlock es también una *toracofrenolaparotomía* del 9º espacio (o del lecho de la 10ª costilla), pero su segmento abdominal, oblicuo y descendente, no llega al ombligo, no secciona el músculo recto anterior del abdomen, desciende por su borde externo en una medida según las necesidades de amplitud del campo quirúrgico requerido por la patología a tratar.

Es lógico admitir la mayor versatilidad de esta toracolaparotomía, sobre todo en patología del retroperitoneo izquierdo, cuando se requiere decolar muy ampliamente el colon descendente.

En algunas oportunidades hemos optado por la *toracofrenolaparotomía* baja de Hollinworth (10º espacio). Tumores altos del retroperitoneo, pero de moderado tamaño. Así como en una oportunidad hemos recurrido a la gran *toracolaparotomía* del 9º espacio con *laparotomía* mediana xifopubiana, para la mayor exposición del plano cavaoártico total.

Tenemos que hacer especial mención de la modalidad por nosotros seguida, en la práctica de la exéresis de tumores del hipocondrio izquierdo. Cuando procedemos a dicha cirugía mediante *toracofrenolaparotomía* izquierda, lo hacemos colocándose el operador a la derecha, es decir, de frente a la incisión, lo cual permite actuar en forma frontal con la mano diestra ante las estructuras vasculares mediales y superiores.

El cierre de la *toracofrenolaparotomía* debe ser minucioso en lo que a la sutura del diafragma se refiere, cuidando la hemostasia y el hermetismo del piso del tórax. El cierre de la *toracotomía* lo efectuamos en forma clásica, con drenaje bajo agua de la cavidad pleural. El segmento peritoneal se cierra con perfecta peritonización y drenaje extraperitoneal. Eventualmente con drenaje intraperitoneal, si así lo requiriesen las circunstancias operativas.

Presentamos nuestra experiencia en el abordaje por *toracofrenolaparotomía*, para la exéresis de tumores renales, de la vía excretora alta y tumores retroperitoneales, basada en la

casuística de intervenciones practicadas en el Servicio de Urología del Hospital J. A. Fernández, a cargo del Prof. Dr. S. A. Rebaudi; Servicio de Urología del Hospital Privado de la Asociación Mutual del Transporte Automotor; Clínica de la Sociedad Portuguesa de Beneficencia y Socorros Mutuos y de la actividad privada.

La misma consta de 18 pacientes, cuyas historias clínicas adjuntamos resumidas en lo fundamental de su patología y modalidad operativa realizada.

La patología intervenida en nuestros casos ha sido la siguiente:

1) Carcinoma de células claras del riñón .....	11
2) Carcinoma transicional de la vía excretora alta .....	2
3) Carcinoma de la cortical adrenal .....	1
4) Liposarcoma retroperitoneal .....	1
5) Linfoma difuso linfocítico de riñón .....	1
6) Meningioma quístico retroperitoneal .....	1

Para la resolución quirúrgica de la patología de nuestra casuística hemos recurrido a intervenciones por la vía toracoabdominal, según las siguientes variantes técnicas de abordaje; para un total de 18 casos tratados mediante *toracofrenolaparotomía* hemos procedido también según las siguientes variantes técnicas:

1) <i>Toracofrenotranscondrolaparotomía</i> de Humphreys, derecha .....	6
2) <i>Toracofrenotranscondrolaparotomía</i> de Humphreys, izquierda .....	3
3) <i>Toracofrenolaparotomía</i> de Garlock, derecha .....	2
4) <i>Toracofrenolaparotomía</i> de Garlock, izquierda .....	2
5) <i>Toracotomía</i> baja de Hollinworth, derecha .....	1
6) <i>Toracotomía</i> baja de Hollinworth, izquierda .....	1
7) <i>Toracolaparotomía</i> xifopubiana, derecha .....	1
8) <i>Toracolaparotomía</i> xifopubiana, izquierda .....	1

Podemos concluir, con nuestra modesta experiencia, que la vía toracoabdominal es una excelente modalidad de abordaje quirúrgico para la exéresis de los grandes tumores renales a desarrollo de su polo superior, así como de los tumores de la vía excretora alta con gran tamaño e invasión del parénquima renal o con gran uronefrosis y tumores retroperitoneales del área toracoabdominal superior.

La experiencia recogida con las distintas variantes de *toracofrenolaparotomías* nos permite concluir que la técnica de Humphreys se muestra como la más versátil y rentable en lo que se refiere al abordaje de los grandes tumores del retroperitoneo superior.

### Casuística

1) *Custodio Dias* - A.M.T.A. - H. Cl. nº 168-88, 1979

Sexo masculino, 62 años.

Hematuria y gran tumor palpable en el hipocondrio derecho.

Rx urograma excretor y arteriografía renal selectiva: tumor de riñón derecho a gran desarrollo en su polo superior y parte media.

*Operación:* *toracofrenolaparotomía* de Humphreys, derecha. Nefrectomía ampliada. Linfadenectomía regional.

Buena evolución posoperatoria.

Buena evolución alejada.

Informe de Anatomía Patológica (Dr. Pacuchelli):

Carcinoma renal de células claras. Ganglios regionales: libres.

2) **Carlos Viegas - Sociedad Portuguesa - H. Cl. nº 2387, 1980**  
Sexo masculino, 59 años.

Dolor sordo y constante en el hipocondrio derecho.

Síndrome febril prolongado, pérdida de peso, astenia y anorexia. Ecografía: masa ocupante de contorno difuso en hipocondrio derecho. Urograma excretor: riñón derecho globalmente aumentado de tamaño con borramiento de la arquitectura pielocalicial. T.A.C.: formación tumoral retroperitoneal que engloba el riñón derecho. Formaciones multilobuladas periaortocava en contigüidad con la formación perirrenal.

**Operación:** toracofrenotranscondrolaparotomía xifopubiana derecha. Exéresis en bloque de una masa retroperitoneal de aspecto lipomatoso juntamente con el riñón derecho. Ligadura de los vasos renales previa disección del espacio intercavo aórtico, luego de remover las formaciones lipomatosas de la cara anterior de aorta y vena cava inferior. Disección que abarcó desde el tronco celiaco a la arteria mesentérica superior.

**Informe de Anatomía Patológica (Dr. Colillas):**

Liposarcoma de la atmósfera perirrenal. Invasión del parénquima renal. Formaciones ganglionares de igual característica histológica. Todas estas formaciones semejan estar encapsuladas en una fascia vascular.

Evolución posoperatoria: buena.

Evolución alejada: mala. El enfermo continúa posteriormente con cobaltoterapia y posteriormente con quimioterapia.

Fallece dos años después de la intervención.

3) **Carmelo Porto - A.M.T.A. - H. Cl. nº 004/3, 1980**

Sexo masculino, 53 años.

Dolor en el hipocondrio izquierdo. Hematuria, pérdida de peso y síndrome febril prolongado. Se palpa un gran tumor en el flanco izquierdo que comunica su matidez a base de tórax izquierdo.

Por radiología y T.A.C. se concluye el diagnóstico de tumor renal izquierdo de gran tamaño (34 cm de eje mayor).

**Operación:** toracofrenotranscondrolaparotomía xifopubiana izquierda. Investigación y ligadura del pedículo renal izquierdo en el área submesocólica según técnica de Mallis y Patton.

En este tiempo se practicó la linfadenectomía regional.

Ya desvascularizada la gran masa tumoral, se procede a su exéresis, previo decolamiento colónico izquierdo, de arriba hacia abajo caminando por el plano diafragmático.

**Informe de Anatomía Patológica (Dr. Pacuchelli):**

Carcinoma renal de células claras, que compromete la totalidad del riñón, su atmósfera adiposa perirrenal y la cola de páncreas, lo cual obliga a la esplenectomía y pancreatectomía caudal.

Evolución posoperatoria: buena.

Evolución alejada: mala.

Fallece a los 6 meses por metástasis pulmonares.

4) **Luis B. Godoy - Hospital J. A. Fernández**

**H. Cl. nº 206582, 1980**

Sexo masculino, 47 años.

Masa ocupante en hemicerebro derecho. Tumor primitivo del riñón derecho, a gran desarrollo en el polo superior.

**Operación:** toracofrenolaparotomía de Humphreys, derecha.

Nefrectomía ampliada. Linfadenectomía regional. Cavotomía y embolectomía de la vena renal (émbolo neoplásico).

Buena evolución posoperatoria.

Evolución alejada.

Fallece dos años después por metástasis pulmonares.

**Informe de Anatomía Patológica nº 107747:**

Carcinoma renal de células claras. Embolia neoplásica de la vena renal.

5) **Pedro Curto Rovira - Hospital J. A. Fernández**

**H. Cl. nº 212807, 1981**

Sexo masculino, 71 años.

Tumor de gran tamaño en el flanco e hipocondrio derechos.

Hematuria de gran magnitud. Diagnóstico por T.A.C.: tumor del riñón derecho a desarrollo en el polo superior.

**Operación:** toracofrenolaparotomía de Humphreys, derecha.

Nefrectomía ampliada. Linfadenectomía regional.

Buena evolución posoperatoria.

Evolución alejada: buena. Se opera de adenoma de próstata en 1984.

**Informe de Anatomía Patológica nº 9846:**

Carcinoma renal de células claras. Ganglios regionales libres.

6) **Gary Gorblasky - Hospital J. A. Fernández**

**H. Cl. nº 213063, 1981**

Sexo masculino, 45 años.

Tumor renal derecho que ocupa la totalidad del área lumbar derecha.

**Operación:** toracofrenotranscondrolaparotomía derecha de Humphreys.

Nefrectomía ampliada. Linfadenectomía regional.

Buena evolución posoperatoria. Mala evolución alejada.

Fallece a los 3 años de la intervención por metástasis hepáticas.

**Informe de Anatomía Patológica nº 9949:**

Carcinoma renal a células claras. Pieza de nefrectomía de 20 x 15 x 10 cm.

Ganglios regionales invadidos.

7) **Clotilde Navas - Hospital J. A. Fernández**

**H. Cl. nº 215240, 1982**

Sexo femenino, 58 años.

Dolor abdominal superior. Tumor palpable en el hipocondrio izquierdo, tamaño mandarina. Por radiología y T.A.C. se concluye el diagnóstico de tumor retroperitoneal del hemiabdomen superior izquierdo.

Antecedente: tiroidectomía total hace 5 años por Ca de tiroides.

**Operación:** toracofrenolaparotomía baja de Hollinworth, izquierda.

Se practica la exéresis de una masa tumoral tamaño mandarina que hace cuerpo con la cola del páncreas. Esplenectomía por estar incluido el hilio esplénico en el área tumoral.

**Informe de Anatomía Patológica nº 11048:**

Nesidioblastoma. Tumor endocrinoide de probable origen pancreático.

Evolución posoperatoria: mala. La paciente desarrolla un cuadro de hemorragia digestiva por úlcera gástrica aguda perforada.

Se practican dos intervenciones gastroduodenales. La paciente fallece por sepsis grave.

8) **Pedro Walter Ottonello - Hospital J. A. Fernández**

**H. Cl. nº 220612, 1982**

Sexo masculino, 56 años.

Insuficiencia renal aguda. Hematuria. Diagnóstico de tumor renal derecho por T.A.C. Hemodiálisis en el preoperatorio.

**Operación:** toracofrenolaparotomía derecha de Humphreys.

Nefrectomía ampliada. Linfadenectomía regional y ureterectomía total al evidenciar la macroscopia tratarse de un tumor de la vía excretora alta.

Evolución posoperatoria de alta complejidad. Anuria tratada con hemodiálisis. Hemorragia digestiva por úlcera duodenal perforada.

Se trató con cierre simple. Segundo episodio de H.D.A. (gastritis hemorrágica); se trató con gastrectomía subtotal.

Evolución mediata: buena. Evolución alejada: metástasis única en el pulmón. Tratamiento con quimioterapia. Actual: metástasis en el fémur.

**Informe de Anatomía Patológica nº 12989:**

Carcinoma transicional de la pelvis renal. Uronefrosis.

9) **Héctor Collazzi - Hospital J. A. Fernández**

**H. Cl. nº 225071, 1983**

Sexo masculino, 58 años.

Hematuria y tumor palpable en el hipocondrio derecho.

Diagnóstico de tumor del polo superior del riñón derecho por radiología y T.A.C.

*Operación:* toracofrenolaparotomía derecha de Humphreys.  
Nefrectomía ampliada. Linfadenectomía regional.  
Buena evolución posoperatoria. Buena evolución alejada.

Informe de Anatomía Patológica nº 14397:  
Carcinoma renal de células claras. Ganglios libres.

10) *Antonio Fernández García - Hospital Privado de A.M.T.A.*  
*H. Cl. nº 32-36, 1983*

Sexo masculino, 69 años.

Comienza su enfermedad actual, hace 1 año, con dolor cólico derecho y hematuria. Riñón derecho palpable tumoral de gran tamaño. Radiología: litiasis múltiple renopélica. Uronefrosis.

Arteriografía renal: tumor renal del polo superior.

Uretrocistoscopia: sin patología neoplásica.

*Operación:* toracofrenolaparotomía derecha de Garlock, prolongada a infraumbilical.

Nefroureterectomía total y ampliada. Linfadenectomía regional. Cavotomía exploradora. Embolectomía del trombo neoplásico de la vena renal derecha.

Informe de Anatomía Patológica (Dr. Pacuchelli):

Pieza de nefroureterectomía total. Riñón de 36 × 26 × 9 cm.

Uronefrosis. Carcinoma epitelial de la pelvis renal con invasión del parénquima renal y el grupo calicular superior. Litiasis múltiple renopélica. Uréter comprometido en su segmento superior. Ganglios libres. Embolo neoplásico en la vena renal. Buena evolución posoperatoria. Control alejado: bueno.

11) *Antonio Bugge (Particular) - Hospital Alemán, 1983*

Sexo masculino, 36 años.

Operado en 1976 por osteocondrosarcoma del extremo inferior del fémur, pierna derecha. Amputación en el tercio superior. Hematuria, dolor y tumor palpable en el hipocondrio izquierdo.

Urograma excretor y arteriografía renal concluyen el diagnóstico de tumor renal derecho. Se efectúa T.A.C. de tórax y abdomen, así como centellograma óseo. Única lesión: tumor renal izquierdo de gran desarrollo a predominio en el polo superior.

*Operación:* toracofrenolaparotomía izquierda de Garlock.

Nefrectomía ampliada. Linfadenectomía regional.

Informe de Anatomía Patológica (Dr. Colillas):

Carcinoma renal de células claras. Ganglios regionales: libres. No presenta invasión de la atmósfera perirrenal.

Evolución posoperatoria: buena. Evolución alejada: buena.

12) *Hortensio Quijano - Hospital J. A. Fernández*  
*H. Cl. nº 229580, 1983*

Sexo masculino, 72 años.

Antecedentes de patología vascular, central y periférica.

A.C.V. reciente. Recuperado. Hematuria, dolor y tumor palpable en el hipocondrio izquierdo. Radiología y T.A.C. confirman el diagnóstico de tumor renal de gran tamaño.

*Operación:* toracofrenolaparotomía izquierda de Humphreys.

Nefrectomía ampliada. Linfadenectomía regional.

Informe de Anatomía Patológica nº 16274:

Carcinoma renal de células claras, que ocupa el polo superior y parte media del riñón. No infiltra la capsula. Ganglios regionales: libres. Evolución posoperatoria: mala. Sepsis a anaerobios. H.D.A. Fallece en el posoperatorio mediato.

13) *Francisco Quirós - Hospital J. A. Fernández*  
*H. Cl. nº 236512, 1984*

Sexo masculino, 50 años.

Hematuria y tumor palpable en el hipocondrio izquierdo.

Se concluye el diagnóstico de tumor renal izquierdo por radiología convencional, T.A.C. y arteriografía selectiva. Tumor del polo superior del riñón izquierdo, de gran tamaño.

*Operación:* toracofrenolaparotomía izquierda, baja, de Hollinworth.

Nefrectomía ampliada. Linfadenectomía regional.

Informe de Anatomía Patológica nº 19252:

Carcinoma renal de células claras.

Buena evolución posoperatoria. Evolución alejada: buena.

14) *Aurora Catalina Stecone - Hospital J. A. Fernández*  
*H. Cl. nº 228469, 1984*

Sexo femenino, 33 años.

Paciente proveniente del Servicio de Neurocirugía, con diagnóstico de meningioma quístico en reloj de arena a evolución lumbar derecha, en contacto con riñón, al que desplaza anatómicamente.

*Operación:* toracofrenolaparotomía derecha, baja, de Hollinworth. Quistectomía.

Buena evolución posoperatoria. Evolución alejada: buena.

15) *Alfredo Rafanelli - Hospital J. A. Fernández*  
*H. Cl. nº 243847, 1985*

Sexo masculino, 57 años.

Síndrome paraneoplásico. Hematuria y síndrome febril prolongado.

Se concluye el diagnóstico de tumor renal izquierdo por T.A.C.

*Operación:* toracofrenolaparotomía izquierda de Humphreys.

Nefrectomía ampliada. Linfadenectomía regional.

Buena evolución posoperatoria. Evolución alejada: buena.

Informe de Anatomía Patológica nº 21282:

Pieza de nefrectomía de 1.000 g. Carcinoma renal de células claras.

Invasión de los ganglios regionales.

16) *Ester de Azcuna (Particular)*  
*Hospital Privado A.M.T.A., 1985*

Sexo femenino, 59 años.

Tumor de gran tamaño en el hipocondrio derecho. Hematuria y dolor; 6 meses de evolución.

Se concluye el diagnóstico por radiología convencional, arteriografía con embolización de la arteria renal y T.A.C.: tumor del riñón izquierdo.

*Operación:* toracofrenolaparotomía de Humphreys izquierda.

Nefrectomía ampliada. Linfadenectomía regional.

Informe de Anatomía Patológica (Dr. Pacuchelli):

Pieza de nefrectomía de 1.750 g. Carcinoma renal de células claras. Invasión de la capsula y atmósfera perirrenal. Vena renal con embolo neoplásico. Ganglios regionales con invasión neoplásica.

Evolución posoperatoria: buena. Evolución mediata: se presenta un cuadro de colecistitis aguda por cálculo enclavado en el cístico.

*Operación:* laparotomía derecha en charnela de Czerney-Kocher-Kauch. Colecistectomía y exéresis de cuatro formaciones tumorales (adenopatías) en la región precavo y laterocavo derecha, suprahilea.

Informe de Anatomía Patológica (Dr. Pacuchelli):

Colecistitis aguda. Invasión neoplásica de igual carácter histológico que la intervención anterior en ganglios extirpados.

Evolución posoperatoria del segundo posoperatorio: mal estado general, se está desarrollando un cuadro de impregnación neoplásica.

17) *Atrio Nieves - Hospital J. A. Fernández*  
*H. Cl. nº 247775, 1985*

Sexo femenino, 57 años.

Cuadro doloroso de hipocondrio derecho. Una ecografía mostró una formación tumoral no dependiente de la vía biliar. Se concluye diagnóstico de tumor de la glándula suprarrenal por T.A.C. y arteriografía selectiva de la arteria renal y de arteria de la suprarrenal.

**Operación:** toracofrenolaparotomía derecha de Garlock.  
Exéresis de una formación tumoral encapsulada que corresponde a la glándula suprarrenal.

Informe de Anatomía Patológica nº 22612:

Carcinoma de la cortical adrenal.

Buena evolución del posoperatorio. Actualmente en tratamiento con quimiotetrapia. T.A.C. de control posoperatorio sin lesiones metastásicas.

18) *Amalia de Méndez Souza - Sociedad Portuguesa de Beneficencia y Socorros Mutuos Hospital privado portugués.*

Sexo femenino, 72 años.

La paciente es estudiada por hipertensión arterial.

El radiorrenograma muestra una importante alteración funcional del riñón izquierdo.

El urograma excretor: ausencia de función renal izquierda.

Uronefrosis con atrofia de la cortical. Litiasis pequeña en la pelvis renal izquierda. Riñón derecho: s/p.

T.A.C.: riñón izquierdo aumentado de tamaño con importante uronefrosis.

No obstante los informes de los estudios realizados, la impresión clínica de tumor del riñón izquierdo lleva a la intervención con el diagnóstico de posible tumor del riñón izquierdo.

**Operación:** 1985. Incisión de Garlock, izquierda.

Nefrectomía ampliada con vaciamiento celuloganglionar pre-vascular, retirando una masa conglomerada de ganglios de tamaño aumentado.

Informe de Anatomía Patológica (Dr. Colillas):

Linfoma difuso invasor del parénquima renal. Uronefrosis. Ganglios regionales: linfoma linfocítico.

Evolución posoperatoria: buena. Pasa a tratamiento con quimioterapia.

La morbimortalidad de nuestra casuística ha sido la siguiente:

Derrame pleural homolateral .....	2
Derrame pleural contralateral .....	1
Absceso de pared .....	1
Sepsis grave por anaerobios .....	1
Hemorragia digestiva alta .....	2

La mortalidad en nuestra casuística ha sido la siguiente.

Mortalidad posoperatoria .....	2
--------------------------------	---

## Bibliografía

1. Abuker, P.: "L'envahissement de la veine cave inférieure et les néphrectomies pour cancer". Presse Méd., 75, 403, 1967.
2. Auvert, J.: "Le veine rénale gauche". Presse Méd., 75, 1405, 1967.
3. Bernardi, R.: "La vía toracoabdominal en la cirugía renal". Prensa Méd. Arg., 40, 162, 1953.
4. Cole, A.; Fred, F. A.; Brisada, N. K.: "The supine subcostal modification of the thoraco-abdominal incision". J. Urol., 112, 168, 71, 1974.
5. Couveiaire, R.; Auvert, J.: "La ligature premier du pédicule rénal pour la voie lombaire dans la néphrectomie pour cancer". J. Urol. Néphrol., 60, 921, 1954.
6. Cukier, J.; Beuton, D.; Vacant, J.: "Le néphrectomie droite élargie". J. Urol. Néphrol., 78, 457, 1972.
7. Dufour, A.: "Néphrectomie élargie pour cancer du rein droit". J. Urol., 85, 155, 1963.
8. Garlock, J. H.: "Combined abdominothoracic approach for cardiac and lower esophagus". Sur. Gyn. and Obst., 83, 737, 1946.
9. Giuliani, L.; Carmigliani, G.; Belgrano, E.: "Le volet xipho-obilico subcostal. Une nouvelle voie d'abord au rein néoplasique". J. Urol., 87, 7, 1981.
10. Giuliani, L.; Belgrano, E.; Carmigliani, G.: "Le vie di acceso ai tumori del reni". Minerva Chir., 32, 1477, 1977.
11. Giuliani, L.: "Le vie di acceso". Act. 49º Congreso de la Sociedad Italiana de Urología, 1976.
12. Gregoire, R.: "Anatomie medicoquirurgicale de l'abdomen. La région toracoabdominal". J. B. Bailliere, Paris, 1923.
13. Humphreys, G. H.: "An approach to resection of the esophagus and gastric cardiac". Ann. Surg., 124, 288, 1946.
14. Merola, L.: "Incisión toracoabdominal". Congreso Médico de Montevideo, 1916.
15. Merola, L.: "Colgajo toracofrénico". Congreso Médico de Montevideo, 1916.
16. Michans, A.: "Tumores retroperitoneales". Relato. Congreso de la Sociedad Argentina de Cirugía, 1955.
17. Nagamatzu, G.: "Dorsoiubar approach to the kidney and adrenal with osteoplastic flap". J. Urol., 63, 569, 1950.
18. Pontier, A.: "L'abord premier des éléments du pédicule renal droit a leur origine dans la néphrectomie pour cancer". J. Urol., 79, 518, 1973.
19. Quenu, J.: "De la néphrectomie pour cancer par la voie abdominal transperitoneal". J. Urol., Néphrol., 64, 393, 1958.
20. Scorticatti, C. A.: "Vías de acceso al riñón". IV Congreso de la Confederación Argentina de Urología y XII Congreso Argentino de Urología, 1972.
21. Zavaleta, D. E.: "Vías de abordaje al abdomen superior". XXVI Congreso Argentino de Cirugía, 1955.
22. Tocantins, R., y Smith, D. R.: "The modified Garlock incision for adrenal surgery". J. Urol., 85:417, 1961.
23. Truc, E.; Laval, C.: "Nephrectomie par voie thoraco-abdominale". J. d'Urol., 56, 596-598, 1950.