

Hospital Italiano Garibaldi. Rosario.
Serv. de Urología. Jefe: Dr. José S. Dotta.

ACERCA DE UNA OBSERVACION DE UN TUMOR RETROPERITONEAL

Por el Dr. TOMAS V. DELPORTE

En la celda renal, son susceptibles de aparecer todos los tipos de hiperplasias posibles, y ésto lo pueden hacer ya sea a expensas del mismo parénquima renal, de su cápsula o de los tejidos perirrenales. Dejaremos de lado los tumores propios del parénquima renal o de las vías excretoras, ya bien conocidos, y, nos limitaremos a hacer algunas consideraciones sobre los demás y cuya rareza hace que sea de interés presentarlo esta noche a la consideración de los estimados consocios. Al hablar de ellos, los tumores perinefríticos, Lecene manifiesta que éstos tienen íntimas relaciones anatómicas con el riñón, por otra parte normal, y que se desarrollan a expensas de la cápsula fibrosa o de los tejidos célula-adiposos que recubren al órgano.

Raro en el niño, H. L. Kretschmer, al presentar un caso, sólo pudo recoger 6 observaciones más en la literatura; parece ser que la edad, entre los 40 y los 60 años sea la más favorecida, siendo más frecuente en la mujer (72 %).

Schmid, en 1923, reúne en la literatura 267 casos de tumores retroperitoneales y Pemberton y Mc Coughan, en 1933, en la Mayo Clinic, al revisar las historias clínicas desde 1910 a 1930, han encontrado 314 casos de tumores retroperitoneales.

Desde el punto de vista histológico y anátomo-patológico, frente a una tumoración diagnosticada como retroperitoneal, y bien entendido, excluyendo los tumores propios del riñón, cuyo diagnóstico clínico y radiológico es posi-

ble hacerlo en la gran mayoría de los casos, nosotros debemos tener presente todos los tumores que son susceptibles de aparecer:

Tumores retroperitoneales extrarrenales

- A.- *De origen suprarrenal* {
- a) T. derivados de la medular: paraganglioma suprarrenal.
 - b) T. derivados de la corteza: neuroblastomas.
- B.- *Tumores pararrenales* (desarrollados de la cápsula propia o en la cápsula adiposa perirrenal).
- a) *T. del tejido conectivo* {
 - Lipomas.
 - Fibrolipomas.
 - Fibromiomas.
 - Mixolipomas.
 - Fibrosarcomas.
 - Fibromixosarcomas.
 - Osteomas, etc.
 - 1) *Neoplásicos* {
 - b) *T. epiteliales quísticos*: algunos se desarrollan a expensas del cuerpo de Wolf (T. Wolfianos), como la observación de Lepoutre y Paget, que se trataba de una gran tumoración en un niño de 18 meses, que englobaba el riñón y que fué extirpado en block con él, ya que no existía plano de clivaje: se trataba de un linfangioma quístico.
 - c) *T. mixto conectivo epiteliales*.
 - 2) *Inflamatorios*: procesos supurativos perirrenales, agudos, subagudos y crónicos.
 - 3) *Quísticos* {
 - Q. Seroso.
 - Q. Hidático.
 - Q. Pararrenal (generalmente a expensas de restos wolfianos).

En su desarrollo, estos tumores retroperitoneales pueden llegar a alcanzar tamaños desmesurados, como el descrito por Hirsch y Wells, que pesaba 69 libras, pero esto no es lo habitual. En nuestro medio, Minuzzi y Torresi describen un caso que pesaba 2.050 grs. (mixolipoma) y en la literatura extran-

gera, A. A. Howard y H. J. Subi, uno de 1.840 grs. (fibrosarcoma), R. Fontaine, E. Forster y D. Ambard otro 2.300 grs. (Fibrosarcoma); Aumont, uno de 1.200 grs. (fibromioma). En otros casos son pequeños, siendo entonces, hallazgos accidentales como en el caso de Michon, Delarue y Suire, que en el curso de una nefropexia, hallaron en el borde externo del riñón una pequeña tumoración de 2 x 3 cms., de límites bien precisos, la que es extirpada con bisturí eléctrico y cuyo estudio reveló tratarse de un angiomioma.

Del punto de vista clínico, es recién cuando llegan estas tumoraciones a adquirir cierto volumen, que dan una sintomatología y esta es habitualmente prestada: se quejan estos enfermos de trastornos dispépticos, malas digestiones y en ocasiones vómitos, tal como en nuestro caso. En la observación de Fontaine, Forster y Ambard, se quejaba en crisis dolorosas subcostales derechas (tenía la tumoración a la izquierda) y desde hacía 4 años, crisis de ictericia, con vómitos biliosos. En el caso de Howard y Suby, se interna por debilidad, pérdida de peso y trastornos digestivos.

En el caso de Minuzzi y Torresi, lo que motivó la consulta, fué un varicocele derecho, que el paciente venía observando ya desde hacía dos años, y que tenía la característica de desaparecer al acostarse. Llama en general la atención la falta absoluta de trastornos urinarios y de la hematuria, síntoma cardinal de los tumores propios del parénquima renal. Y en el caso de Gouverneur, ingresa por trastornos dispépticos, vómitos alimenticios y biliosos e ictericia, con conservación del estado general.

En estos casos, al examen clínico, se constata una tumoración de tamaño variable, que ocupa el flanco derecho o izquierdo, de consistencia firme, de superficie lisa, discretamente dolorosa, a veces mate a la percusión otras sonora, por la interposición del colon, que excursiona poco con los movimientos respiratorios, que pelotea y tiene contacto lumbar, dando la impresión clínica de estar frente a un tumor de riñón.

Hoy día, con ayuda de la radiología, es posible llegar a determinar con bastante precisión la verdadera situación del proceso. Es así, como en el Tratado de Semiología Clínico-Radiológica de las Tumoraciones del Abdómen, de García Capurro y Piaggio Blanco, estos A. A., recalcan la imposibilidad de diagnósticos topográficos exactos por el estudio aislado de los desplazamientos de un segmento intestinal y que ello se obtiene por el estudio de las distintas vísceras, vecinas a la tumoración, que realizan así un síndrome topográfico típico para cada tumoración.

Es así como en las tumoraciones retroperitoneales, el colon es sacado de su gotera y rechazado hacia adelante, formando una curva cóncava hacia atrás. Es igualmente interesante lo observado por estos A. A., quienes recalcan la

importancia de la 4ª porción del duodeno y del ángulo duodeno yeyunal, como jalones fundamentales en el diagnóstico topográfico diferencial entre las tumoraciones intra y extraperitoneales: las primeras, que son preduodenales, no tienen por qué modificar la situación del duodeno ni del ángulo duodeno—yeyunal, mientras que las tumoraciones de origen retroperitoneal, sobre todo de la suprarrenal, del borde interno del riñón y pararrenales internas, del lado izquierdo, desplazan invariablemente el ángulo duodeno-yeyunal hacia adelante y adentro, dando en las incidencias de perfil, una dislocación que ellos llaman anterior. En cuanto a las asas delgadas, ellas son comprimidas indirectamente por las tumoraciones retroperitoneales efectuando la compresión "en tienda".

Pero es indudable, que la pielografía, combinando la por excreción con la ascendente, es la que nos va a procurar mayores datos: todo proceso tumoral retroperitoneal y extrarrenal, muestra al riñón trasladado, empujado, rotado, deformado o englobado, mientras que si la tumoración es intra peritoneal, se podrá apreciar el nefrograma de caracteres normales. Todos los A. A. consultados, están concordes en el sentido, de que el sistema pielocalicial, se presenta rotado tal como lo pudimos apreciar en nuestra observación.

Como complemento del examen, se harán todos los análisis necesarios para determinar el grado de funcionalismo renal y apreciar el estado del riñón opuesto, por si hubiera necesidad de llevar a cabo una nefrectomía. Recordamos que por nuestra parte, el dosaje de úrea en sangre y el urograma por excreción, son los elementos de mayor valor que se pueden consignar al respecto. Así también lo considera Van Keerbergen, al hacer un estudio crítico y comparativo de las diferentes pruebas de funcionalismo renal. El diagnóstico diferencial deberá hacerse ante todo con aquellos procesos susceptibles de producir un aumento del órgano o su desplazamiento. Inútil es insistir aquí sobre la importancia que tiene la pielografía y el cuadro clínico.

La extirpación radical es la única terapéutica a considerarse. Hecho el diagnóstico de tumor pararrenal, debemos considerar cuál es la vía de abordaje más útil y beneficiosa: creemos que la vía por nosotros utilizada, la lumbotomía de Elmer Hess, ya preconizada por Von Lichtemberg, brinda un campo magnífico: esta se efectúa sobre la 12ª costilla, con resección amplia de la misma, con lo que se consigue las siguientes ventajas:

- a) sencillez de la exposición quirúrgica;
- b) protección de los nervios lumbo-iliacos y del 12º intercostal;
- c) menor sección de los músculos anchos del abdomen y por lo tanto, prevención de las eventraciones;
- d) campo excelente, evitándose el uso de separadores.

Con ella, conseguimos en nuestro caso una enorme facilidad en las maniobras a pesar del enorme tamaño del tumor: 33 ctms. de largo por 19 de ancho. Minuzzi y Torresi, también usaron esta vía en el caso por ellos presentado.

Insistiremos sobre la preferencia que uno debe tener con esta vía de abordaje, evitando en lo posible la vía transperitoneal, mucho más chocante. Así también lo preconiza Gouverneur, quien descarta la laparotomía lateral con desplazamiento y rechazo intraperitoneal del colon, tal como lo preconizara Lecene. Howard y Suby, abordaron la tumoración con una incisión pararectal superior izquierda, siendo el tumor expuesto por vía extraperitoneal rechazando el peritoneo hacia la línea media. Aumont, utilizó la incisión de Gregoire, con amplia sección de todos los músculos. T. H. Sweetser, utilizó la invasión preconizada por Cabot, que es por vía anterior, pero extraperitoneal.

La vía transperitoneal, fué utilizada en numerosos casos, pero el porcentaje de mortalidad es también mucho mayor; es así como p. ej., en la serie de 42 casos de Pemberton y Mc Coughan, ella fué utilizada en 38, con un 19 % de mortalidad operatoria, y en la de Wahlfendorf, de los 113 casos operados, 105 lo fueron por vía transperitoneal, con un 30 % de mortalidad operatoria. La única justificación del uso de la vía transperitoneal es la mayor accesibilidad al pedículo, pero ofrece mayores riesgos de peritonitis, produciendo además con mucha frecuencia gran shock, por el manoseo de las asas intestinales, pérdidas de líquidos por la superficie expuesta, etc.

La radioterapia profunda, con el fin de reducir el tamaño del tumor preoperatoriamente, es de efectos problemáticos. En el caso de Kretschmer, se hicieron 4 aplicaciones, sin lograrlo. L. Herman, también considera problemática la eficacia de esta terapéutica, pero aconseja aplicarla en caso de degeneración maligna. Por nuestra parte, nos proponemos hacerlo.

El pronóstico de estas afecciones, está ligado a su naturaleza histológica y como ello no lo sabemos hasta haber extraído el tumor, consideramos que todo caso debe ser intervenido a pesar del tamaño que pueda tener. El tumor de nuestro enfermo, que pesaba 3.200 grs. no fué inconveniente alguno para que hiciera un post-operatorio excelente.

Sin embargo debe tenerse presente, que las recidivas son relativamente frecuentes, aun siendo histológicamente benignos y que en casos de recidivas de un tumor benigno, es posible apreciar degeneraciones malignas: en la serie de Van Wahlfendorf, el 14 % de los lipomas recidivaron y en el 28,5 % de aquellos tumores que mostraban signos degenerativos.

El caso de Fontaine, Forster y Ambard, un fibrosarcoma, seguía bien a los 14 meses. Minuzzi y Torresi, dicen que anduvo bien a posteriori, sin

especificar fecha (mixolipoma). El caso de Howard y Suby, un fibrosarcoma, recidiva, falleciendo ocho meses después de operado, a pesar de la radioterapia profunda. Los casos de Gouverneur y Aumont, no especifican qué evolución tuvieron. Kretschmer, manifiesta que su caso seguía bien un año y medio después de operado (lipo-fibro-sarcoma).

Observación. — Ingresó al Servicio de Cirugía General de Hombres del Hospital Italiano Garibaldi, que dirige el Dr. Sylvestre Begnis, el 30/VI/47, el Sr. J. V. de 54 años de edad, casado, portugués, con domicilio en esta ciudad.

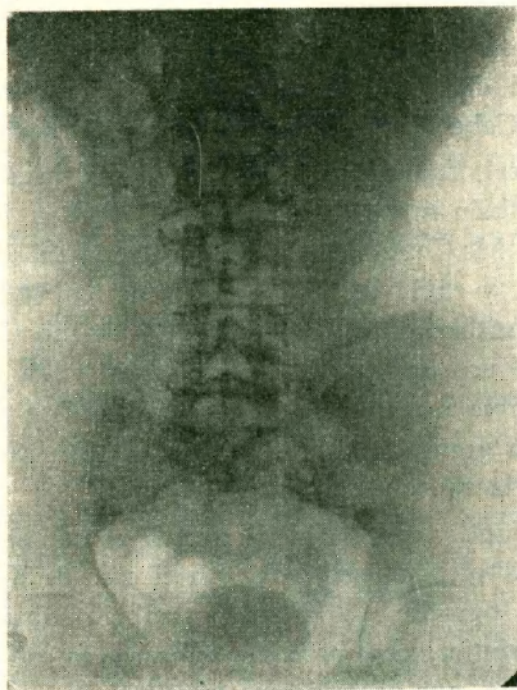


Figura 1

Pielografía Descendente. — Nefrograma normal, no visualizándose el izq., pero sí se aprecia el uréter izq. en su $\frac{1}{8}$ inferior.

Entre los antecedentes personales dignos de mención, figura un paludismo a los 13 años, ausencia de enfermedades venéreas. Hernioplastia inguinal izquierda en 1945. Casado a los 29 años, no tiene hijos. Ha sido fumador y toma actualmente algunas bebidas blancas.

Su enfermedad actual la hace remontar a los primeros días de Mayo del cte. año, en que empieza a notar molestias, pesadez, inapetencia, a lo que se agrega intensos cólicos intestinales, con ruidos hidroaéreos; esto se acompaña de constipación, que se mantiene por varios días, eva cuando luego su vientre, sin pujo, tenesmo ni sangre. Ha perdido 8 kls. de peso desde Mayo ppdo.

Al estado actual se aprecia una discreta conservación de su estado general y el examen de los aparatos respiratorios y circulatorios no ofrecen nada digno de mención. Su presión arterial es: Mx.: 110; Mn.: 60. Su abdomen se presenta al examen discretamente deformado por una

tumoración que ocupa el flanco izquierdo. Indoloro a la palpación superficial, es posible apreciar ya esta tumoración, que se pierde por arriba, por debajo de la parrilla costal y que llega por abajo a unos dos traveses de dedo por debajo del ombligo. A la palpación profunda, esta tumoración se presenta discretamente sensible, de superficie lisa, regular, que se moviliza poco con los movimientos respiratorios y mate a la percusión. Hay peloteo y contacto lumbar. Con la insuflación del colon, disminuye algo la matitez.

El hígado se palpa a tres traveses de dedo por debajo del reborde costal y algo sensible. No se palpa el riñón der., ni existen puntos dolorosos. Las orinas de emisión son macroscópicamente normales.

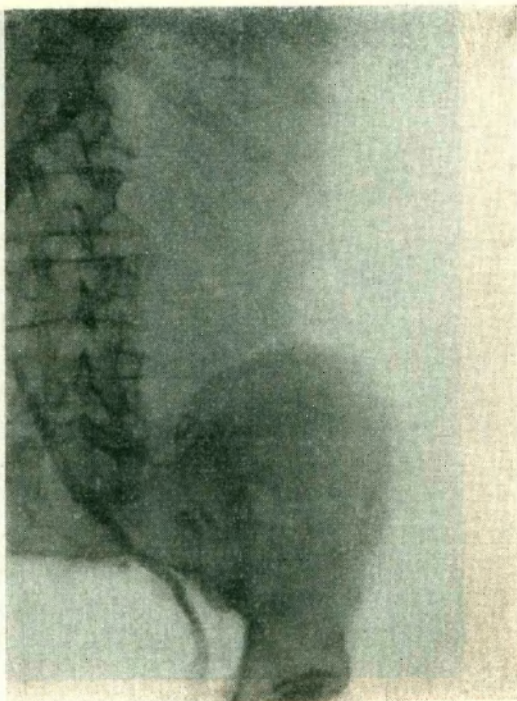


Figura 2

Pielografía Ascendente de R. I. — El sistema pielocalicial aparece desplazado, sobre columna, en relación del mismo. El uréter acompaña dicho desplazamiento.

Pielografía Descendente (26/VI/47) Nefrograma der. normal. La zona renal izquierda se halla ocupada por un velado, cuyo límite inferior es posible apreciar a cuatro traveses de dedo por debajo de la cresta ilíaca. Sombra del psoas conservada. Si bien no es posible visualizar la eliminación de substancia de contraste por las vías excretoras, vemos que se dibuja en su tercio inferior del uréter izquierdo, en situación y con caracteres normales. Gruesas formaciones osteofísicas en columna. (fig. N 1).

Hemograma (27/VI/47) Gl. R.: 3.700.000. Gl. Bl.: 7.900. V. Gl.: 0.92. Hgb.: 68 % Neutr.: 79 %. Eos.: 1 %. Linf.: 15 %. Monoc.: 4 %. Metam. Neutr.: 1 %. Hematíes sin alteración morfológica.

Cistoscopia (3/VII/47) Vejiga de caracteres normales. Cuello apenas deformado por adenoma incipiente. O. O. U. U. de forma, aspecto y situación normales. Se caracteriza el ureter izquierdo, sin ningún inconveniente, lo que se hace en toda su extensión. El cateter no funciona muy bien.

Pielografía ascendente de R. I. (3/VII/47). El sistema pielocalicial aparece fuertemente desplazado hacia el lado opuesto, con rotación del mismo. El ureter, en sus $\frac{2}{3}$ superiores, acompaña este desplazamiento. (Fig.: 2)..

Radiografía de colon por enema opaco (4/VII/47). Cólores permeables, con menor relleno en la porción descendente, donde se constata una disminución de calibre y una falta de

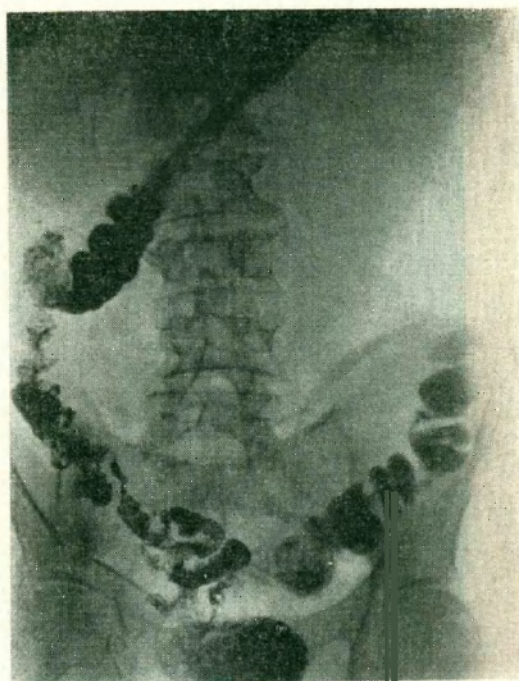


Figura 3

Pielografía de color. (por enema). Falta de relleno en parte Superior del Colon descendente por compresión extrínseca y apertura del ángulo esplénico del colon.

homogeneidad, sin dar la impresión de un proceso orgánico intrínseco cólico. Impresiona como que el ángulo esplénico del colon se hallara abierto, enmarcando la tumoración (Fig. N° 3).

Hemograma (7/VII/47) Gl. R.: 3.190.000. Gl. Bl.: 9.700. V. Gl.: 0,85. Hgb.: 50 % Neut.: 74 % Eos.: 1 % Bas. 0 % Linf.: 21 % Monoc. 4 %. Ligera asino y poiquilocitosis. Hematíes con hipocromía central.

Tiempo de coagulación y de sangría (7/VII/47) 6' y 2'20''.

Eritrosedimentación (7/VII/47) 1° hr.: 98 mm.; 2° hr.: 150 mm.

Dosaje de úrea en sangre (7/VII/47): 0,27 grs. %.

Reacción de Casoni (7/VII/47): Negativa.

El 12/VII/47, hace un proceso pulmonar con alta temperatura, por lo que se inicia un tratamiento a base de penicilina. Como a posteriori acusa gran sensación de decaimiento se le hace una transfusión de 300 cc.

Hemograma (1/VIII/47): Gl. R.: 2.800.000. Gl. Bl.: 10.000. V. Gl.: 0,78. Hgb.: 44 %. Neut.: 68 %. Eos.: 3 %. Bas.: 0 %. Linf.: 25 %. Mon.: 4 %. Hematíes francamente hipocrómicos con discreta aniso y poiquilocitosis.

Dosaje de Urea en Sangre (7/VIII/47): 0,46 grs. %cc.

En estas condiciones el enfermo es transferido a nuestro servicio de urología, siendo de observar que la tumoración conservaba los caracteres descriptos con anterioridad, que las

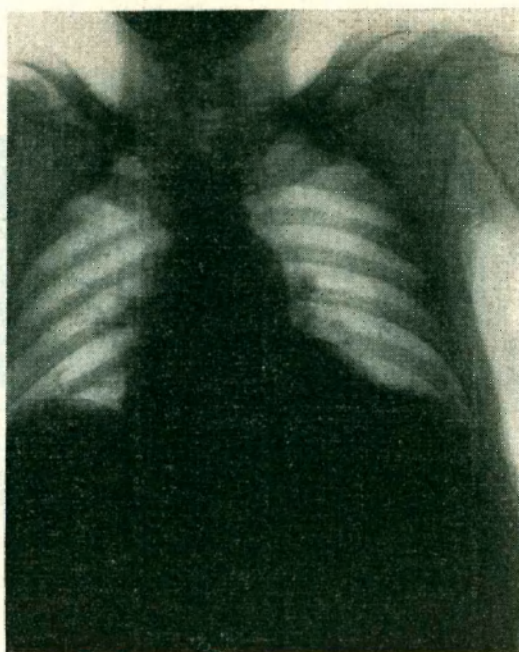


Figura 4

Radiografía de Campos Pulmonares. No se aprecian modificaciones a nivel del parénquima pulmonar. Sobre-elevación del hemidiafragma izq.

condiciones del enfermo habían sensiblemente disminuido y que desde hacía cierto tiempo se mantenía una temperatura que oscilaba alrededor de los 37° 5, y nunca descendiendo por debajo de 37°. Sospechando que ella podía ser producto de la misma tumoración y pensando estar frente a un tumor de riñón, es que me decido intervenirlo. Para descartar cualquier proceso pulmonar latente se le hace una

Radiografía de campos pulmonares (4/VIII/47): Parénquima pulmonar sin particularidad. Sobreelevación de la cúpula diafragmática izquierda. Sombra aórtica ensanchada. (Fig. Nº 4).

Operación (6/VIII/47). Cirujano: Dr. Delporte; ayudantes: Dres. Gorni y Achilli. Anestesia con Pentothal (1,10 grs.). Lumbotomía según la técnica de Elmer Hess, con incisión sobre la 12° costal. Seccionado el dorsal ancho, se cae sobre la 12 costilla, la que se reseca

en su mayor parte. Se amplia la incisión con la sección de los oblicuos. Abierta la aponeurosis del transverso, se cae sobre la tumoración, la que se va liberando fácilmente, ya que existe un buen plano de clivaje. La tumoración se extiende profundamente por debajo de la parrilla costal y hacia abajo, más allá del ombligo y hacia adentro, sobrepasando la línea media: liberada completamente se extrae ésta en block, previa ligadura de unas bridas fibrosas, que parecen mantenerla adherida a la profundidad. En las maniobras de liberación, se abre un ojal en peritoneo, el que es suturado inmediatamente. En el fondo de la cavidad, es posible apreciar el riñón, con sus caracteres normales, el que se deja en su lugar. Gasa de taponamiento y de drenaje. Reconstrucción de la pared por planos. Piel y celular con lino. Durante la operación se transfunden 500 cc. de sangre.

Post-operatorio: suero glucosado endovenoso y fisiológico subcutáneo; Coramina; posición

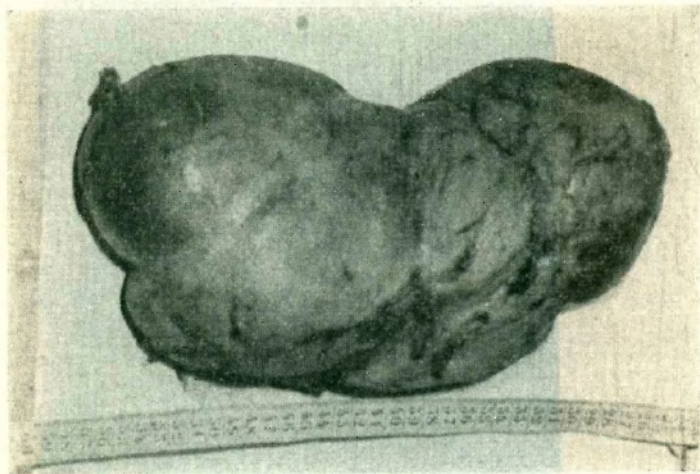


Figura 5
Pieza operatoria.

Trendelenburg. La misma tarde de la operación el paciente se encuentra un poco shockado, con una máxima de 75 mm. Penicilinoterapia. Al día siguiente, su presión arterial vuelve a la cifra que tenía antes de ser operado: 105 mm. de Mx. A las 48 hrs., se encuentra subjetivamente bien, siendo de hacer notar que después de operado su temperatura ha bajado a cifras normales, haciendo un post-operatorio completamente apirético.

Análisis de orina (12/VIII/47): Ac. D.: 1,015. Urea: 18.4. Clor.: 6.8. Fosf.: 1.4. Sangre: vest. Sed.: escasos hematíes y algunos leucocitos.

Informe anátomo-patológico de la pieza operatoria: Se trata de una tumoración de forma reniforme, de 33 ctms. de largo por ctms. de ancho, de superficie blanquecina, algo abollonada y de consistencia firme. Abierta la pieza, esta se presenta maciza en toda su extensión con zonas blanquecinas de aspecto fibromatoso, alternando con otras amarillentas, de aspecto lipomatoso. (Fig. N° 5).

Al microscopio, se presentan dos aspectos histológicamente demostrables: Por un lado el tumor está formado, por células alargadas de núcleo claro, de aspecto fibroblástico, separados

por substancia fundamental eosinófila, con escasas fibrillas. Esos elementos se disponen en haces compactos, siguiendo distintas direcciones, sin un orden determinado. Los elementos celulares descriptos, no son homogéneos, en cuanto a sus características, porque se los observa de distintos tamaños, existiendo algunos muy grandes. Se observan algunas divisiones celulares, en general de forma directa.

Por otro lado las células tumorales son estrelladas, con ramificaciones, que se ponen en contacto con las de otras células; el protoplasma es también claro y las formas y tamaños, son también variables, presentándose algunas monstruosidades y divisiones celulares abundantes.

Los espacios intercelulares, en esta zona, están ocupados por abundante cantidad de substancia homogénea, sin fibrillas, que se tiñe débilmente con la hematoxilina, tomando un color celeste, la que se individualiza como mucina. Esta mucina, en zonas, es tan abundante, que se encuentran campos prácticamente sin células.

El tumor presenta una discreta vascularización, con vasos adultos, con paredes propias bien constituidas.

En resumen: estamos en presencia, de una tumoración conjuntiva, con escasos aspectos histológicos de malignidad, que clasificamos como un *Fibro-Mixio-sarcoma*. (Dr. G. Fontana).

Evolución: Hace una evolución excelente, persistiendo la apirexia, hasta el 20/VIII/47, en que sobreviene una congestión pulmonar, que se trata con penicilina y la medicación clásica. Por la herida drena abundante serosidad, hasta el 25/VIII/47, la que luego va cediendo paulatinamente, hasta desaparecer por completo.

Hemograma (1/IX/47): Gl. R.: 4.180.000. Gl. Bl.: 9.900. V. Gl.: 0.87. Hgb. 72 % Neut.: 77 %. Eos.: 2 %. Linf.: 17 %. Mn.: 4 %. No se identifican elementos inmaduros.

Eritrosedimentación (1/IX/47): 1° hr.: 72 mm. 2° hr.: 138 mm.

Pielografía descendente (5/IX/47): Es posible apreciar en estas radiografías de control, que el riñón izquierdo ha recuperado su posición, así como el uréter, mostrando además un buen funcionalismo.

Alta del Servicio: 11/IX/47.

18/IX/47: El enfermo se encuentra subjetivamente bien, con excelente apetito, habiendo aumentado, según refiere, unos 10 kilos de peso. Inicia una serie de aplicaciones de Radioterapia Profunda.

BIBLIOGRAFIA

- Lepoutre, Delattre y Paget*. — F. Fr. d'Urol., 37, 238, 1934.
Michon, Delarue y Suire. — J. Fr. d'Urol., 47, 423, 1939.
Fontaine R., Forster E. y Ambard D. — J. Fr. d'Urol., 52, 74, 1944.
Minuzzi, P. G. y Torresi, S. — Rev. Arg. de Urol., IX, 25, 1940.
Howard, H. H. y Suby, H. I. — The J. of Urol., 40, 491, 1938.
Hess, Elmer. — The J. of Urol., 42, 943, 1939.
Gouverneur, R. — Mem. Acad. de Chir., 68, 374, 1942.
Aumont. — Mem. Acad. de Chir., 69, 49, 1943.
Kretschmer, H. L. — The J. of Urol., 43, 61, 1940.
Sweetser, T. H. — The J. of Urol., 47, 619, 1942.
García Capurro, F. y Piaggio Blanco, R. A. — Semiología Clínico-Radiológica de las Tumora-
 ciones del Abdomen. Espesa Calpe 1946.
Van Kerbergen. — J. Belge d'Urol., XV, 622, 1947.

DISCUSIÓN

Dr. Vilar. — *La vía de acceso que ha seguido el Dr. Delporte me parece excelente e inobjetable, pero no estoy de acuerdo con las referencias que hizo acerca de la vía transperitoneal.*

Nosotros hemos seguido esa vía, y hemos quedado satisfechos de ella, porque en los casos de tumores hay que ir ante todo al pedículo. Esa vía permite llegar al pedículo sin manosear el tumor.

Además, esa vía no es tan shockante, como pareciera desprenderse de las estadísticas que ha traído el Dr. Delporte, porque la disección del tumor se hace después de la hemostasia; el pedículo se liga sin desplazar el tumor. En los tumores renales, hay gran pérdida de sangre si es que se libera la glándula antes de llegar al pedículo. La vía transperitoneal permite llegar al pedículo sin disecar la glándula.

Nos ha llamado la atención el hecho de que después de una ectomía por vía transperitoneal quede una loge muy reducida, en contraposición con la loge que existe después de haberse seguido otras vías. Considero, pues, que la vía transperitoneal no es peligrosa, porque tiene lugar en la cavidad abdominal, que es la más quirúrgica del cuerpo humano.

Dr. Delporte. — *Posiblemente, tratándose de tumores renales, que son muy sangrantes en su atmósfera perirrenal, la vía transperitoneal sea de gran utilidad, pero en nuestro caso, la intervención fué prácticamente exangüe y eso que se trataba de un tumor de 35 cms. de largo que estaba bien encapsulado.*
