

Revista Argentina de Urología

Organo oficial de la Sociedad Argentina de Urología

Año XIX

ENERO - JUNIO 1950

Números 1-6

EL ABORDAJE TRANSTORACICO DEL RIÑON

Por el Dr. FRANK A. HUGHES

(de Montevideo)

El abordaje amplio del riñón es posible hacerlo desde la pared lumbar posterior o desde la pared anterior por medio de secciones musculares importantes o de resecciones costales, que permiten gracias a ellas, la realización de cualquier acto quirúrgico sobre el órgano.

En todos los procedimientos y métodos era, sin embargo, norma rígida, que debía conservarse la integridad de la pleura, aunque la lesión de esta serosa tenía, como muy bien lo dice Colston (1), una mayor consecuencia sobre la moral del cirujano que está actuando en el acto quirúrgico, que sobre el enfermo que en la inmensa mayoría de los casos no se veía perjudicado por el tal "calificado accidente".

Pero desde hace unos años el perfeccionamiento de la técnica anestésica y el uso de los antibióticos ha hecho que el temor de lesionar la pleura se fuera perdiendo y se planteara la vía transtorácica para el abordaje de los órganos del cuadrante superior del abdomen por incisiones combinadas, pero que presentaban como innovación a señalar la abertura amplia de la cavidad pleural. Carter (2).

Por otra parte, las heridas tóraco-abdominales durante la última guerra mostraron la utilidad del abordaje transdiafragmático de cierto tipo de lesiones aisladas de los órganos abdominales, o de esas mismas lesiones asociadas a heridas de los órganos torácicos. Marshall (3) estableció en un trabajo de conjunto a propósito de las heridas urogenitales, observadas en un hospital de evacuación que servía al 5º Ejército durante la campaña de Italia, que el riñón se explora fácilmente y puede ser correctamente reparado o extirpado por vía transdiafragmática. Refiere 4 casos al respecto. En el mismo sentido se expresa Fox (4) quien sobre 270 heridas tóraco-abdominales refiere dos nefrectomías derechas efectuadas por vía transtorácica.

Estas publicaciones y otras, hicieron que el abordaje del riñón por vía

transtorácica se planteara como posible frente a otras razones y a motivos diversos. Fué así como Mortensen ⁽⁵⁾ de Australia refiere una nefrectomía izquierda en un caso de tumor renal de gran tamaño, que no había podido ser extirpado en una operación anterior, durante la cual debió dejarse una pinza hemostática a permanencia por una hemorragia importante. Dicho autor la realizó resecaando la 10^a costilla y debiendo efectuar al mismo tiempo la extirpación de la cola del páncreas y del bazo. El peritoneo y la pleura fueron cerrados sin drenaje.

Chute ⁽⁶⁾ citado por O'Connor y Head en el Meeting de 1948 de la American Association of Genito-Urinary Surgeons (Comunicación que no hemos podido conseguir) precisa la ventaja que confiere la amplia exposición de esta vía cuando se trata de tumores renales grandes del lado izquierdo. Describe 3 operaciones efectuadas de ese lado y es de opinión que ella, además de facilitar la extirpación del riñón, permite la disección bajo visión de los ganglios malignizados sobre el pedículo renal.

O'Connor y Head ⁽⁷⁾ realizan según ellos la primera nefrectomía por vía transtorácica del lado derecho por procesos patológicos no traumáticos, en un caso de tuberculosis renal, en el cual una extrema xifosis provocaba el descenso de la caja torácica hasta la pelvis borrando los espacios blandos posteriores y anteriores para el abordaje renal. La cavidad pleural fué por ellos drenada como es corriente en las operaciones torácicas, drenaje que se sacó a las 24 horas previa una placa de tórax que reveló la completa expansión del pulmón y la ausencia de aire o de líquido en la cavidad pleural.

Posteriormente Chute y Souter ⁽⁸⁾ tratan nuevamente el problema a propósito de las nefrectomías en los tumores renales, no estableciendo ahora limitaciones en cuanto al lado y haciendo consideraciones a propósito de las bajas cifras de curaciones de 5 años en los tumores del riñón, cifras que quizás tengan relación según ellos, con defectos en la técnica de la extirpación del órgano (sin ligadura previa de los vasos del pedículo, y sin la extirpación completa de los territorios linfáticos, de acuerdo a los principios que rigen la cirugía del cáncer).

Y por último Marshall y Dake ⁽⁹⁾ a propósito de una metástasis renal y pulmonar de un osteosarcoma de fémur, se refieren también al tema, insistiendo en las ventajas de su utilización y en lo indiferente que resulta realizar la intervención del lado derecho o del lado izquierdo.

NUESTRA EXPERIENCIA

Es sumamente breve y se refiere a 4 casos de procesos patológicos renales abordados por esta vía: 1 tumor; 1 quiste hidático supurado; 1 litiasis y 1 tuberculosis del riñón. Los tres primeros de localización derecha y el último de lado izquierdo.

Observación N° 1. — Pedro F. de 68 años. Debíó ser intervenido el día 15 de marzo de 1950 en el Hospital Militar por un tumor del polo superior del riñón derecho. Este tumor de relativo tamaño se presentaba al examen clínico, como prácticamente fijo a la pared lumbar, lo que nos decidió realizar su abordaje por vía transtorácica. La operación se realizó resecaando la 10^a costilla y entrando ampliamente en la cavidad pleural, para seccionar luego las fibras del diafragma cubiertas por la pleura diafragmática.

El tumor se mostró a la exploración quirúrgica como totalmente adherido al plexo vascular prevertebral; no siendo posible identificar los elementos venosos y arteriales, pese a la amplia exposición que el campo suministraba. En las maniobras de liberación y de movilización del órgano cometimos el error de ligar la vena cava, totalmente modificada en su dirección por la tracción que sobre ella ejercía el tumor, creyendo que era la vena renal dilatada. Ese accidente produjo de inmediato un cuadro de colapso intenso, del cual el paciente apenas se repone y que obliga al cierre rápido de la brecha operatoria dejando una pinza y permanencia en el cabo distal de la vena ligada, en forma oblicua para permitir la desembocadura de la vena renal izquierda en ese cabo distal. El enfermo fallece pocas horas después.

Este primer caso, a pesar de su resultado desgraciado, nos convenció que el abordaje transtorácico, era capaz de proporcionar una amplia utilidad en el tratamiento quirúrgico de diversos procesos patológicos renales y decidimos continuar realizándolo en futuras situaciones.

Observación N° 2. — Francisco B. de 33 años. Enfermo con un quiste hidático supurado y abierto del polo superior del riñón derecho, que ingresa al Hospital Militar eliminando hidáticos por la orina, con sufrimientos renoureterales marcados y cuadro séptico grave. Previa administración de antibióticos (Estreptomicina y Penicilina) se hace abordaje transtorácico de la fosa renal derecha el día 20 de Marzo de 1950, comprobándose la existencia de un quiste hidático grande del riñón, adherido al peritoneo parietal posterior sub-hepático y próximo a abrirse al parecer en la cavidad peritoneal. El amplio campo permitió la liberación fácil del órgano y su extirpación con un fragmento de peritoneo adherido. Se reconstruyó la serosa, se suturó el diafragma y se dejó tubo y mecha en la logia renal que se sacó a través de una brecha diafragmática en la zona cubierta de pleura. No se drenó la cavidad pleural. En el post-operatorio el enfermo hizo un derrame pleural de escasa jerarquía que evolucionó sin particularidades hasta su total reabsorción.

En vista de la facilidad con que pudo realizarse este acto quirúrgico, que parecía ofrecer algunas dificultades, decidimos abordar dos nuevos procesos renales por esta vía, a pesar de que ellos no constituían indicaciones netas para la misma.

Observación N° 3. — Zenón P. de 52 años. Enfermo con un doble cálculo de la pelvis renal derecha. Se hace pielolitotomía posterior, el día 23 de marzo 1950 por vía transdiafragmática reseca la 11ª costilla y sin abrir el peritoneo. Se drenó la pelvis por la existencia de una pielitis intena cuya sonda se sacó, con una mecha retropiélica, como en el caso anterior, a través de la zona extrapleural del diafragma. No se drenó la cavidad pleural. El post-operatorio fué sin particularidades aparte de una pequeña supuración del tejido celular subcutáneo, sin participación de los planos profundos y sin la menor reacción pleural.

Observación N° 4. — Carlos B., de 22 años. Tuberculosis cavitaria del riñón izquierdo con pus y B. A. R. en la orina del riñón enfermo. Integridad anatómica y funcional del riñón derecho. La intervención se realizó el día 7 de abril de 1950, reseca la 11ª costilla, sin abrir el peritoneo y con la única variante que el uréter abocado a la comisura anterior de la herida, adonde se llevó a través del segmento extrapleural del diafragma, sólo fué seccionado cuando la piel había sido totalmente suturada. El post-operatorio se desarrolló dentro de una total apirexia y sin la menor anormalidad.

TECNICA

La característica fundamental de la técnica es su sencillez. Es necesaria la anestesia general con intubación traqueal. La posición es de interés, debiendo colocarse al enfermo en posición lateral acostado sobre el lado sano y sobre almohadilla, pero además algo apoyado sobre la cara anterior, de modo que el eje transversal del tronco haga un ángulo aproximado a los 45° con el plano horizontal.

Se debe precisar el trayecto total de la costilla a reseca, 10ª o 11ª según la relación radiológica reno-costal del riñón a tratar. En la observación N° 1 se reseca la 10ª y en los tres casos restantes la 11ª. Se inciden los planos cutáneos y musculares hasta llegar a la costilla que se reseca subperióticamente desde algo por dentro del borde externo de los músculos de la gotera que

deben reclinarse hacia adentro, hasta su extremo anterior, tratando de no lesionar los vasos intercostales. En el lecho de la costilla y no muy próximo a los elementos intercostales, se abre la pleura de un extremo a otro de la herida. Queda así expuesto el diafragma recubierto por la pleura diafragmática en su casi totalidad, existiendo en la parte anterior de la herida fibras musculares del citado músculo no recubiertas de serosa y situadas por delante y abajo de la reflexión del fondo de saco. El pulmón aparece en la parte alta de la herida, de donde es suavemente apartado. No molesta en el curso de la operación. Un separador de Finochietto se coloca y se abre. Se toma el diafragma con 2 pinzas de Allis y el músculo cubierto por la serosa se secciona, debiendo ligarse ramas arteriales diafragmáticas que no ofrecen dificultades. La sección se continúa hacia adelante, en la porción del músculo no cubierta de serosa. Se cae así en el espacio retroperitoneal, pero el peritoneo puede abrirse al seccionar el diafragma, y a veces se abre intencionalmente. En las observaciones Nos. 1 y 2 fué abierto, no así en las dos últimas. El riñón se libera primero en su polo superior siendo fácilmente separado de la suprarrenal que se ofrece ampliamente a la vista, lo que justifica la utilización de esta vía para el tratamiento quirúrgico de los tumores de dicha glándula (Harper) ⁽¹⁰⁾.

El órgano se termina de liberar, y se exterioriza según las necesidades de las maniobras a realizar.

La reconstrucción del diafragma en la porción pleural, se hace con catgut cromado N° 1 con puntos separados que se anudan por debajo del músculo. Al llegar al punto de reflexión del fondo de saco se continúa con la reconstrucción de la pleura parietal recubierta del periostio y de los intercostales, para lo cual debe sacarse la almohadilla sobre la que estaba apoyado el enfermo. La sutura de la pleura parietal recubierta por el periostio y los intercostales puede ofrecer ciertas dificultades, sobre todo en la comisura posterior. Para obviarlas conviene no dejar los puntos posteriores para el final, sino efectuar dos o tres puntos en esa comisura, después que haya sido suturada la comisura anterior y continuar luego con los puntos de atrás adelante.

En los casos en que deba drenarse la cavidad pleural (nosotros no hemos drenado ninguno de nuestros casos, pero debió drenarse el 2° y tal vez el 3° y 4°) el drenaje se hace como en todas las intervenciones de tórax, con sonda Nélaton de varios orificios colocada verticalmente en la cavidad pleural y sacada a través de otro espacio intercostal con sutura en jareta a su alrededor, cerrando la sonda herméticamente hasta sumergirla en un bocal con líquido antiséptico y pesas, cuando el enfermo haya llegado a su cama. El resto extrapleural del diafragma se cierra también con puntos separados, que pueden anudarse ahora por su cara superior, la que es más fácil, dejando el drenaje o la mecha que salga a este nivel. Sobre el plano del periostio y de los intercostales que debe ser cerrado herméticamente y con el pulmón en ese momento expandido (baronarcosis), se hace un segundo plano muscular que se solidariza al primero. Lo demás no ofrece particularidades a señalar.

Es conveniente efectuar en la tarde de la operación o a las 24 horas, una radiografía de tórax para determinar la expansión completa del pulmón y la ausencia de aire o de líquido, pero sobretudo de aire, en la cavidad pleural,

que debe aspirarse si es que existe, por medio de una punción y de cualquiera de las máquinas de aspiración corrientes.

CONCLUSIONES GENERALES

El objeto de la comunicación es referir que gracias a los perfeccionamientos técnicos (anestesia, antibióticos, etc.) el abordaje de la logia renal a través de la cavidad pleural y del diafragma, constituye una operación seguramente de riesgo y de jerarquía corriente.

Suministra, a nuestro juicio, un campo más amplio para realizar cualquier clase de manipulaciones quirúrgicas sobre el órgano, que otra vía de abordaje y parece particularmente indicada en el tratamiento de los tumores del riñón y en los traumatismos de la región.

Puede utilizarse también para la terapéutica quirúrgica de otros procesos patológicos; pero frente a ellos sus ventajas y sus inconvenientes deberán precisarse y establecerse.

Constituye una vía con la cual conviene familiarizarse en los casos corrientes, para poder sacarle luego en los casos en que realmente tiene ventajas, una utilidad que como es lógico será variable de acuerdo a la modalidad y a la técnica de cada cirujano.

BIBLIOGRAFIA

1. Colston J. — (Discusión del trabajo de E. Hess. *J. of Urol.*: 1939: 42: 943).
2. Carter B. — *Surg. Gyn. and Obst.*: 1947: 84: 1019.
3. Marshall D. — *J. of. Urol.*: 1946: 55: 119.
4. Fox D. — *Surg. Gyn. and Obst.*: 1946: 82: 64.
5. Montensen H. — *J. of Urol.*: 1948: 60: 857.
6. Chute R. — (Citado por O'Conor y Head) (7).
7. O'Conor V. y Head J. — *Surg. Gyn. and Obst.*: 1949: 89: 599.
8. Chute R. y Souter L. — *J. of Urol.*: 1949: 61: 688.
9. Marshall D. y Drake E. — *J. of Urol.*: 1949: 62: 655.
10. Harper F. — *Arch. Surg.*: 1947: 54: 517.