

EL ABORDAJE TRANSTORACICO DEL RIÑÓN (*)

Nuevas Observaciones

Dr. Frank A. Hughes

En comunicaciones anteriores ⁽¹⁾ y ⁽²⁾ y nos hemos ocupado de este tema, presentando en el primero de los trabajos referidos, el resumen de nuestros 4 primeros abordajes transtorácicos del riñón y en el segundo el resumen de 10 intervenciones llevadas a cabo con nuestros colaboradores por esa vía.

Hoy completamos nuestra casuística con otras 5 observaciones, que se resumen en la fig. 1, que hacen llegar a 15 los casos operados por una vía, que a nuestro juicio ofrece aristas de interés, como para justificar su presentación a esta Sociedad de Cirugía. 12 de esas observaciones nos pertenecen, por haber intervenido en ellas personalmente, 2 pertenecen a nuestro compañero el Dr. H. Scoseria, quien las realizó en su Servicio de la Sociedad Española en colaboración con el Dr. Rocca Esteves y una pertenece al Dr. Alberto Gaye. Agradecemos a los citados colegas la gentileza tenida para con nosotros al respecto.

En 11 de los casos, la intervención se realizó sobre el riñón derecho y en los cuatro restantes sobre el riñón izquierdo. La intervención se efectuó 4 veces (Casos 1, 5, 9 y 12) por tumor renal. En un caso (Caso 12) el tumor había pasado de los límites quirúrgicos por lo cual la exéresis renal no pudo efectuarse y en otro (Caso 1) el tumor a pesar de su extensión y de su adherencia al plano vascular prevertebral fué extirpado, pero a expensas

(*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 27 de junio de 1951.

de una ligadura de la vena cava, con muerte del enfermo a las pocas horas de la operación.

En 4 casos (Casos 4, 8, 13 y 15) el acto quirúrgico fué efectuado por infección tuberculosa del riñón (Nefrectomías).

En 2 casos (Casos 3 y 11) por litiasis renal no complicada (Pielolitotomías).

En 4 casos (Casos 6, 7, 10 y 14) por litiasis renal complicada (Pionefrosis y Perinefritis) (3 Nefrectomías subcapsulares y una nefrectomía).

En 1 caso (Caso 2) por quiste hidático supurado del riñón

Resultados:

Perdimos como consecuencia del acto quirúrgico, un paciente, el N° 1. Dicha pérdida debe relacionarse totalmente con la exéresis realizada y no con la vía de abordaje. Es muy probable sin embargo que fuera la extraordinaria luz suministrada por el abordaje en cuestión, lo que hizo posible la exéresis amplia llevada a cabo y que motivó la muerte post-operatoria del paciente. Sin ella seguramente la intervención no hubiera ni siquiera sido intentada. Como es lógico este resultado adverso frente a un tumor renal extendido sugiere posibilidades exitosas en otras circunstancias más favorables.

Queremos al respecto repetir aquí lo que decíamos en nuestra primera comunicación presentada el año pasado a la Sociedad Argentina de Urología a propósito del resultado desfavorable de nuestra primera toracotomía para abordaje del riñón: "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".

Hoy, después de una experiencia más extendida, podemos afirmar que en ninguna de las situaciones en que esta vía de abordaje fué utilizada, debimos arrepentirnos de su empleo.

Complicaciones:

Sobre los 14 pacientes restantes, 10 evolucionaron sin la menor particularidad y puede afirmarse que el post-operatorio fué en ellos llamativamente simple.

Tres pacientes (Casos 2, 7 y 14) hicieron derrames pleurales, que evolucionaron en forma favorable en los casos 2 y 14, desapareciendo el líquido en forma espontánea en el término de pocas semanas. En el caso 7 debió procederse a punciones repetidas hasta la mejoría total de la enferma.

Los mismos tres pacientes habían hecho previamente un neumotórax después de la operación, seguramente por errores en la técnica del cierre pleural.

Un paciente (Caso 3) hizo una supuración de las partes blandas y luego al cabo de varios meses una "eyentración" si se nos permite usar aquí esta palabra, con salida del contenido abdominal empujando un diafragma flácido entre la X y la XI costilla. Esta complicación debió luego repararse, seccionando el extremo posterior de las citadas costillas una vez desperiostadas y cruzándolas en X, con lo que se obtuvo una buena pared tóraco-abdominal. Esta intervención fué realizada en colaboración con el Dr. B. Urioste.

Comentarios:

La vía torácica para el abordaje del riñon se utilizó, de acuerdo a nuestra búsqueda bibliográfica, por primera vez por Marshall (3). Este autor publica, en 1946, en un trabajo de conjunto sobre heridas urogenitales observadas en un hospital que servía al 5º Ejército, durante la campaña de Italia, su opinión de que el riñón puede ser reparado o extirpado por vía transdiafragmática. Hace una descripción de la vía y dice al respecto que usando el abordaje a través de la 10ª costilla y del diafragma, pudo efectuar una nefrectomía en 2 casos, asociada a una esplenectomía, en una de cuyas observaciones se pudo reparar al mismo tiempo una herida gástrica. En otras dos situaciones se pudo tratar en forma conservadora una herida renal usando el abordaje transdiafragmático citado. Fox en el mismo año (4), a

Nombre	Diagnóstico Tipo de operación	Técnica	Evolución Complicaciones
Pedro F. Militar - 28 años (1) 15. XI. 50	Tumor polo sup. Riñón derecho Nefrectomía.	Resección II costilla Adherencia a grandes vasos Ligadura de la vena cava	Muerte post-operaria
Francisco B. Militar - 33 años (2) 20. XI. 50	Quiste hidático supremo del polo sup. Riñón derecho Nefrectomía.	Resección II costilla Abertura del peritoneo	Derrame pleural
Zanón P. Militar - 52 años (3) 23. XI. 50	Doble cálculo polia renal Derecho Pielolitomía.	Resección II costilla Abertura del peritoneo	Separación tejido cálcico subcutáneo
Carlos B. Militar - 23 años (4) 21. XI. 50	Tuberculosis renal izq. Nefrectomía.	Resección II costilla	Sin particularidades
Leon L. 5 Particulares - 44 años (5) 26. XI. 50	Tumor polo sup. Riñón Derecho Nefrectomía.	Resección II costilla Abertura del peritoneo	Sin particularidades
Natividad B. de M. Militar - 28 años (6) 30. XI. 50	Pancreatitis calculea D. Nefrectomía subcapsular.	Resección II costilla	Sin particularidades
Paula H. de L. 5 Particulares - 54 años (7) 26. XI. 50	Pancreatitis calculea D. Nefrectomía subcapsular.	Resección II costilla Abertura del peritoneo Drenaje pleural - 3 días	Derrame pleural peritonizado
Brenda T. Militar - 18 años (8) 19. XI. 50	Tuberculosis renal derecha Nefrectomía.	Resección II costilla Abertura del peritoneo	Sin particularidades
Chela S. Inf. 2. Sistema - 28 años (9) 21. XI. 50	Tumor del Riñón derecho Nefrectomía.	Resección II costilla Abertura del peritoneo Drenaje pleural - 3 días	Sin particularidades
Juan L. Inf. 3. Urogen. - 34 años (10)	Pancreatitis calculea izq. Nefrectomía subcapsular.	Resección II costilla. Abertura del peritoneo	Sin particularidades
N. N. Inf. 3. Urogen. - 64 años (11) Nacional de Uruguay	Cálculo pilosa renal derecha Pielolitomía.	Resección II costilla	Sin particularidades.
Sofornina P. Inf. 2. Sistema - 36 años (12) 16. XI. 1950	Tumor polo sup. Riñón D. Teratoma con quistes Tumor inoperable.	Resección II costilla Drenaje pleural - 4 días	Sin particularidades
Juan J. Militar - 45 años (13) 27. XI. 1950	Tuberculosis renal derecha Nefrectomía.	Resección II costilla Abertura del peritoneo	Sin particularidades
Agustín M. Militar - 43 años (14) 14. XI. 1950	Pancreatitis calculea izq. Quiste perirrenal calculea Nefrectomía.	Resección II costilla Drenaje pleural - 5 días	Neumotórax que desaparece espontáneamente en 10 días con aspiración pleural.
Horacio M. Militar - 29 años (15) 22. VI. 1951	Tuberculosis renal izq. Nefrectomía.	Resección II costilla Abertura del peritoneo Drenaje pleural 4 días	Sin particularidades

FIG. N° 1. — Resumen de las 15 observaciones en las cuales se utilizó la vía transtorácica para el tratamiento quirúrgico de diversos procesos patológicos renales.

propósito del tratamiento quirúrgico de 270 heridas tóraco-abdominales, refiere 2 nefrectomías derechas llevadas a cabo por vía transtorácica. Desde entonces el abordaje mencionado del riñón, gracias a los progresos de la anestesia, de los antibióticos y del perfeccionamiento de la técnica, va entrando en la práctica corriente; mereciendo citarse las comunicaciones de Mortensen de

Australia en 1948 ⁽⁵⁾, quien se refiere a los tumores renales izquierdos inoperantes por vía abdominal y tratados exitosamente desde el tórax; la de Chute (citado por O'Connor y Head), quien también la utiliza en los tumores renales izquierdos, para llegar a la de los mencionados O'Connor y Head en 1949 ⁽⁶⁾ que realizan, al parecer, la primera nefrectomía por vía transtorácica del lado derecho, por procesos patológicos no traumáticos, en un caso de tuberculosis renal, sobre la cual no cabía el ataque lumbar o abdominal, porque una xifosis extrema provocaba el descenso de la caja torácica hasta la pelvis. Posteriormente Chute y Souter en 1949 ⁽⁷⁾ se ocupan nuevamente del tema de los tumores renales abordados por el tórax, pero sin establecer ahora limitaciones en cuanto al lado, insistiendo en que las incisiones lumbares y abdominales no permiten en general la ligadura previa del pedículo y la extirpación completa de los territorios linfáticos, lo que puede efectuarse en mejores condiciones desde el tórax.

En el mismo sentido, a propósito de lo indiferente que resulta el lado para el abordaje, Marshall y Drake se ocupan del problema, a propósito de un interesante caso de un tumor óseo del fémur con metástasis renales y pulmonares concomitantes tratadas quirúrgicamente.

En Francia, Foret ⁽⁸⁾ en la Sociedad Francesa de Urología, en 1950, hace referencia al tema a propósito de la vía transtorácica para el tratamiento quirúrgico de las perinefritis esclerolipomatosas importantes, que acompañan a la litiasis infectada (nosotros tenemos 4 observaciones al respecto). El autor la utiliza después que una lombotomía exploradora había demostrado la imposibilidad de resolver el problema por esta vía. Foret refiere haberla utilizado también en un tumor renal.

Por último, Chute ⁽¹⁰⁾ en Mayo del corriente año se vuelve a ocupar del tema y relata su experiencia en el Massachusetts General Hospital de Boston y en el Veterans Administration Hospital de Massachusetts, a propósito de 68 casos operados por esta vía. Es interesante recalcar sin embargo, a propósito de esta comunicación, que en la revista científica que la publica se dice: "Publicada con permiso del Jefe Médico Director del Departamento de Medicina y Cirugía de la Administración de Veteranos,

quien no asume la responsabilidad por las opiniones expresadas o por las conclusiones sacadas por el autor". El comunicante estudia las indicaciones de la vía en la cirugía urológica. Resumimos su opinión, ya que ella parece ser en el momento actual la más autorizada al respecto. El mayor valor de la incisión tóraco-abdominal, es su empleo para el tratamiento de los tumores renales, de los cuales se mencionan 28 casos; a causa de que el pedículo renal puede ser ligado bajo visión antes de que el riñón sea liberado y por ende manipulado; porque la liberación del riñón se efectúa por fuera del tejido perirrenal que puede ser extirpado en block con el espesamiento del tejido celular subperitoneal que constituye la logia renal; porque permite como ninguna vía, la disección ganglionar del pedículo y porque permite al parecer con éxito extirpar zonas de parénquimas vecinos invadidos por el proceso (vena cava, lóbulo derecho del hígado, ganglios, tejido perirrenal, etc.) lo que había sucedido en 15 de sus observaciones sobre 28 casos mencionados. Por eso es opinión de él y de sus colaboradores, que todos los tumores del riñón, cualquiera que sea su tamaño, deben ser intervenidos por esta vía. Añade la opinión de los cirujanos que han intervenido 10 de los 28 casos mencionados, quienes admiten que el tumor no podía haber sido extirpado correctamente por otra incisión que diera un abordaje menos amplio. Nosotros hemos utilizado el abordaje transtorácico en 4 casos (Casos 1, 5, 9 y 12) de tumores renales y estamos en líneas generales de acuerdo con la opinión mencionada.

La vía tóraco-abdominal (que nosotros llamamos simplemente transtorácica, ya que la prolongación abdominal no siempre la efectuamos) continúa Chute, es indispensable en los casos en que existe deformación ósea por xifosis o escoliosis que motiva frecuentemente el rechazar una operación indicada. Nosotros recordamos un caso de tuberculosis renal que debió haber sido intervenido por una tuberculosis renal unilateral, que fué tratado medicamente teniendo en cuenta entre otras razones, una xifosis extrema.

El autor juzga también que la vía transtorácica está particularmente indicada para facilitar la cirugía, en los casos de infecciones renales crónicas, acompañadas de intensa perinefri-

tis, especialmente si han existido intervenciones anteriores. Chute refiere haber efectuado 8 de ese tipo de operaciones, en 4 de cuyos casos la nefrectomía había sido intentada infructuosamente por vía lumbar por cirujanos de reconocida capacidad. Nosotros hemos intervenido en casos semejantes en 4 situaciones (Casos 6, 7, 10 y 14). Creemos que el caso 6, que había sido sometido a intervenciones anteriores y el 14, cuya figura se adjunta (fig. 2),

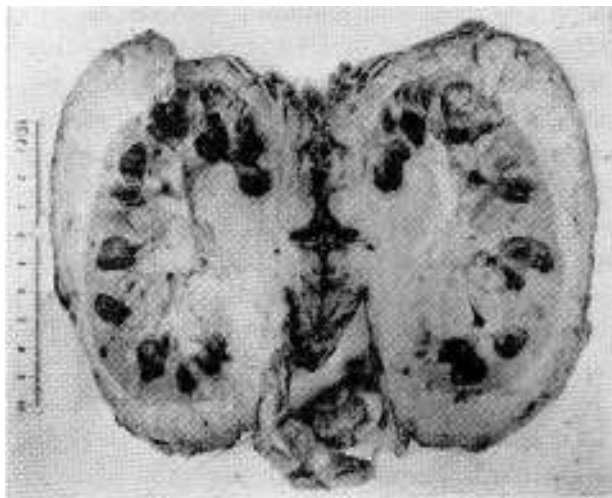


FIG. Nº 2. — Caso N. 14. Agustín M. — Pionefrosis calculosa con intensa perinefritis esclerosa que pudo extirparse en block por vía transtorácica.

sólo se pudieron resolver correctamente y sin riesgo gracias al empleo de esta vía.

Chute considera el abordaje tóraco-abdominal también indicado para el tratamiento quirúrgico de los tumores suprarrenales, excepto para los pheocromocitomas (tumores a menudo múltiples y dispersos) y para la exéresis ganglionar de las metástasis de los tumores del testículo.

Técnica:

Decíamos en nuestra comunicación del año pasado, que la característica predominante de la técnica es su sencillez. Es necesaria la anestesia general con intubación traqueal. La posición

que usamos en la actualidad es la posición lateral acostando al enfermo sobre el lado sano, fijándolo a la mesa con esparadrapo. No juzgamos oportuno más que un arqueo muy discreto del tórax sobre el abdomen. No empleamos el Pillet. En la casi totalidad de los casos resecamos la 11ª costilla desde su extremo anterior hasta algo por dentro del borde externo de los músculos de la gotera. Si una luz muy amplia se desea, el extremo anterior de la incisión puede prolongarse hasta el borde externo del músculo recto (incisión tóraco-abdominal), lo que aumenta el campo hacia abajo y adelante. Es lo que hace corrientemente Chute.

Para el tratamiento de las heridas tóraco-abdominales, Marshall recomienda la resección de la 10ª costilla que nosotros hemos practicado en las observaciones Nros. 1 y 10, obteniendo un campo y una luz semejante a la obtenida a través de la 11.

Tenemos entendido que Ugón en nuestro país, en heridas tóraco-abdominales ha tratado lesiones del riñón por vía trans-torácica resecando costillas más altas.

Creemos útil el empleo del bisturí eléctrico para la hemostasis superficial y para la sección del periostio. Abierta la pleura se coloca un separador estático de cualquier tipo (Finochietto, Gossett, bivalbo de uso ginecológico, etc.), y se toma con pinzas de Allis el diafragma que es seccionado sobre la saliente renal que se percibe a través de él. Si al abrir la cavidad peritoneal quiere evitarse, la incisión del músculo, cubierto por la pleura diafragmática, debe hacerse algo más externamente que si se trata de evitar la abertura peritoneal o que si ella se desea.

Se llega así al abdomen y se cae dentro de la cavidad peritoneal o por detrás de ella, siendo en cualquiera de las dos situaciones, de fácil abordaje la glándula renal.

Lo que sigue depende como es lógico del tipo de intervención que debe realizarse.

El cierre de la brecha operatoria comienza con la sutura del diafragma que se cierra concomitantemente con el peritoneo si la cavidad peritoneal ha sido abierta, o independientemente, con puntos separados, para lo cual utilizamos Catgut cromado N° 1. Los puntos efectuados de atrás adelante se anudan por debajo del diafragma. Al llegar al punto de reflexión del fondo de saco

pleural, la reconstrucción de la pared se continúa suturando la pleura parietal recubierta por el periostio y los intercostales.

No es necesario en general a este nivel bajo, de la parrilla costal, utilizar para el cierre de la pleura los aproximadores o los puntos intercostales. Damos 2 ó 3 puntos anteriores desde la comisura anterior hacia atrás y damos un punto en U en la comisura posterior cuyos extremos perforan el borde de los músculos de la gotera. Luego se continúa la sutura de atrás adelante. En los casos en que debe drenarse la cavidad pleural, lo que para algunos cirujanos es de rigor, procedemos a dejar una sonda Pezzer N° 16 ó 18 en el sitio más declive de la cavidad, cuyo extremo se extrae por una contraabertura inferior a la herida. Tenemos la impresión de que en las tóracotomías bajas, como las efectuadas para el abordaje renal, en la mayor parte de los casos el drenaje de la cavidad pleural es innecesario y el cierre hermético sin drenaje, previa expansión del pulmón, es seguido de un post-operatorio sin particularidades. La logia renal se drena por la comisura anterior de la herida por debajo del diafragma.

Sobre el plano de la pleura, del periostio y de los intercostales, se hace un segundo plano muscular constituido especialmente por las fibras del gran dorsal.

Lo demás de la operación no ofrece particularidades a señalar.

En la tarde de la intervención se efectúa una radiografía de tórax para precisar si la expansión completa del pulmón se ha obtenido. Si existe aire, éste debe aspirarse por medio de la sonda si el drenaje de la pleura se había llevado a cabo, o por medio de punciones y aspiración por cualquiera de las máquinas de aspiración corrientes.

RESUMEN

Hemos operado 15 enfermos por vía transtorácica: 4 tumores, 4 tuberculosis, 2 litiasis renales no complicadas, 4 pionefrosis calculosas, una de las cuales se acompañaba de una extraordinaria perinefritis esclerosa y un quiste hidático supurado del riñón. Se efectuaron 9 nefrectomías, 2 pielolitotomías, 3 nefrectomías subcapsulares y una intervención exploradora. Perdimos un enfermo como consecuencia del acto quirúrgico; tuvimos una

supuración de las partes blandas con eventración ulterior y tres derrames pleurales consecutivos a neumotórax post-operatorios. 10 enfermos evolucionaron sin particularidades.

Creemos que el abordaje transtorácico del riñón —posible gracias a los perfeccionamientos técnicos (anestesia, antibióticos, tratamiento del shock, aspiración continua, etc.)— constituye un acto quirúrgico de riesgo y de jerarquía corriente.

Permite realizar intervenciones que a menudo no pueden realizarse correctamente por otra vía y que según nuestra experiencia tiene indicaciones:

- a) En los tumores, ya que ella es la única vía que permite una completa exéresis de la totalidad de los tejidos que rodean a la glándula. Además de suministrar un campo más amplio que cualquiera otro para la ejecución del acto quirúrgico.
- b) La creemos también precisamente indicada en los casos de intensas perinefritis, como en las litiasis complicadas y en los riñones que han sido intervenidos anteriormente.
- c) Estamos satisfechos de su empleo aun cuando sus ventajas son discutibles en los demás procesos patológicos del riñón (tuberculosis, litiasis no complicada, quiste hidático, etc.).
- d) No tenemos experiencia de su utilización en los traumatismos renales o en los casos en que existe una lesión asociada a la lesión de otras vísceras, pero de acuerdo a la experiencia ajena, parece ser para esos casos, la vía de elección.

Constituye, como decíamos en comunicaciones anteriores, una vía con la cual conviene familiarizarse en los casos comunes, 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. HUGHES F. — Rev. Arg. de Urol, 1950. 19, 3.
2. HUGHES F. — Congreso del College International des Chirugiens. Buenos Aires, Agosto 1950.
3. MARSHALL D. — J. of Urol. 1946, 55, 119.
5. MORTENSEN H. — J. of Urol. 1948, 60, 855.
6. O'CONOR V. y HEAD J. — Surg. Gyn. and Onst. 1949, 89, 599.
7. CHUTE R. y SOUTER L. — J. of Urol. 1949, 61, 688.
8. MARSHALL D. y DRAKE E. — J. of Urol. 1949, 62, 655.
9. FORET J. — J. d'Urol. 1950, 56, 561.

Dr. Chifflet. — Yo, lo único que tenía que decir es que he visto practicar en algunas oportunidades el abordaje torácico del riñón al Dr. Hughes; uno queda impresionado con la facilidad de movimientos con que se pueden hacer las maniobras sobre el aparato urinario, y pensando no con criterio de la especialización, sino con criterio de cirujano general, uno diría que en realidad el urólogo que se moviliza habitualmente en medio de una zona compleja y difícil, de estructuras que están fuera del aparato urinario, consigue por intermedio de esa vía tener a la vista todo lo que puede ser un obstáculo para la cirugía propia del riñón, quiere decir que esa cirugía le da al urólogo la visualización directa de lo que puede ser el obstáculo para una operación amplia, de exéresis, tiene a su dominio el diafragma, cosa que no la tiene con la misma facilidad cuando hace la lumbotomía clásica, domina la suprarrenal, domina la cara posterior del hígado, domina la vena cava en su totalidad y tanto la domina, que esa vía de abordaje, es una vía de abordaje precisamente para los abordajes de vena cava cuando se trata de hacer las anastomosis porto-cava y domina sobre todo el ambiente celuloso que domina el riñón, a tal punto que yo diría que el urólogo se mueve bien con esta incisión transtorácica, porque el urólogo puede abordar todo lo que no es precisamente aparato urinario, es decir, todo lo que no es riñón y en ese sentido le da la seguridad, le da posibilidad de intervenir el riñón sin interferir el riñón, sin interferir con estructuras importantes de vecindad; los resultados obtenidos con esta operación posiblemente no hubieran sido posibles por otra vía justificando evidentemente y multiplicando las indicaciones de este abordaje. Nada más.

Dr. Palma. — La Mesa felicita por su importante comunicación al Dr. Hughes.