

VACIAMIENTO LUMBOAORTICO (*)

Técnica — Sugestiones

Dr. Juan Carlos del Campo

Complementando nuestra presentación sobre exeresis linfo-ganglionar en cáncer de colon distal presentamos la técnica de resección del territorio linfoganglionar lumboaórtico mediano infrarrenal, prevascular.

Por razones de orden práctico y por cuestiones de hecho, se pueden dividir los yacimientos ganglionares abdominoaórticos anteriores según su altura en 2 grupos: 1) los situados por debajo de la línea transversa de las venas renales, y 2) los situados por delante y por encima de los vasos renales.

El último (yacimiento superior) que comprende los ganglios celíacos y mesentéricos superiores presenta problemas especiales y será tratado en otra oportunidad.

Es del primero que nos ocuparemos hoy.

Uno diría que comprende anatómicamente la sábana célogo-ganglionar situada entre el borde derecho de la vena cava a derecha (o borde interno del fascia génitourinario derecho o fascia espermático) y la inserción del mesocolon descendente sobre el cuarto ánteroizquierdo de la aorta, a izquierda.

Estos dos límites laterales pueden considerarse naturales.

El límite superior lo constituye el borde inferior de las venas renales. Pero hay allí una confluencia de linfáticos digestivos superiores e inferiores, de linfáticos urinarios, genitales,

(*) Presentado a la Sociedad de Cirugía en la sesión de Octubre 18 de 1950.

etcétera, que hace de esta zona de acuerdo con las descripciones anatómicas un verdadero hilio linfático abdominal.

El límite inferior es también convencional y puede ser situado en el promontorio o en la bifurcación aortoiliaca.

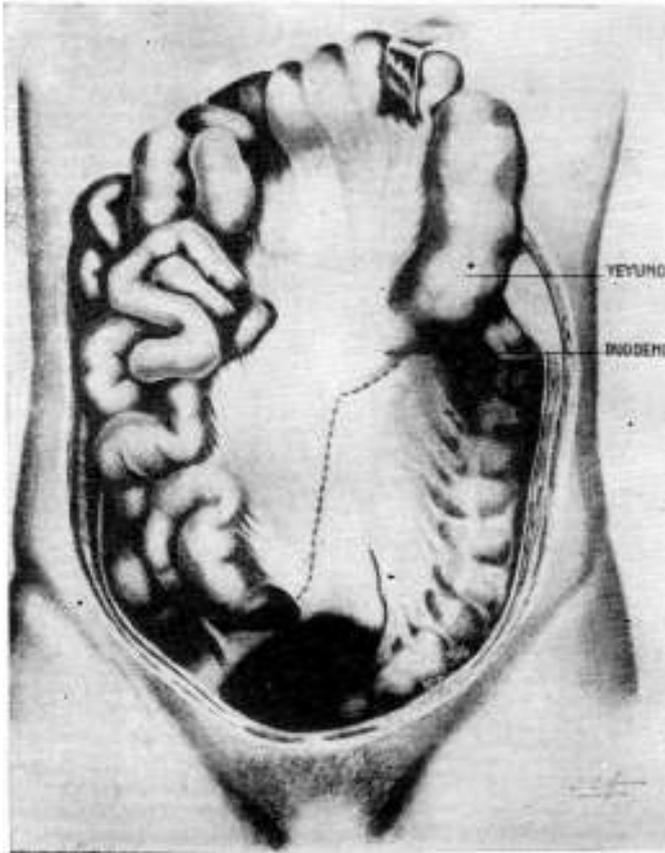


FIG. 1. — Las asas delgadas con el mesenterio han sido llevadas hacia la derecha y arriba. La línea punteada indica la línea de incisión del mesenterio hasta el duodeno y del duodeno hasta el ángulo duodeno-yeyunal.

Los dibujos anatómicos adjuntos facilitan la descripción de la técnica.

En la fig. 1 vemos la incisión del peritoneo posterior.

1) a 1 1/2 centímetros por delante de la raíz del mesenterio desde el extremo inferior hasta el borde inferior del duodeno;

2) a ras de la 3ª y 4ª porción del duodeno hasta la vena mesentérica inferior.

Una vez hecho esto se decola el mesenterio y el duodeno y queda expuesta la región en totalidad (fig. 2).

La masa visceral es reclinada hacia arriba y hacia la derecha

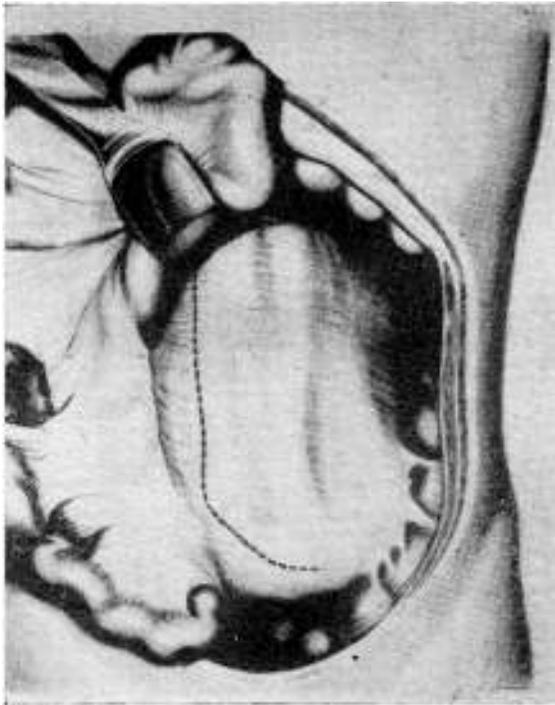


FIG. 2. — Una vez decolado el mesenterio y duodeno se ven por transparencia los grandes vasos aorta y vena cava. Línea de incisión del fascia.

y el único obstáculo importante para el abordaje del límite superior lo constituye la vena mesentérica inferior.

Una vez expuesta la región es posible tallar un colgajo célulo-ganglionar (fig. 2) empezando sobre el borde derecho de la vena cava, cuyo límite superior se acercará en lo posible a la vena renal y su límite inferior (teóricamente al nivel del promontorio) se extenderá o se continuará con los vaciamientos pelvianos, si éstos lo requirieran.

Reclinado el colgajo hacia la izquierda es posible llevarlo hasta la inserción del mesocolon descendente (fig. 3). Todo esto se hace sin o con pequeñas efusiones de sangre de mínimos vasos arteriales y venosos irrigando los ganglios, pero ningún vaso de importancia es interesado.

Los numerosos filetes nerviosos simpáticos del plexus lum-

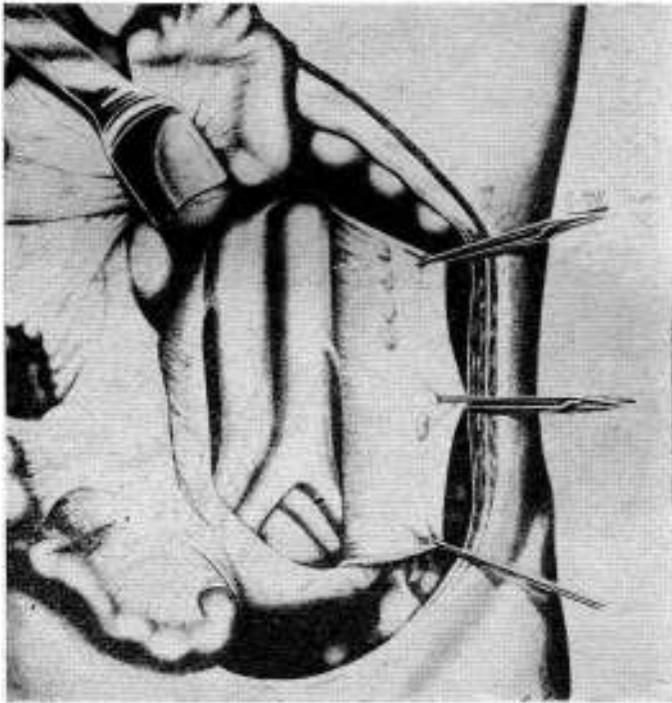


FIG. 3. — El colgajo céluloganglionar lumboaórtico ha sido diseccionado desde la vena cava hasta el borde izquierdo de la aorta y desde la vena renal izquierda hasta el promontorio. Se ve el origen de la arteria mesentérica. A derecha, por detrás del mesenterio decolado se ve la vaina espermática urinaria y la vena espermática.

boaórtico, cuya resección dará lugar a trastornos vesicales, dan consistencia al colgajo. Es interesante además señalar la claridad con que se pone en evidencia el tronco de la arteria mesentérica inferior.

Esta es la técnica en lo que llamaríamos el primer tiempo de una intervención sobre cáncer del colon distal. Y en el último

caso que tuvimos (3º) lo hicimos tal cual está señalado en estas figuras.

Cuando la situación del cáncer (recto sigmoide, ampolla rectal) obliga a hacer un vaciamiento pelviano, el vaciamiento

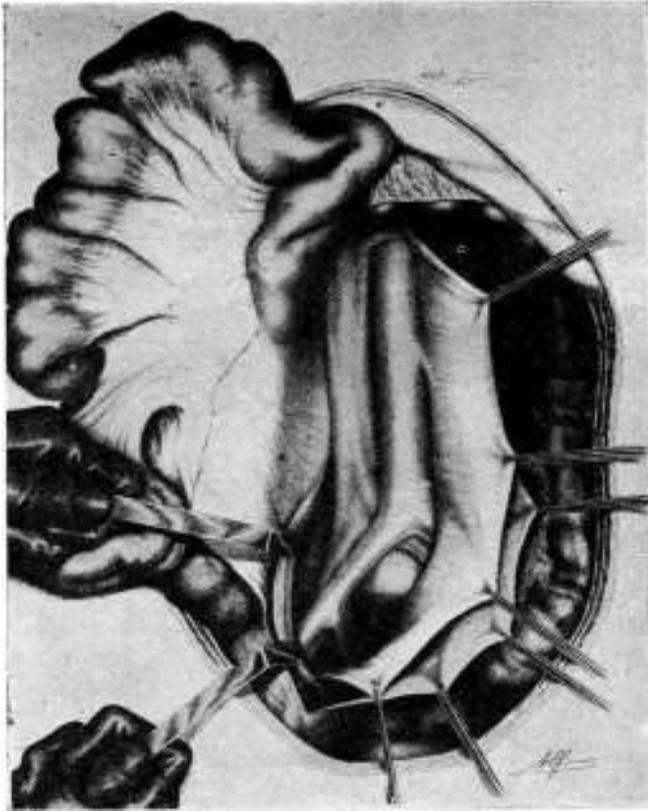


FIG. 4. — La disección de la lámina preaorto-cava ha sido prolongada hacia la pelvis, siguiendo los vasos ilíacos y por detrás de la vaina espermático urinaria levantada por los separadores.

lumbar debe continuarse con el vaciamiento pelviano; diríamos que esta primer parte lo facilita.

Una vez seccionado o desinsertado el colon sigmoide y cortado el peritoneo a los lados de él, el cirujano sigue lateralmente los vasos ilíacos primitivos hasta los hipogástricos y luego zambulle en la pelvis a lo largo de éstos (fig. 4).

Para hacer esto ha costeado en la parte superior a ambos lados el fascia genital y el uréter separándolos hacia afuera en la parte superior, y hacia adelante una vez que han cruzado los vasos ilíacos, sobre todo cuando, como pasa más frecuentemente a izquierda, cruzan los vasos ilíacos primitivos.

Hasta aquí hemos hablado como cirujanos. Obligados a hacer disecciones y a estudiar terrenos colindantes hemos encontrado datos que nos llevan a presentar sugerencias, es decir, proposiciones anatómicamente lógicas, pero que necesitan el control de aquellos a quienes se dirigen para darles su alcance.

Las primeras se refieren *al aparato genital masculino*. Todos conocemos la excelente técnica de Chevassu para tumores del testículo, repuesta en práctica en estos últimos años.

Diremos en primer lugar que dicha técnica puede hacerse perfectamente bien por vía intraperitoneal. Recordemos que la vía intraperitoneal fué hecha primeramente por Chevassu antes de 1906, pero sin decolar el mesenterio, decolando los colones.

A derecha, decolando el mesenterio (ver fig. 2) uno tiene a disposición todo el campo operatorio.

El vaciamiento lumboaórtico mediano (preavo y preaórtico), que es el tiempo difícil de la intervención, debe hacerse mejor con este abordaje. Los grandes vasos están a mano y no como en el abordaje lateral, en el fondo de un pozo. Me remito para corroborar esta afirmación a recuerdos personales, a la descripción de Chevassu y a los dibujos de Lloyd G. Lewis.

El vaciamiento se hace de la parte central hacia la víscera, cerrando de entrada las vías de diseminación linfática.

La ligadura de la arteria y vena espermática (fig. 5), la separación de las vainas espermática y urinaria entre sí, la sección superior de la vaina, acercándose en lo posible a la vena renal y luego recorriendo el borde inferior del riñón, por delante del uréter, están al alcance, así como el tiempo ilíaco y el polo pelviano de las vainas espermáticas y diferencial.

A izquierda (fig. 6), para hacer la resección linfoganglionar se tiene que decolar el mesocolon descendente.

Se puede hacer la resección linfoganglionar de afuera adentro (fig. 6) como de adentro afuera (fig. 7). Se ve el marco de

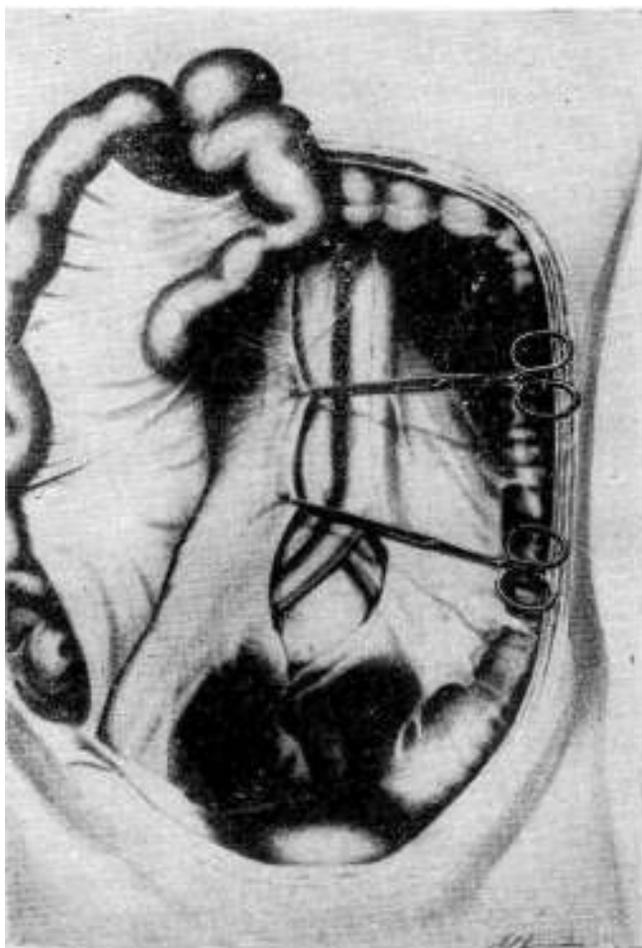


FIG. 5. — Las pinzas toman la vaina espermático urinaria derecha. Se ven por transparencia el uréter y en la parte superior el riñón derecho. Se ven los dos pedículos de la vaina que hay que seccionar; la vena espermática y por debajo la arteria espermática. Levantando la lámina se ve bien el uréter y se le separa de ella.

la resección, borde inferior del riñón, vena renal (receptora de la espermática), flanco izquierdo de la aorta por detrás de la inserción del mesocolon descendente, arteria espermática. El segmento ilíaco y el polo pelviano no difieren del anterior.

Parecería a primera vista que aquí no hubiera ninguna diferencia y sí desventajas con la técnica lateral subperitoneal.

límite puesto por la técnica seguida. Sólo admitiríamos la indemnidad de esta zona si se afirmara netamente que su exploración bien hecha ha sido negativa.

Concluiríamos por lo tanto que la vía intraperitoneal me-

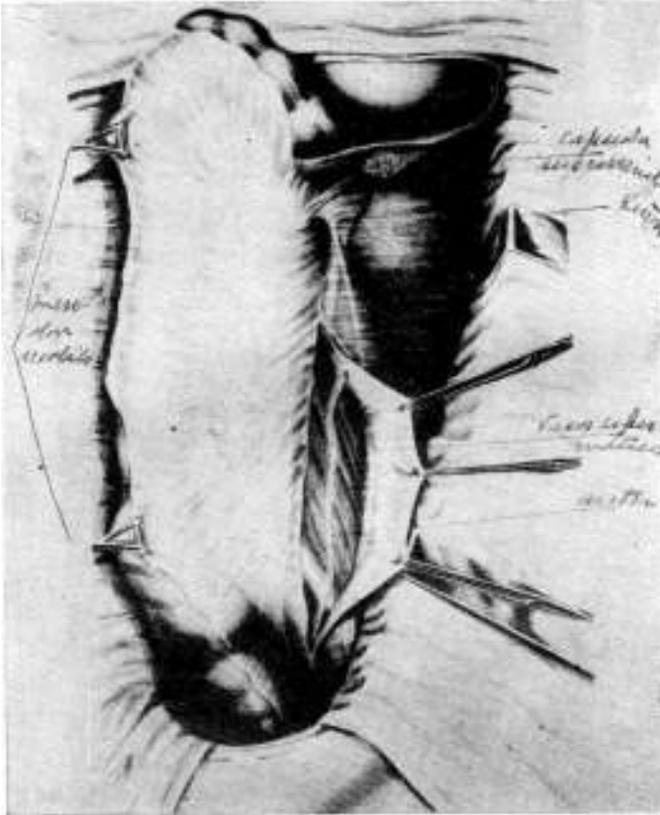


FIG. 7. — Disección de la vaina espermático urinaria izquierda en sentido opuesto al de la figura anterior, es decir desde la aorta hacia afuera mostrando ya el uréter separado de la vaina en la parte inferior.

diana que hemos estudiado en el cadáver permitiría hacer el vaciamiento izquierdo con igual amplitud que el derecho (salvo las diferencias de terminación de los pedículos vasculares) pero en 2 tiempos:

1º) lumboaórtico mediano por decolamiento del mesenterio (técnica descrita al principio), tiempo que no tendría en cuenta

los clásicos, y el otro, después de decolamiento del colon izquierdo, que es el único que se haría en la actualidad.

El fascia úterovárico es el equivalente en la mujer del fascia espermatóico.

Linfáticos del ovario, de la trompa, del cuerpo del útero siguen este pedículo. Linfáticos del cuello del útero, ya sea por el pedículo úterovárico, ya sea por el ganglio del promontorio, ya sea después de un estacionamiento, en ganglios ilíacos, llegan también a la región lumboaórtica, como lo señala una vez más Henriksen, en el año 1949.

He preguntado a varios ginecólogos y no he visto una preocupación similar a la de los urólogos en el cáncer del testículo

La invasión linfática no es seguida más allá de la línea innominada o de la bifurcación ilíaca y si ha invasión cancerosa ella queda cubierta por el mesenterio a derecha, por el colon y mesocolon sigmoide y descendente a izquierda. No es posible referirse, como lo hace Meigs, a la simple exploración manual.

Las incisiones seguidas, incisión mediana infraumbilical y sobre todo la incisión de Pfannenstiel no permiten la exploración allá.

Como punto interesante de medicina operatoria y diferente del problema del cáncer del testículo, que es unilateral, el problema puede ser aquí simultáneamente bilateral. Por lo tanto sólo el abordaje mediano intraperitoneal (por otra parte impuesto por la lesión en sí) con decolamiento del mesenterio y del colon izquierdo, permite la exploración y el tratamiento simultáneo de las dos zonas de invasión ganglionares posibles.

Un último punto: linfáticos de vísceras pelvianas, por ejem., vejiga, tiene su primer relevo ganglionar dentro del bacinete (ganglios hipogástricos, ilíacos externos, ilíacos primitivos, del promontorio), pero debe señalarse que luego siguen hacia la región lumboaórtica y que además pueden ir directamente a ella, pudiendo presentarse en esos casos un problema similar al del cáncer del recto.

Finalmente creo que aquí como en los otros terrenos, los datos anatómicos amplificados hace tiempo por las observaciones

necrópsicas, deben ser dobladas de las comprobaciones operatorias que nos mostrarán la realidad tal como es y su posibilidad de tratarlas.

COMUNICACION DOCTOR DEL CAMPO

Dr. CHIFFLET. — La comunicación del Prof. Del Campo puede dar motivo a muchas consideraciones, probablemente no para hacerlas con la rigurosidad y la serenidad con que se debe hablar dentro de este ambiente, sino en el comentario personal y frente a frente, por lo rica en sugerencias.

Sin embargo, no me voy a privar de decir en primer término la satisfacción que provoca a los que están dentro del problema del estudio de la Anatomía como base fundamental para el estudio de la técnica operatoria.

Los dos trabajos de hoy, en ese sentido, tienen, a mi modo de ver, un significado muy grande dentro de la evolución científica de nuestro país, en lo que se refiere a que se da seriedad en la investigación de laboratorio, saliendo de lo que muestra nada más que la clínica.

En lo que se refiere a la comunicación en sí del doctor Del Campo, nos ha mostrado aquí, en el abdomen, la aplicación de un concepto que es principio, podríamos decir, de toda la Cirugía del cáncer, en el sentido de que el cirujano no busca ganglios, no busca vías linfáticas, sino que busca territorios de expansión neoplásica; y en ese sentido amplía su punto de vista más allá de los canalículos linfáticos y de los ganglios para tomar los espacios celulósicos, las vías nerviosas, las vías venosas, es decir, todo lo que constituye la lámina de sostén de la vía linfática y entonces no hace cirugía de ganglio, sino de lámina linfática. La anatomía de esa lámina ha sido perfectamente bien expuesta por el Dr. Del Campo y cuando uno hace recuerdos de lo que ha visto en la sala de disecciones y en el vivo, en algunas intervenciones quirúrgicas y mismo sin haber puesto atención, recuerda hechos que confirman esta disposición de la lámina, pero indudablemente hay que haber oído al Dr. Del Campo para después ir a aprender y comprobarlo en el campo operatorio y en el cadáver.

Hay un hecho interesante sobre el cual el Dr. Del Campo pasó rápidamente que es la maniobra de desinserción del mesenterio; esa maniobra que el Dr. Del Campo presenta en una de las primeras láminas, que la debemos a Mérola. Constituye una maniobra que los que estamos hechos a la sala de anatomía nos parece una cosa sencilla y sobre la cual el Dr. Del Campo pasa un poco de largo por el amplio dominio que de ella tiene, pero tengo la impresión de que bien vale la pena de insistir sobre las posibilidades de levantar el mesenterio de izquierda a derecha, haciendo la maniobra que Mérola llamaba en 1917 con ese nombre de desinserción del mesenterio. Todavía hay muchos cirujanos que actúan dentro del vientre, que les parecería un horror hacer la desinserción del mesenterio a izquierda porque consideran que a la izquierda están los vasos de la mesentérica.

En lo que se refiere a la lámina, quería hacer otra anotación. No

había estudiado esta lámina que nos presenta el Dr. Del Campo, en cambio había prestado especial atención a la lámina que está del promontorio para abajo en un estudio que pensaba presentar en la Sociedad de Cirugía sobre lámina celulosa de la pelvis. Había tratado de exponer en una forma más clara de lo que habitualmente se hace en los libros clásicos la disposición de los espacios celulosos de la pelvis. En esa planificación que había hecho de las láminas me ocupaba especialmente de esta lámina del trabajo del Dr. Del Campo, mejor dicho de la parte final de esta lámina, el Dr. Del Campo muestra parte abdominal adonde no había llegado yo y debo decir que la lámina que yo tomaba en el orificio pelviano, el Dr. Del Campo nos la ha descrito hacia arriba, llega allí teniendo en la misma lámina afuera el pedículo espermático y luego el uréter cuando el uréter se zambulle, como él dice, dentro de la pelvis que se va hacia atrás, la lámina se incurva y luego del uréter va hacia adentro para unirse con la del otro lado, envolviendo la parte del intestino recto-sigmoideo. Es decir, que metiéndose por detrás de la lámina que nos señala el Dr. Del Campo, entramos a la pelvis por detrás del recto, levantando esa lámina, elevando el uréter y llevando los vasos génito-genitales como él nos ha mostrado. Ahora, nosotros tomamos esa lámina desde ahí hacia abajo, y es el término inferior lo que nosotros hemos trabajado más, comprobando de que en realidad, esa lámina termina abajo sobre una línea que podemos llamar visceral, constituida por el recto, el famoso nudo de unión recto-prostático, a la altura de las vesículas seminales, las partes laterales de la próstata y luego, siguiendo hacia afuera, a lo largo del deferente, como si el deferente fuese un prolongamiento lateral del sistema visceral dejando este espacio que está detrás de la lámina que nos muestra el Dr. Del Campo del espacio de Retzius que estaría por delante del deferente.

Vengo a caer en lo que decía al principio, señor presidente, que estas cosas habría que hablarlas mano a mano. Da la impresión de que a uno no se le sigue lo que está hablando.

Termino, señor Presidente, diciendo que provoca la satisfacción ver que la cirugía del cáncer se ha tomado con la orientación que debía tomarse del principio, no con la obsesión de hacer técnica de reconstitución anatómica y funcional, sino con la obsesión de sacar todo lo que hay que sacar. Posteriormente y en lo que se pueda, se hará la reconstitución anatómica y funcional.