

TERCER CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGIA

Sesiones de Seccionales



Presidente

Dr. FERNANDO ETCHEGORRY

Vice-Presidente:

Dr. CARLOS V. STAJANO

Secretario General

Dr. JUAN E. CENDAN ALFONZO



SECCIONAL DE UROLOGIA

(1 de Diciembre. Hora: 18.30)

SECCIONAL DE ORTOPEDIA y TRAUMATOLOGIA

(2 de Diciembre. Hora: 17.30)

SECCIONAL DE ANESTESIOLOGIA

(2 de Diciembre. Hora: 19)

SECCIONAL DE RADIOLOGIA

(3 de Diciembre. Hora: 16)

SECCIONAL DE GINECOLOGIA

(3 de Diciembre. Hora: 17)

SECCIONAL DE CIRUGIA PLASTICA

(5 de Diciembre. Hora: 18.30)

SECCIONAL DE OTORINOLARINGOLOGIA

(6 de Diciembre. Hora: 8)

SECCIONAL DE NEUROCIRUGIA

(6 de Diciembre. Hora: 9)

Seccional de Urología

SECCION CIENTIFICA

Coordinador: Dr. Frank Hughes

EL ABORDAJE DEL RIÑON

Dr. Frank A. Hughes

El abordaje quirúrgico del riñón es el problema básico y fundamental de la urología quirúrgica ya que de las posibilidades que ese abordaje ofrezca al cirujano, dependen el poder realizar exitosamente maniobras operatorias de diversa finalidad que se efectúan sobre la glándula, sobre sus vías excretoras, sobre su irrigación, sobre su inervación o sobre sus envolturas.

El progreso que se ha realizado en los últimos años en fisiología, abre un horizonte nuevo a propósito del alcance de la cirugía renal que ya no tiene como fin fundamental y único la exéresis del Organo, la extracción de un cálculo, el levantamiento de un riñón descendido, o la corrección de una disposición canicular más o menos anormal. El problema de la hipertensión, ciertos trastornos de la circulación general, modificaciones de la circulación portal y la sustitución de un riñón enfermo por uno capaz de funcionar normalmente, constituyen directivas que cada vez más obligan a encarar el abordaje renal con orientaciones diferentes de las que hasta ahora han constituido la preocupación básica de los cirujanos.

Nosotros en esta comunicación nos proponemos sostener como concepto fundamental de la misma, que el abordaje quirúrgico del riñón no debe encararse con el criterio anatómico puro de que el camino puede hacerse a través de incisiones que separan o que cortan los músculos, de que es mejor o peor reseca una costilla, de que entrando por delante, por atrás o por arriba,

se llega más fácilmente al pedículo, sino que debe encararse de acuerdo a la finalidad que orienta el objetivo del cirujano en ese abordaje y de acuerdo a las características propias del caso a tratar.

No creemos que pueda sostenerse que el drenaje de una bolsa pionefrótica deba hacerse con el mismo abordaje que se utiliza para extirpar un tumor maligno del riñón o para realizar una anastomosis de la vena esplénica con la vena renal, como ya se ha efectuado con éxito entre nosotros (Suiffet¹).

Conceptos anatómicos fundamentales sobre los abordajes

El riñón órgano par y simétrico que llena en fisiología humana la doble función de depuración y de mantenimiento de las constantes humorales fundamentales, es un órgano situado en la parte alta y posterior del abdomen, aplicado contra la columna vertebral prolongada hacia los lados por las costillas y los músculos anchos del abdomen. Descansa en esa región paravertebral por detrás del peritoneo, envuelto por un tejido coniuntivo de disposición y características particulares, sobre los cuerpos vertebrales de los que está separado por el músculo psoas que constituye una verdadera estructura amortiguadora entre el riñón y la columna vertebral.

Más arriba, podríamos decir groseramente en su mitad superior, la glándula se relaciona con el plano costal del cual está separada por el diafragma que en ese reborde óseo contrae inserciones fundamentales.

Adelante se vincula, a través del peritoneo o directamente, con las vísceras intraperitoneales, siendo sus relaciones distintas a la derecha y a la izquierda.

De acuerdo a esas nociones surge como concepto, que el riñón puede ser abordado: por detrás por el segmento subcostal de la pared lumbar o por la zona costal de la misma pared, constituyendo esta vía, la vía clásica de abordaje del órgano; puede ser abordado por delante a través de la pared abdominal anterior o anterolateral que a su vez puede hacerse a través del peritoneo, (vía anterior transperitoneal) o reclinando la serosa hacia dentro (vía anterior extraperitoneal) y puede por último abordarse desde arriba llegando a la fosa lumbar por vía trans-torácica o tóraco abdominal, seccionando el diafragma.

Esta vía concebida y realizada por primera vez en nuestro país por Mérola² a quien rendimos nuestro homenaje, ha sido reactualizada y generalizada, sobretodo por la escuela quirúrgica americana, con indicaciones netas y precisas para el abordaje de los órganos del abdomen superior, gracias a los progresos de la anestesia y a la utilización de los antibióticos.

Los abordajes renales mencionados han sido empleados por los diversos cirujanos con variantes personales, que se diferencian unas de otras por pequeños detalles y que nosotros trataremos de resumir en conjunto, pero que como es lógico no describimos más que en forma muy general. En cualquier tratado de técnica quirúrgica se encuentra su descripción detallada.

El abordaje lumbar.

La historia quirúrgica del abordaje del riñón se inicia con este tipo de abordaje ya que en la primera nefrectomía registrada en la literatura médica y efectuada por Simon³ en 1869 con motivo de una fístula ureteral, se llegó al riñón por este camino. Dicho autor de acuerdo a la descripción que extractamos de Kelly y Burmam⁴ efectuó una incisión cutánea de 9 o 10 centímetros a lo largo del borde externo de los músculos de la gotera, empezando sobre la XI costilla, cruzando la XII y extendiéndose hacia abajo en dirección perpendicular a la cresta ilíaca. El gran dorsal se secciona, los músculos de la gotera se reclinan y las dos hojas del transverso que envuelven al cuadrado lumbar se dividen llegándose así al tejido perirrenal. (Fig. 1).

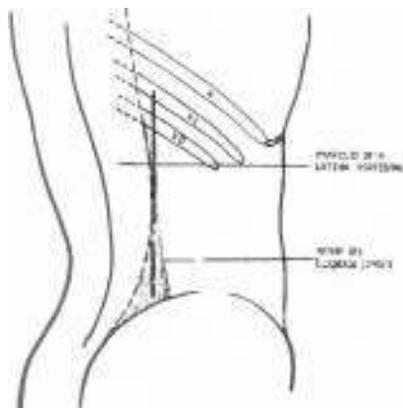


Fig. 1

Incisión de Simon (1869)

Trazado cutáneo de 9 a 10 cms. a lo largo del borde externo de los músculos de la gotera, iniciándose sobre la XI costilla y terminando sobre la cresta ilíaca.

Numerosas variantes se fueron haciendo sucesivamente sobre la incisión de Simon con el objeto de ampliar su luz añadiéndole unos como Bergmann ⁵ una prolongación anterior y horizontal a su parte media dándole forma de T a rama anterior (Fig. 2)

Fig. 2

Incisión de Bergman (1874)

Incisión semejante a la de Simon, pero con rama anterior perpendicular a ella en su parte media.

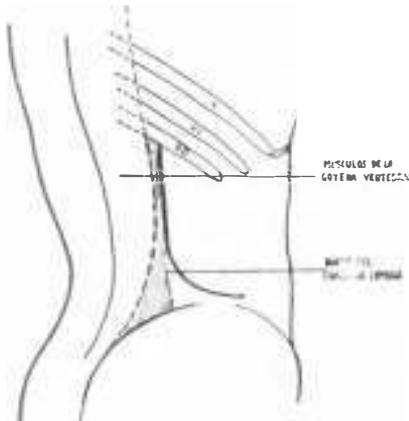
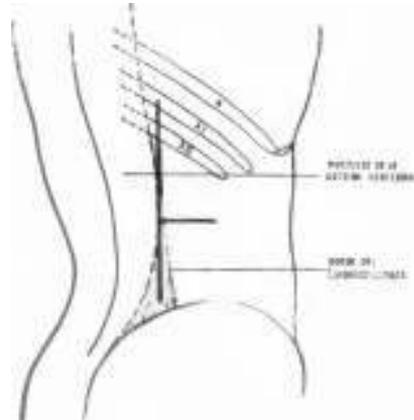


Fig. 3

Incisión de Guyon (1887)

Trazado cutáneo que se inicia como el trazado de la incisión de Simon, pero que se prolonga en L hacia adelante.

o prolongándola otros hacia abajo en dirección horizontal como Guyon ⁶ (Fig. 3) hasta que llegó a la clásica lumbotomía de Albarrran ⁷ (Fig. 4) que es la que se practica aún en nuestros días, seccionando en bisectriz desde el ángulo costomuscular hasta la espina iliaca anterior y superior la totalidad de los músculos anchos del abdomen. Es ella en un todo semejante a la incisión en S. de W. Mayo ⁸, nombre con el que se conoce y se emplea en Estados Unidos y a la que también se designa como incisión de Israel.

En el Río de la Plata, Surraco⁹ y su escuela y Ercole¹⁰ prefieren el mismo camino, pero con el fin de respetar la arquitectura de la pared lumbar utilizan el llamado abordaje de Ekehorn¹¹, que se efectúa por disociación de los músculos y que suministra un campo más amplio que otros abordajes por disociación como son los de Abbe¹² o de Mayo Robson¹³ que se consideran respetuosos de los músculos vasos y nervios de la pared.

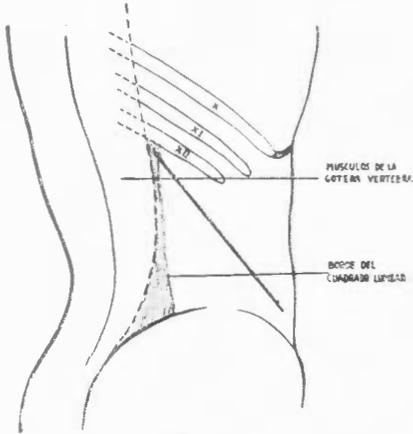


Fig. 4

Incisión de Albarran (1896)

(Semejante a las incisiones de Israel y de W. Mayo). Trazado cutáneo desde el ángulo costomuscular en bisectriz hasta algo por encima de la espina iliaca anterior y superior, seccionando todas las estructuras.

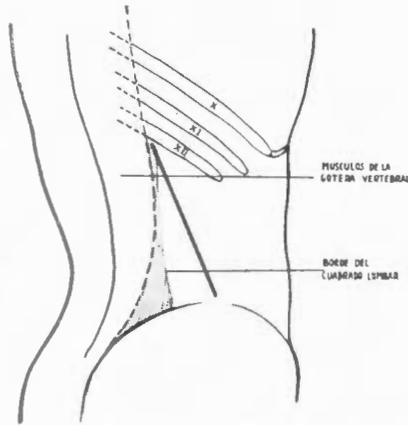


Fig. 5

Incisión utilizada por Surraco.

Trazado cutáneo desde la región de Henle (ángulo costomuscular) al tubérculo de la cresta iliaca entre el XII nervio intercostal y el abdomeno genital.

El abordaje lumbar con resección costal.

Los abordajes mencionados tienen como inconveniente principal la limitación del campo quirúrgico en el área superior del mismo, ya que el reborde costal en íntima relación con el riñón y con sus estructuras, impide las manipulaciones fáciles sobre la mitad superior del órgano y a veces sobre su pedículo.

Eso llevó a ampliar el acceso quirúrgico resecando el extremo de la XII costilla con el fin de facilitar la llegada a esos territorios. Conviene precisar que fué Bruns¹⁴ el primero en resecar en 1871 el extremo de la XII costilla modificando la incisión de Simon (Fig. 6). Poco tiempo después Czerny¹⁵ reseca el extremo de la XI costilla y hacía la incisión de Simon algo más adelante sobre el borde externo del cuadro lumbar (Fig. 7).

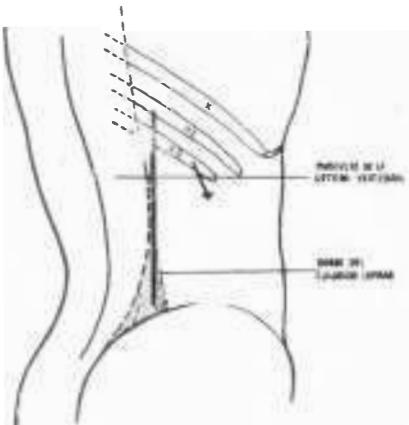


Fig. 6

Incisión de Bruns (1871)

Análoga a la incisión de Simon pero resecando el extremo de la XII costilla.

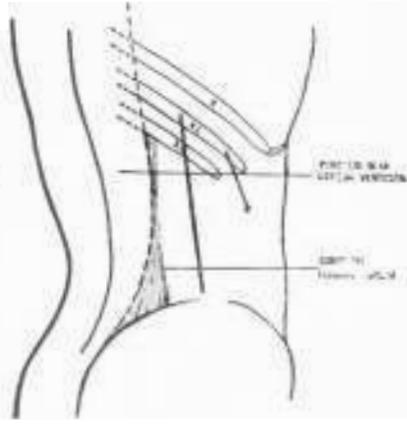


Fig. 7

Incisión de Czerny (1879)

Trazado cutáneo algo más adelante y afuera que el trazado de la incisión de Simon, paralelo al borde externo del cuadrado lumbar. Resección del extremo de la XI costilla.

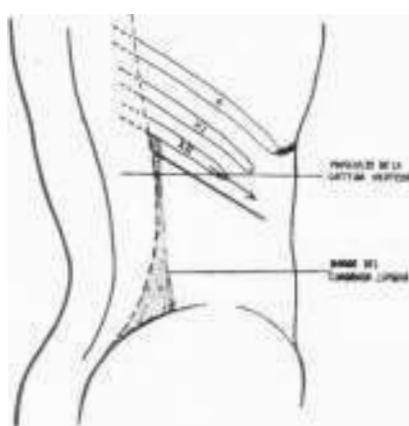


Fig. 8

Incisión de Pflaumer (1929)

Trazado cutáneo por debajo de la XII costilla que se inicia en el borde externo de los músculos de la gotera y que se prolonga hacia adelante en la dirección de la mencionada costilla. Resección de la XII costilla.

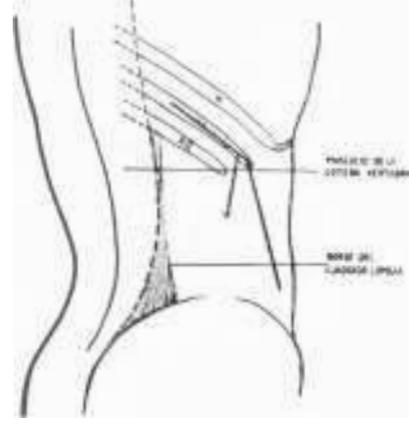


Fig. 9

Incisión de Fey (1926)

Se compone de dos segmentos:
 a) Uno torácico de 10 cms. a lo largo de la parte anterior de la XI costilla cerca de su borde superior. Resección de la costilla.
 b) Uno abdominal oblicuo prolongando el anterior y que en dirección de las fibras del oblicuo mayor alcanza la zona de la espina iliaca anterior y superior, por delante de ella.

En el momento actual los abordajes más empleados que realizan la resección costal primitiva son el de Pflaumer¹⁶ (Fig. 8) y el de Fey¹⁷ (Fig. 9).

Nosotros¹⁸ utilizamos un abordaje muy semejante al de Pflaumer y al de Fey que se realiza resecando primitivamente la XII costilla o cuando esta es corta la XI haciendo como Hess¹⁹ el trazado cutáneo sobre la costilla a resecar. El abordaje se continúa luego prolongando la incisión en dirección al borde posterior del oblicuo mayor que se disecciona para continuar el abordaje como se hace en los abordajes por disociación (Ekehorn, Surraco, Ercole, etc.) (Fig. 10).

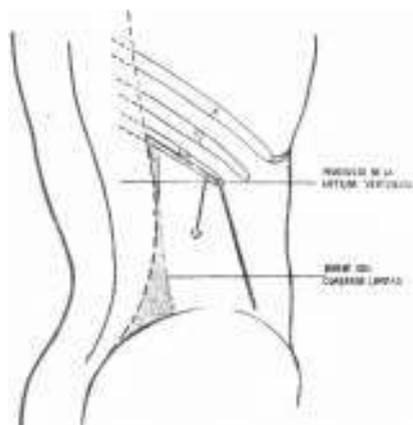


Fig. 10

Incisión lumbar con resección del extremo de la XII costilla, disociando luego, los músculos.

Consideramos este último tipo de abordaje el preferible en nuestras manos para resolver la inmensa mayoría de los problemas de terapéutica quirúrgica renal. El realizar la resección de la costilla en forma primitiva tiene ventajas sobre la resección secundaria defendida por algunos y que sólo se lleva a cabo cuando el campo quirúrgico estrecho la exige.

Creemos que no es lo mismo para el cirujano tener que ampliar un abordaje ante la imposibilidad de actuar, que tener gracias a un acceso amplio, hecho con criterio definitivo y cómodo, la luz necesaria para la corrección de sus manipulaciones.

Por otra parte, la arquitectura de la pared abdominal ve conservada su solidez y la tensión de su musculatura en una forma mucho más completa con la resección primitiva de la costilla, que ampliando una incisión que no ha sido hecha desde su primer paso con un plan determinado.

La incisión lumbar reseca el extremo anterior de la XII costilla o de la XI, suministra un camino directo al polo superior del riñón que es luego fácil de exteriorizar, fácil de exponer y que completado con la liberación del polo inferior, permite manipulaciones amplias sobre el pedículo y el hilio del riñón.

Repetimos que para nosotros es el abordaje preferible y el que nos ha permitido solucionar la inmensa mayoría de los problemas de cirugía renal.

Todos los abordajes lumbares tienen sin embargo el inconveniente de obligar a una liberación y a una exteriorización del riñón antes de llegar al hilio y al pedículo renal, lo que es de interés especialmente en los tumores del riñón, donde la ligadura precoz del pedículo se considera fundamental para prevenir la diseminación cancerosa ulterior.

Esa es la razón fundamental que justifica el plantear otros abordajes, como son los anteriores y los transtorácicos con los que se contemplan estas directivas y que tienen circunstancialmente ventajas.

Los abordajes anteriores y antero laterales.

Fué Kocher en 1876²⁰ el primero en utilizar un abordaje anterior del riñón por vía transperitoneal para la extirpación de un riñón sarcomatoso empleando una incisión mediana supra umbilical. (Fig. 11). Este abordaje era para él más fácil de efectuar que el lumbar y permitía antes del descubrimiento de la pielografía, la exploración del riñón opuesto. El aumento de la mortalidad por shock y por peritonitis motivó poco a poco el abandono de esta vía, hasta que en 1894 Pean²¹ describió su conocido abordaje antero lateral (Fig. 12). Este se realiza por medio de una incisión transversa que a mitad de distancia entre las costillas y la cresta ilíaca se extiende desde el borde de los músculos de la gotera hasta el borde externo del recto anterior. El permite el acceso a la fosa renal sin abrir el peritoneo y permite la exploración de esta cavidad si ella es necesaria para ampliar la exposición del riñón o para actuar sobre su contenido.

Esta misma incisión prolongada hasta la línea media y completada luego con una vertical constituye la incisión en colgajo de Cabot²² (Fig. 13) de indicación en las grandes tumoraciones

del riñon, una modificación de la cual es la incisión de Sweetser²³ (Fig. 14) que se diferencia por la oblicuidad mayor de la rama horizontal para prevenir la lesión de los nervios parietales.

El abordaje anterior del riñón puede hacerse en forma más conservadora utilizando el acceso de Bazy²⁴ que se realiza por medio de una incisión que se extiende desde el extremo de la 11ª costilla hasta cerca de la línea media a la que no llega (Fig. 15).

Fig. 11

Incisión de Kocker (1876)
Incisión mediana supra umbilical.

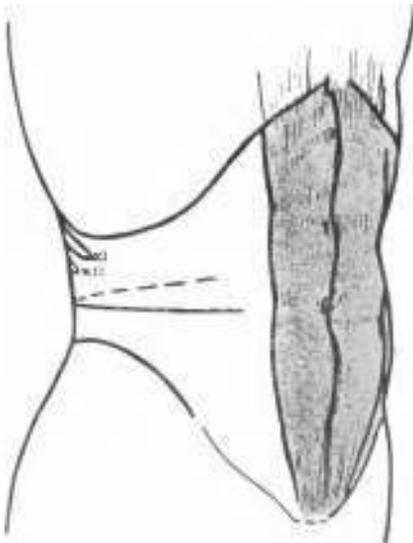
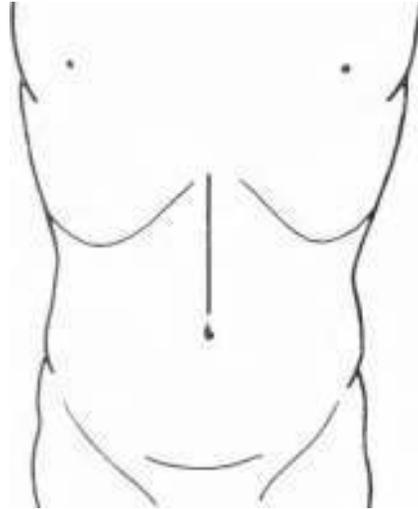


Fig. 12

Incisión de Pean (1894)

Se extiende horizontalmente desde el borde externo de los músculos de la gótera vertebral hasta el borde externo del recto anterior a mitad de distancia entre el reborde costal y la cresta iliaca.

Fig. 13

Incisión en Colgajo de Cabot (1825)

A la incisión de Pean prolongada horizontalmente hasta la línea media, se le añade una prolongación vertical que llega al xifoides.

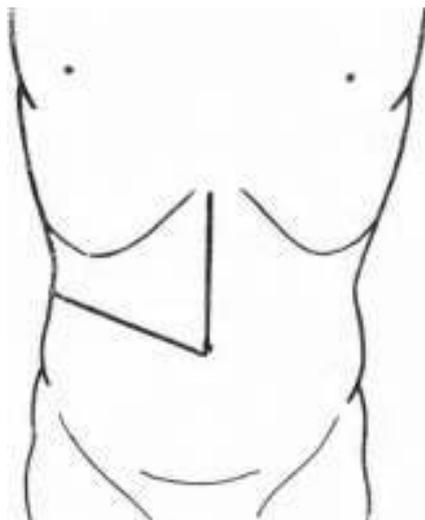
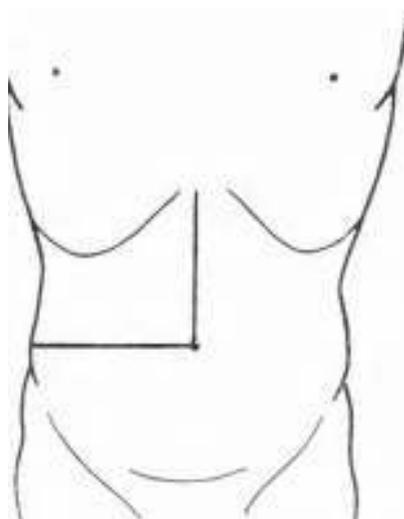


Fig. 14

Colgajo de Sweetser (1947)

Muy semejante al colgajo de Cabot del cual se diferencia porque la rama horizontal es oblicua siguiendo la dirección de los nervios intercostales.

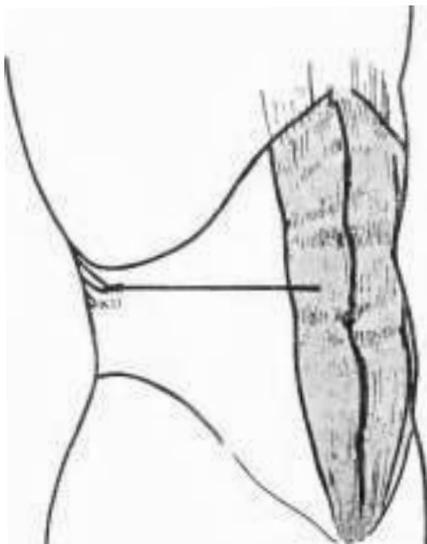


Fig. 15

Incisión de Bazy (1914)

El trazado cutáneo se extiende horizontalmente desde el extremo de la XI costilla hasta algo por dentro del borde externo del recto anterior. Es paralelo al trayecto de los nervios intercostales 10 y 11 entre los cuales se realiza. Abre la vaina del recto para reclinar dicho músculo hacia dentro.

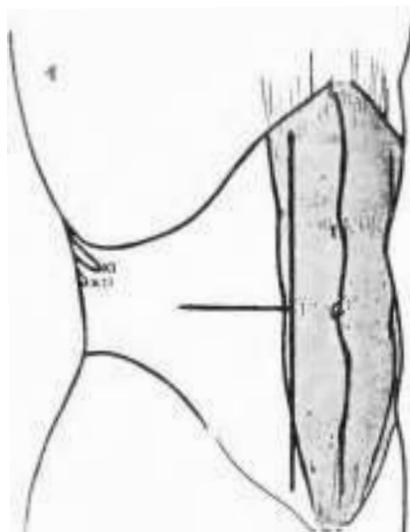


Fig. 16

Incisión de Young (1926)

Incisión para mediana algo por dentro del borde externo del recto anterior que puede extenderse desde el reborde costal hasta el pubis y que se complementa con una rama horizontal que nace de su parte media constituyendo así una incisión en T acostada.

Ella pasa entre los nervios intercostales 10 y 11 a los que es paralela llegando a la vaina del recto la cual es abierta con el fin de separar dicho músculo hacia dentro. Reclina luego el fondo de saco peritoneal para abordar el riñón por delante.

Por último entre los abordajes anteriores transperitoneales debe mencionarse el abordaje de Young²⁵ con la llamada incisión en T a rama horizontal posterior, que se compone de una incisión para mediana amplia algo por dentro del borde externo del recto que puede extenderse desde el reborde costal hasta el pubis y que se completa con una rama horizontal que amplía grandemente el campo quirúrgico cuando este es necesario (Fig. 16). Este tipo de abordaje es el que utilizan preferentemente los cirujanos de niños para el tratamiento quirúrgico de los tumores del riñon generalmente gigantes, que exige como directiva principal la ligadura del pedículo antes de toda maniobra de liberación sobre el órgano tumoral. Cahill²⁶ ha insistido sobre la jerarquía que debe de asignarse a esta ligadura precoz del pedículo en la cirugía de todos los tumores renales.

A los abordajes anteriores les está además reservada la propiedad de encarar conjuntamente el tratamiento de los procesos patológicos que toman ambos riñones y a este respecto debemos mencionar el abordaje transversal supraumbilical (Fig. 17) que tie-

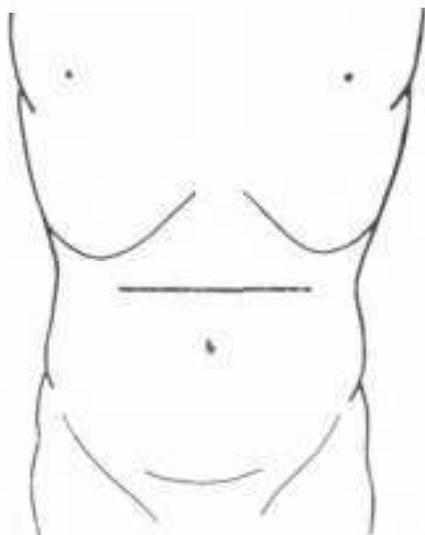


Fig. 17

Incisión transversal bilateral (Según J. Segovia Caballero). — Se extiende desde el borde externo de uno de los rectos hasta el borde externo del otro. Secciona totalmente todas las estructuras. Sanders la realiza en forma semejante pero reclina los restos en lugar de seccionarlos

ne en el sentido indicado directivas precisas. Sanders²⁷ lo realiza de modo análogo pero sin seccionar los músculos rectos que son reclinados.

Los Abordajes transtorácicos y tóraco Abdominales. (Fig. 18).

La necesidad de realizar intervenciones quirúrgicas sobre el riñón en enfermos con cifosis que dificultan el acceso a la logia renal, el tratamiento de heridas simultáneas del riñón y otras vísceras y la necesidad de una exéresis radical del órgano y de sus estructuras vecinas en el neoplasma, constituyen el triple motivo que justifica el abordaje del órgano desde la cavidad torácica. Ya hemos hecho al respecto mención al trabajo originalísimo de Mérola², que adquiere un extraordinario valor si pensamos en la épo-

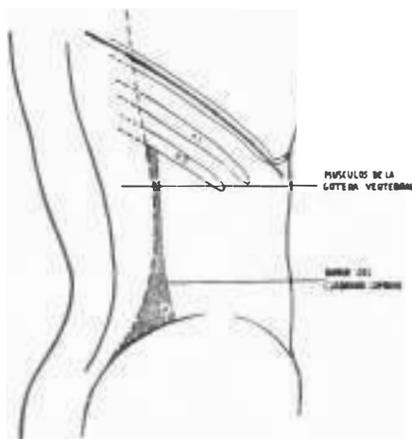


Fig. 18

Abordaje transtorácico del Riñón

Incisión sobre la X u XI costilla desde su ángulo posterior hasta su extremo anterior. Resección subperióstica de la costilla. Penetración amplia en la cavidad pleural. Sección del diafragma. En el abordaje toraco abdominal a la sección del diafragma se le añade la sección de los músculos anchos del abdomen.

ca que se concibió y realizó aún cuando no fué utilizado para el abordaje del riñón, sino para la cara superior del hígado. Para Pérez Castro y Gil Turner²⁸ fueron Constantini y Bernasconi²⁹ los primeros en emplearlo en enfermos gibosos dorsolumbares, donde las últimas costillas se ponen en contacto con la cresta ilíaca y donde la gibosidad aumenta la profundidad de la situación del riñón, haciéndolo inaccesible mismo por vía anterior. El abordaje del riñón de acuerdo a la técnica de Constantini y Bernasconi se hace sin abrir la cavidad pleural y no como se efectúa desde que la baronarcosis ha hecho perder a esta maniobra sus gruesos inconvenientes. Para ser llevado a cabo, se solidariza previamente

a su abertura, la pleura costal cubierta por los músculos intercostales con el diafragma, en una forma por completo análoga a como lo hacía Mérola, de acuerdo a las figuras de su trabajo.

El abordaje quirúrgico del riñón en los potticos es el motivo de una comunicación de Uteau y Leroy³⁰ quienes encaran el problema llegando a la conclusión de que no pueden trazarse al respecto líneas de conducta de antemano, sino que el grado de gibosidad, las características del espacio costoilíaco, ciertos factores del enfermo y el temperamento quirúrgico del operador, son los elementos que hacen solucionar en una forma u otra el caso a tratar.

El abordaje renal por vía transtorácica es luego mencionado por Truc³¹ a propósito también de una nefrectomía en un paciente con un Mal de Pott, quien por utilizarlo debe oír las críticas severas que a ese acceso le efectúan Michón, Fey, Gayet y Verriere.

Hasta entonces sin embargo este abordaje se hacía siempre solidarizando como lo hemos dicho, el plano del diafragma al plano costal, por lo que creemos que la primera mención del abordaje renal por vía transtorácica tal como se hace en la actualidad, entrando ampliamente en la cavidad pleural, corresponde a Marshall³². Este autor en 1946 estableció 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 Fox³³ quien sobre 270 heridos tóraco abdominales refiere dos nefrectomías derechas efectuadas por esa vía.

Luego se van ampliando las indicaciones de este acceso al ser él utilizado exitosamente por Mortensen³⁴ de Australia, frente a un tumor renal izquierdo de gran tamaño que no había podido ser extirpado por otra vía; Chute³⁵ lo recomienda por sus ventajas cuando se trata de tumores renales izquierdos grandes; O'Connor y Head³⁶ lo mencionan para el tratamiento de los procesos renales y Chute y Souter³⁷ se vuelven a ocupar del mismo, no estableciendo ahora limitaciones en cuanto al lado. Recalcan sus ventajas ya que permite la ligadura precoz del pedículo y la exéresis completa de los territorios celuloganglionares vecinos en el neoplasma renal.

Su uso se va generalizando desde entonces, debiendo señalarse al respecto los aportes en Francia de Foret ³⁸, en Bélgica de Conradt , en España de Pérez Castro y Gil Turner ²⁸, los que nos pertenecen ⁴⁰ y ⁴¹ y el más completo de los efectuados por el número de intervenciones realizadas, que es el de Chute ⁴². Se refiere a 68 observaciones y estudia a nuestro juicio acertadamente sus indicaciones.

Además de los abordajes mencionados se han descrito otros que se diferencian de ellos por pequeños detalles o porque los tiempos de su realización presentan alguna originalidad y en el momento actual no puede dejar de citarse al respecto el abordaje a colgajo posterior de Nagamatsu ⁴³ que ofrece a nuestro juicio aristas de interés, pero sobre el cual no tenemos experiencia.

Hechas estas consideraciones generales sobre los abordajes del riñón trataremos de precisar cual es nuestro concepto a propósito del tema, de acuerdo a una experiencia que se refiere en proporciones mayores o menores a casi toda la patología urológica.

Vamos a referir cual es nuestra manera de actuar y cual es nuestro criterio frente a las diversas situaciones, sin pensar que ese modo de proceder sea el único que pueda defenderse. El criterio quirúrgico depende de un sinnúmero de factores, que varían con la experiencia y con la modalidad de cada cirujano, con el resultado o el fracaso que se haya obtenido con los métodos utilizados y con las variantes propias del problema que se plantea.

La mayoría de las situaciones se resuelven en la clínica diaria por medio de abordajes que como hemos dicho dependen de factores de orden personal y de la experiencia de cada uno, sin que eso signifique que una determinada conducta correcta y eficaz para ese ejecutante, sea la aconsejable para otro cirujano de temperamento distinto y de distinta orientación quirúrgica.

Nosotros hemos visto en servicios de urología de gran jerarquía de nuestro país y del extranjero, realizar exitosamente difíciles operaciones renales por medio de abordajes que en nuestras manos no nos hubieran permitido realizarlas con la misma eficacia exitosa.

Esa situación, en repetidas ocasiones nos ha hecho meditar, si los que poseemos una experiencia mayor que los demás a propósito de ciertos problemas, no tenemos la obligación de precisar los conceptos fundamentales con que se facilita la técnica quirúrgica de cada caso, no para poder resolver las dificultades gracias a una experiencia personal, sino para que la realización del acto quirúrgico pueda ser efectuada también exitosamente por cirujanos de menor experiencia en ese campo.

Un colega especialmente estimado, en tono jocosamente se refería hace poco al problema y nos decía que el abordaje quirúrgico de la fosa renal que habíamos implantado en nuestra actividad quirúrgica, variable para cada situación y de carácter amplio, para la solución de la mayor parte de los problemas de nuestra especialidad tenía como “inconveniente”, el que la cirugía renal iba poco a poco a pasar a manos de los cirujanos generales.

La irónica observación mencionada, puede hacer pensar que los urólogos hemos logrado mantener bajo nuestro control la técnica quirúrgica urológica, gracias a un detallismo personal especial de los abordajes que nos permite maniobrar por un camino, que como el de las selvas o el de las montañas, únicamente puede ser recorrido por los que en él transitan diariamente.

Estos conceptos que nadie podrá pensar sean estrictamente veraces, tienen sin embargo quizás alguna verosimilitud, por lo cual deseáramos como sanción al relato de nuestra especialidad a este 3º Congreso Uruguayo de Cirugía, que los cirujanos generales que nos escuchan, puedan sacar una conclusión diametralmente opuesta a la mencionada a propósito de la mayor parte de los problemas técnicos quirúrgicos de la urología.

Elección del tipo de abordaje.

El problema del abordaje del riñón se plantea en la clínica diaria frente a las siguientes situaciones:

Frente a una malformación renal o a una anomalía del aparato urinario alto.

Frente a una infección renal o pielorrenal aguda o crónica.

Frente al tumor del riñón.

Frente a la litiasis pielorrenal.

Frente a los quistes serosos o hidáticos del riñón y frente al riñón poliquístico.

Frente al riñón descendido.

Frente a los traumatismos renales aislados o asociados a los traumatismos de vísceras vecinas.

Frente a un riñón que ha sido operado anteriormente y que debe ser nuevamente intervenido. (Caso frecuente en la litiasis urinaria).

Frente a perturbaciones fisiológicas de la glándula o de otros sistemas por las cuales pueden estar indicadas intervenciones diversas sobre el riñón mismo, sobre su inervación, su circulación o sobre sus envolturas y

Frente a un problema de diagnóstico.

Si dejamos de lado el penúltimo grupo que pertenece a un capítulo nuevo de fisiología experimental y que por lo menos hasta el momento no ha creado dificultades mayores con la utilización de los abordajes corrientes, veremos que la mayor parte de esas situaciones se resuelven en la clínica por medio de abordajes que se realizan en cada servicio siguiendo una determinada disciplina. Nosotros realizamos para el tratamiento de la inmensa mayoría de los procesos renales de acuerdo a nuestra modalidad y a una experiencia favorable de años, la técnica de la lumbotomía con resección del extremo de la XII costilla, la que completamos con la disociación de los músculos anchos del abdomen. Si la costilla XII es corta hacemos el mismo abordaje reseccionando el extremo de la XI costilla.

Con este abordaje se obtiene un campo de real amplitud para realizar la mayor parte de las operaciones renales, que no se obtiene, o mejor que no somos capaces nosotros de obtener, con las demás incisiones lumbares, ya se practiquen ellas seccionando los músculos o se efectúen disociando los planos.

Creemos además que el abordaje renal por medio de la incisión lumbar con resección costal, está al alcance de cualquier cirujano no especializado y le permite realizar sin una experiencia urológica amplia, mejor que otros abordajes, las intervenciones que se puedan llevar a cabo corrientemente sobre la glándula.

La resección del extremo de la costilla destruye un nudo músculo-aponeurótico tenso, que brida fuertemente la entrada amplia a la fosa lumbar.

El destruir dicha conexión, permite luego evitar las secciones musculares exageradas que son amenudo necesarias en las lumbotomías clásicas y los desgarros del borde pósterior superior del oblicuo menor que a veces se produce en los abordajes por disociación.

Se le asigna como inconvenientes la lesión frecuente de la pleura, que indiscutiblemente tiene lugar en algunas oportunidades y la flacidez de la pared a veces con eventraciones como consecuencia de la destrucción del núcleo muscular mencionado. A propósito de la lesión de la serosa pleural consideramos oportuno recordar una frase de Colston ⁴⁴, quien dice que cuando ella se produce, la lesión tiene una acción nociva mayor sobre la moral del cirujano que sobre el propio enfermo. En efecto, si la lesión es reparada al final de la intervención suturando el plano diafragmático comprimido por dos dedos contra el plano de la pleura costal cubierto por los músculos intercostales, previa expansión del pulmón, ella no provoca por lo general trastornos ulteriores. En cambio el cirujano durante todo el resto de la operación oye al oído el reproche barullento a su falta de técnica.

Nosotros que repetimos usamos el citado abordaje en la mayoría de nuestras intervenciones, tenemos lesiones de la pleura en aproximadamente un 10 % de los casos operados y excepcionalmente asistimos a complicaciones en relación con dicha lesión.

Con respecto a la flacidez de la pared y a las eventraciones lumbares consecutivas a la resección costal, ellas pueden reducirse al mínimo respetando la integridad de los nervios parietales y reconstruyendo la pared en una forma correcta lo que siempre es posible si no se han hecho exageradas secciones musculares.

Repetimos pues que para nosotros y para el tratamiento quirúrgico de la mayor parte de los procesos patológicos renales la incisión lumbar con resección de costilla, disociando luego los músculos como lo hemos precisado, es la preferida y la que utilizan a entera satisfacción todos los compañeros de nuestra actividad urológica.

Precisando ahora de acuerdo al concepto de nuestro relato como encaramos el abordaje renal frente a los diversos procesos patológicos, consideraremos las siguientes situaciones:

A). — Frente a las anomalías y a las malformaciones.

El abordaje lumbar con resección de costilla tiene para nosotros ventajas en el tratamiento de las diversas anomalías pielorenales y malformaciones, ya que permite una amplia exposición del seno renal, de la pelvis y del ureter superior. Con este abordaje resecando el extremo de la 11^a costilla resolvimos por heminefrectomía el caso Indalecia P. de A. (Fig. 19) referente a un riñón derecho con doble vía excretora e hidronefrosis en la vía canalicular inferior. No obstante cuando la anomalía a tratar se presenta con la topografía renal modificada hemos utilizado con beneficio la vía anterior subperitoneal, ya del tipo del abordaje de Bazy (Caso Elida S.) (Fig. 20) o del tipo de la incisión de

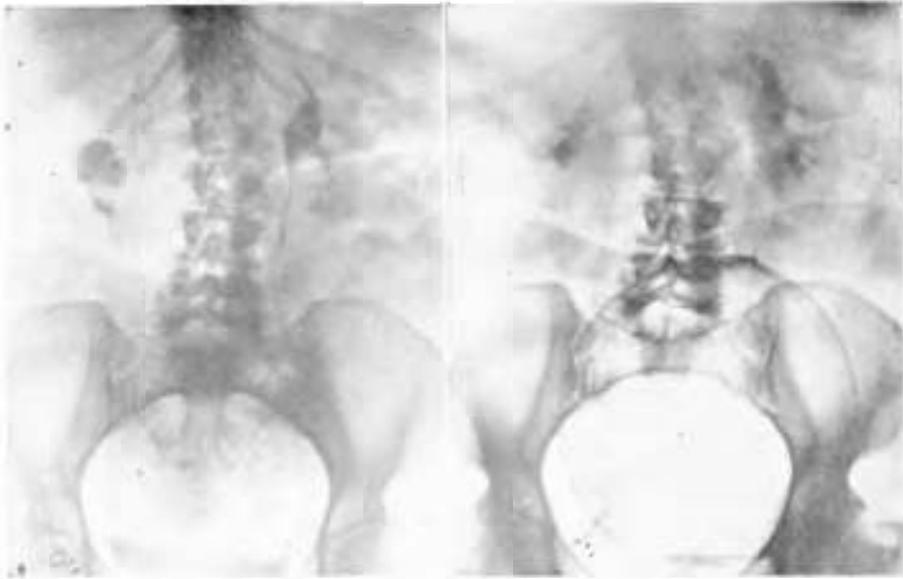


Fig. 19

Indalecia P. de A. — **Operación:** 31 de Enero 1951. Hospital Militar.
Heminefrectomía derecha, por riñón con doble vía excretora e hidronefrosis en la vía excretora inferior.
Abordaje: Lumbar con resección de extremo de la XI costilla.
A) Urografía preoperatoria.
B) Urografía postoperatoria.



Fig. 20

Elida, S. **Operación:** 6 de Febrero 1948, Sanat. Uruguay.
 Reparación de estenosis de la unión ureteropélica izquierda.

Abordaje: Anterior de Bazy.

A) Urografía preoperatoria: Falta de imagen en R. Izq.

B) Pielografía Ascendente: Stop a nivel de la unión ureteropélica.

C) Pielografía en el post-operatorio inmediato (Ddenaje piélico y tubo en T en la unión ureteropélica).

D) Urografía post-operatoria: Recuperación funcional completa y morfología normal.

Pean para abordar por delante la pelvis renal de un enfermo portador de un cálculo en un riñón en herradura (Caso Jacinto B.) (Fig. 21). En los casos de riñones ectópicos pelvianos consideramos ventajoso el abordaje que Palma, Pietropinto y Ugón⁴⁵ preconizan para el acceso simultáneo de la fosa ilíaca y de la pelvis (Caso Américo P.) (Fig. 22).

B). — Frente a las infecciones.

En las infecciones renales agudas de carácter cortical, cuando es necesaria la exéresis del riñón o la enucleación de un proceso localizado como sucede en el antrax donde es imprescindible la exteriorización del órgano, también utilizamos el abordaje lumbar con resección costal. En cambio para el abordaje simple de los mismos procesos, como sucede cuando ellos han hecho la complicación perirrenal frente a las cuales es prohibitivo el cierre de la herida, preferimos los abordajes por disociación muscular. Lo

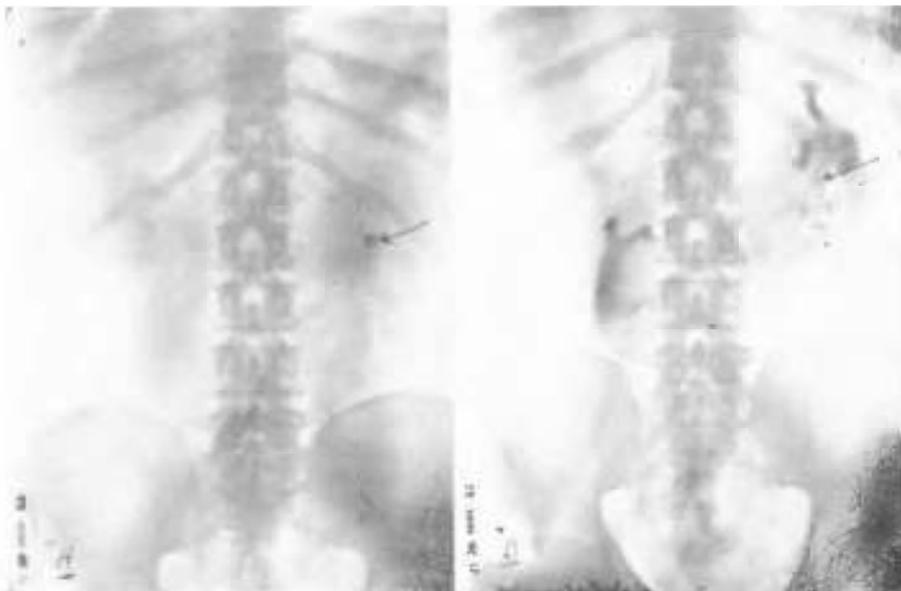


Fig. 21

Jacinto B. — **Operación:** Enero 12-1953. Hospital Militar.

Pielolitotomía anterior izquierda. Abordaje anterolateral de Pean.

A) Placa simple; Cálculo en área renal izquierda.

B) Urografía de excreción: Cálculo en pelvis renal izq. de riñón de tipo del riñón en herradura.

mismo decimos del tratamiento de las infecciones renales de causa canalicular que deben drenarse, éstas van acompañadas por lo general de dilataciones más o menos importantes de las cavidades, frente a las cuales el drenaje de las mismas es fácil y simple por las incisiones conservadoras.

Por el contrario en las infecciones renales crónicas no específicas de cualquier tipo que se acompañan frecuentemente de reacción perirrenal cuando debe procederse a la extirpación del órgano, volvemos a ser francos partidarios de los abordajes amplios, ya que esas situaciones exigen la utilización de la vía subcapsular para llegar al pedículo y proceder a su ligadura.

En las infecciones renales específicas (Tuberculosis) cuando está indicada la nefrectomía, cada vez menos necesaria gracias a los progresos de la terapia médica de esta enfermedad, consideramos directiva esencial la ligadura y sección del pedículo sin sección de la vía canalicular hasta obtenido el cierre parietal completo. En esas condiciones es necesario un campo más amplio que el que se necesita para extirpar un riñón que en general es de periferia y relaciones externas normales y por eso también utilizamos nuestro abordaje preferido. En aquellos casos (pionefrosis tuberculosas) en los cuales se teme se pueda producir la inoculación séptica del campo operatorio, es preferible sacrificar la comodidad



Fig. 22

Américo P.

Operación: 21 Nov. de 1950. Hosp. Militar. Pielonefrostomía izq. por riñón ectópico pelviano único en retención.

Abordaje: Simultáneo de fosa ilíaca y de pelvis.

Pielografía preoperatoria.

del cirujano y utilizar las incisiones conservadoras que disminuyen los riesgos de este accidente. En la mujer delgada que debe ser nefrectomizada por tuberculosis hemos usado en diversas oportunidades la vía anterior subperitoneal que ofrece como resultado estético parietal una cicatriz preferible a la de la lombotomía. El cabo ureteral que repetimos siempre lo abocamos a la piel, lo implantamos en la comisura externa de la herida.

C). — Frente a riñones prácticamente normales.

En los casos de riñones normales que deben sacrificarse, como sucede en las fístulas ureterales quirúrgicas o traumáticas; en los riñones móviles que deben liberarse y fijarse; en los abordajes que se realizan para modificar las condiciones circulatorias del órgano o en aquellos en que se llevan a cabo maniobras para el alivio de ciertos sufrimientos de carácter congestivo y en otras situaciones análogas, consideramos ventajosas las incisiones por disociación que permiten efectuar correctamente cualquiera de esas maniobras. Surraco⁹ hace hincapié en lo necesario de este abordaje en el riñón móvil, ya que la integridad de la pared parece fundamental para la obtención de un resultado correcto.

D). — Frente a los riñones quísticos y a los quistes hidáticos del riñón.

Frente a los riñones quísticos y a los quistes hidáticos del riñón el abordaje lo hacemos depender de la actitud que con el quiste esté programada. Surraco prefiere el abordaje por disociación en el quiste hidático, que nosotros aceptamos si se realiza solo la marzupialización.

El mismo autor refiere las dificultades de la exéresis renal en los casos que debe procederse a ella, pero sin embargo no hace distinción en cuanto a la manera diferente con que a nuestro juicio deben encararse ambas situaciones. Es un carácter del quiste hidático renal, su adherencia precoz a los territorios vecinos y en los casos de quistes hidáticos del polo inferior que deben tratarse por nefrectomía consideramos apropiado el abordaje lumbar. En el caso de quistes a topografía polar superior con adherencia firmes al diafragma que exigen la exéresis renal, hemos utilizado ventajosamente la vía transtorácica (Caso Francisco B.) (Fig. 23).



Fig. 23

Francisco B.

Operación: 20 Marzo 1950. Hosp. Militar.
Nefrectomia derecha por quiste hidático del polo superior del riñón derecho.

Abordaje: Trastorácico. Resección de X costilla.
Pielografía ascendente.

Fig. 24

Magin P.

Operación: 18 Oct. 1950. San. Americano.
Marzupialización de quiste hidático del polo superior del riñón izquierdo.

Abordaje: Lumbar con resección del extremo de la XI costilla.
Urografía preoperatoria.



y en el caso de tener que proceder solo al drenaje el abordaje lumbar con resección costal (Caso Magin P.) (Fig. 24).

Surraco, recientemente a propósito de las nuevas técnicas en la terapéutica quirúrgica del quiste hidático renal se vuelve a repetir partidario del abordaje que emplea corrientemente.

Los quistes serosos pueden tratarse por cualquiera de los abordajes mencionados, pero creemos que el acceso depende de hacia donde se haya hecho la evolución creciente del quiste.

Debe recordarse al respecto que la extrema movilidad de los mismos hace frecuente el despegamiento del riñón de su logia y una topografía renal que no es la normal.

La mayoría los abordamos por vía lumbar con resección costal que nos permite una amplia exploración del resto del parenquima amenudo con otra formación quística.

En algunos casos hemos empleado los abordajes anteriores o laterales dado la topografía anterior de crecimiento del proceso (Caso José M. S. (Fig. 25) tratado por incisión de Pean).

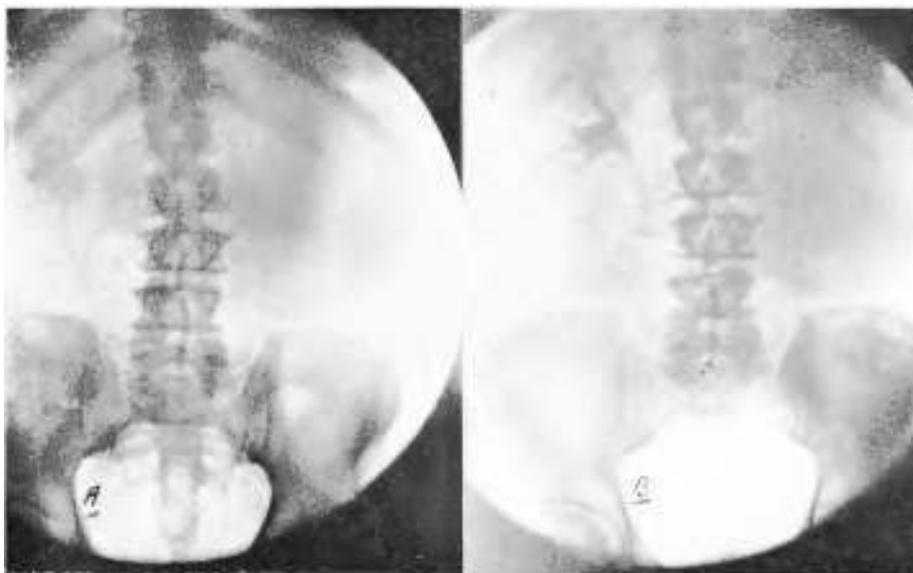


Fig. 25

José M. S. — **Operación:** 22 de Octubre 1946. Sanat. Uruguay.
Nefrectomía izquierda por quiste seroso enorme del riñón izq. y gran cantidad de pequeños quistes.
Abordaje: Anterolateral de Pean.
A) Radiografía simple preoperatoria.
B) Urografía de excreción preoperatoria.



Fig. 26

Rosa W. — **Operación:** 3 de Marzo 1952. Sanat. Americano.
 Nefrectomía derecha por quiste seroso del polo superior del riñón derecho.
Abordaje: Transtorácico. Resección de X costilla.
 A) Placa simple preoperatoria.
 B) Urografía de excreción preoperatoria.
 C) Pielografía asc. preoperatoria.

En una oportunidad abordamos por vía transtorácica un paciente con un quiste del polo superior del riñón derecho en el cual el diagnóstico era dudoso entre un tumor y un quiste del Riñón (Caso Rosa W. (Fig. 26)).

En el riñón poliquistico que debe tratarse quirúrgicamente por algún motivo o complicación, preferimos los abordajes anteriores o laterales ya que en la mayor parte de los casos se trata de riñones grandes que evolucionan clínicamente hacia el abdomen. Puede por medio de ellos efectuarse la punción de los quistes o la decapsulación en forma fácil (Caso Matilde S. de E.. (Fig. 27)).

La vía lumbar que se utiliza con el fin de fijar además el riñón como lo aconseja Surraco . . . nos parece tener ventajas, ya que la cápsula se desgarrar con facilidad y no tiene la consistencia necesaria para que pueda ser utilizada como elemento de fijación.

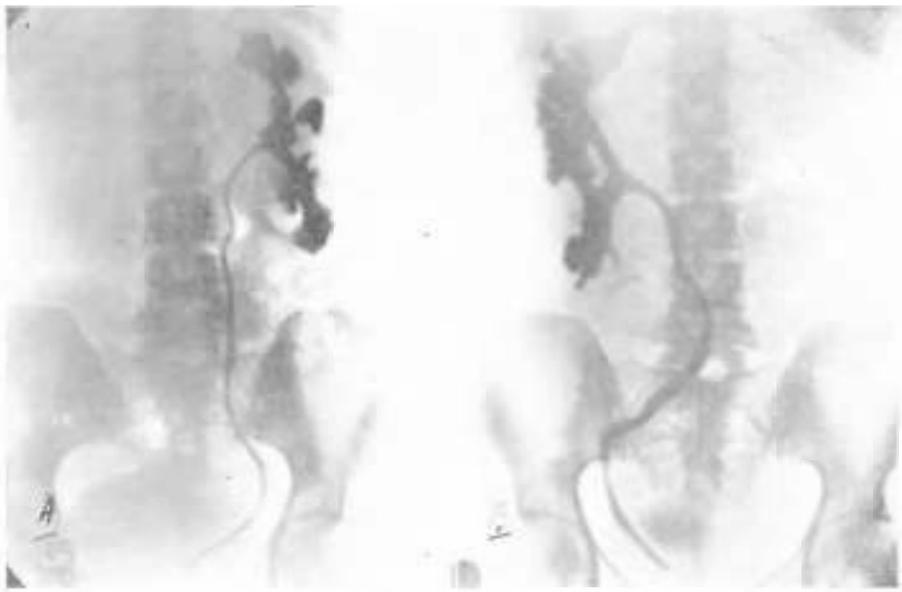


Fig. 27

Matilde S. de E. Operación: 8 de Mayo 1915. Sanat. Americano.
Decapsulación y punción de quistes del riñón poliquistico derecho.
Abordaje: Anterolateral de Pean.
A) Pielografía Asc. izquierda preoperatoria.
B) Pielografía Asc. derecha preoperatoria.

No tenemos buena impresión de los tratamientos quirúrgicos diversos que se han planteado para solucionar o mejorar algunas de las complicaciones de esta enfermedad.

E). — Frente a los tumores del riñón:

El abordaje quirúrgico del tumor se plantea en tres situaciones distintas:

Frente al tumor parenquimatoso del adulto.

Frente al tumor parenquimatoso del niño.

Frente al tumor de la vía excretora.

Cada uno de esos tres tipos de tumores debe a nuestro juicio hacer encarar el abordaje en forma distinta.

1º. Frente al tumor parenquimatoso del adulto:

Beare J. y M. Donald J.⁴⁹ efectuando estudios para determinar la frecuencia de la invasión de la cápsula y del tejido perirrenal por el tumor del riñón, encontraron que sobre un total de 488 riñones tumorales operados en 75 casos existía extensión a la cápsula y en 268 la neoformación había llegado a la grasa perirrenal; lo que quiere decir que en más del 70 % de los casos las estructuras vecinas al riñón estaban invadidas y nada podía seguirse sin una exéresis completa de esas estructuras. Foley y sus colaboradores⁵⁰ encaran a nuestro juicio equilibradamente los fundamentos de la cirugía por cáncer en los tumores del riñón y sostienen que las directivas básicas al respecto no han sido seguidas. Dicen los autores citados que si bien muchos autores han sugerido que el tejido perirrenal debe ser extirpado, ninguno incluye lo necesario de la exéresis del tejido pararenal. Ellos insisten a) en que la extirpación debe hacerse con todos los tejidos vecinos incluyendo el peri y pararenal, las glándulas suprarrenales y amenudo la vena cava desde las venas renales hasta su bifurcación, cuando se trata de tumores del lado inferior del riñón derecho y b) en que el cirujano en la nefrectomía radical por cáncer no debe ver el riñón, como en la mastectomía correcta no se ve el cáncer del seno. Utilizan un abordaje lumbar generoso que secciona la totalidad de los músculos del abdomen y reseca o fractura las últimas costillas. Nuestra opinión es que la ejecu-

ción de una operación de este tipo debe realizarse con el abordaje que más se adapte a los caracteres anatómicos y evolutivos de cada caso.

En el caso Carmen T. de D. (Fig. 28) tumor grande del polo inferior utilizamos el abordaje lumbar con resección costal; en los casos Fco. R. (Fig. 29) y Angela G. de D. (Fig. 30) tumores re-



Fig. 28

Carmen T. de D.
Operación: 29 Set. 1950. San. Americano.
Nefrectomía izquierda por tumor del polo inferior del riñón izquierdo.
Abordaje: Lumbar con resección costal.
Urografía preoperatoria.



Fig. 29

Francisco R.
Operación: 11 Junio 1952. San. Americano.
Nefrectomía derecha por tumor renal.
Abordaje: Transtorácico. Resección de la X costilla.
Pielografía ascendente.

Fig. 30

Angela G. de S.

Operación: 31 Enero 1952. San. Americano.
Nefrectomía izquierda por tumor renal.

Abordaje: Transtorácico. Resección de la
XI costilla.
Pielografía ascendente.



Fig. 31

Benito. W — **Operación:** 6 de Febrero 1950. Sanat. Americano.
Nefrectomía izquierda por enorme tumor renal.

Abordaje: Antero lateral de Pean.

A) Pielografía ascendente.

B) Radiografía de estómago: Desplazamiento acentuado del estómago hacia la derecha y arriba.

nales del polo superior empleamos el acceso transtorácico; en el caso Benito W. (Fig. 31) que corresponde al más grande de los tumores del riñón que hemos observado debimos recurrir a una incisión transversal anterior con sección transversal de ambos rectos y en el caso Josefina M. de D. (Fig. 32) efectuamos una incisión transversal del tipo de la incisión de Pean.

Consideramos que en el momento actual el abordaje transtorácico es el que cumple en general con las directivas básicas que reglan la exéresis de los tumores renales.

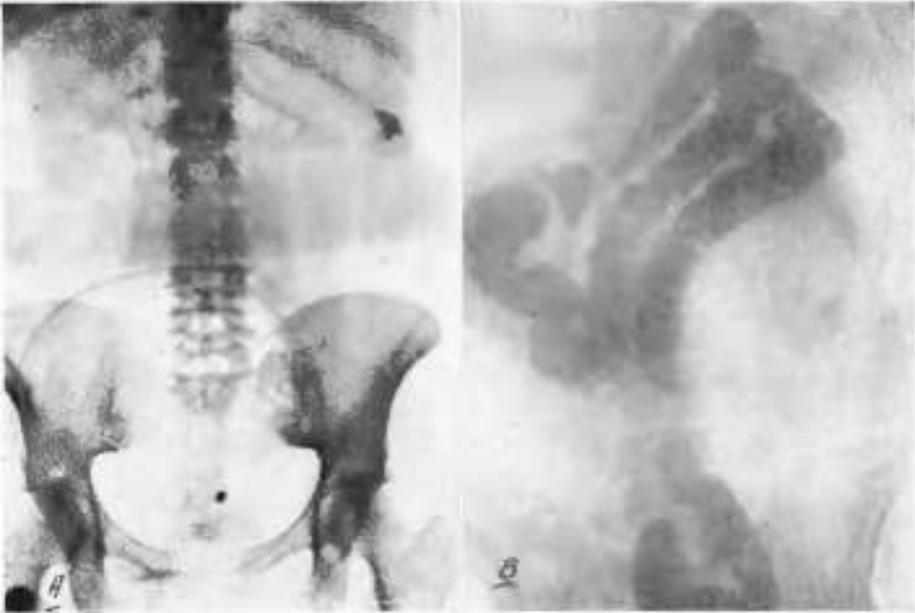


Fig. 32

Josefina M. de D. — **Operación:** 20 de Julio 1949. Sanat. Americano.

Nefrectomía izquierda por tumor renal izq. con calcificaciones y derrame perirrenal organizado.

Abordaje: Antero lateral de Pean.

A) Urografía de excreción.

B) Radiografía de colon: curioso y poco frecuente desplazamiento del colon izq. hacia adentro por proceso renal.

2º Frente al tumor parenquimatoso del niño.

Es el tumor de Wilms o tumor renal embrionario. Tiene como caracteres que se relacionan con el abordaje, su rápido crecimiento que alcanza frecuentemente enorme tamaño y su radiosensibilidad. Esta última interesa porque aún los partidarios de la cirugía precoz sin irradiación previa, la preconizan para hacer abordables quirúrgicamente tumores que sin la reducción por la irradiación no pueden ser tratados quirúrgicamente.

El tamaño grande de la mayor parte de los tumores del riñón del niño ha hecho preferir a casi todos los cirujanos el abordaje anterior transperitoneal a través de una incisión para mediana que se extiende desde el reborde costal hasta el pubis. Este abordaje puede todavía ampliarse añadiéndole en su parte media una prolongación horizontal con lo que se constituye la llamada incisión en T. que hemos descrito como incisión de Young²⁵. Las asas intestinales se reclinan y el peritoneo parietal posterior es incidido verticalmente paralelamente al colon.

El objetivo primero del abordaje es la ligadura de las venas del pedículo antes de toda manipulación sobre el tumor. Este detalle de técnica es lo que hace criticables para los tumores del riñón del niño, los abordajes lumbares. Los libros modernos de Urología infantil (Higgins, Williams y Wash⁵¹) admiten que quizás el abordaje tóraco abdominal constituya el mejor acceso, particularmente en los tumores altos o fijos.

Nosotros no hemos tenido aún oportunidad de hacer en estos casos, abordajes transtorácicos o tóraco abdominales y dos casos tratados que hemos observado con el Dr. R. Yanicelli los hemos abordado uno por vía lumbar y otro por vía antero lateral sin haber sacado una impresión enteramente favorable sobre estas vías.

3º. Frente al tumor de la vía canalicular.

En la exeresis por tumor de la vía canalicular es imprescindible añadir a la nefrectomía, la extirpación total del ureter y la zona de la vejiga donde desemboca dicho canal. Eso se debe a la casi constante siembra celular que se produce en la vía canalicular como consecuencia de los tumores piélicos.

El abordaje del riñon y de su vía excretora se hace en estas situaciones por algunos con una sola y amplia incisión lumboabdominal, mientras que otros realizan la operación con 2 incisiones, una lumbar y otra inguino-abdominal.

Nosotros, como la mayoría, somos partidarios del abordaje independiente del riñón en un primer tiempo y del uréter con su desembocadura vesical en un segundo. La exéresis renal aquí, no es imprescindible que se haga en la forma radical que se hace en los tumores parenquimatosos ya que la propagación no es fundamental hacia la cápsula sino como lo hemos dicho hacia lo largo del canal. Dado que facilita el segundo tiempo de la operación, realizar en el primero una extirpación lo más completa posible de la parte alta del ureter lumbar y dado que la segunda etapa o ureterovesical no puede realizarse sin un sacrificio más o menos importante de la parte baja de los músculos anchos del abdomen, hacemos el abordaje renal por medio de incisiones lumbares sin reseca costilla, con el objeto de que los músculos abdominales que van a ser más o menos lesionados luego, conserven sus inserciones costales lo más firmes posible

El extremo inferior de la incisión lumbar puede ampliarse, disecando el borde posterior del oblicuo mayor hasta la cresta iliaca y reclinando hacia abajo el borde superior del oblicuo menor por medio de separadores anchos. Si se procede así es posible ligar y seccionar el uréter hasta 6 u 8 ctm. por debajo del polo inferior del riñón donde luego será alcanzado en el segundo tiempo de la operación.

De ese modo la parte alta de la pared lumbar con un discreto sacrificio de la comodidad del cirujano mantiene su tensión y su rigidez.

En la reparación de la pared se debe tener especial cuidado de proceder a la sutura del transverso y a cubrir su cara externa por las fibras reclinadas del oblicuo menor. El borde posterior del gran oblicuo es suturado al borde del gran dorsal, borrando la superficie del triángulo de Petit.

Insistimos en el especial cuidado de la inervación parietal para reducir a un mínimo las consecuencias de la agresión músculo nerviosa del 2º tiempo. El tiempo bajo complementario lo hacemos una vez que el enfermo se ha recuperado de la primera

intervención y una vez que el patólogo se ha expedido a propósito del tipo del tumor y del estado del ureter parcialmente reseca- do. Ercole ⁵² se ha referido a este aspecto del problema y ha- ce notar que este factor es otro de los que le hacen preferir la rea- lización en dos etapas de la operación.

El abordaje del ureter bajo y de la vejiga a reseca, lo hace- mos por medio de una incisión combinada en la que se mezclan un hemi Pfannenstiel y un Mc. Burney, (Palma y sus colaborado- res ⁴⁵ y Palma y Belloso ⁵³) la que ampliamos con la ligadura y sec- ción de los vasos epigástricos. El realizar solo la exéresis renal en

Fig. 33

Adriano. A.

Operación: 16 Mayo 1944. Hosp. Militar.
Nefrectomía derecha por tumor de la
pelvis renal.

Abordaje: Lumbar con resección costal.
Pielografía ascendente.



el caso Adriano A. (Fig. 33) tuvo como consecuencia un cáncer de vejiga que llevó al enfermo a la muerte y la resección renal en un primer tiempo y la urétero vesical en un segundo fué seguida de una sobre vida de más de 5 años al paciente Juan J. M. (Fig. 34) que se mantiene hasta la fecha sin anormalidades.

Frente a la litiasis pielorrenal.

El concepto básico que rige el tratamiento quirúrgico de la litiasis pielorrenal es el concepto conservador frente al órgano ya que la litiasis es esencialmente una enfermedad recidivante.

Ese carácter recidivante se debe en muchas ocasiones a que de la extracción primera de un cálculo renal nacen una serie de

modificaciones en el árbol urinario a las que no es siempre ajena la intervención realizada. Agresión parenquimatosa del cirujano, lesiones cicatrizales, abandono de un fragmento de cálculo, falta de tratamiento de una alteración local del sistema pielocalicial (estenosis, hidrocaliz, etc.) son factores que en una proporción grande de las situaciones deben ser incriminadas como responsables de una recidiva en la litiasis.

Por eso la intervención debe realizarse de modo que la extracción del cálculo se realice con las maniobras menos agresivas para el parénquima y por eso es preferible la piololitotomía a la nefrolitotomía, aún cuando la práctica de una nefrotomía complementaria es amenudo imprescindible. La abertura de la vía canalicular o la sección del parénquima deben efectuarse con maniobras quirúrgicas limpias para lo cual es necesario un abordaje amplio, una exteriorización completa del órgano y una exposición precisa de la zona a operar. He ahí las razones por las cuales preferimos la lumbotomía con resección costal.

Frente a una destrucción renal de jerarquía que impone la exéresis del órgano, si no se sospecha una perifrenitis intensa; frente al drenaje de una bolsa pionefrótica y frente a cálculos ais-

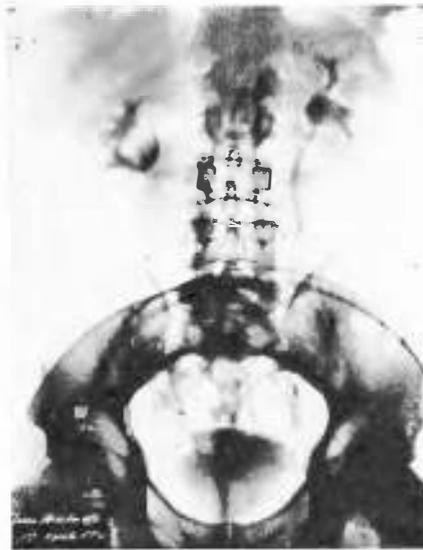


Fig. 34

Juan J. M.

Operación: 19 Agosto 1948. Hosp. Militar ler. Tiempo Nefrectomía por tumor píelico derecho.

Abordaje: Lumbar. Sin resección costal. 2º Tiempo. 1º Nov. 1948. Ureterectomía total y Cistectomía parcial.

Abordaje: Simultáneo de pelvis y fosa iliaca derecha.
Urografía de excreción.

lados de contornos netos a topografía piélica, sobre todo si existe dilatación de cavidades y estas tienen el carácter de extra hiliares, pueden utilizarse incisiones lumbares más conservadas como son las que se realizan sin resección costal.

Creemos que los abordajes transperitoneales y los que se realizan a través del tórax no deben emplearse en estos casos, ya que no tienen ventajas sobre los abordajes lumbares mencionados y si algunos inconvenientes de orden infeccioso. En cambio cuando el abordaje se realiza en un riñón operado anteriormente (caso frecuente en la litiasis) o cuando la infección crónica del riñón hace pensar en la existencia de una reacción perirrenal de jerarquía, creemos que a pesar de las contraindicaciones mencionadas, el abordaje transtorácico puede tener indicaciones de interés y ofrecer ventajas sobre los demás abordajes (Caso Agustín M.) (Fig. 35).

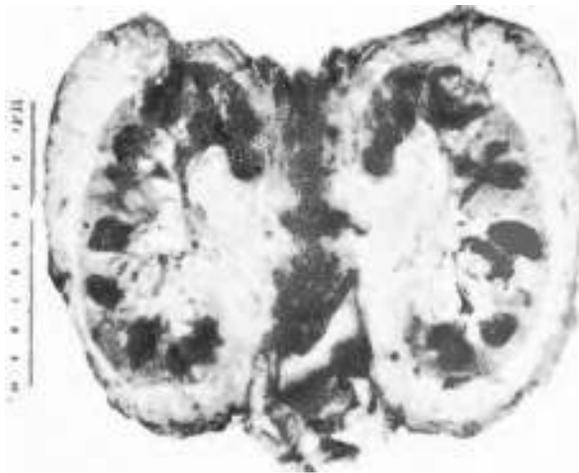


Fig. 35

Agustín M. — Operación: 4 Junio 1951. Hospital Militar.

Nefrectomía izquierda, por vía transtorácica por piodenofrosis calculosa operada anteriormente y con enorme perinefritis esclerosa. Extirpación en block del riñón y de todos los tejidos que lo rodean. En el corte se observa la cáscara fibrosa cicatrizal que envuelve al órgano.

En algunas pionefrosis calculosas con riñones bajos a fácil palpación abdominal, hemos usado los abordajes anterolaterales de tipo transversal con los cuales las maniobras quirúrgicas nos han resultado particularmente sencillas, (Caso Carmen M. de G.) (Fig. 36).

En los casos de litiasis que han sido la consecuencia de deformaciones renales congénitas o adquiridas localizadas a un segmento del riñón, o cuando la misma litiasis ha provocado alteraciones localizadas irreversibles, cada día se realiza más y con entusiasmo creciente la nefrectomía parcial con el fin de extraer el cálculo y extirpar la zona alterada (Casos Celia Z. Fig. 37) y Etelvina P. de P. (Fig. 38)).

En esta intervención, lo mismo que cuando debe procederse a una nefrotomía que tiene de común con la nefrectomía parcial, el riesgo de la hemorragia secundaria, a pesar de la luz que ofrece la vía transtorácica, la consideramos de contraindicaciones precisas, pues en caso de tener que reintervenir lo que aquí es relativamente factible, existen dificultades especiales, que derivan de una nueva penetración en la cavidad pleural y amenudo en el peritoneo.



Fig. 36

Carmen M. de G.

Operación: 2 Mayo 1951. San. Americano. Nefrectomía derecha por pionefrosis calculosa.

Abordaje: Antero lateral de Pean.

Radiografía simple de aparato urinario.

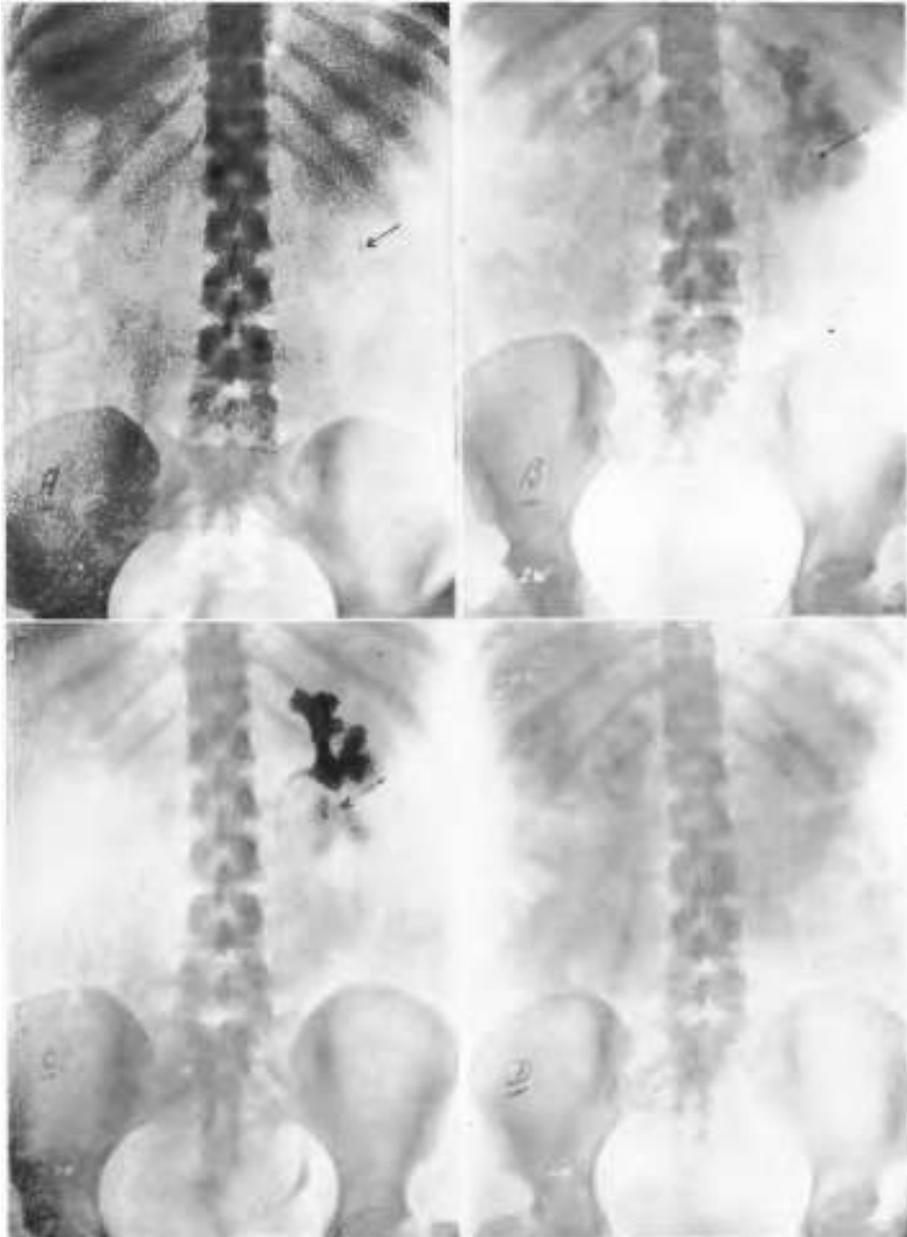


Fig. 37

Celia Z. — **Operación:** 17 Marzo 1951. San. Americano. (Dres. R. Ercole y Hughes).
Nefrectomía parcial izq. por litiasis con cálices inferiores cavitarios.

Abordaje: Lumbar con resección costal.
A) Radiografía simple preoperatoria.
B) Urografía de excreción preoperatoria.
C) Pielografía ascendente preoperatoria.
D) Urografía post-operatoria.

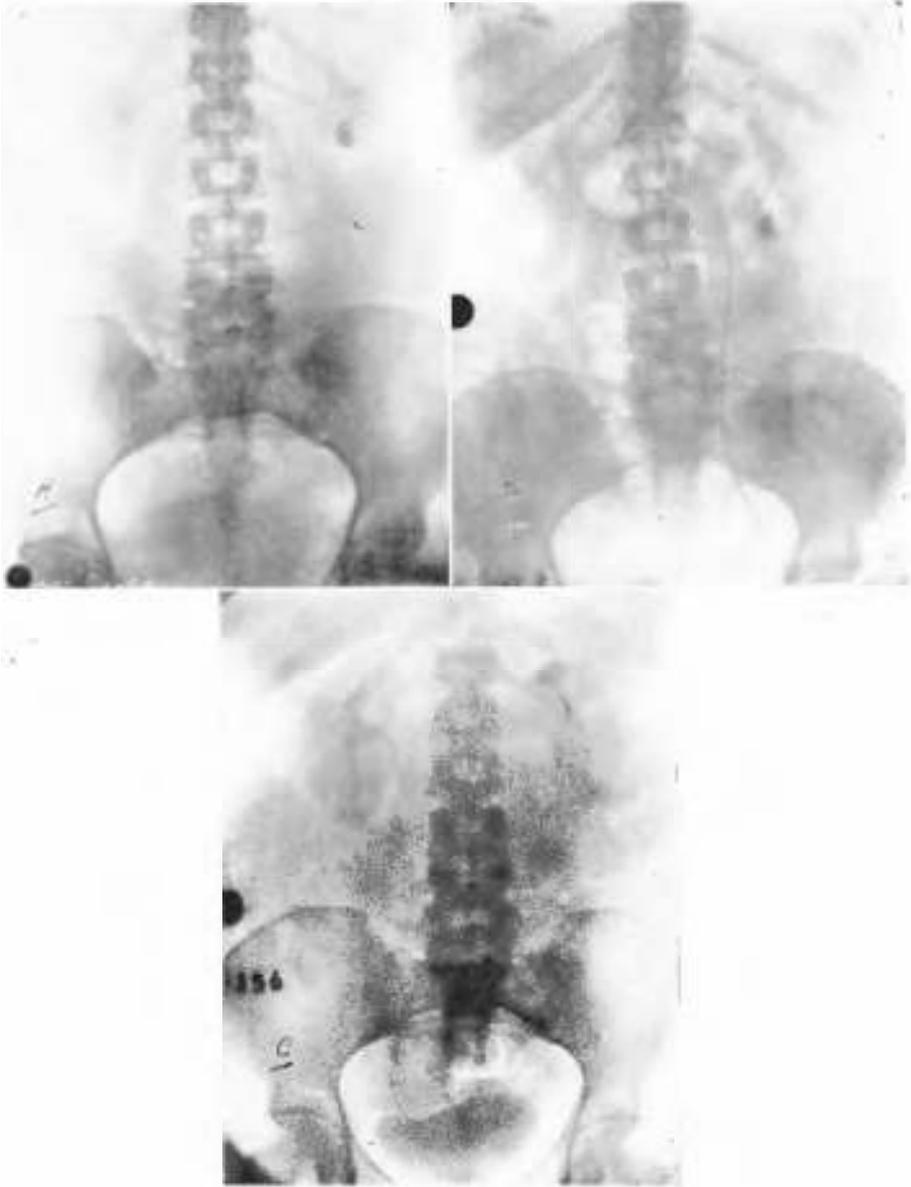


Fig. 38

Etelvina P. de P. — **Operación:** 25 Mayo 1951. Sanat. Americano.
Nefrectomía parcial izq. por cálculo del cáliz inferior cavitario.
Abordaje: Lumbar con resección costal.
A) Radiografía simple de Apar. urinario preoperatorio.
B) Neumopiografía ascendente preoperatoria.
C) Urografía post-operatoria.

En resumen pues, el abordaje del riñón en la litiasis debe tener como carácter la amplitud suficiente para realizar cualquier clase de maniobras las que amenudo pueden alcanzar reales dificultades, lo que obliga a meditar cuidadosamente antes de decidir el abordaje a emplear.

Del poder realizar las maniobras con toda comodidad depende en muchas ocasiones el resultado exitoso de la misma, la no recidiva del cálculo y frecuentemente la vida del paciente.

Para terminar debe recordarse que la ortodoxia quirúrgica impone en todos los casos de cirugía conservadora por litiasis renal el estudio radiológico de control operatorio como complemento de la litotomía, lo que también exige la exteriorización completa del órgano, que no es fácil de efectuar sin un abordaje muy cómodo del campo operatorio. (Casos D. Ribeiro (Fig. 39) y Federico S.). (Fig. 40).

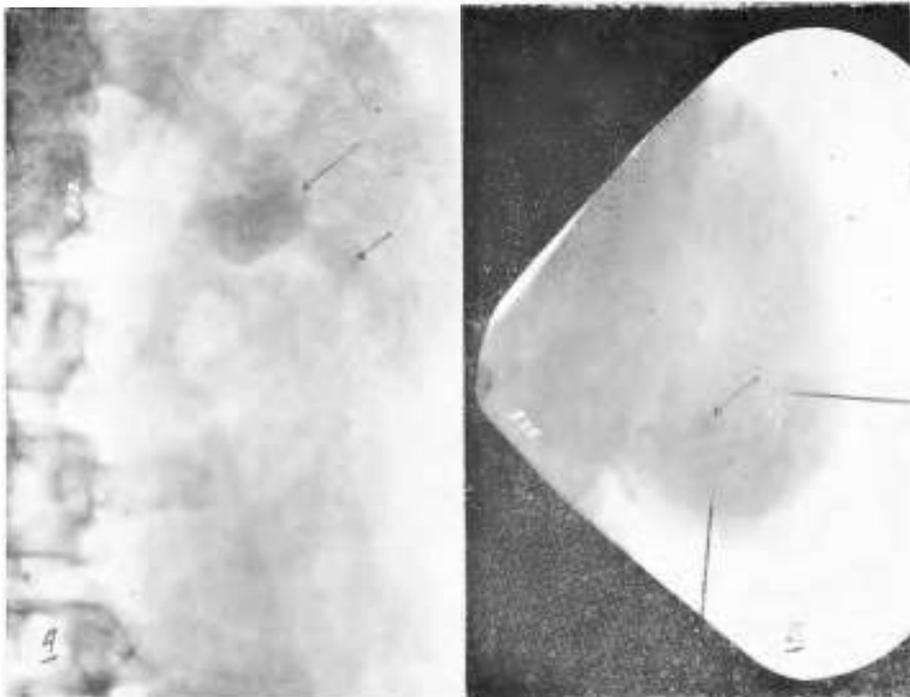


Fig. 39

Dalmacio R. — **Operación:** 13 Noviembre 1952. Sanat. Americano.

Pielolitotomía izquierda por cálculo de la pelvis y pequeño cálculo del cáliz inf.

Abordaje: Lumbar con resección costal.

A) Radiografía simple. Preoperatoria.

B) Radiografía operatoria después de extraído el cálculo piélico con el fin de ubicar el pequeño cálculo del cáliz inferior.

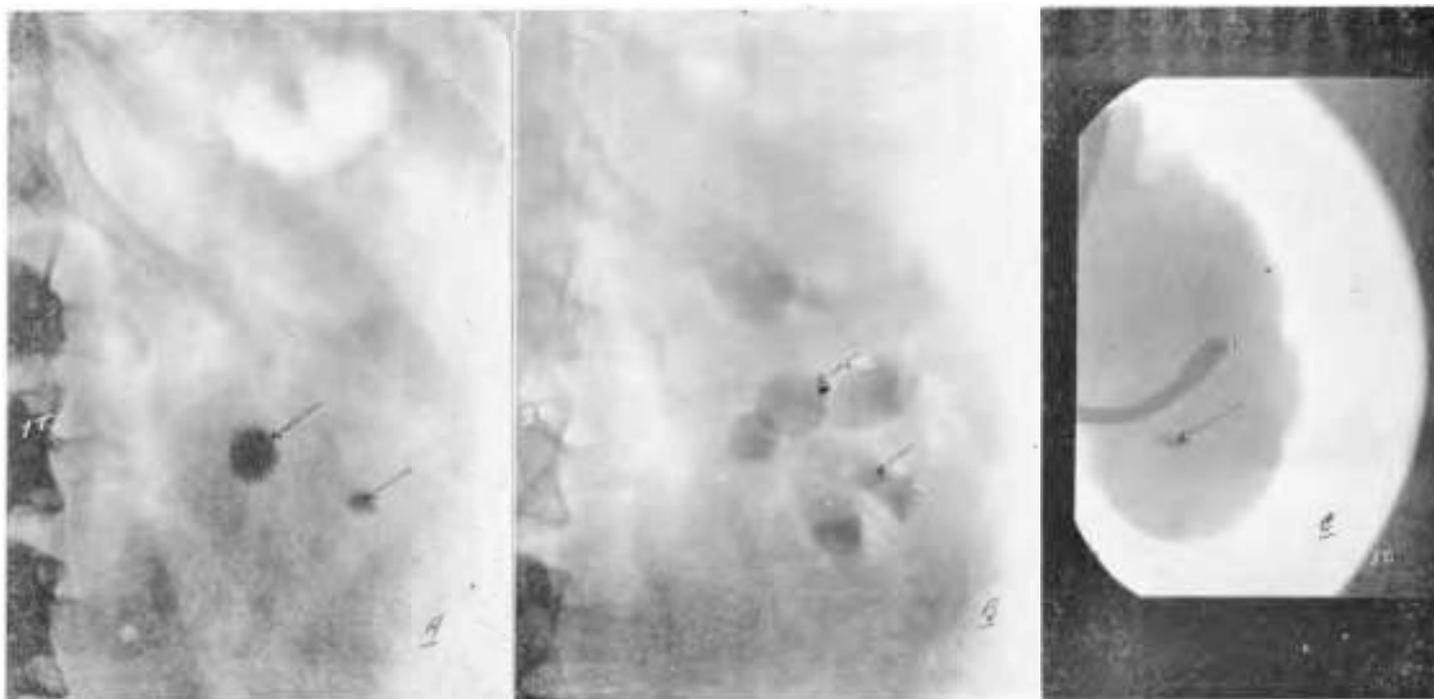


Fig. 40

Federico S. -- **Operación:** 8 Diciembre 1945. Sanat. Uruguay.
Pielolitotomía izquierda por cálculo piélico y pequeño cálculo del cáliz inferior.
Abordaje: Lumbar con resección costal
A) Radiografía simple de aparato urinario.
B) Urografía de excreción.
C) Radiografía operatoria una vez extraído el cálculo piélico y antes de extraerse el cálculo del cáliz.

Abordaje del riñón en los traumatismos del riñón.

El tratamiento adecuado de los traumatismos del riñón permanece aún en discusión y la conducta expectante o quirúrgica de los casos, sigue teniendo cada una sus defensores acérrimos.

Frente a un trauma renal es indispensable establecer: a) la importancia de la lesión del órgano y b) la existencia de lesiones asociadas.

La situación es distinta según existan o no dichas lesiones de asociación. Si ellas no existen, el tratamiento de urgencia casi nunca se plantea hasta la desaparición del shock y hasta que un estudio radiológico, urográfico y amenudo pielográfico, haya podido realizarse para determinar la importancia de la lesión del riñón. Con todo, si la operación debe encararse de urgencia y no parecen existir lesiones de otras vísceras, el abordaje puede hacerse de acuerdo a las directivas corrientes de cada escuela. En cambio si existe la duda de que esas alteraciones extrarrenales puedan existir o su presencia es segura, creemos que el acceso más lógico es el abordaje tóraco abdominal o transtorácico de acuerdo a la experiencia de D. Marshall³² y de Fox³³ quienes refieren su experiencia al respecto. Nosotros no hemos tenido oportunidad de abordar ningún riñón por trauma desde que empleamos el abordaje transtorácico o tóraco abdominal (Sabemos que alguien entre nosotros lo ha utilizado y ha sacado del mismo excelente impresión) pero de acuerdo a su utilización en otros procesos nos parece difícil, que para el tratamiento adecuado de una lesión multivisceral de ese tipo, pueda existir otro con tantas y precisas ventajas. Recientemente Sabadini y Ducassou⁵⁴ prefieren para las contusiones renales asociadas las vías laterales y en especial las laparotomías oblicuas susceptibles de ser prolongadas.

Frente a un problema de diagnóstico.

Por último con frecuencia relativa el cirujano debe abordar la logia renal con el propósito de establecer un diagnóstico que le permita luego encarar el tratamiento del proceso. Mérola⁵⁵ se ha referido a estas situaciones y hace resaltar la importancia del abordaje en las mismas.

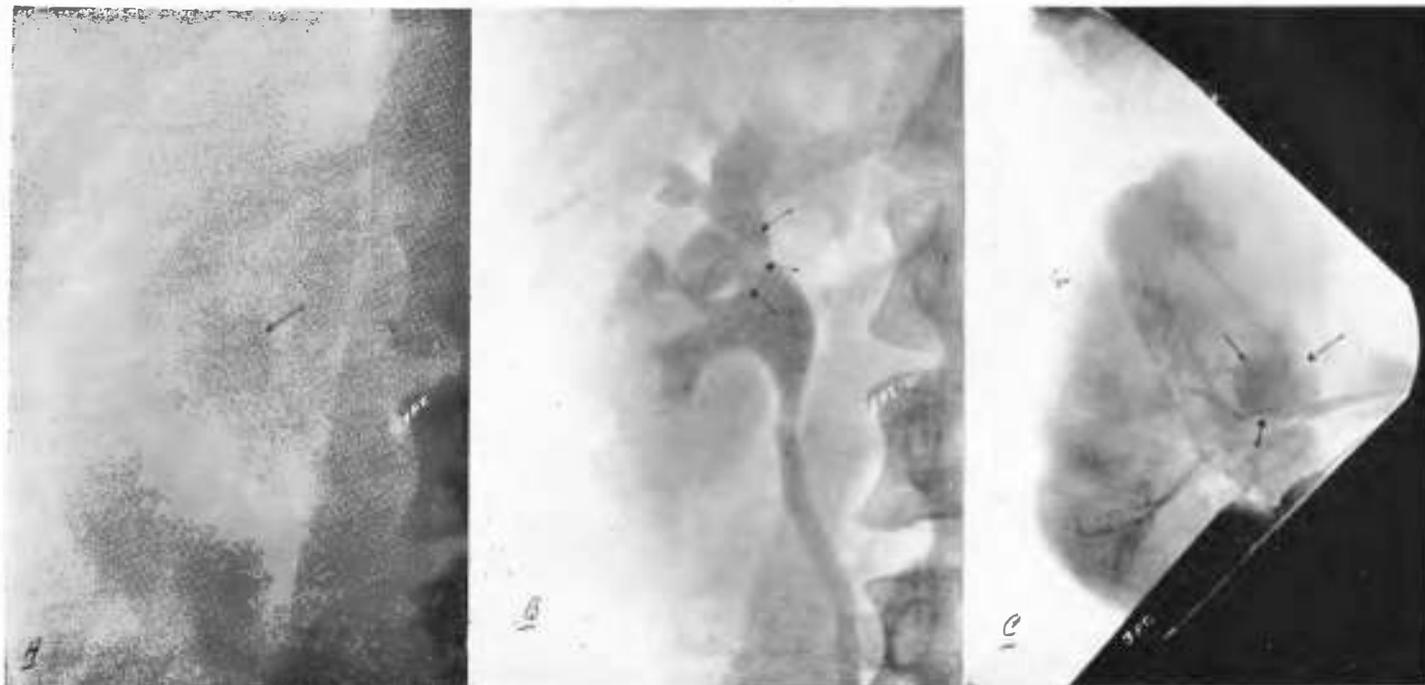


Fig. 41

Pedro C. — **Operación:** 16 agosto 1951. Sanatorio Americano.
Arteriografía operatoria. — Nefrectomía derecha por Aneurisma de la arteria renal derecha.
Abordaje: Lumbar con resección costal.
A) Placa simple: Zona opaca semicircular en área renal
B) Urografía de excreción: la zona opaca parece ser extracavitaria, lo que hace sospechar el aneurisma de la arteria renal.
C) La arteriografía operatoria confirma el diagnóstico.

Creemos que deben encararse dos aspectos distintos: A) En unos es necesario precisar si se trata de un proceso renal o de otra víscera y eso sucede con tumoraciones que pueden tener su origen en el hígado, en la vesícula, en la cola del páncreas, en el bazo o en estructuras retroperitoneales. En esta situación la conducta que hemos seguido es abordar el proceso por vía anterior o lateral siguiendo en líneas generales el abordaje llamado de Pean. Este abordaje permite la exploración del órgano y buscar la solución del problema si de un proceso renal se trata, ampliando el campo de acuerdo a los hallazgos, si la exploración renal es negativa, el mismo proceso permite abrir el peritoneo, explorar su interior y decidir en consecuencia. Es posible que esta manera de actuar que a nosotros nos ha permitido solucionar frecuentemente problemas, no sea para muchos la solución ideal. Se prefiere hacer una lombotomía conservadora que si muestra la ausencia de todo proceso renal es cerrada, para abordar el caso por la incisión abdominal que se juzgue conveniente. B) En otros debe diagnosticarse la causa de un sufrimiento renal. El caso más frecuente es el de un riñón que sangra sin o con pocas deformaciones pielográficas. El abordaje conveniente es entonces la lombotomía conservadora con la cual es fácil hacer una exploración macroscópica del órgano.

Si en ese examen no se encuentra anormalidad alguna puede emplearse la punción bióptica, sobre la cual no tenemos experiencia pero que de acuerdo a la comunicación de Piaggio y sus colaboradores⁵⁶ podría rendir utilidad.

En situaciones análogas, hemos empleado la arteriografía renal operatoria, que nos permitió en un caso confirmar el diagnóstico de aneurisma de la arteria renal (Caso Pedro C. Fig. 41) y en otro (Caso Héctor D. Fig. 42) descartar al neoplasma como motivo de una hematuria fantasma. No necesitamos añadir que cuando procedemos de esta forma preferimos la lombotomía amplia con resección del extremo costal.



Fig. 42

Héctor D. — Operación: 20 de Agosto 1951. Sanat. Americano.

Lombotomía exploradora. Arteriografía operatoria.

Abordaje: Lumbar con resección costal.

- A) Pielografía ascendente izq.: Deformación del contorno renal con discreto desplazamiento de los cálices.
 B) Arteriografía renal operatoria: Imagen normal.

Hemos tratado de resumir en este relato con que hemos sido honrados por la Soc. Uruguaya de Urología y por el Comité organizador del 3er. Congreso Uruguayo de Cirugía, nuestra manera de pensar sobre el Abordaje del Riñón en las distintas situaciones que se plantean en la clínica diaria.

Como lo hemos dicho y repetido, no creemos ni estamos convencidos de que el enfoque con que lo hemos efectuado sea el más correcto ni el menos sujeto a críticas, ya que frente a casos parecidos caben soluciones distintas seguramente tan correctas unas como otras; pero de lo que estamos absolutamente seguros es que

todos los problemas los hemos encarado pensando, en cual es en nuestras manos el abordaje capaz de encontrar la más eficiente y beneficiosa solución de los mismos.

Hemos dicho lo que hacemos y no todo lo que se puede hacer, dado que en esa forma referimos nuestra práctica y nuestros resultados, que es lo que suponemos interesa especialmente a los que en este campo de la cirugía tienen una experiencia menor que la nuestra.

B I B L I O G R A F I A

- 1). — **W. Suiffet y J. Scherchener.** — Archivos Uruguayos de Med. Cirug. y Espec. 1952: 40: 349.
- 2). — **L. Mérola.** — Anales Fac. Med. Montevideo 1917: 2: 105.
- 3). — **G. Simon.** — (Tomado de History of Urology Am. Urol. Ass. Ch. P. Mathé. The Williams and Wilkins Co. Baltimore 1933 Pág. 279.
- 4). — **H. Kelly y C. Burnam.** — Diseases of the Kidneys, Ureters and Bladder D. Appleton and Co. N. York 1914.
- 5). — **V. Bergmann.** — (Tomado de H. Bodner y H. Briskin. The Urol. and Cut. Rev. 1950: 54: 272).
- 6). — **F. Guyón.** — Ann. Mal. Org. Gen. Urin. 1887: 5: 129.
- 7). — **J. Albarran.** — Med. opératoire des Voies Urinaires. Masson et Cie. Paris 1909: Pág. 74.
- 8). — **W. Mayo.** — Ann. Surg. 1912: 55: 63.
- 9). — **L. Surracc.** — Ann. Dpto. Científico de Salud Pública 1933: 1: 144.
- 10). — **R. Ercole.** — Rev. de Cirug. de B. Aires 1937: 433.
- 11). — **Ekehorn.** — Archiv. y Klin. Chirurg. 1912: 37: 513. (Tomado de R. Ercole 10).
- 12). — **R. Abbe.** — An. Surg. 1897: 25: 744. (Tomado de Bodner y Briskin (5)).
- 13). — **A. Mayo Robson.** — The Lancet. 1898: 1315. [Tomado de C. P. Mathé (3)].
- 14). — **V. Bruns.** — (Tomado de Bodner y Briskin (5)).
- 15). — **V. Czerny.** — Cent. y Chir. 1897: 6: 737. [Tomado de Kelly y Burnam (4)].
- 16). — **E. Pflaumer.** — Zent. f. Chir. 1929: 2237. (Tomado de J. Minet Archiv. des Mal. des Reins 1935: 9: 47).
- 17). — **B. Fey.** — Archiv Urol Clinic. Necker 1926: 5: 169.
- 18). — **F. Hughes.** — Jour of Urol. 1949: 61: 159.
- 19). — **E. Hess.** — Jour of Urol. 1939: 42: 943.
- 20). — **Kocher.** — [Tomado de Bodner y Briskin (5)].
- 21). — **M. Pean.** — Ann Mal. Org. Gen. Urin. 1894: 12: 393.
- 22). — **H. Cabot.** — Jour. of Urol. 1925; 14: 261.
- 23). — **T. Sweetser.** — Jour. of Urol. 1947: 57: 651.

- 24). — **L. Bazy.** — Presse Med. 7 Marzo 1944. E. Viel. Tesis de París 1914. (Tomado de F. Legueu. Trat. Médico Quirúrg. de las Vías Urinarias Salvat. Barcelona 1926. Tomo 1: 771).
- 25). — **H. Young.** — Pract. of Urol. Saunders and Co. Philadelphia 1926.
- 26). — **G. Cahill.** — J.A.M.A. 1948: 138: 357
- 27). — **Sanders.** — (Tomado de J. Segovia Caballero. Trat. de operatoria general y especial Uteha. Méjico 1951. Tomo IV: 19.
- 28). — **E. Pérez Castro y C. Gil Turner.** — Archiv. Esp. de Urolog. 1952: 8: 97.
- 29). — **Constantini y Bernasconi.** — Pres. Med. 1930: 22: 376.
- 30). — **R. Uteau y R. Leroy.** — Jour d'Urol. 1937: 43: 105.
- 31). — **E. Truc.** — Jour d'Urol. 1945: 52: 294.
- 32). — **D. Marshall.** — Jour. of Urol. 1946: 55: 119.
- 33). — **D. Fox.** — Surg. Gyn Obst. 1946: 82: 64.
- 34). — **H. Mortensen.** — Jour of Urol. 1948: 60: 857.
- 35). — **R. Chute.** — [Tomado de O'conor y J. Head. (35)].
- 36). — **V. O'Conor y J. Head.** — Surg. Gyn. Obst. 1949: 89: 599.
- 37). — **R. Chute y L. Souter.** — Jour of Urol. 1949: 61: 688.
- 38). — **J. Foret.** — Journ. d'Urol. 1950: 460.
- 39). — **J. Conradt.** — Jour Belg. d'Urol. 1950: 19: 3.
- 40). — **F. Hughes.** — Rev. Arg. de Urol. 1950: 19: 3.
- 41). — **F. Hughes.** — Bol. de la Soc. de Cirug. del Urug. 1951: 22: 114
- 42). — **R. Chute.** — J. of Urol. 1951: 65: 784.
- 43). — **G. Nagamatsu.** — J. of Urol. 1950: 63: 569.
- 44). — **C. Colston.** — [Discusión del trabajo de Hess) (19)].
- 45). — **E. Palma., P. Pietropinto y R. Ugón.** — Soc. de Cirug. del Urug. 11: 6: 941.
- 46). — **L. Surraco.** — Actas y trabajos del 2º Congreso Americano y 1º Argentino de Urol. 1937: 1: 39.
- 47). — **L. Surraco.** — El quiste hidático de las Vías Urinarias. Espasa Calpe 1951.
- 48). — **L. Surraco.** — Memorias de la Soc. Urug. de Urol. 1937: 38: 347.
- 49). — **J. Beare y J. M. Donald.** — Jour of Urol. 1949: 61: 857.
- 50). — **F. Foley, W. Mulvaney, E. Richardson y J. Victor.** — Jour of Urol. 1952: 68: 39.
- 51). — **T. Higgins, D. Williams y D. Nash.** — Urology of Childhood. Butterworths Medical Publications London 1951.
- 52). — **R. Ercole.** — Rev. Arg. de Urol. 1941: 10: 261.
- 53). — **E. Palma y R. Belloso.** — 1er. Congreso Uruguayo de Ginecología. Marzo 1949.
- 54). — **L. Sabadini y J. Ducassou.** — Les Contusions du Rein. Masson et Cie. París 1952.
- 55). — **L. Mérola.** — Del Curso de Clínica quirúrgica de 1926. El Siglo Ilustrativo. Montevideo 1927: 45. Vías quirúrgicas sintéticas del flanco ((Curso de operaciones de 1915).
- 56). — **R. Piaggio, P. Paseyro, J. Llopart, A. Schunk y O. Grosso.** — Archiv. Urug. de Med. Cirug. y Espec. 1949: 34: 537.

DISCUSION

Sr. COORDINADOR. — Vamos a pasar a la discusión. Tiene la palabra el Dr. Lorenzo.

Dr. LORENZO. — Debemos agradecer al Dr. Hughes, la tan completa síntesis sobre abordaje del riñón, aunque no compartimos tanto entusiasmo por la vía tóracoabdominal, que la creemos útil y deben conocerla los cirujanos urólogos, para los casos estrictamente necesario, que no son frecuentes en la clínica diaria.

En los casos habituales, de la cirugía renal, creemos que el abordaje lumbar, ampliado o no con resección parcial de la XII costilla, da luz suficiente, para una cómoda ejecución. Cuando se trata de tuberculosis renal, preferimos completar la ectomía renal, con la extirpación del uréter, en el mismo acto operatorio y con incisión complementaria tipo Mac Burney.

Sr. COORDINADOR. — Tiene la palabra el Dr. Roglia.

Dr. ROGLIA. — Aprovecho para felicitar al Dr. Frank Hughes por su brillante exposición.

Es reconfortante para mí el observar como el abordaje tóraco-abdominal es cada vez más usado por los cirujanos de nuestro medio. En el punto en que no estoy de acuerdo con el amigo Hughes, es en el concepto de considerar como “conservadoras” a las incisiones lumbares o abdominales, frente a las tóraco-abdominales, ya que nuestra impresión es totalmente opuesta, pues creemos que estas últimas lo son más que las abdominales.

Esto que expreso vale, siempre que se aplique el término de “conservadora”, a aquellas incisiones en que una vez reparadas dejan menos posibilidad de una eventración post-operatoria, y en este sentido la integridad de la pared en la incisión tóraco-abdominal es igual o superior a la abdominal. La incisión tóraco-abdominal no da jamás eventraciones y su empleo está especialmente indicado en las esplenectomías, que son como es bien sabido, las intervenciones en que un abordaje abdominal provoca mayor número de evisceraciones post-operatorias.

Sr. COORDINADOR. — Tiene la palabra el Dr. Chifflet.

Dr. CHIFFLET. — Nuestra opinión en lo referente a abordajes viscerales es que debemos adoptar una vía apropiada en cada caso según el enfermo, el proceso en juego y nuestra experiencia con cada vía. Con este criterio consideramos que en el cáncer del riñón, la indicación de la trans-torácica es formal, aun cuando pueda hacerse por otras vías, en ciertos casos y por cirujanos experimentados en ellas. La exéresis por cáncer debe hacerse con sección previa del pedículo, sin presiones ni manipulaciones sobre el órgano enfermo y con extirpación de todo el ambiente conjuntivo que lo rodea. El cáncer del riñón particularmente embolizante por vía

venosa, requiere riguroso cumplimiento de estos principios. Creemos que la vía transdiafragmática los contempla perfectamente, en todos los casos, por lo cual debe ser de elección.

En lo referente a la vía lumbar deseamos puntualizar que debe considerarse como incisiones diferentes la lombotomía seguida de sección o resección de la XII costilla y la entrada por el lecho de esta costilla después de resección ósea. Para evidenciar esta diferencia recordemos que en la punta de la XII costilla se insertan como en un nudo numerosos músculos que van hacia arriba (Dorsal, Diafragma) y hacia abajo (Oblicuo Mayor, Oblicuo Menor). La sección o resección de la XII costilla después de lombotomía permite desplazar algo hacia afuera la cuerda muscular de músculos ascendentes y descendentes fusionados en el nudo, mientras que la resección previa de la costilla permite deshacer el nudo y abrir la región en una forma excepcional.

Para terminar diremos que consideramos al relato del Dr. Hughes una excelente actualización del tema, realizada en base a una experiencia abundante y bien documentada y expuesta con sensatez y equilibrio que la hacen particularmente útil.

Sr. COORDINADOR. — El Prof. Chifflet se ha referido al diferente concepto que rige el tratamiento quirúrgico en las distintas afecciones renales y a este respecto menciona su impresión sobre el abordaje quirúrgico del riñón por vía transtorácica en los tumores del riñón, en cuya realización nos ha acompañado en diversas oportunidades.

Cree como nosotros que este abordaje permite realizar la exéresis en estructuras alejadas del órgano enfermo con lo que se contemplan quizás como en ningún otro abordaje, las directivas de la cirugía del cáncer.

A propósito de otras consideraciones referentes al abordaje lumbar con resección primitiva o secundaria de la costilla, le parece que la primera manera de actuar tiene ventajas sobre la segunda, como es también nuestra manera de pensar.

Sr. COORDINADOR. — Tiene la palabra el Dr. Armand Ugón.

Dr. ARMAND UGON. — Considero que el abordaje transtorácico del riñón —del cual nos ha hecho una brillante exposición el Dr. Hughes— realiza un procedimiento ventajoso —diría en sus timbres— para disecar el pedículo renal en neoplasmas y poder hacer una extirpación en block.

Los urólogos que operan por vía lumbar —y hacen pexias— destruyen con frecuencia la musculatura lumbar, y deben remontar el riñón, mientras que por vía transtorácica se practica con facilidad la suspensión en ptosis renales sin destruir la musculatura abdominal.

Sr. COORDINADOR. — El Dr. Ugón hace consideraciones como el Dr. Roglia a propósito del calificativo de conservador que aplicamos a los abordajes lumbares y cree que ese calificativo le conviene mejor a

los abordajes transtorácicos. Plantea luego el interrogatorio de si en el riñón descendido no es más lógico utilizar la vía transtorácica que permite suspender el riñón del diafragma en lugar de levantarlo como se hace con las técnicas habituales. No creemos que la pexia renal justifique otro abordaje que el lumbar, ya que con él se obtienen resultados excelentes, debiéndose añadir que frente a un problema tan simple como es éste, el abordaje transtorácico puede tener inconvenientes que no pueden olvidarse.

Sr. COORDINADOR. — Tiene la palabra el Dr. Lockhart.

Dr. LOCKHART. — He oído con mucha atención el relato del Dr. Hughes que con mucho orden y gran claridad ha expuesto su opinión acerca del abordaje quirúrgico del riñón.

No comparto sus ideas acerca de las ventajas de la vía transtorácica de la que ya Mortenser, O'Connor y recientemente Chute publicaron algunos casos y que a mi modo de ver tendría su única indicación en los casos de escoliosis exagerada y en ciertas heridas o traumatismos tóraco-abdominales.

De acuerdo con lo que me han enseñado mis maestros y con mi propia experiencia, la lombotomía constituye el abordaje ideal del riñón en la inmensa mayoría de los casos, por razones anatómicas obvias que la hacen similar al Mac Burney para el abordaje de la región ceco-apendicular.

Creo, sin embargo, que el abordaje anterior por incisión transversa del tipo Bazy está indicado y suele ser muy útil en el tratamiento de las lesiones traumáticas comunes del hipocondrio y en algunos casos de tumores o quistes de gran tamaño.

En cuanto a la resección parcial o total de la XII costilla es en general innecesaria y la lombotomía puede dar una luz suficiente con la sección del ligamento de Henle y de los intercosto transversarios.

Deseo finalmente felicitar nuevamente al Dr. Hughes por su interesante y bien documentado relato.

Sr. COORDINADOR. — El Prof. Lockhart señala que el abordaje lumbar debe considerarse la vía de elección para llegar al riñón aun cuando acepta que otros caminos pueden utilizarse en algunas situaciones, como por ejemplo el abordaje anterior en los traumatismos.

No cree necesario llegar en ningún caso a la vía transtorácica que tiene riesgos más serios que las vías abdominales corrientes.

Repetimos que también nosotros consideramos la vía lumbar la de elección para resolver la mayor parte de las situaciones, que como lo hemos dicho efectuamos resecano en casi todos los casos el extremo de la XII o de la XI costilla. En cuanto a la utilización de la vía transtorácica no opinamos como él, ya que la consideramos conveniente y con ventajas en determinadas situaciones, pero añadimos una vez más que

de ninguna manera pensamos que ella deba utilizarse como vía corriente sino como vía de excepción con indicaciones restringidas pero precisas sobre las cuales hemos insistido.

Sr. COORDINADOR. — Tiene la palabra el Dr. Yannicelli.

Dr. YANNICELLI. — Deseo felicitar al Dr. Hughes por su interesante trabajo. Nos muestra con clara y amplia visión las distintas técnicas como puede abordarse un riñón patológico. En la modesta experiencia personal que tengo en tumoraciones renales en niños de distintas edades (de 6 meses a 12 años) donde he debido intervenir en heridas de riñón, quistes hidáticos e hidronefrosis, he usado el abordaje lumbar en la mayoría de los casos, pero también y con frecuencia la vía abdominal anterior (transversa o paramediana) y para los grandes tumores de riñón de tipo embrima o tumor de Wilms. Las razones son las siguientes:

a) En el lactante y niño chico la región lumbar es pequeña y aún con resección de la XII costilla no hay espacio suficiente para la exéresis de un tumor voluminoso y que además —y esto es importante— debe extirparse con el menor traumatismo posible para no favorecer la metástasis sanguínea.

b) Sadd y Gross, con amplia y reconocida experiencia en Cirugía del niño aconsejan la vía abdominal anterior para el abordaje de esos grandes tumores señalando sus ventajas sobre la incisión lumbar.

c) He visto intervenir a destacados urólogos y terapeutas de la incisión lumbar exclusiva en caso de grave tumor de riñón y no me convencieron ni los esfuerzos desmedidos, ni las roturas que se provocaron en la masa tumoral.

d) La vía abdominal anterior nos ha permitido con más facilidad ligar gruesas venas capsulares anteriores y mismo el pedículo renal antes de hacer maniobras de exteriorización del tumor.

El trabajo del Dr. Hughes contribuye a ampliar los horizontes del abordaje de las tumoraciones retroperitoneales haciendo ver que hay algo más que el abordaje lumbar. Está en el criterio, la experiencia, y el caso clínico particular, elegir, en cada oportunidad, cuál es la más adecuada.

Sr. COORDINADOR. — Tiene la palabra el Dr. Nande.

Dr. NANDE. — He escuchado con suma atención el brillante relato del Dr. Hughes y creo que no se puede ser más preciso y conciso para abarcar todos los puntos y problemas que ha tratado.

En lo que me es personal, diré:

1º Practico la incisión por disociación descrita por mi maestro, Prof. Surraco y creo que debe ser la indicada en ptosis renal, abordaje del riñón en niños, jóvenes, pacientes poco musculosos y delgados.

2º En obesos, procesos de perinefritis y en los pacientes con ángulo costo-muscular estrecho, lo mismo que en enfermos muy musculosos, re-

seco la XII costilla si es larga o la XI si necesito amplia luz. Al respecto diré que tuve el beneficio de ser ayudado por el Dr. Hughes en nuestra Clínica, Prof. Chifflet, en una enferma obesa, 120 kgs. con un gran hipernefroma polar superior con invasión del ambiente peri-renal en la que la resección de la XII costilla, que era larga, nos dió una amplia luz que permitió dominar el pedículo y hacer la exéresis del riñón con el ambiente para-renal tal como debe ser la norma de la cirugía del cáncer. El cierre fué fácil y el postoperatorio excelente.

3º Respecto a la vía transtorácica he tenido la oportunidad de ver operar en nuestra clinica un gran tumor de supra-renal por los Profs. Chifflet y Hughes que creo firmemente que la vía transtorácica era la única que permitió la exéresis del tumor con las estructuras y vainas celulosas invadidas, pues éste estaba adherido al diafragma, al peritoneo, al colon y al pedículo vascular.

En otra oportunidad el tumor supra-renal era pequeño y la visión a través de esta brecha de los pedículos de la supra-renal de riñón y del ambiente que lo rodea era excelente.

Documentos éstos que confirman lo que dice el autor del relato y que debe tenerse en cuenta como vía de abordaje para determinados casos.

Felicito al autor del mencionado relato.

Sr. COORDINADOR. — Tiene la palabra el Prof. Surraco.

Prof. Surraco. — En nuestros trabajos a propósito del “Riñón descendido”, publicado a los 14 años de habernos iniciado, expusimos nuestro criterio técnico del abordaje renal que, fundado en la desviación muscular, sin recurrir a las cruentas secciones de los clásicos, son suficientes para tratar las zonas fundamentales del pedículo-vascular y canalicular en su topografía costo vertebral.

Nunca hemos sentido la necesidad de extirpar costilla, que es lo que hace todo el mundo y creemos que con nuestra incisión ampliada con la movilización del arco costal seccionando parcialmente sus nudos musculares y tendinosos de fijación interna y externa se obtendrá campo suficiente para todo género de intervención.

La enorme amplitud de secciones no lo concebimos y menos todavía las vías de acceso desviada que se inician o se terminan fuera de la zona lombo frénico-renal porque siempre he considerado que la comodidad del cirujano no puede anteponerse a la comodidad del operado.

Sr. COORDINADOR. — Tiene la palabra el Prof. Pereyra.

Prof. J. A. Pereyra. — En primer lugar, como los que me han precedido en el uso de la palabra, yo quiero hacer llegar mis felicitaciones al Prof. Agregado Dr. Hughes, por su brillante relato con cuyos lineamientos generales me hallo muy de acuerdo.

Evidentemente, mis ideas y procedimientos han evolucionado a través de los años, en el sentido de buscar un acceso más amplio que per-

mita maniobras más fáciles y más correctas sobre el órgano noble. Tomando por punto de partida la vía llamada por disociación muscular, he pasado a incidir músculos y mismo reseca la XII costilla, si las circunstancias lo exigen. He dicho: "la llamada vía por disociación muscular", y podría haber dicho: mal llamada vía por disociación muscular, pues mismo los que se han hecho campeones de ella, comienzan por seccionar el gran dorsal, luego encuentran un gran oblicuo cuyos últimos haces van muy hacia atrás e igualmente un pequeño oblicuo que les tapa la entrada. Después de hacer algún comentario sobre lo anormal de la disposición del presente caso (todos anormales) se deciden a esbozar pudorosas incisiones de esos músculos, pero justo suficientes para que complete la obra, sobre lo ya insinuado, dos poderosos pulgares que se separan paulatinamente, en forma casi brutal y produciendo por desgarramiento lo que no se ha querido hacer a filo de bisturí. Esta preferencia está en contraposición de los fundamentales principios de cirugía general con respecto a la fisiopatología del shock y de la reparación parietal. Por otra parte, esas incisiones exiguas dificultan notablemente las maniobras en las operaciones de cierta entidad en perjuicio de la corrección de procedimientos y prolongando el acto operatorio. De ninguna manera quiero que se interprete que en casos favorables: sujetos a poco desarrollo muscular, con delgado panículo adiposo, intervención que no exija complicadas maniobras profundas, en esos enfermos, por desgracia poco frecuentes, deba intentarse ese tipo de incisión y, en todos los casos, respetar en lo posible el sistema muscular pero tratando de no exagerar la nota en detrimento de un acto operatorio correcto y exponiéndolo a múltiples desagradables contingencias. Que la ventaja que se obtiene amenudo con una pequeña incisión no está en relación con los inconvenientes que provoca al exigir maniobras difíciles, a veces incorrectas, laboriosas chocantes y prolongadas. Y que en la mayoría de los casos, esa incisión es ilusoriamente ahorrativa ya que se hace por desgarrar lo que debiera ser corte neto aumentando el shock y perjudicando la reparación de la pared.

La resección de la XII costilla, hecha ya de primera intención o secundariamente, al apreciarse su real necesidad, da generalmente una luz sumamente importante a la fosa renal haciendo posible casi todas las maniobras exigibles y permitiendo abordar los pedículos más cortos e inextensibles.

En cuanto al abordaje transtorácico, quiero que conste mi fundamental discrepancia con el colega relator y algunos de los cirujanos especializados en cirugía torácica cuya preparación y pericia he tenido ocasión de admirar multitud de veces. Estoy con ellos de acuerdo que hoy en día no debe temerse en demasía el reseca varias costillas, en incidir el diafragma, en abrir la cavidad pleural, etc. Todo esto se hace hoy con frecuencia, en intervenciones perfectamente regladas y sin complicaciones de verdadera entidad. Pero todos convendrán conmigo en

que no hay por qué hacerlo si no es absolutamente indispensable y que sólo se estará autorizado a ponerlo en práctica cuando las otras vías de que hemos hablado no nos dan luz suficiente, cosa tan excepcional que no es a tener en cuenta. Se podrá decir de algún proceso de polo superior, de casos de adherencias invencibles a ese nivel, de pedículos inabordable si no por vía alta. Pero aun en estos casos existen otras incisiones que dan tanta luz como la descrita sin necesidad de introducirse en la cavidad torácica y pleural, que no es tan inocuo como se afirma, ni la reconstrucción del diafragma es siempre fácil, según mi experiencia.

El colgajo osteoplástico de Nagamatsu suple con ventaja, a mi entender, el abordaje transtorácico dando una luz magnífica sobre la región polar superior y suprarrenal. Resulta indudablemente laboriosa la resección segmentaria de un par de centímetros de las dos o tres últimas costillas por detrás de su ángulo, pero esto vuelve movilizable un amplio colgajo osteoplástico que lleva consigo al diafragma que, a su vez, protege la pleura.

Una última palabra, que no se refiere al relato sino a expresiones irónicas vertidas en sala, con respecto al abordaje de la próstata por vía látero-sacra. Considero injusto que se le aluda en forma sarcástica; podrá discutirse, mismo criticarse con altura, sin olvidar que su propio autor la reserva para casos excepcionales de gruesos vientres pendulares. En cuyos casos esa vía no aparece como ilógica ya que la próstata se encuentra en ellos más cercana del plano dorsal que del ventral.

Dr. HUGHES (Cierre de la Discusión). — Nosotros queremos agradecer especialmente a los colegas que han hecho uso de la palabra a propósito de nuestro relato y lamentamos que quizás todas las observaciones no puedan ser contestadas como hubiera sido nuestro deseo, ya que el tiempo de que disponemos es breve; pero de todos modos podemos asegurarles que esos comentarios elogiosos nos han llenado de una satisfacción que repetimos, agradecemos particularmente.

**ELECCION DE TEMA DE LA SECCIONAL DE UROLOGIA PARA EL
IV CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGIA**

Sr. COORDINADOR. — El único tema propuesto ha sido “Abordaje de la próstata”. Si no se proponen otros temas se va a votar. (Se vota por unanimidad).

Sr. COORDINADOR. — Queda elegido el tema “Abordaje de la próstata” para el IV Congreso Uruguayo de Cirugía a realizarse en 1953.

Invito a los asistentes a presenciar la proyección de una película titulada: Nefrectomía por vía transtorácica.