

TUMORES RETROPERITONEALES

Discusión

Dr. SIANO.— Me voy a referir a dos aspectos del interesante trabajo del Dr. Bonnecurrère. Uno de ellos es el uso de la aortografía como medio complementario de diagnóstico. Creemos que la aortografía, si es que tiene alguna utilidad en el diagnóstico de los tumores retroperitoneales, debe ser realizada en posición de perfil, y hay una razón anatómica que así lo indica: la inserción de los mesenterios.

Para estudiar la circulación arterial viendo si existe una apertura de compás aortomesentérico, para saber si existe, como podría ser, un tumor de la serie linfoide infiltrando el mesenterio, en qué ubicación y en qué plano anatómico se encuentra. Asimismo, la forma en que sale la arteria mesentérica inferior, para saber si se encuentra por debajo o por encima de dicho plano.

Esta es lo único que pensamos que la aortografía puede dar.

El segundo aspecto se refiere al uso de la aortografía por vía de cateterismo. Hemos visto en una placa que proyectó el Dr. Bonnecurrère, que se hizo por cateterismo ascendente a través de la arteria femoral. Creemos que en estos casos debe realizarse por el procedimiento de Selinger, sobre todo si se sospecha de un aneurisma, la introducción del catéter, preferentemente por la arteria humeral, pues introduciéndolo por la femoral se corre el riesgo de movilizar placas de ateromas y de que ocurra algún accidente. En este sentido tenemos experiencia.

En tercer lugar, creemos que el diagnóstico de aneurisma de aorta abdominal se hace exclusivamente por la radiografía de perfil, y no requiere la radiografía contrastada. En caso de realizarse, no se hará por vía traslumbar, pues la punción del aneurisma puede motivar la explosión del mismo, con el episodio agudo y la inminente muerte.

En el niño creemos que la aortografía, de ser realizada, debe cuidarse muy bien, y medirse muy bien la cantidad de sustancia yodada que se va a inyectar, no sólo por los trastornos de la sustancia yodada, sino por el peso del paciente y la volemia que tenga. Supongamos un niño de cinco kilos de peso, con una volemia de 350 centímetros, la inyección de veinte o treinta centímetros de una sustancia de contraste en forma abrupta, puede motivar una hipervolemia con serias consecuencias. Nosotros hemos tenido un caso de deceso en una niña de cuatro kilos y medio de peso. No descartamos este

procedimiento de diagnóstico para afecciones cardiovasculares, pero para afecciones donde lo único que se trata de lograr es la topografía, nos parece que debe ser contraindicada.

Por último, queremos dirigir una pregunta al Dr. Bonnacarrère. Hemos observado en la cirugía de aorta, que es en la que tenemos experiencia, que las resecciones aórticas por aneurisma, motivan hiliros paralíticos sumamente serios, en los cuales el control del medio interno, el hemograma, la aspiración, no solucionan el problema. Recientemente hemos leído trabajos de Oscar Krich, donde propone hacer contemporáneamente al acto quirúrgico principal, una gastrectomía o yeyunostomía para obviar este inconveniente del hilio paralítico postoperatorio, que es casi de rigor en esta cirugía.

No nos hemos animado a realizar esta intervención, por lo cual solicitamos al Dr. Bonnacarrère que nos diga si tiene experiencia al respecto, y si cree que es un procedimiento aconsejable.

Nada más.

Dr. FERREIRA.— Quisiera que quedara registrada la ventaja del sistema actual de nuestros conocimientos de técnica y de táctica quirúrgica, habiéndonos hecho en una escuela en la que al principio estos tumores y toda la senda renal se aborda por vía posterior, siendo completamente imprescindible que en la mesa instrumental se ubicara un costótomo, unas legras para hacer resección costal; habiéndonos hecho en esa escuela, repito, en la que nos dirigiera, por supuesto, el Prof. De Nicola, hemos girado, con él, precisamente, hacia la vía de abordaje anterior.

El Dr. Piquinela nos refirió un caso en el que tuvo un incidente operatorio, con una lesión de la vena cava, que debió suturar, y quisiera preguntar hasta qué punto hubiera sido posible reparar esa lesión de la vena cava, si la vía de abordaje hubiera sido posterior.

Hace un tiempo operamos un hipernefoma de tamaño gigantesco, por vía anterior. Tuvimos la suerte de poder respetar la vena cava inferior, pero debimos diseccionarla prácticamente desde casi el estrecho inferior de la pelvis, hasta la celda lumbar, con toda comodidad, gracias a la vía de abordaje anterior.

De manera que me parece oportuno hacer insistente énfasis sobre la vía de abordaje anterior, que en nuestro país fuera tan bien puntualizada por el maestro Krishman, con la incisión llamada de Pean, abertura de la vaina del recto y respeto del cuerpo muscular del recto; si es necesario, y pasarse hasta el recto del lado opuesto. Creo que es un recurso de extraordinaria utilidad.

Dr. BERMUDEZ.— Creo que a través del relato, los correlatos y las interesantes contribuciones, hemos cumplido una etapa sumamente provechosa en el estudio de los tumores retroperitoneales. Se han tratado todos los aspectos de una manera extraordinariamente práctica y objetiva, de modo que hemos jerarquizado el tema al punto de que extraemos una gran utilidad de las conclusiones a que hemos llegado en la tarde de hoy.

En nombre de las autoridades del Congreso, tengo la satisfacción de felicitar a los relatores y correlatores, y a los señores que han prestado sus contribuciones a este interesante tema, y de agradecerles el importante trabajo realizado.

Dr. BONNECARRERE.—Agradezco a los distinguidos colegas que tuvieron la gentileza de escuchar nuestros relatos y los correlatos, en nombre mío y de mis compañeros, así como también las manifestaciones personales que nos han expresado distinguidos assembleístas.

Debo contestar solamente dos preguntas.

En cuanto a la que nos hizo el Dr. Siano, sobre si hemos encontrado hilios paralíticos en las maniobras de extirpación de tumores retroperitoneales, debo manifestar que hemos visto con frecuencia hilios paralíticos, no puedo decir siempre, pero con gran frecuencia; unos más acentuados, otros menos acentuados, pero siempre hemos salido bien del apuro, sin llegar a extremos como los que planteó el Dr. Siano, de ir, incluso, a las yeyunostomías. Con medios médicos, con medios de intubaciones, no hemos tenido que perder ningún enfermo. Eso sí, algunos han estado dos o tres días en estado que nos ha dado preocupación. Lo mismo que vemos en la cirugía corriente de abordajes renales, que es nuestra especialización, en grandes tumores, a veces, cuando hay un manoseo grande del subperitoneo, hay bilios paralíticos, que atribuimos, como él, a la denudación nerviosa, y también, más a menudo, a infiltraciones subperitoneales sanguíneas.

En cuanto a la que dice el Dr. Ferreira, debo manifestar que cuando dije dos palabras sobre abordaje, expresé que los abordajes debían ser amplios, y dije las razones por las cuales creía que nunca se deb eabordar un tumor retroperitoneal con incisiones económicas, por la necesidad de una extirpación completa y por las posibilidades de riesgos y de complicaciones que so suscitan en la liberación de esos tumores, que sabemos que son adherentes. Y también añadí que las incisiones y la vía de abordaje estarían de acuerdo a la modalidad y a las preferencias del cirujano.

Con eso creo que fui amplio; los tumores de la celda mediana y los que se manifiestan anteriormente, siempre deben ser abordados por vía anterior; los tumores de las logias laterales, que tienen una saliencia sobre todo en flanco o región lumbar, pueden tener una elección por parte del cirujano para su abordaje, quien puede preferirá el abordaje anterior, el abordaje posterior, el abordaje lateral, o un abordaje combinado.

MESA REDONDA
CIRUGIA INFANTIL

TEMA :

URGENCIAS QUIRURGICAS DEL TORAX
EN EL NIÑO

COORDINADOR :

Dr. RODOLFO SACCONE