

Servicio de Urología, del Hospital P. Fiorito
Jefe: Profesor Doctor Ricardo Bernardi

LA VÍA ABDOMINAL TRANSPERITONEAL EN LA CIRUGÍA DEL RIÑÓN

Por los Dres. RICARDO BERNADI, S. WAINBERG y J. D. RODRÍGUEZ SEGUIN

Breve reseña histórica: Según Boeminghaus ("Urología", 1958), el primero en realizar una nefrectomía por vía transperitoneal fue Wolcott en 1861, en un enfermo con diagnóstico equivocado. La primera nefrectomía lumbar por vía extraperitoneal, en forma clásica, la realizó Simon en 1869.

Según Papin, el verdadero iniciador de la cirugía renal transperitoneal fue Langebeck, con su incisión vertical a lo largo del borde del recto anterior del abdomen, desde el reborde costal a nivel de la 10ª costilla hasta tres o cuatro traveses por debajo del ombligo.

Kocher, utilizó la vía transperitoneal, con una incisión mediana supraumbilical.

Como urólogos, consideramos esta vía, de excepción, por las razones del fácil y directo abordaje del órgano, que nos da la vieja y segura incisión lumbar, con todas sus variantes, salvo que se trate de:

- 1º) Traumatismos renales complicados con lesiones de vísceras abdominales.
- 2º) En todas las neoplasias renales.
- 3º) En la cirugía de las obstrucciones arteriales, sea de los vasos renales o vecinos y en el tratamiento quirúrgico de la hipertensión arterial de causa renal, infarto renal agudo, etc. (patch, resección vascular, by pass.)
- 4º) En la cirugía renal bilateral simultánea que realizan actualmente algunos cirujanos o por excepción, cuando no convenga la posición lateral por inconvenientes anestésicos o quirúrgicos.

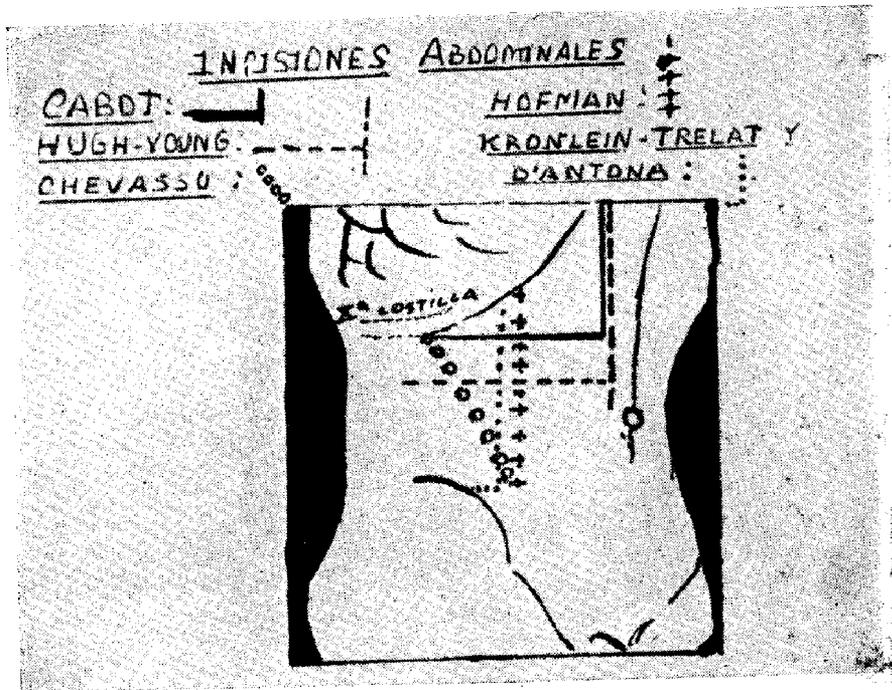
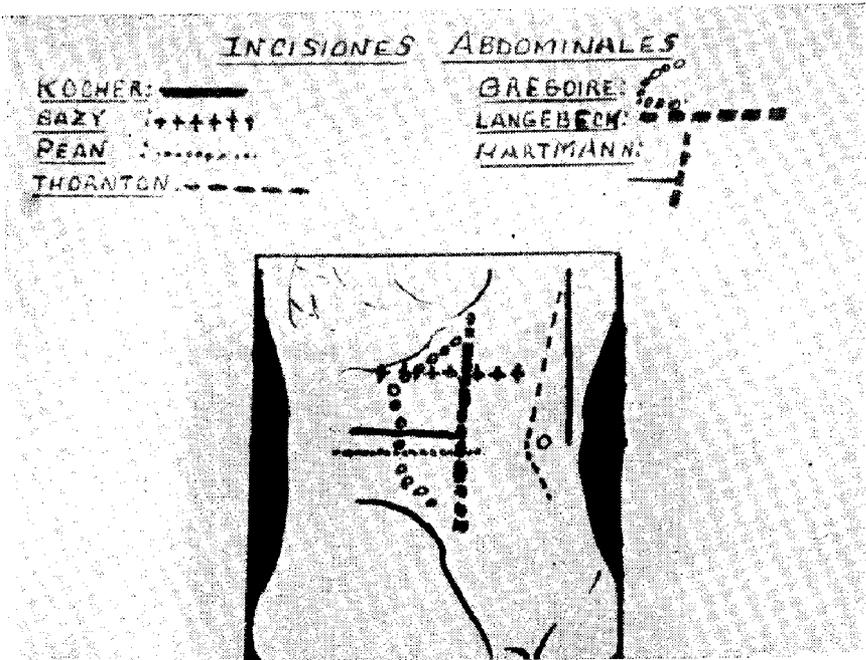
En la primera situación, cuando existe o se presume la participación de una víscera abdominal, el abordaje transperitoneal es indiscutible.

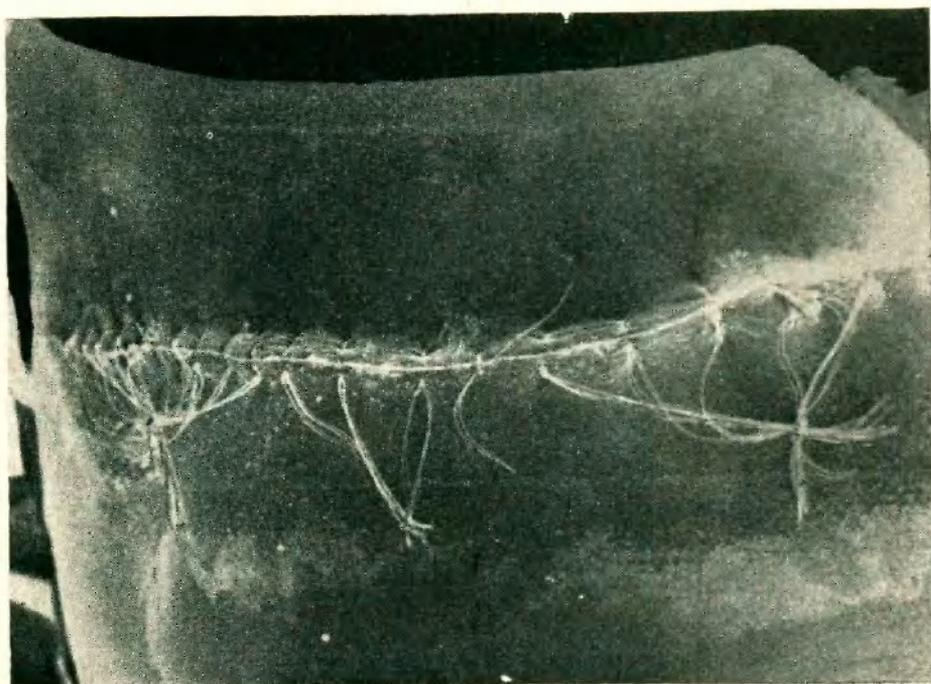
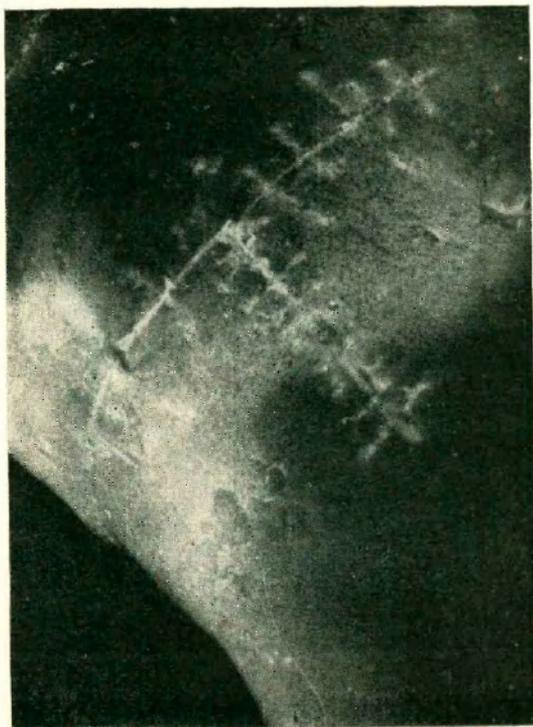
En el segundo caso, tumor renal maligno, cualquiera sea su tamaño y situación, frente a la posibilidad de que existan amplias y peligrosas adherencias viscerovasculares, presencia de ganglios o invasión de grandes vasos y ante la posibilidad de realizar una embolectomía o su resección y sutura, somos partidarios del empleo sistemático de esta vía.

Consideramos además que, en casos de grandes traumatismos o tumoraciones, como se ve en uno de los diapositivos, la gran superficie abdominal permite ampliar el campo en cualquier dirección fácilmente o realizar operaciones iterativas sobre la glándula, después de haber usado la vía lumbar como se aprecia en otro slide.

Con este criterio, estamos procediendo ultimamente en todos nuestros enfermos de la clientela hospitalaria o privada.

Con el objeto de recordar el trazado de las más conocidas incisiones las clasificaremos según su dirección en:





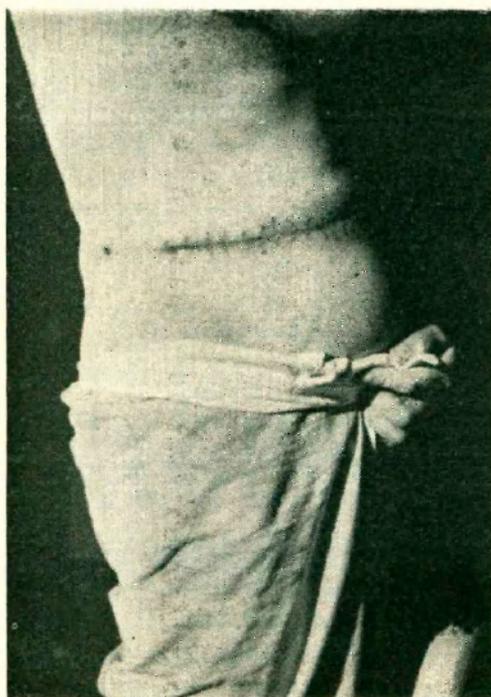
1º) *Incisiones verticales*: Kocher, Langebeck, Hoffmann, D'Antona, Kronlein, Trelat.

2º) *Incisiones horizontales*: Pean (intraperitoneal), Bazy (extraperitoneal).

3º) *Incisiones oblicuas*: Chevassu.

4º) *Incisiones combinadas* (angulares, arciformes, en postigo): Cabot, Gregoire, Hartmann, Hugh Young.

Hasta el momento, llevamos realizados 10 casos (5 de ellos hospitalarios) y estamos sumamente satisfechos con esta vía. Si bien resulta poco conocida a la mayoría de los urólogos, a poco de usarla nos convencemos del fácil acceso a los grandes vasos abdominales, al pedículo renal, punto capital de esta cirugía y muy especialmente en el tratamiento racional del cáncer renal.



El problema del peritoneo parietal posterior, que integra el espacio parietocólico (derecho o izquierdo) y que cubre la cara anterior del riñón, se soluciona fácilmente, respetándolo si es posible y reponiendo el colon y los órganos desplazados a su primitiva posición o dejando sin serosa el plano posterior.

Debe tenerse especial cuidado, en el lado derecho con el duodeno y en el izquierdo con la cola del páncreas y los vasos esplénicos; en cuanto al drenaje lumbar posterior, lo realizamos por contraabertura, extraperitoneal, con rubber o tubo, avena fácilmente el espacio. El exceso de panículo abdominal, como en todo este tipo de abordaje, constituye un obstáculo en ciertas ocasiones, que se salva: con buena posición, amplios separadores y "buenos" ayudantes; excepcionalmente se observa un discreto íleus cuando las operaciones son laboriosas, lo que no impide levantar a los enfermos dentro de las 24 a 48 horas sin inconvenientes, ni riesgos.

De los enfermos por nosotros operados, 10 en total, todos por neoplasias renales, uno solo, muy obeso y con una cardiopatía, falleció al 5º día de un colapso circulatorio irreductible.

RESUMEN

Consideramos que las variadas incisiones abdominales para el abordaje del riñón y órganos vecinos, intra o extraperitoneal, constituyen una buena vía, que si bien no conduce directamente al órgano, como la vieja vía lumbar, ofrece la ventaja de su amplio campo, dado prácticamente por todo el abdomen, sobre todo en procesos bilaterales; sin mayores dificultades, a poco de familiarizarse con ella; el temor de la infección peritoneal, no debe preocupar en manera alguna, si se respetan las medidas de asepsia quirúrgica elementales, lo mismo que la integridad peritoneal en caso de no poder cubrir la zona operada (desperitonización).

Estimamos que esta vía debe ser empleada con más frecuencia por los urólogos, de acuerdo con las indicaciones establecidas, debiendo rendir justiciero homenaje a destacados cirujanos argentinos como: Arce, Pasman y especialmente Christmann, quienes a través de su larga trayectoria quirúrgica, preconizaron la vía abdominal en forma deliberada o cuando complicaciones o errores diagnósticos los obligaron a emplearla.

BIBLIOGRAFÍA

- Christmann, F.*: Bol. de la Soc. Arg. de Cir., 1957, 2.
Deschamps, J.: La Prensa Médica Argentina, 1957, 4000.
Arce, J. y Pasman, R.: Bol. de la Soc. Arg. de Cir., 1957, 196.
Florence, T. y Scott, Ch. (Jr.): J. of U., vol. 85, 197.
Culp, O.: J. of U., vol. 85, 193.
Poula Sse, E.: J. of U., vol. 85, 199.
Cereseto, J. y Fernández, A.: El Día Médico. 1959, 1902.
Puscarin: El Día Médico, 1959, 594.
Lyon, R.: J. of U., vol. 79, 385.

Reglamentación Editorial

(Con las modificaciones aprobadas en la Asamblea Extraordinaria del 26 de Junio de 1952).

- a) El trabajo presentado debe ser original.
 - b) Los originales deben ser escritos a máquina, con doble interlínea, sobre un solo lado de las hojas, numerando las páginas, evitando errores de ortografía, sobre todo en idiomas extranjeros.
 - c) Título breve (con aclaración en párrafo aparte).
 - d) Las citas bibliográficas deben mencionar:
1º. Apellido del autor. 2º. Iniciales de sus nombres.
3º. Título del trabajo. 4º. Título de la revista (abreviado). Año. Volumen. Página.
 - e) Los trabajos de casuística deben constar exclusivamente con una historia clínica sucinta con las radiografías o dibujos del caso presentado.
 - f) Los socios designados Relatores en jornadas, como así también los que fueren invitados a pronunciar conferencias en nuestra Sociedad, gozarán con respecto a la publicación de la impresión de 10 páginas y 8 sitios para elisés o dibujos. Lo que exceda queda a cargo del autor.
 - g) Todo miembro titular o adherente que presente trabajos en nuestra Sociedad queda sujeto al compromiso del pago que demande el texto, elisés y dibujos.
 - h) Los apartados de la Revista estarán a cargo de los autores y deberán ser solicitados al hacer entrega de los originales del trabajo (modificación art. 14. - Regl. Revista - Asamblea 22 Julio 1948).
 - i) La Comisión de la Revista tiene amplias facultades para publicar o no un trabajo científico. Tendrá en cuenta para resolver en esta materia el valor científico de dicho trabajo.
- Estas resoluciones se tomarán después de oír la opinión de todos sus miembros.

CICAS S. R. L.

**Distribución y venta de Instrumental, accesorios
y todo lo relativo a Urología**



*Taller propio para service y atención
de Instrumental de la especialidad*



MONTEVIDEO 462

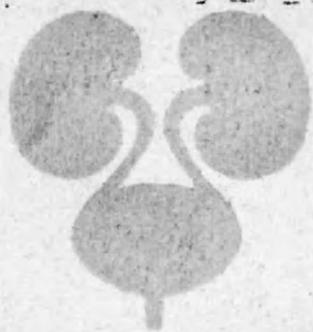
46 - 750



3

drogas
específicas
para el
tratamiento de
las infecciones
y molestias del

TRACTO URINARIO



UROLUCOSIL

Única suita oro-específica para la infección aguda

Mandelamine

Bactericida para la infección crónica

PYRIDIDIUM

Único analgésico oral oro-específico

BOISIS:

UROLUCOSIL:

Adultos: 1 a 2 tabletas 4 a 6 veces al día.

Niños: 1/2 a 1 tableta 4 a 6 veces al día.

MANDELAMINE:

Adultos: 2 grageas de 0,5 g. cuatro veces al día.

Niños de más de 5 años: 1 gragea de 0,25 g. cuatro veces al día. Menores de 5 años, en proporción a la edad.

PYRIDIDIUM:

Adultos: 2 grageas 3 veces al día, antes de las comidas.

Niños mayores de 9 años: 1 gragea 3 veces al día antes de las comidas; menores de 9 años: según prescripción médica.

WARNER-CHILCOTT

Laboratories

DIV. WARNER-LAMBERT PHARMACEUTICAL COMPANY
MORRIS PLAINS, N. J., E. U. A.

AL SERVICIO DE LA PROFESION MEDICA DESDE EL AÑO 1938

