

LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL

Abordaje anterior con disección suprahiliarrenal bilateral

Dr. Rosendi, Carlos - Dr. García Freire, Miguel - Dr. Giudice, Carlos

Introducción

Los vaciamentos retroperitoneales son técnicas quirúrgicas empleadas en nuestra especialidad como complemento indispensable para determinar el estadio anatómico-clínico de los tumores testiculares no seminomatosos.

De acuerdo con que el tumor testicular sea derecho o izquierdo, algunos autores aconsejan la disección ganglionar retroperitoneal derecha o izquierda. Otros la efectúan sistemáticamente en forma bilateral acompañada de vaciamiento ilíaco homolateral.

Es nuestra experiencia basada en los siguientes fundamentos:

- Determinación del estadio.
- Cirugía citoreductora.
- En ocasiones terapéutica coadyuvante, efectuamos linfadenectomía lumboaórtica bilíaca supra e infrarrenal.

En los casos que hemos recibido pacientes con biopsia previa testicular por vía escrotal efectuamos, en el mismo acto quirúrgico, como complemento del vaciamento retroperitoneal o a posteriori, el vaciamento inguinocrural y resección del hemiescrotó correspondiente.

Técnica

Incisión mediana xifopubiana.

Se fijan los segundos campos con puntos al peritoneo.

Se explora cuidadosamente el abdomen.

Se baja en ángulo hepático del colon y se incide el mesocolon desde el hiato de Winslow hasta el ciego. Desplazado el colon se efectúa la maniobra de Kocher.

Esta incisión del mesocolon rodea por debajo al ciego, se extiende por hoja izquierda del mesenterio en su raíz hasta el ángulo de Treitz, al llegar a la vena mesentérica inferior, ésta se liga y se secciona, la incisión del meso se continúa en forma oblicua en la profundidad del cuadrante superior izquierdo paralelamente al borde inferior del páncreas. La no sección de la vena mesentérica inferior limita la exposición en esta región.

Intestino grueso y delgado se movilizan fuera del abdomen y envuelta en un campo húmedo se coloca la bolsa sobre el pecho del paciente, previa apendicectomía.

Disección suprahiliarrenal

La disección se inicia en la arteria mesentérica superior sobre la vena cava y arteria aorta y entre los pilares diafragmáticos, tratando

de ir ligando los vasos linfáticos, se sobrepasa 4 cm aproximadamente los vasos renales. El mesocolon izquierdo se separa de la fascia de Gerota y se desplaza hacia afuera.

Esta separación se continúa hacia abajo y se secciona la arteria mesentérica inferior para aumentar exposición retroperitoneal del espacio medio e inferior.

En la porción más alta de la disección entre cava y aorta está la base de la cisterna quillosa.

A continuación se secciona la adventicia de los vasos renales y se disecciona hasta el hilio de ambos riñones.

En la disección suprahiliar izquierda algunos seccionan la vena suprarenal; nosotros no tuvimos necesidad de hacerlo.

El tejido ganglionar comprendido entre la aorta, la pared corporal y el agujero de L1 y L2 es un punto de drenaje importante.

Del lado izquierdo suelen haber de 4 a 10 ganglios y del lado derecho de 4 a 8.

Disección infrahiliarrenal (disección aortocava)

Los límites están dados por fuera, por los uréteres que deben ser individualizados, por arriba dos vasos del hilio.

Seccionamos los vasos espermáticos en su nacimiento, los diseccionamos hacia abajo junto con la masa celuloganglionar.

La disección aortocava infrahiliar entraña la incisión longitudinal anterior de la adventicia ganglionar y vascular sobre vena cava y arteria aorta. Diseccionamos caras laterales primero, luego caras anterior y finalmente el espacio aortocava.

Posteriormente se disecan los músculos psoas, por debajo las disecciones ilíacas se extienden en varios centímetros después de su bifurcación de la arteria hipogástrica de cada lado.

No realizamos por ahora la ligadura de los vasos lumbares por los riesgos que entrañan sobre la función medular y porque en los casos operados no tenemos observadas masas ganglionares retrovasculares.

A posteriori, luego de un minucioso control de la hemostasia, cerramos mesocolon y mesenterio, dejando un drenaje en cada espacio retroperitoneal que sale por contrabertura.

Cierre por planos de la pared con capitones.

En este caso en que la orquidectomía no fue realizada en el Servicio y fue por vía escrotal, se realizó escrotoectomía.

Posteriormente fue necesario efectuar linfadenectomía inguinocrural.