

NEFRECTOMIA ONCOLOGICA POR VIA TORACOABDOMINAL EXTRAPLEURAL Y EXTRAPERITONEAL

Doc. Aut. Metz, León María - Dr. Raffo, Guillermo Osvaldo - Dr. Alonso, Juan Carlos Gustavo

Consideramos al riñón como un órgano toracolumboabdominal, por lo que puede ser abordado por vías torácicas, lumbares, abdominales o combinadas.

Actualmente no es sólo la nefrectomía la terapéutica quirúrgica del cáncer de riñón, sino la celdectomía renal, que incluye al riñón, el uréter superior, la vena gonadal, la cápsula suprarrenal, la grasa perirrenal, la grasa pararenal y la linfadenectomía del pedículo renal y eventualmente regional.

La cápsula fibroadiposa del riñón consta de dos láminas o fascias: a) hoja posterior o de Zuckerkandl, brillante, resistente, y b) una hoja anterior, más delgada, reforzada en la zona que corresponde al colon ascendente y descendente por la fascia de Toldt. Estas dos hojas se reúnen por arriba, afuera y con la del lado opuesto acompañando al uréter hasta la vejiga.

La celda renal está ocupada por los siguientes elementos, de atrás hacia adelante:

- La grasa pararenal de Gerota, que se extiende desde el diafragma hasta la pelvis menor.
- La fascia renal posterior o de Zuckerkandl.
- La grasa perirrenal posterior.
- El riñón o la cápsula suprarrenal según la altura.
- La grasa prerrenal.
- La fascia renal anterior.
- En el lado derecho, la fascia de Toldt y de Fredet; la fascia de Treitz con la segunda porción del duodeno, y en el lado izquierdo, la fascia de Toldt, la hojilla de Treitz, el páncreas y la fascia de Treitz.
- El peritoneo parietal posterior, colon y mesocolon.

Como la vía principal de diseminación del riñón es la hematogénea (venosa), es por todos aceptado lo necesario de una ligadura del pedículo renal (arteria y vena), previa a las manipulaciones del órgano. Pero también debemos recordar que si bien la arteria renal es la fuente de mayor volumen sanguíneo de esta región, ésta no es la única, ya que la arteria diafragmática inferior, la suprarrenal, las lumbares, la gonadal, las ureterales y las cólicas, con sus anastomosis capsulares, aportan diferentes volúmenes sanguíneos. Asimismo, el drenaje venoso, más complejo y variable que el aporte arterial (especialmente en el lado izquierdo), es tributario de la vena o venas renales, pero también de las venas diafragmáticas inferior, suprarrenal derecha, cava, lumbares, gonadal, ureterales, cólicas, subcutáneas y de los plexos venosos de los nervios XII intercostal y abdominogénitales mayor y menor.

También existen otras vías derivativas importantes:

- las venas denominadas emergentes de Verneuil, que salen del riñón hacia la vena cava;
- las anastomosis con el conducto reno-ácigos-lumbar, y
- las venas adiposas, que circunscriben un arco exorrenal desde la vena capsular a la gonadal.

Técnica quirúrgica que preconizamos

- Toracolaparotomía extrapleural y extraperitoneal entre X y XI costilla, o entre XI y XII costilla, de acuerdo con el tamaño o la localización tumoral.
- Separación de la hoja anterior de la fascia de la celda renal, de peritoneo, fascia de Toldt, colon y fascia de Treitz con la segunda porción del duodeno a la derecha, y del peritoneo, fascia de Toldt, colon, hojilla de Treitz, páncreas y fascia de Treitz a la izquierda.

c) Liberación de dicho plano de clivaje hasta la vena renal, o vena cava sujetando con dos pinzas de aro a la celda renal sin movizarla (en los bajos estadios). Si hubiera adherencias, se extirpará la hoja posterior del peritoneo juntamente con la celda renal, explorando la cavidad peritoneal, exploración que se hará sistemáticamente ante la mínima duda quirúrgica o si los estudios practicados previamente nos demuestran que estamos en presencia de un alto estadio.

d) Liberación amplia de la vena renal derecha hasta la cava con la ligadura de la vena capsular y gonadal a la izquierda, para facilitar su movilización.

e) Localización de la arteria renal y su primera ligadura. En el lado derecho se podrá ubicar a la arteria renal en el espacio intercavaoáortico, en caso de necesidad. Si hubiera dificultad en su localización en el lado izquierdo, se procederá de la siguiente manera:

- Colocación de dos ligaduras de catgut en ambos extremos de la vena renal.
 - Anudación rápida de ambas ligaduras (primero la proximal al riñón).
 - Sección de la vena renal.
 - Ubicación por palpación de la o las arterias renales, colocándose pequeños clamps tipo *bull-dog*.
 - Ligadura provisoria de la o las arterias renales con catgut.
- f) Celdectomía renal fácil y cómoda, ligando todas las arterias y venas colaterales normales o patológicas (vasos de neoformación) que unen la celda renal a la pared posterior, diafragma, colon, uréter, vena cava y aorta.
- g) Segunda ligadura de la arteria renal en el lugar de la primera o más cercana a la aorta.
- h) Segunda ligadura de la vena renal.
- i) Vaciamiento ganglionar del pedículo renal, si no se lo ha realizado juntamente con la celdectomía (en los bajos estadios).
- j) Vaciamiento ganglionar regional, si fuera necesario.
- k) Drenaje de la lodge por contrabertura.
- l) Cierre de la pared muscular y torácica en monopiano con catgut cromado n° 2.
- m) Sutura de piel con lino n° 70.

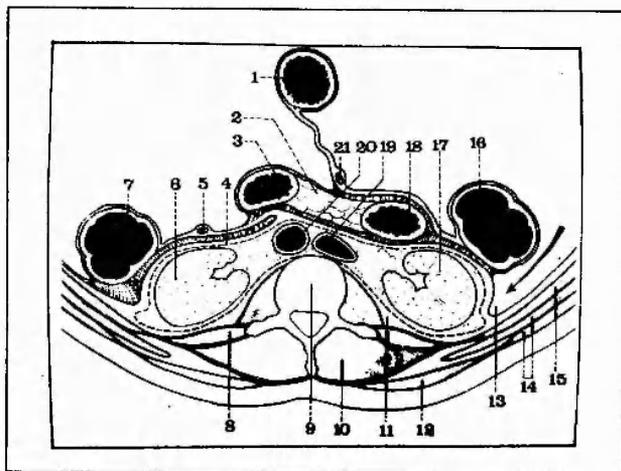


Figura 1: Corte transversal que pone en evidencia la relación de la hoja anterior de la celda renal (en línea punteada) con los grandes vasos, el colon y el duodeno-páncreas.

Comentarios

La laparofrenotoracotomía sólo debería usarse para las extraordinarias tumoraciones que por su tamaño lo hiciera así aconsejable, o en presencia de grandes trombos en la vena cava. La vía anterior o transabdominal, tan defendida por varios autores, es, a nuestro juicio, un avance frente a la nefrectomía practicada a pacientes con neoplasia renal como si fuera una nefrectomía estándar; pero quienes defienden esta vía de abor-

daje le restarían importancia, a nuestro entender, a los otros pedículos normales o de neoformación, los que por dicha vía son dificultosa y tardíamente abordados y que pueden ser vía de diseminación neoplásica. Reservamos la utilización de esta vía para cuando hubiera patología asociada que tratar o en caso de reoperaciones, pero para la gran mayoría de las tumoraciones creemos que la toracolaparotomía es la indicada, sobre todo en el caso de las nefrectomías izquierdas.