

LUMBOTOMIA ANATOMICA CON RESECCION PARCIAL DE LA XII^a COSTILLA

Por el Dr. RICARDO ERCOLE

Desde el año 1930 efectuamos como vía de abordaje del riñón y del uréter lumbar, una incisión descrita en el año 1909 por Ekehorn y preconizada más tarde entre otros por Santy, Surraco y nosotros, a la cual, con el agregado de algunas variantes técnicas, hemos denominado lumbotomía anatómica. Se trata de una incisión que, en su forma original, llega al riñón aprovechando del intersticio de los músculos de la región costo-iliaca, permitiendo separar estos músculos, sin cortarlos, el dorsal ancho y el oblicuo mayor en un primer plano y el serrato menor posterior e inferior y el oblicuo menor en un segundo plano.

Es posible con esta incisión conservadora, tal como ha sido descrita, operar aquellos casos en los cuales el riñón por su tamaño moderado, por su situación no excesivamente alta, por la amplitud de su pedículo, etc., no obligue a obtener un gran campo operatorio. De acuerdo con nuestra experiencia y como lo destacáramos ya en una comunicación anterior, corresponden a este grupo el 40 % de los operados del riñón. En los casos restantes es necesario ampliar la brecha operatoria, para lo cual hemos agregado a esta incisión algunas variantes técnicas, con las que es posible, sin quitarle a la misma sus características conservadoras operar todos los otros casos de cirugía renal.

Cabe destacar que habitualmente las dificultades para la obtención de un buen campo operatorio residen en la limitación del mismo por la parrilla costal, que impide su ampliación hacia arriba y hacia atrás. En cambio la necesidad de ampliar el campo operatorio hacia abajo y adelante, cosa fácil de resolver haciendo la sección parcial del oblicuo mayor, pocas veces se plantea. Hemos podido demostrar en la mesa de operaciones, infinidad de veces,

como en los casos en que la lumbotomía económica no nos daba un suficiente campo operatorio, la sección del oblicuo mayor, resultaba desde este punto de vista inconducente, ya que si aparentemente el campo operatorio se ampliaba, ello no beneficiaba al cirujano, pues las dificultades operatorias que radican habitualmente en el abordaje del pedículo y en la liberación del polo superior del riñón, solamente pueden ser salvadas con la ampliación de la incisión hacia la parrilla costal.

El riñón es en efecto un órgano de evolución más torácica que abdominal, razón por la cual, si se quiere tener un campo más franco de abordaje, para los campos de dificultades operatorias, será necesario recurrir a la resección de la XIIª costilla, con la cual la ampliación del campo operatorio, aparentemente de poca extensión, resulta desde el punto de vista práctico, de gran utilidad, permitiendo el abordaje del riñón hacia su polo superior y haciendo posible la visualización franca del pedículo, que constituye indudablemente, uno de los motivos de mayores dificultades en cirugía renal.

Es por este motivo, que en nuestra práctica, cada vez que efectuamos el abordaje del riñón que hacemos sistemáticamente con la lumbotomía anatómica, nos resolvemos por la resección costal en los casos de XIIª costilla larga, siempre que el abordaje con la incisión económica no nos brinde un campo operatorio suficiente. Claro está que en aquellos operados, con XIIª costilla muy breve, de amplio espacio costo-ilíaco, no es habitualmente necesario recurrir a la resección costal, pues aquí se consigue ampliar hacia el tórax el campo operatorio, seccionando parcialmente el serrato menor posterior e inferior, conjuntamente con el ligamento lumbocostal de Henle.

En un principio preconizábamos como técnica operatoria, cuando era necesario la resección costal, el seccionar parcialmente a la altura de la costilla operatorio suficiente. Claro está que en aquellos operados, con XIIª costilla larga, que hacíamos desde su extremo distal, en la mayor extensión posible.

Desde hace varios años, procedemos en este sentido en forma muy distinta, ya que no consideramos necesaria, sino por excepción la sección del músculo dorsal ancho. Separamos lo más alto posible el dorsal ancho y el oblicuo mayor, que cargamos cada uno de ellos, con un separador, para exponer así la XIIª costilla. Se modifica aquí la dirección de la lumbotomía, que va a dirigirse a esta altura hacia arriba, en la misma dirección del intersticio de separación de los citados músculos, para lo cual será necesario solamente hacer una resección muy económica de la XIIª costilla, apenas en una extensión de 1 a 2 centímetros y seccionar parcialmente el serrato menor post e inferior. No es necesario la resección completa de la XIIª costilla, ya que al seccionar la misma, resecándola parcialmente hacia el lado del dorsal ancho,

su extremo distal es traccionado por el oblicuo mayor, desapareciendo en la profundidad del campo operatorio. Se evita además, procediendo en esta forma, de seccionar en algunos casos el paquete vásculo nervioso del XII^o intercostal, que es posible a veces desplazar hacia abajo, en el colgajo inferior de la incisión del transverso.

Hemos llegado en esta forma, simplificando en grado sumo la táctica operatoria, a conseguir el abordaje sistemático del riñón, cualquiera fueran las dificultades técnicas de la intervención, respetando los elementos musculares fundamentales de la pared y haciendo una resección muy económica de la XII^a costilla.

En la presente comunicación deseamos referir los detalles de las modificaciones a la técnica que preconizamos. (Para mayor información sobre la lumbotomía típica, referimos al lector a un trabajo anterior: Ercole R. Lumbotomía Anatómica. Rev. Arg. de Urología. T. VI. 1937. Páf. 345).

TECNICA OPERATORIA.

Colocamos al enfermo en la posición clásica para cualquier lumbotomía, vale decir decúbito-lateral, con un grueso rollo debajo de la región costoilíaca, para poner más tensa la región operatoria, para lo cual además se coloca la pierna del lado a operar en extensión y la del lado opuesto en flexión. Los tiempos fundamentales de la incisión son los siguientes:

1^o) *Incisión de la piel.* — Trazamos una incisión recta que va desde el ángulo de la XI^a costilla con los músculos del canal vertebral hasta dos traveses de dedo por delante y por encima de la espina ilíaca ántero-superior. Se coita la piel y el tejido celular subcutáneo. Llegado al plano muscular se separan ampliamente ambos colgajos cutáneos a objeto de poner ampliamente en descubierto el intersticio de separación del dorsal ancho con el oblicuo mayor, ya que el campo operatorio estará dado fundamentalmente por el máximo de separación que se obtenga de estos músculos, desde la parrilla costal hasta la cresta ilíaca.

2^o) *Separación de los músculos del primer plano.* — Se separa ampliamente el dorsal ancho del oblicuo mayor, seccionando la aponeurosis superficial y las bridas fibrosas que fijan ambos músculos. Esta separación debe extenderse desde la cresta ilíaca, donde a veces los músculos están separados, constituyendo el triángulo de Petit, hasta sobrepasar la XII^a costilla.

3º) *Separación de los músculos del segundo plano:* Aparece a continuación el segundo plano muscular, constituido por el oblicuo menor y el serrato menor posterior e inferior, que dejan un espacio libre, el espacio de Grynfelt, en el fondo del cual aparece la aponeurosis del transverso. Con los mismos

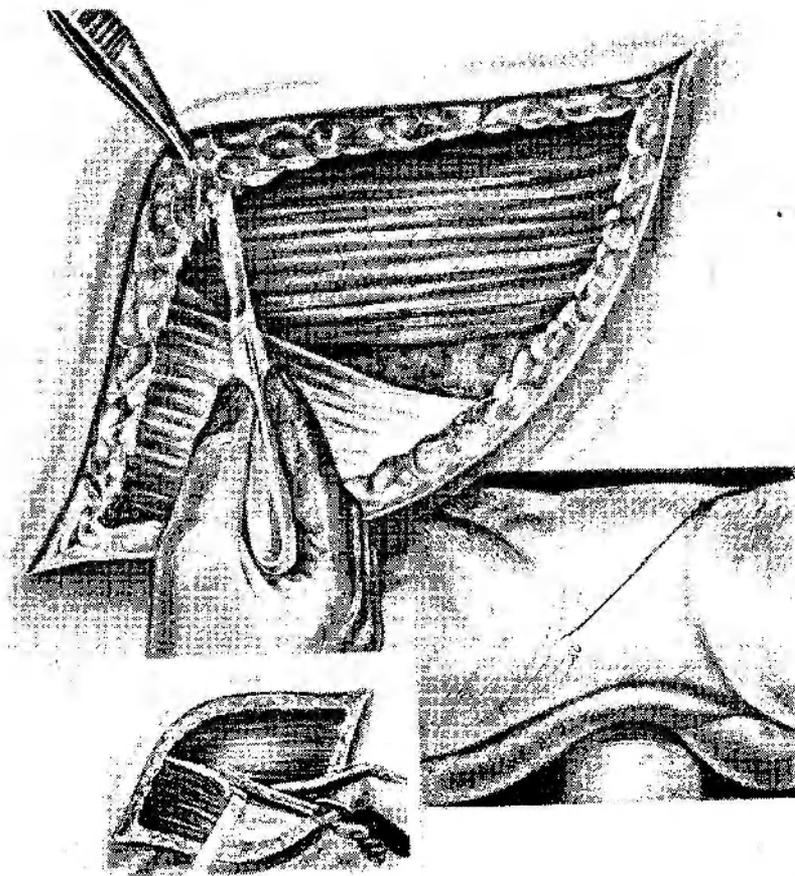


Figura I

Incisión lumbar recta. Se decola ampliamente el colgajo superior hasta el reborde costal y el inferior hasta la cresta iliaca para poner al descubierto el intersticio muscular del dorsal ancho y el oblicuo mayor. Se aborda el triángulo de Petit y se seccionan las fibras aponeuróticas que fijan el dorsal ancho al oblicuo mayor.

separadores que toman los músculos del primer plano se cargan por un lado el oblicuo menor y mayor y por el otro el dorsal ancho y el serrato y traccionándolos fuertemente se pone al descubierto la aponeurosis del transverso, último plano de la pared.

4º) *Sección del transverso.* — Se visualiza previamente el pequeño vasculo-nervioso del XIIº intercostal, que a la altura de la incisión tiene tendencia a separarse de la costilla para dirigirse en forma divergente hacia abajo. En estos casos y estando dispuestos a resear la costilla, es posible en muchos casos seccionar la aponeurosis del transverso por encima de dicho paquete vasculo-nervioso, con lo cual es posible resear la costilla, respetándolo. En otros casos, en que dicho paquete sigue en continuidad con la costilla, la

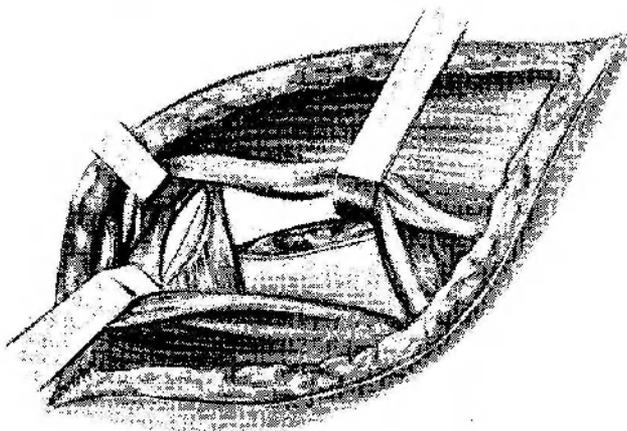


Figura 2

Se separa el oblicuo mayor y menor hacia abajo y adelante seccionándose en el sentido de la incisión cutánea la aponeurosis del transverso. Hacia arriba se separa el dorsal ancho del oblicuo mayor para poner al descubierto la XIIª costilla. Sobre la XIIª costilla se hace una incisión de unos 3 centímetros, seccionando las fibras del serrato menor posterior e interior y el periostio costal.

sección de la aponeurosis del transverso se efectúa por debajo del mismo y entonces al efectuar la resección costal será necesario seccionar dichos elementos vasculo-nerviosos. Al seccionar la aponeurosis del transverso se visualiza también el nervio abdomino genital que corre oblicuamente por debajo de la aponeurosis, a la que atraviesa a la altura del oblicuo menor. El nervio queda naturalmente en el colgajo inferior de la sección aponeurótica.

5º) *Resección de la XIIª costilla.* — En los casos en que el campo operatorio obtenido con la incisión efectuada hasta aquí no se considere lo sufi-

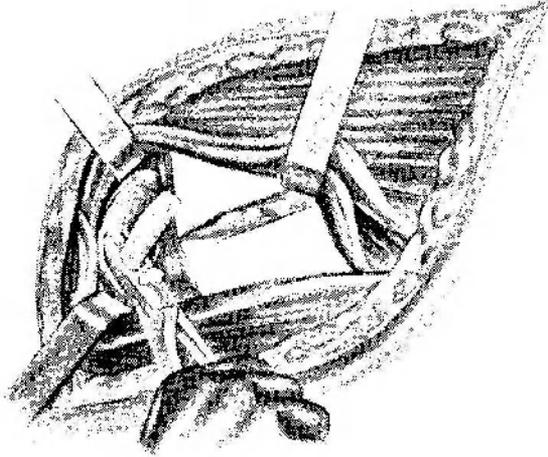


Figura 3

Se desperiostiza la costilla y se la reseca en una extensión de 1 a 2 centímetros.

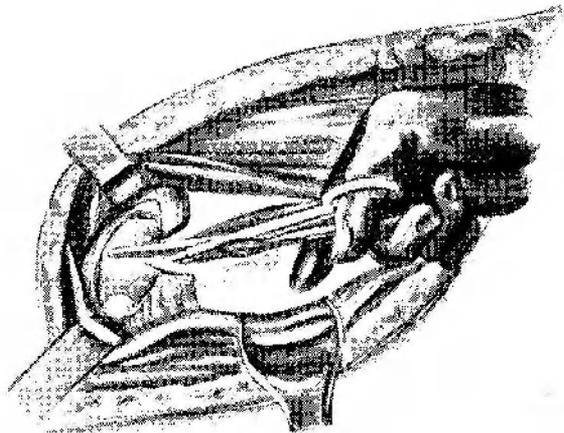


Figura 4

Se prolonga la incisión del transverso hacia arriba seccionando el núcleo músculo-aponeurótico constituido por el serrato menor, posterior e inferior, por el ligamento lumbocostal de Henle y el periostio costal.

cientemente amplio, se procederá a la resección de la XII^a costilla. Bien separados hacia arriba el dorsal ancho y el oblicuo mayor, se secciona sobre la costilla el serrato menor y posterior y el periostio correspondiente. A legra se desperiostiza la costilla en una extensión de unos 2 centímetros, sin llegar hasta su extremo libre y con cizalla se la reseca en la misma extensión.

6^o) *Despegamiento del fondo de caso pleural.* — Con el dedo introducido en el ángulo superior de la herida operatoria, por debajo del periostio

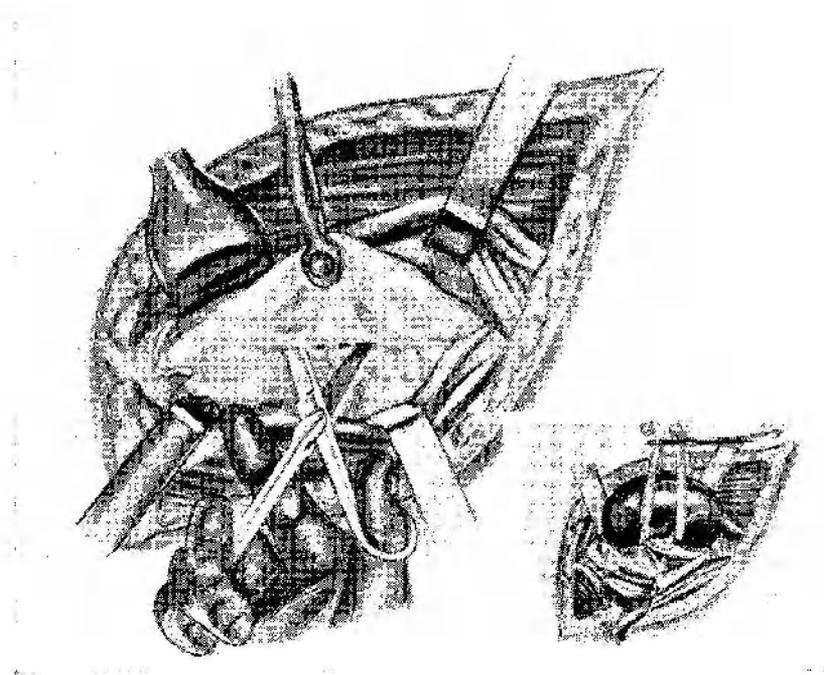


Figura 5

Sección de la fascia renal posterior y exteriorización del riñón al través de la brecha operatoria.

se trata de rechazar el fondo de saco pleural con el objeto de evitar su herida en el tiempo siguiente, para lo cual es conveniente visualizar dicho fondo de saco. La apertura de la pleura no es un accidente grave si se lo reconoce a tiempo y se procede a una sutura cuidadosa de la misma, ya que el neumotórax operatorio que en su consecuencia no merece ninguna terapéutica especial se reabsorbe en pocos días.

7º) *Sección del núcleo músculo-aponeurótico superior y posterior.* — Se procede a continuación a seccionar el núcleo músculo-aponeurótico constituido por parte del músculo serrato menor y posterior, el periostio costal y el ligamento de Henle, sección que se hace arriba en la misma dirección del intersticio de los músculos de la pared. En algunos casos, como ya hemos referido se puede evitar la sección del XIIº paquete intercostal y en otros es necesario previa ligadura, efectuar la sección de dicho paquete o de una de sus ramas.

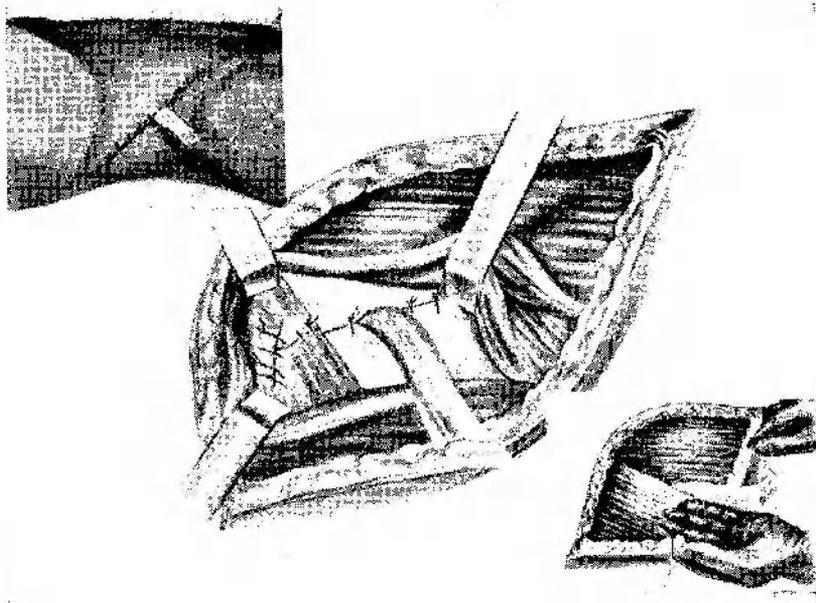


Figura 6

Reconstrucción de la pared. Sutura con un punto en X del núcleo músculo aponeurótico pósterio-superior y sutura de las fibras musculares del serrato menor, posterior e inferior. Puntos separados de sutura a la aponeurosis del transversario. Puntos de aproximación al dorsal ancho con el oblicuo mayor. Sutura de la piel con puntos separados.

8º) *Sección parcial del oblicuo menor.* — En algunos casos en que el músculo oblicuo menor se encuentra muy abierto, en abanico, procedemos a seccionarlo en una pequeña extensión para agrandar el campo operatorio hacia abajo y adelante. En cambio y solamente por excepción es necesario seccionar el músculo oblicuo mayor.

9º) *Abordaje del riñón.* — Se procede a continuación al abordaje del riñón que se efectúa con la técnica habitual de toda lumbotomía.

10^o) *Cierre de la pared.* — Se efectúa en primer término la reconstrucción del núcleo músculo-aponeurótico posterior y superior, seccionado al resecar la XII^a costilla, suturándolo con un punto en X. A continuación se colocan dos puntos de sutura a las fibras musculares del serrato menor y posterior que fueran seccionadas al abordar la XII^a costilla.

Reconstruída en esta forma la brecha efectuada al resecar la costilla, se termina el cierre de la pared suturando con puntos separados la aponeurosis del transverso y colocando finalmente dos puntos de aproximación al borde del dorsal ancho sobre el músculo gran oblicuo, suturas todas estas que efectuamos con catgut crómico. Aproximamos finalmente la piel con puntos separados en U.

RESULTADOS.

Nuestra experiencia con la lumbotomía anatómica, que efectuamos sistemáticamente en todos los casos de cirugía renal desde el año 1930, abarca por consiguiente un período de tiempo suficientemente largo y una casuística indiscutiblemente importante, que nos permiten referir conclusiones definitivas sobre las ventajas de esta vía de abordaje. Las modificaciones que proponemos en esta comunicación, simplifican aún más la técnica quirúrgica en los casos en que es necesario obtener una ampliación de la brecha operatoria, haciendo todavía más conservadora esta incisión, ni restarle con ello amplitud a la misma.

Reúne esta incisión, en la forma que la preconizamos las condiciones técnicas ideales de toda incisión operatoria que debe en principio, a la par que respetar los elementos anatómicos de la pared, brindar una brecha franca de abordaje a la región a operar. En efecto, como lo demostramos con nuestra experiencia, obtener con la lumbotomía anatómica un abordaje del riñón, con la amplitud suficiente que exijan las circunstancias particulares de cada caso. En un 40 % de los operados, que se refieren a aquellos casos de riñón poco aumentados de tamaño y que no se presenten mayores dificultades operatorias, la lumbotomía económica, tal como fuera descrita por Ekehorn, brinda un campo operatorio adecuado. Para los casos restantes, que constituyen el otro 60 % de los operados, es necesario ampliar esta brecha operatoria en la forma como lo preconizamos en la presente comunicación, con lo cual, sin quitarle a la lumbotomía sus características conservadoras originales, respetando en toda su integridad los dos músculos fundamentales de la pared, el oblicuo mayor y el dorsal ancho, es posible abarcar hasta los casos más difíciles de cirugía renal. Solamente será necesario ampliar todavía más la brecha operatoria, seccionando el músculo oblicuo mayor, cuando se trate de riñones

de gran tamaño, como en el caso de algún cáncer del riñón de crecimiento excepcional.

Se consigue con esta incisión una reconstrucción verdaderamente anatómica de la pared, que pone al abrigo de una complicación frecuente de la lumbotomía anatómica, cual es la eventración lumbar post-operatoria. En efecto deja esta incisión una pared excelente, habitualmente sin el más mínimo abombamiento del abdomen. Hemos visto excepcionalmente y cuando efectuábamos la sección de dorsal ancho para practicar la resección de la XIIª costilla, alguna herida post-operatoria, complicación que en la actualidad, haciendo la nueva técnica que preconizamos, no hemos observado todavía. Y aún en estos casos se trataba de una eventración muy moderada, cuyo tratamiento quirúrgico no ofrecía dificultades, ya que era posible contar para su tratamiento con los elementos musculares intactos de la pared. En cambio es bien conocido por todos los cirujanos las dificultades enormes y muchas veces insalvables que se presentan para el tratamiento de la eventración que se produce en la lumbotomía clásica.

CONCLUSIONES.

1º) Consideramos a la lumbotomía anatómica la incisión ideal de abordaje del riñón y del extremo superior del uréter.

2º) En el 40 % de los casos, de acuerdo con nuestra experiencia, es posible realizar el acto operatorio haciendo la lumbotomía económica en su forma original.

3º) Para los casos restantes es necesario recurrir a la ampliación del campo operatorio, resecaando en una pequeña extensión la XIIª costilla, pero conservando la integridad de los elementos musculares fundamentales de la pared, en la forma que lo preconizamos en la presente comunicación.

4º) Se trata de un procedimiento verdaderamente anatómico de abordaje del riñón, que reúne las condiciones ideales de toda incisión operatoria al conservar la integridad de los elementos anatómicos de la pared y brindar una brecha franca de abordaje a la región a operar. Deja como resultado final una excelente pared, poniendo al abrigo de toda eventración lumbar post-operatoria.