

SOBRE UNA INCISION TORACO-ABDOMINAL PARA EL ACCESO A LA CELDA RENAL

Por el Dr. RODOLFO I. MATHIS

Si se estudia el acceso al riñón y a su celda, se concluye en que es tal el número de incisiones descritas, que puede decirse sin mucha exageración, que cada autor tiene una propia.

No es difícil adivinar, entonces, que ninguna llena ampliamente todas las necesidades y que es indudable que todas ellas ofrecen sus ventajas e inconvenientes.

Al lado de los que preconizan un solo tipo de incisión para todas las eventualidades, existen los que opinan que prefieren un estudio previo de cada enfermo para discriminar cuál es la vía y la incisión que más conviene. Entre estos últimos nos contamos.

Después de practicar la lumbotomía clásica, comenzamos a usar la incisión de Pflaummer con resección directa de la 12ª costilla, por poco que el órgano estuviera en posición alta o que el espacio costo-iliaco fuera breve. Ella nos brindaba un excelente campo.

Posteriormente aprendimos que incidiendo directamente el 11º espacio intercostal, y con buena prolongación anterior, el acceso se hacía de una simplicidad extraordinaria al no reseca costilla, al abordar una zona carente de vasos importantes y al no encontrar en el camino tronco nervioso a respetar.

En disecciones anatómicas pude convencerme de las extraordinarias ventajas que ofrece esta vía de acceso, y mi experiencia posterior no hizo sino ratificar esta opinión.

TECNICA DE ESTA INCISION

Posición dorso-lateral arqueada. (Cambree de Gregoire).

Puntos de referencia: Palpación de las dos últimas costillas.

Incisión: comienza (o termina, según el lado) a nivel del borde externo de los músculos de los canales vertebrales. Sigue exactamente el 11º espacio intercostal inmediatamente por encima de la 12ª costilla, y se prolonga siguiendo esta misma dirección hacia adelante cuanto se quiera. La posibilidad

de ampliación anterior es amplísima, pudiendo llegar hasta la vaina del recto, abrirla, seccionar este músculo y aún alcanzar la línea media algo por debajo del ombligo.

Se llega al plano músculo-aponeurótico. En la parte abdominal se incidirán sucesivamente los músculos anchos. Los dos oblicuos y con mucho cuidado el transverso por su íntima relación con el peritoneo a este nivel. Este tiempo lo preferimos realizar por divulsión.

En la parte torácica, se seccionará el gran dorsal y por debajo una digitación del serrato menor posterior e inferior, para de inmediato caer en el plano costal e incidir por encima de la 12ª costilla, a ambos intercostales. Este tiempo requiere cierto cuidado por la proximidad de la pleura, recordando que es un

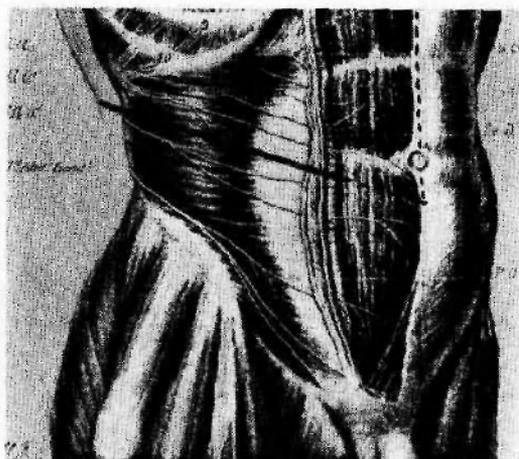


Figura 1

Trazado en la parte anterior de la incisión, donde puede verse en línea de puntos la posibilidad de ampliación hacia adelante, y la confección de un amplio colgajo al agregarle su prolongación mediana.

solo espesor muscular que hay que seccionar, ya que ambos intercostales a este nivel forman un solo cuerpo. Si la costilla es larga, se verá por delante la inserción del diafragma que se incidirá sin dificultad, apareciendo en el extremo posterior la pleura. Si la costilla es corta, será en su totalidad supra-pleural, y si se quiere aprovechar esta parte posterior de la incisión, no es difícil separarla y reclinarla con instrumento romo para llegar al diafragma, cual se practica en el abordaje torácico extrapleural.

Se caerá así en el espacio celuloso pararenal, por detrás del Zuckerkandl, que es algo adherente a esta altura. La abertura de esta hoja no ofrece nada de particular, y se llega así a plena celda renal, cayendo sobre la zona hilar con sorprendente exposición del campo operatorio, aun con incisiones breves.

Llamará la atención el no encontrar casi un vaso a ligar, y por otra parte, el respeto de la inervación es total, ya que nos alejamos de la zona de los

abdomino-genitales que quedan muy por debajo y del 12^o intercostal, que van convergiendo hacia el ángulo costo-muscular.

Si se observa la figura N^o 2, tomada de Kelly, se echará de ver que es en esta parte que transcurre entre el 11^o y 12^o intercostal, donde a pesar de las distintas variantes de la distribución nerviosa, siempre existe una zona donde hay espacio suficiente para efectuar una incisión sin comprometer ningún tronco importante.

Por lo tanto, siguiendo paralelamente la dirección del sistema vascular y nervioso, la intervención se hace casi exangüe y con absoluta conservación de los sistemas. La posibilidad de ampliación hasta la línea media y aún combinando con abertura mediana, con confección de gran colgajo superior, aná-

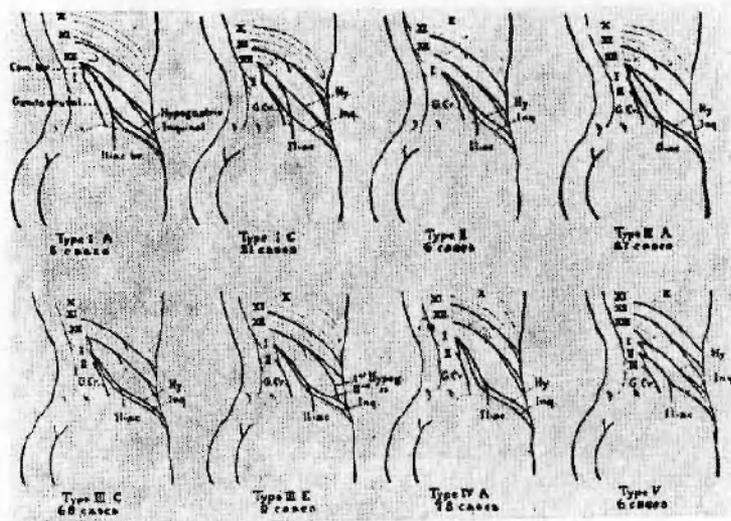


Figura 2

Esquema de las distintas variantes de la distribución del sistema nervioso de la región (Kelly). Puede observarse que siempre entre el 11^o y 12^o intercostal existe una zona libre de troncos nerviosos.

logo al de las incisiones de Cabot, Young o la más reciente propuesta por Sweetzer, permite llenar todas las reglas del tratamiento del blastoma renal con el máximo de conservación de la pared.

Se verá en esta descripción cierta similitud con la incisión descrita por Fey; pero recordemos que Fey efectúa su incisión en el 10^o espacio intercostal y la parte abdominal se hace en ángulo con la torácica en dirección muy descendente.

En nuestra práctica, esta incisión nos ha brindado múltiples satisfacciones al tratar riñones altos, adherentes, brindando un campo extraordinario bajo completo control visual; se trabaja prácticamente bajo la bóveda diafragmática, por lo cual la traemos a la consideración de los señores consocios.

DISCUSIÓN

Dr. Bernardi: Es evidente que existen numerosas incisiones de abordaje al riñón. Últimamente en "The Urologic and Cutaneous Review" del mes de mayo del corriente año, los autores Bodner y Briskin, de California, proponen una incisión para el abordaje del riñón con resección de la 11ª costilla.

Todos los que hacemos cirugía renal tenemos un cierto respeto a la pleura, cuya abertura significa no pocos inconvenientes. Existe una incisión toracoabdominal de Carter, abriendo el 8º espacio intercostal y que se extiende desde los músculos de la gotera vertebral hasta el espacio xifoumbilical y que se utiliza en afecciones del esófago y del estómago, para hacer abocamientos esplenorrenales en afecciones esplénicas y porto-cava, en las ascitis, etc. Pero nosotros los urólogos tenemos en la incisión de Pflaumner y en la últimamente propuesta por Broden y Briskin, una de las mejores vías de acceso a la glándula renal.

Dr. Mathis: Quiero agradecer al doctor Bernardi su contribución.