

Nefrectomías difíciles

J.-M. Duclos

Resumen. – La cirugía de exéresis del riñón, normalmente bien codificada, puede presentar múltiples dificultades. Basta para ello que el tamaño de la lesión o las circunstancias anatómicas interfieran en el desarrollo de la intervención. Tales dificultades y las complicaciones consiguientes se exponen de modo pragmático a fin de proporcionar soluciones prácticas.

© 2005 Elsevier SAS, París. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Nefrectomía; Cáncer; Pionefrosis; Vena cava

«Quien sobresale en el arte de resolver dificultades las resuelve antes de que surjan» Tu Mu, In: Sun Tzu, el Arte de la guerra.

Introducción

Los progresos realizados durante los últimos treinta años son de tal magnitud que la práctica quirúrgica parece haberse transformado.

Enfrentados a este tema surge una primera pregunta: ¿siguen existiendo las nefrectomías difíciles?

Si se consulta en la internet la bibliografía sobre nefrectomías se observa que, desde hace años, sólo aparecen referencias sobre intervenciones de invasión mínima y videocirugía. Parece tratarse de una cirugía simple, puesto que la evolución de las técnicas de imágenes permite operar afecciones inexistentes desde el punto de vista de la sintomatología y anatómicamente muy limitadas. En este contexto, la habilidad del cirujano consiste en «evitar» el acto quirúrgico.

La falta de publicaciones sobre las dificultades terapéuticas también se explica por otra razón: no existen series estadísticas. Cada caso es particular, cada presunto peligro varía según el contexto, cada maniobra depende de la experiencia del cirujano. El autor se propone enumerar las dificultades que aparecen a lo largo del tratamiento en pacientes que se salen del esquema quirúrgico estándar (adaptable), y los distingue de aquéllos cuya media de desviación estándar altera las estadísticas.

Generalidades

EVOLUCIÓN DEL PROBLEMA

Las dificultades de una nefrectomía pueden provenir:

- del tumor;
- del paciente;
- del cirujano.

■ Lesión renal

Algunos riñones se resisten a la extracción. Pero esto ocurre con menor frecuencia que antes, ya que muchos tumores se erradican en sus inicios, que las litiasis no han evolucionado fundamentalmente, y que existen tratamientos que permiten controlar la mayoría de las infecciones parenquimatosas.

Sin embargo, cuando una afección escapa a los diversos intentos de detección y alcanza cierta madurez, aparecen las mismas dificultades que en el pasado. El cirujano debe saber resolverlas para minimizar sus consecuencias.

■ Paciente

Por un lado, el progreso ha reducido los estadios de evolución de las enfermedades, pero por otro ha creado nuevas dificultades, al autorizar la operación de enfermos que todavía recientemente habrían quedado descartados. La evaluación preoperatoria de riesgos ya no se limita a una discusión entre el anestesista y los distintos especialistas (cardiólogo, neumólogo, bacteriólogo, etc.). Hoy en día la reflexión sobre la indicación quirúrgica, la estrategia y la experiencia del cirujano constituyen factores de decisión significativos.

■ Cirujano

La evolución de la formación quirúrgica muestra un rasgo constante: los jóvenes cirujanos ya no están preparados para las cirugías más «complicadas». Los enfermos de esta categoría son menos frecuentes, pero además, las estrategias

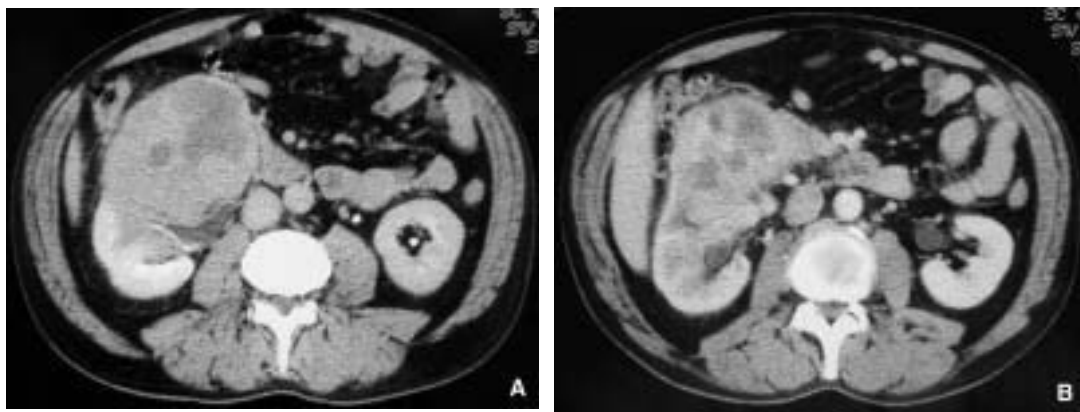


Figura 1 Imagen tomográfica de un cáncer con invasión de la vena cava (A, B).

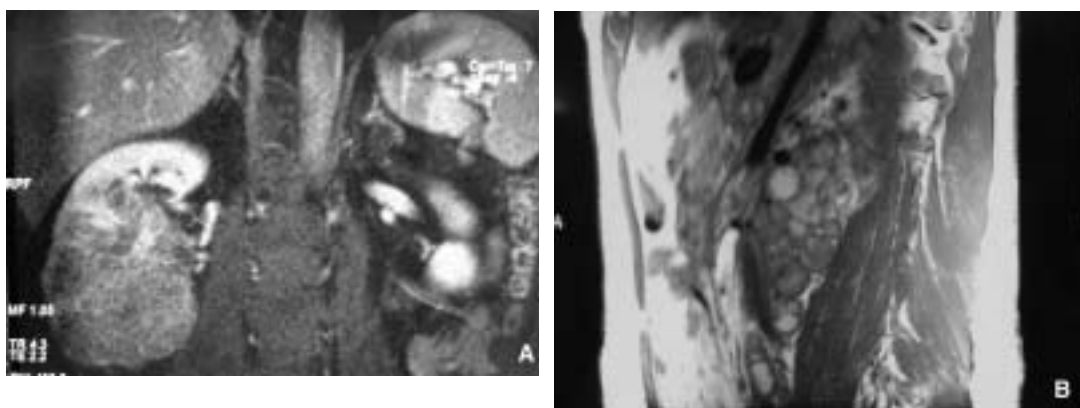


Figura 2 Imagen tomográfica (A) y de resonancia magnética (B) de un trombo en la vena cava.

de formación se orientan hacia técnicas cada vez más especializadas, y ya no permiten adquirir suficiente experiencia multidisciplinaria (cirugía digestiva, vascular, torácica), muy valiosa cuando surgen dificultades.

Por otra parte, la constante postergación de la edad a la que se asume la responsabilidad de los actos quirúrgicos y el riesgo de verse involucrado en un pleito desalientan la audacia quirúrgica. A continuación se expone una serie de problemas técnicos, con objeto de que los jóvenes cirujanos puedan encarar estas operaciones sin complejos y que sus temores no se añadan a las exigencias de la economía en la evaluación de los enfermos «inoperables».

El estudio de las nefrectomías difíciles, basado en casos concretos, supone un mínimo de sistematización, ya que las estrategias pueden diferir según las patologías. Por ejemplo, las dificultades propias del cáncer deben distinguirse de las que atañen a la patología infecciosa. Los problemas específicos de las lesiones muy voluminosas se plantean por separado, así como las dificultades que pueden surgir en una nefrectomía en apariencia simple.

EVALUACIÓN DE LAS DIFICULTADES

Independientemente de la confianza que se tenga en los parámetros de la ecografía y del Doppler, no se puede imaginar una nefrectomía sin un examen tomográfico (TC), que además sirve para controlar el funcionamiento del riñón contralateral. Obviamente, con la TC ^[5] (Fig. 1), que se ha de poder visualizar en el quirófano, se verifica el estado del pedículo y el del tumor, si bien su interpretación debe ir más allá.

Es imprescindible:

- verificar las relaciones digestivas, tanto a la izquierda como a la derecha, con el colon (realizar una colonoscopia ante la menor duda), y a la derecha con el duodeno (que presenta más riegos y es de control endoscópico más aleatorio);

- estudiar la situación del plano muscular posterior y su eventual invasión;

- no dejarse engañar por un rechazo hepático o esplénico (cuyas cápsulas y la doble protección peritoneal oponen una muy buena barrera a la infiltración tumoral).

De igual modo, conviene prestar mucha atención a la situación diafragmática: invasión de los pilares, rechazo o incluso infiltración de la bóveda.

Por último, en estas lesiones voluminosas y potencialmente metastatizantes, no hay que olvidar verificar la ausencia de lesiones pulmonares o raquídeas que, si bien no siempre contraindican la operación, conllevan numerosas complicaciones durante o después de la intervención (atelectasia, compresión medular, etc.) y pueden influir sobre la colocación del enfermo y la elección de la vía de acceso.

Si existe la menor duda en cuanto al estado venoso, hay que practicar una RM ^[7,8] (Fig. 2), único examen que permite evaluar la colonización de la luz venosa, sus límites en altura, y precisar, cuando exista, la infiltración de la pared vascular y su extensión en el plano de la circunferencia venosa.

Si se prevé una lumbotomía resulta esencial estudiar el estado respiratorio y hemodinámico. Además, si se ha de utilizar esta vía de acceso para una nefrectomía que se prevé difícil, es necesario contar con una mesa de operaciones articulada de tipo Maquet, sobre todo si el paciente presenta una gran obesidad (Fig. 3).

ELECCIÓN DE LA VÍA DE ACCESO

Existen dos posibilidades: la lumbotomía y la vía anterior.

■ Lumbotomía

Sólo es lógico indicar la lumbotomía en los tumores periféricos. En las grandes exéresis tumorales presenta más inconvenientes que ventajas.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9400845>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9400845>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)