

**Boletín del
Colegio Mexicano de Urología**

Volumen
Volume **18**

Número
Number **1**




Enero-Marzo
January-March **2003**

Artículo:




**Abordaje extra pleuro-peritoneal para
linfadenectomía retroperitoneal**

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Colegio Mexicano de Urología, A.C.

**Otras secciones de
este sitio:**

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

***Others sections in
this web site:***

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***



Medigraphic.com



Abordaje extra pleuro-peritoneal para linfadenectomía retroperitoneal

Raúl Martínez Sánchez,* Rodolfo Gómez Rodríguez,* Abraham Santacruz Romero,*
Eduardo A. Serrano Brambila**

* Urólogo Ex-Médico del Servicio de Urología del Hospital de Oncología.

** Urólogo adscrito al Servicio de Urología del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS. México.

Dirección para correspondencia:
Dr. Raúl Martínez Sánchez
Agrarismo No. 208-852, Torre B
Col. Escandón
C.P. 11800
Tel. 52 71 61 29

RESUMEN

La morbilidad de la linfadenectomía retroperitoneal para cáncer de testículo por vía toracoabdominal o transabdominal no ha sido despreciable. Los intentos por mejorar la técnica quirúrgica y disminuir las complicaciones nos han llevado al mejoramiento del abordaje quirúrgico, que evita entrar a las cavidades pleural y peritoneal, sin disminuir la exposición de las cadenas linfáticas, vasos y órganos retroperitoneales.

Palabras clave: Cáncer testicular, linfadenectomía retroperitoneal.

ABSTRACT

The morbidity of the retroperitoneal lymphadenectomy for testicular cancer through transabdominal or thoracoabdominal approach has not been negligible. The intents to improve the surgical technique and to diminish the complications have taken us to the improvement of the surgical approach avoiding to enter to the pleural and peritoneal cavities, without diminishing the exhibition of the retroperitoneal lymphatic chains, vessels and organs.

Key words: Testicular cancer, retroperitoneal lymphadenectomy.

INTRODUCCIÓN

En mayo de 1961, se inauguró el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social. El Servicio de Urología se vio enfrentado de inmediato al tratamiento de los tumores del aparato urogenital y entre ellos los germinales del testículo.

En esa época era difícil una etapificación confiable por las limitaciones propias de los estudios radiológicos. En el tratamiento inicial era frecuente que algunos médicos abrieran el escroto, con los inconvenientes que ahora todos conocemos. La radioterapia estaba ampliamente difundida con sus obvias limitaciones y se iniciaba una quimioterapia agresiva, cuya efectividad era limitada. La linfadenectomía retroperitoneal era el pilar de la terapéutica quirúrgica, y pasó de la lumbar unilate-

ral a la abdominal bilateral y a la transtorácica. Las diversas técnicas quirúrgicas, se diseñaron para una más radical excéresis ganglionar, con la menor morbilidad posible.

El advenimiento de la tomografía computada, la resonancia magnética, el ultrasonido y los marcadores tumorales, cambiaron en forma dramática el diagnóstico, la etapificación y el seguimiento subsecuente de estos tumores. Estos métodos relativamente sencillos, precisos y poco agresivos, aunados al descubrimiento del velve, bleomicina y después del platino, hicieron que los criterios y las estrategias de manejo de los tumores testiculares se modificaran espectacularmente, al obtener por medio de ellos un alto porcentaje de curación. Después de una vasta experiencia en linfadenectomías por las diversas técnicas descritas, en 1975 se diseñó en el

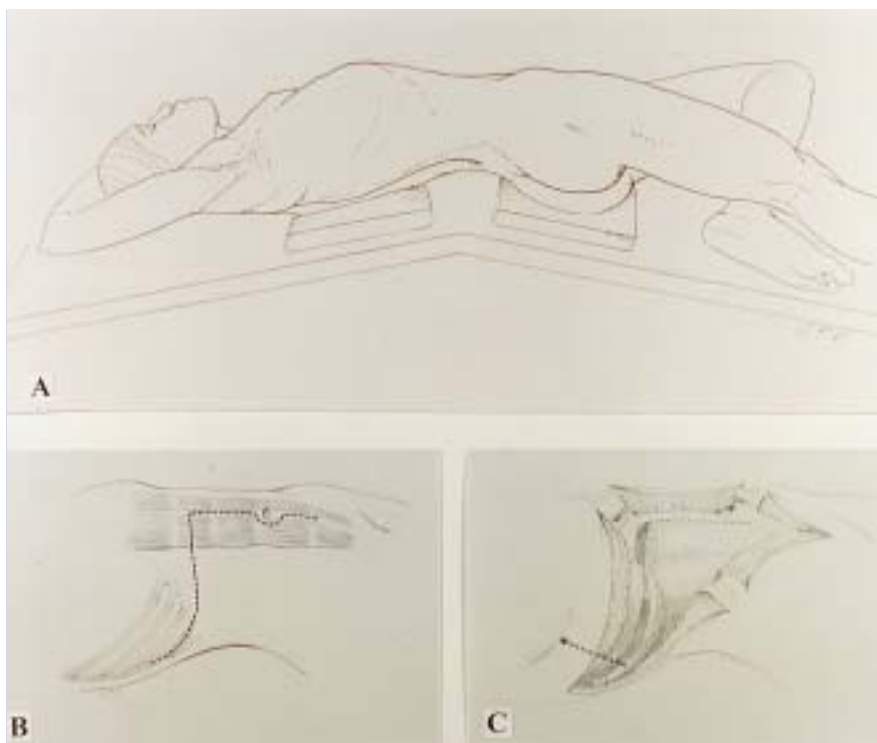


Figura 1A. Posición del paciente oblicua a 30 grados en hiperextensión y flexión del miembro pélvico que queda abajo. **B.** Incisión sobre la undécima costilla cruzando el recto anterior hasta la línea media y luego se continúa verticalmente hasta unos 10 cm por abajo de la cicatriz umbilical. **C.** Se reseca la undécima costilla, se seccionan los músculos oblicuos, el recto anterior y la línea blanca respetando el peritoneo.

Hospital de Oncología una técnica, que permite un amplio abordaje al retroperitoneo por medio de una incisión lumboabdominal extraperitoneal y extrapleural, que al respetar esas cavidades disminuyen las complicaciones implícitas a ellas y permite además alimentación enteral temprana que repercute en una menor evolución postoperatoria y una corta estancia intrahospitalaria.

Esta operación es actualmente realizada por un gran número de urólogos y cirujanos oncológicos, formados en la residencia del Centro Médico Nacional, hoy llamado Siglo XXI, y que ejercen en nuestra república, así como en Centro, Sudamérica y el Caribe.

A 25 años de estar practicando esta intervención, estamos plenamente convencidos de sus beneficios, motivo que nos impulsa a compartirla en esta comunicación.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Es de suma importancia la posición correcta del paciente, que es oblicua a 30 grados de inclinación de la mesa, en hiperextensión y flexión del miembro pélvico que queda por abajo (*Figura 1A*).

La incisión se inicia a la mitad de la undécima costilla, siguiendo su dirección para cruzar el recto anterior del abdomen hasta la línea media a unos 7 centímetros de la cicatriz umbilical, la incisión se continúa verticalmente hacia abajo por la línea media, respetando la ci-

catriz umbilical y terminando a unos 10 centímetros por abajo (*Figura 1B*).

Se reseca la porción anterior de la undécima costilla protegiendo el periostio y preservando los vasos y nervios intercostales; el no resecar ampliamente la costilla, evita lesión pleural. El corte se prolonga ahora, siguiendo la dirección de la costilla, seccionando los músculos oblicuos, para continuar con la sección transversal del músculo recto anterior del abdomen del lado de la intervención y se continúa la sección por la línea blanca. Se hace una separación amplia y cuidadosa del peritoneo y del músculo transversal del abdomen, que es seccionado a continuación (*Figura 1C*). Se protege la herida con segundos campos y se coloca un separador de Finochietto, que permite obtener una exposición muy amplia de la región.

Se aborda el espacio retroperitoneal, se dejan al descubierto los músculos lumbares y se disea el retroperitoneo más allá de la línea media hasta el uréter y el hilio renal contralateral, con lo que se obtiene un campo operatorio de una amplitud insospechable. Se disea el polo inferior renal, se separa y se refiere el uréter para evitar lesionarlo (*Figura 2A*). Se separa la grasa perirrenal y retroperitoneal hasta encontrar la vena renal y vena cava. Se liga y secciona la vena espermática, se disea la arteria renal hasta su nacimiento en la aorta. Se inicia la disección y limpieza de la vena cava, retirando el tejido graso y linfático que la rodea, esto hace necesario la liga-

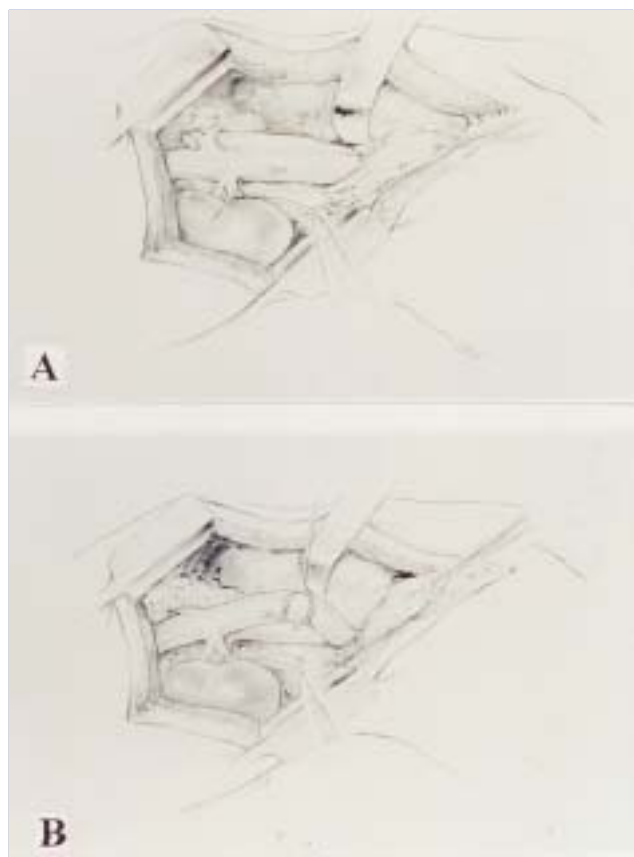


Figura 2A. Se rechaza el peritoneo descubriendo el espacio retroperitoneal más allá de la línea media hasta el uréter e hilio renal contralateral. **2B.** Disección de tejido linfático mediante ligadura y sección de las venas lumbares de ambos lados.

dura y sección de las venas lumbares de ambos lados (*Figura 2B*). Esta maniobra debe ser realizada con extremo cuidado para evitar lesionarlas, lo que causaría hemorragia profusa y difícil de controlar. Se descubre la vena renal contralateral y se disecciona hasta su salida del riñón, se continúa la disección con la arteria renal contralateral y la aorta; las arterias lumbares son ligadas y seccionadas para lograr la limpieza adecuada del tejido retroaórtico. Se identifica la vena espermática de ese lado y se secciona a nivel de su desembocadura; se disecciona y refiere el uréter contralateral. El tejido interaortocavo a nivel de los hilos renales se liga y secciona, aquí se encuentra la cisterna magna y el conducto torácico, su ligadura evita la pérdida de grandes cantidades de quilo en el postoperatorio (*Figura 3A*). La sección del tejido graso y linfático que rodea a los grandes vasos se hace de arriba hacia abajo y es entonces que se van ligando los vasos lumbares a medida que aparecen; se encuentra ahora la arteria mesentérica inferior, que se

disecciona y conserva, debe decirse que su ligadura no repercute en complicaciones mayores.

Se retiran las dos terceras partes superiores de los vasos espermáticos contralaterales y se diseccionan los grandes vasos hasta su bifurcación, diseccionando la arteria y vena iliaca primitivas del lado de la lesión, hasta el anillo inguinal (*Figura 3B*). Se lava la región, se hace hemostasia de pequeños vasos y se canalizan ambos lados por contraabertura. Se cierra la incisión por planos.

RESULTADOS

En 1981 analizamos los primeros 116 casos y quedó demostrado como todo en medicina la curva de aprendizaje, el tiempo quirúrgico se redujo de 6 a 4 h, la pérdida sanguínea fue en promedio de 600 mL y sólo el 30% de los pacientes la requirieron. Se lesionó ocasionalmente la pleura y el peritoneo durante la incisión. Hubo desgarro de cava sobre todo en los primeros casos, en proceso

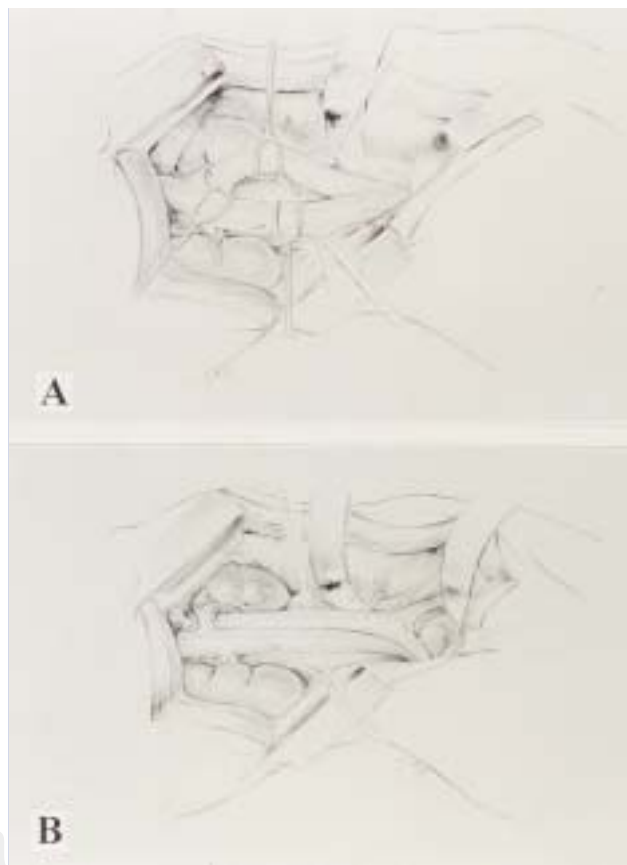


Figura 3A. Disección del tejido linfático interaortocavo. Las arterias lumbares son ligadas y seccionadas para lograr la "limpieza" del tejido retroaórtico. **3B.** Disección del tejido linfático de los grandes vasos hasta su bifurcación y vasos ilíacos primitivos del lado de la lesión.

de ligadura de las lumbares en 10 pacientes; de la vena renal en 8 pacientes y en ambas circunstancias fueron suturadas. Lesión a páncreas, duodeno, bazo y uréter en un paciente para cada uno. En el postoperatorio hubo infección de la herida en el 12%, neumotórax 1.7%, neumonía 2.5%, fístula ureterocutánea 1.7%, hidronefrosis 0.8%. Mortalidad por choque séptico en un paciente con fístula duodenocutánea.

Actualmente las complicaciones son mucho menores por el adiestramiento que se ha adquirido por esta vía.

DISCUSIÓN

En 1901 Roberts menciona la linfadenectomía retroperitoneal como un método útil en el manejo de los tumores testiculares, él mismo la realiza un año después con abordaje transperitoneal y el paciente fallece por peritonitis.

En 1906 Cuneo efectúa la primera casuística importante de linfadenectomía retroperitoneal y la establece como tratamiento complementario de los tumores no seminomatosos. Debe señalarse a Hinman quien la preconiza y a Nagamatzu que modifica la incisión lumbar. En 1950 Cooper populariza la vía transtorácica y por último Staubitz en 1974 y Withmore en 1979 proponen la vía transabdominal bilateral.¹⁻⁴

En el Hospital de Oncología, la amplia experiencia (en las diversas vías) tanto en las técnicas lumbar como transabdominal,⁵ nos familiarizó con la morbilidad, indudablemente elevada y preocupante de estas vías. Nos hizo meditar primero y concebir después una extensión de la incisión lumbar que permitiera el abordaje contralateral y que guardara las condiciones de baja morbilidad de la vía lumbar.

La técnica descrita reúne estas características y es una alternativa viable en beneficio de los pacientes que padecen tumores testiculares.

En la actualidad con el conocimiento preciso de la distribución de las metástasis y con el apoyo de la quimioterapia se ha dejado de ser tan radical, tratando de conservar las cadenas simpáticas y conservando la eyaculación anterógrada.^{3,6}

Debe decirse que también puede ser y ha sido utilizada esta vía, en tumores retroperitoneales y en cirugía de grandes vasos.

En general, este abordaje al retroperitoneo es bien tolerado, debe recordarse que se realiza en pacientes jóvenes que son capaces de tolerar mejor una gran cirugía, con morbilidad mínima y tasa de mortalidad insignificante. Sus indicaciones actuales son para etapificar en estadíos bajos y en pacientes tratados inicialmente con quimioterapia, con actividad retroperitoneal residual.

Vislumbramos que en un futuro próximo, el desarrollo de nuevos medicamentos antineoplásicos, harán que se limiten estas grandes intervenciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wise PG, Scardino PT. Thoracoabdominal retroperitoneal lymphadenectomy for testicular cancer. *Diagnosis and management of genitourinary cancer*. W.B. Saunders Co. 1988: 779-801.
2. Donahue JP, Rowland RG, Bihle R. Transabdominal retroperitoneal lymph node dissection. *Diagnosis and management of genitourinary cancer*. W.B. Saunders Co. 1988: 802-831.
3. Wise PG, Scardino PT. *Thoracoabdominal retroperitoneal lymphadenectomy current genitourinary cancer surgery*. Lea & Febinger 1990: 328-345.
4. Walsh PC, Kaufman JJ, Coulson WF, Goodwin WE. Retroperitoneal Lymphadenectomy for testicular tumors. *JAMA* 1971; 217: 309.
5. Baniel J, Foster RS, Rowland RG, Bihle R, Donahue JP. Complications of primary retroperitoneal lymph node dissection. *J Urol* 1994; 152: 424.
6. Wahle GR, Foster RS, Bihle R, Rowland RG, Bennett RM, Donahue JP. Nerve sparing retroperitoneal lymphadenectomy after primary chemotherapy for metastatic testicular carcinoma. *J Urol* 1994; 152: 428.