

estudio de extensión. Puede ser necesario el conocimiento de la anatomía vascular renal y su relación con el tumor mediante angiografía. Esto es importante en tumores grandes de localización central. Las nuevas técnicas de imagen como el TAC helicoidal y el procesado informático de las imágenes son muy útiles ya que integran en una exploración: arteriografía, flebografía, TAC en dos dimensiones y Urografía.

Principios básicos de la C. Conservadora

La vía de acceso al riñón se hace mediante una lumbotomía sobre la XI o XII costilla.

El riñón se moviliza dentro de la fascia de Gerota, dejando intacta la grasa perirrenal en la zona que rodea al tumor. Se debe examinar la superficie renal para descartar tumores multicéntricos. La ecografía intraoperatoria es útil en pacientes de alto riesgo de recidiva (formas

intervención se administra Manitol endovenoso antes y después del clampaje. En los casos en los que se prevea un tiempo de isquemia superior a 30 minutos, se debe aplicar hipotermia de superficie con suero salino helado.

El tumor debe ser extirpado por completo, si es posible, dejando un margen de seguridad.

El sistema colector se cierra estancamente con sutura reabsorbible. En reconstrucciones complejas puede ser necesario colocar un catéter doble J.

La hemostasia se hace ligando los vasos con sutura reabsorbible. También se puede complementar coagulando con un láser de argón.

Para cerrar el defecto renal si es posible se deben aproximar las superficies de parénquima seccionadas. Si no es posible se pueden aponer tejidos para cubrir el defecto y facilitar la hemostasia. Los más empleados son: grasa

mesorrenales, en tumores múltiples. Ocasionalmente se puede emplear en tumores en el seno sobre los vasos hiliares. Si es posible se debe hacer nefrectomía parcial ya que conlleva el riesgo de recidiva por dejar tumor residual

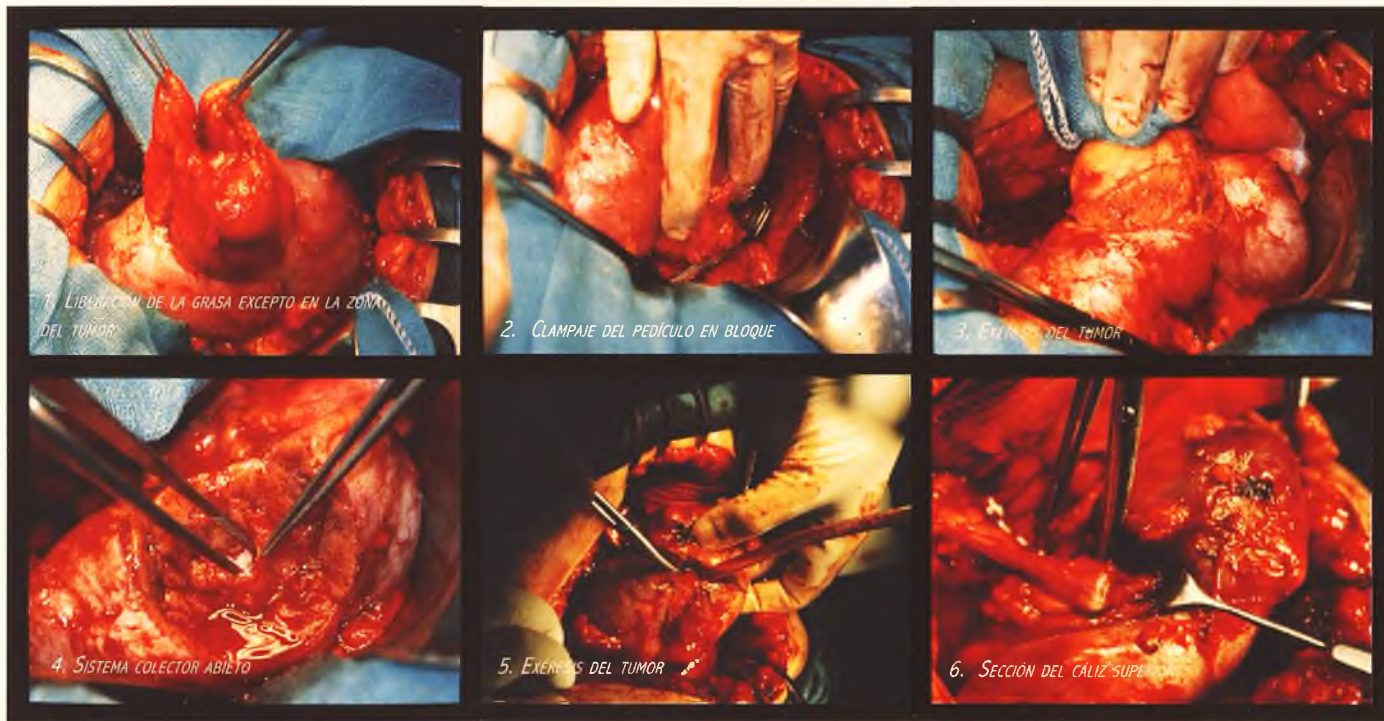
Nefrectomía parcial in situ: Implica la exéresis del tumor con un margen de tejido sano de al menos un centímetro. Dependiendo de la ubicación del tumor existen variantes técnicas:

Nefrectomía parcial polar para tumores confinados en el polo superior o inferior del riñón.

Resección en cuña: para tumores periféricos sobre la superficie renal salvo en los polos. También se emplea en tumores hiliares.

Nefrectomía parcial mesorrenal: tumores grandes mesorrenales no extirpables mediante resección en cuña o enucleación.

Resección transversa mayor: tumores muy grandes ubicados en los polos renales.



hereditarias) y en reintervenciones.

Es necesario acceder y controlar precozmente del pedículo renal. En tumores periféricos, pequeños, puede no ser necesario el clampaje. Sin embargo, en tumores grandes, sobre todo localizados centralmente, es necesario clampar la arteria y la vena. Habitualmente suele ser suficiente el clampaje arterial. Algunos grupos propugnan la oclusión del pedículo en bloque sin disecar.

Para evitar el daño isquémico del riñón se hidrata al paciente preoperatoriamente. Durante la

pediculada o no vascularizada, peritoneo y fascia. También se utiliza material sintético como Surgycel, o Gore Tex.

Técnicas quirúrgicas

Se han descrito varias técnicas que están indicadas en distintas situaciones:

Enucleación: Implica la exéresis del tumor por fuera de la pseudocápsula de tejido fibroso que lo circunda. Está indicada en tumores menores de 3 centímetros de diámetro, polares o

Cirugía conservadora con protección

de la isquemia: En casos complejos de tumores grandes muy vascularizados, que afecten al hilio renal, más si hay afectación venosa o coexistente lesión arterial renal y en tumores multicéntricos no tratables mediante cirugía in situ por número o por localización, puede estar indicada la nefrectomía parcial extracorpórea con autotrasplante en fosa iliaca. Actualmente es raro tener que recurrir a esta intervención dado el perfeccionamiento de las técnicas in situ.

