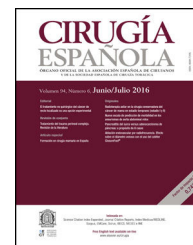




CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Carta al Director

Comentario a «Anatomía quirúrgica aplicada a abordajes transperitoneales de la aorta abdominal y los troncos visceales. Artículo dinámico»



Comment to “Surgical anatomy applied to transperitoneal approaches of the abdominal aorta and visceral trunks. Dynamic article”

Sr. Director:

Hemos leído con gran interés el artículo de la Dra. Fletcher-Sanfeliu et al.¹ en *CIRUGÍA ESPAÑOLA* alertando sobre la necesidad de conocer las maniobras quirúrgicas del abordaje transabdominal al retroperitoneo, por cuanto por desgracia hoy, en cirugía abierta, representa un territorio desconocido para muchos cirujanos generales. Si bien supone una importante aportación, adolece de algunas carencias y afirmaciones erróneas, por no utilizar las fuentes bibliográficas originales, que nos obliga a matizar.

El acceso, la excelente exposición quirúrgica, junto con un campo operatorio expedito durante todo el procedimiento, son trascendentales para garantizar una cirugía segura y exitosa en el tratamiento de las patologías de este difícil territorio.

El abordaje transabdominal al retroperitoneo derecho comprende, como los autores señalan, las maniobras quirúrgicas de Cattell-Braasch² y Kocher³ para la exposición de los compartimentos retroperitoneales perirrenal, infrarrenal y/o pélvico, precisando añadir la maniobra de Prinz⁴ con liberación y medialización del hígado derecho en la exposición del compartimento suprarrenal retrohepático derecho.

Por su parte, el abordaje transabdominal al retroperitoneo izquierdo comprende la maniobra quirúrgica de Buscaglia⁵, erróneamente llamada en el artículo «maniobra modificada de Mattox», la cual, merced a la identificación y a la precisa disección anatómica, por la «línea blanca» quirúrgica, del tejido areolar laxo del plano embriológico de las fascias de Toldt y de Gerota, facilita la exposición prerrenal del

retroperitoneo. La maniobra de Mattox⁶, por su parte, asegura la exposición completa retrorrenal del retroperitoneo izquierdo mediante la disección del plano embriológico natural de las fascias de Zukerkandl y transversal, y es la maniobra de Gómez y Gómez⁷ la que necesitaremos cuando solo se requiera el acceso al compartimento retroesplenopancreático o suprarrenal izquierdo superior.

En nuestra experiencia, cuando se precise el acceso a los compartimentos superiores del retroperitoneo, tanto el derecho como el izquierdo, es necesario siempre que, junto a las maniobras de Prinz⁴ en el retroperitoneo superior derecho y la de Gómez y Gómez⁷ en el acceso al retroperitoneo superior izquierdo, se acompañen, si no en su totalidad, al menos en parte, de las maniobras de Cattell-Braasch² y de Buscaglia⁵ en cada lado, respectivamente.

Sin embargo, cuando la patología se encuentra en los compartimentos pélvico, infrarrenal e incluso perirrenal derecho o izquierdo, en la mayoría de las ocasiones no hemos necesitado realizar las maniobras de Prinz⁴ o de Gómez y Gómez⁷, respectivamente.

La reciente publicación de nuestro VideoAtlas⁸ puede servir de referente a todos los especialistas quirúrgicos que se enfrentan con estas difíciles enfermedades del retroperitoneo, y cuyo manejo quirúrgico es sumamente difícil y exigente. La obra aborda las maniobras quirúrgicas de las principales variantes del acceso transabdominal al retroperitoneo: derecho, izquierdo, bilateral simultáneo y pélvico, con una rica iconografía, con más de 300 figuras y esquemas, junto con 40 vídeos de excelente calidad.

Financiación

Los autores declaran no tener ninguna fuente de financiación en relación con la presente Carta al director.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses en relación con la presente Carta al director.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fletcher-Sanfeliu D, García-Granero A, Doménech A, Pellino G, Orbis F, Arroyo A, et al. Anatomía quirúrgica aplicada a abordajes transperitoneales de la aorta abdominal y los troncos viscerales. Artículo dinámico. *Cir Esp*. 2021;99:562-71.
2. Cattell RB, Braasch JW. A technique for the exposure of the third and fourth portions of the duodenum. *Surg Gynecol Obstet*. 1960;111:378-9.
3. Kocher T. Mobilisierung des Duodenum und Gastroduodenostomie. *Zentralbl Chir*. 1903;2:33-40.
4. Prinz RA. Mobilization of the right lobe of the liver for right adrenalectomy. *Am J Surg*. 1990;159:336-8.
5. Buscaglia LC, Blaisdell W, Lim RC Jr. Penetrating abdominal vascular injuries. *Arch Surg*. 1969;99:764-9.
6. Mattox KL, McCollum WB, Beall AC, Jordan GL, Dabakey ME. Management of penetrating injuries of the suprarenal aorta. *J Trauma*. 1975;15:808-15.
7. Gómez Gómez A. Nueva vía anatomo-quirúrgica supramesocólica izquierda, previa maniobra de despegamiento: la fascia peritoneal parieto-gástrico-pancreático esplénica retrocavitaria. *Med Clin (Barc)*. 1950;14:69-75.
8. Gómez Portilla A. Acceso transabdominal al retroperitoneo. Texto y video-atlas. Madrid: Editorial Médica Panamericana. 2021. ISBN: 978-84-9110-647-0 (Versión impresa + versión digital) e ISBN: 978-84-9110-648-7 (Versión digital).

Alberto Gómez-Portilla *, Javier Extramiana,
Eduardo López de Heredia y Luis Alberto Magrach

Departamento de Cirugía General, Hospital Universitario Araba (HUA), Sede Hospital Santiago Apóstol, Universidad del País Vasco UPV-EUH, Vitoria-Gasteiz, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: agomezpor@gmail.com
(A. Gómez-Portilla).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2022.08.002>
0009-739X/

© 2022 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.