

Acceso Transabdominal al Retroperitoneo

Texto y videoatlas

Acceso Transabdominal al Retroperitoneo

Texto y videoatlas



Director

Alberto Gómez Portilla

Jefe de Sección de Cirugía General y Aparato Digestivo,
Hospital Universitario de Araba, Sede Hospital Santiago Apóstol, Vitoria
Profesor Asociado de Cirugía, Unidad Docente de Álava,
Universidad del País Vasco
Director del Programa de Carcinomatosis Peritoneal,
Hospital Vithas San José, Vitoria



Buenos Aires - Bogotá - Madrid - México
www.medicapanamericana.com

Colaboradores

Josep Campa Bortoló

Facultativo especialista de área, Servicio de Urología, Hospital Universitario de Araba, Sede Hospital Santiago Apóstol, Vitoria

Ignacio Cendoya Ansola

Facultativo especialista de área, Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Araba, Sede Hospital Santiago Apóstol, Vitoria

Esther Diago Maté

Licenciada en enfermería, Instrumentista quirúrgica, Hospital Universitario de Araba, Sede Hospital Santiago Apóstol, Vitoria

Roberto Domínguez Folgado

Facultativo especialista de área, Servicio de Cirugía Vasculard, Hospital Universitario de Araba, Sede Hospital Santiago Apóstol, Vitoria

Javier Extramiana Cameno

Jefe de Servicio de Urología, Hospital Universitario de Araba, Sede Hospital Santiago Apóstol, Vitoria

Marta Fernández Fernández

Facultativa especialista de área, Servicio de Cirugía Vasculard, Hospital Universitario de Araba, Sede Hospital Santiago Apóstol, Vitoria

Alberto Gareta Díez

Licenciado en enfermería, Instrumentista quirúrgico, Hospital Universitario de Araba, Sede Hospital Santiago Apóstol, Vitoria

Alberto Gómez Portilla

Jefe de Sección de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Araba, Sede Hospital Santiago Apóstol, Vitoria; Profesor Asociado de Cirugía, Unidad Docente de Álava, Universidad del País Vasco; Director del Programa de Carcinomatosis Peritoneal, Hospital Vithas San José, Vitoria

Nerea Guede Vázquez

Licenciada en enfermería, Instrumentista quirúrgica, Hospital Universitario de Araba, Sede Hospital Santiago Apóstol, Vitoria

Roberto Ladrero Santamaría

Técnico de imagen y sonido, Miranda de Ebro, Burgos

Jon Larrinaga Simón

Jefe de Sección de Urología, Hospital Universitario de Araba,
Sede Hospital Santiago Apóstol, Vitoria

Eduardo López de Heredia Armentia

Facultativo especialista de área, Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo,
Hospital Universitario de Araba, Sede Hospital Santiago Apóstol, Vitoria;
Profesor Asociado de Cirugía, Unidad Docente de Álava, Universidad del País Vasco, Vitoria

Luis Alberto Magrach Barcenilla

Facultativo especialista de área, Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo,
Hospital Universitario de Araba, Sede Hospital Santiago Apóstol, Vitoria

Alberto Martín-Marquina Aspiunza

Jefe de Sección de Urología, Hospital Universitario de Araba,
Sede Hospital Santiago Apóstol, Vitoria, Profesor Asociado de Urología,
Unidad Docente de Álava, Universidad del País Vasco, Vitoria

Egoitz Tolosa Eizaguirre

Facultativo especialista de área, Servicio de Urología, Hospital Universitario de Araba,
Sede Hospital Santiago Apóstol, Vitoria

*A mi mujer, Conchita, mi razón de vivir e inspiración permanente,
por su amor y total entrega.*

*A mis hijos, Alberto, Antonio y Cristina, y a sus familias respectivas,
fuentes de ilusión añadida, apoyo incondicional y estímulo continuo,
por su bondad, generosidad y comprensión.*

*A mis padres y hermanos, mis raíces, por el cariño, las enseñanzas
y la educación recibidas.*

*A mis maestros, Fernando Gómez-Ferrer, Juan Voltas[†] y Paul H. Sugarbaker,
quienes de forma desinteresada me marcaron a fuego humana y quirúrgicamente.*

A mis pacientes, por su confiada entrega, depositada sin límite.

*A mis compañeros del equipo multidisciplinar quirúrgico del acceso transabdominal
al retroperitoneo, del Hospital Universitario de Araba, Sede Hospital Santiago
Apóstol de Vitoria, por su apoyo total en estos cuatro ilusionantes años.*

Gracias a todos por esta oportunidad inmerecida.

ALBERTO GÓMEZ PORTILLA

Prólogo I

The surgical anatomy of the retroperitoneum represents unfamiliar territory for most surgeons. Dealing with problems within the peritoneal space is a common occurrence, either by laparotomy or laparoscopy. However, when disease extends into the retroperitoneal structures, the possibilities for complete surgical removal of the malignancy is often poorly understood. A surgical plan for clean dissection and bloodless surgery in the absence of damage to vital structures is often unavailable to the surgeon.

Dr. Gómez Portilla has supplied us with clear videos which depict the diseases encountered and their possible safe removal. The video contribution is extensive and covers the surgical dilemmas that may be encountered with retroperitoneal resections.

This is a new and much needed approach to the surgery of retroperitoneal malignancy. Careful study of these videos will bring great rewards to the surgeon performing resections of retroperitoneal malignancy. The work represents a great effort by Dr. Gómez Portilla and his efforts are greatly appreciated by surgeons who must venture into the retroperitoneum.

PAUL H. SUGARBAKER, MD, FACS, FRCS
Residente Quirúrgico del Peter Bent Brigham Hospital, Universidad de Harvard, Boston
Jefe del *Peritoneal Surface Malignancy Program* y Director del Center for Gastrointestinal Malignancies, Washington Hospital Center, Washington, DC



Doctor Paul H. Sugarbaker.



Doctores Paul H. Sugarbaker y Alberto Gómez Portilla. II Premio Doctor Die Goyanes de la Sociedad Española de Oncología Quirúrgica. Mejor trayectoria profesional en Oncológica Quirúrgica 2019. Murcia, 7 de junio de 2019.

La anatomía quirúrgica del retroperitoneo representa un territorio desconocido para la mayoría de los cirujanos. Afrontar problemas dentro del espacio peritoneal es algo común, ya sea por laparotomía o por laparoscopia. Sin embargo, cuando la enfermedad se extiende a las estructuras retroperitoneales, las posibilidades de extirpación quirúrgica completa de la neoplasia maligna a menudo no se conocen bien. Con frecuencia, el cirujano no dispone de un plan quirúrgico para realizar una disección limpia y una cirugía exangüe en ausencia de daño a las estructuras vitales.

El doctor Gómez Portilla nos proporciona vídeos claros que describen las enfermedades halladas y su posible eliminación segura. La contribución de los vídeos es extensa y abarca los dilemas quirúrgicos que pueden plantearse con las resecciones retroperitoneales.

Se trata de un enfoque nuevo y muy necesario para la cirugía de neoplasias malignas retroperitoneales. El estudio meticuloso de estos vídeos aportará grandes beneficios al cirujano que realiza resecciones de tumores malignos retroperitoneales. El trabajo representa un gran esfuerzo del doctor Gómez-Portilla, que será muy apreciado por los cirujanos que deben aventurarse en el retroperitoneo.

PAUL H. SUGARBAKER, MD, FACS, FRCS
Residente Quirúrgico del Peter Bent Brigham Hospital, Universidad de Harvard, Boston
Jefe del *Peritoneal Surface Malignancy Program* y Director del Center for Gastrointestinal Malignancies, Washington Hospital Center, Washington, DC

Prólogo II

La cirugía oncológica que se ha practicado desde la más remota antigüedad (Papiro de Ebers, Hipócrates, etc.) tuvo su auge de forma científica durante la primera mitad del siglo xx, cuando, tomando como modelo la mastectomía radical de Halsted, se aplicó a otros tumores y órganos. Esta intervención no fue sólo fruto de la genialidad de su autor, sino también el reflejo de la situación científica, cultural y social de la época, que produjo importantes avances en la ciencia y la cultura.

Se optó por esta cirugía radical porque mejoraba los resultados de otras intervenciones y llegó al máximo de agresividad, amplitud y mutilación con la hemicorporectomía, intervención anecdótica afortunadamente olvidada.

Sin embargo, a partir de la mitad del siglo xx, la cirugía radical oncológica se fue reduciendo en su agresividad y amplitud debido a los mejores conocimientos de la biología de los tumores, los diagnósticos más precoces y la asociación de otras armas terapéuticas, como la radioterapia, la quimioterapia y la inmunoterapia, que dieron paso a los tratamientos multidisciplinarios, a los grupos de expertos reunidos en comités de tumores y a la personalización de los tratamientos. Con ello se consiguieron mejores resultados y la pérdida de protagonismo de los distintos especialistas, sobre todo de los cirujanos (hasta entonces casi los únicos que trataban los distintos cánceres), que se integraron en los grupos de expertos. Un ejemplo claro lo constituye el cáncer de



Doctores Alfredo Die Goyanes y Alberto Gómez Portilla. Agradecimiento al prólogo y al II Premio Doctor Die Goyanes de la Sociedad Española de Oncología Quirúrgica. Madrid, 6 de octubre de 2019.

mama, que desde las mastectomías superradicales de Wagensteen (mastectomía total con linfadenectomías de ganglios mamaros internos, mediastínicos y supraclaviculares, por no hablar de la amputación interescapulo-mamotorácica de Prudente) ha llegado hasta el tratamiento conservador hoy vigente y la detección del ganglio centinela que puede evitar una linfadenectomía axilar.

No obstante, algunas intervenciones radicales en la cirugía de los cánceres siguen vigentes como las linfadenectomías, la resección múltiple de órganos, etc., así como las cirugías del peritoneo y del retroperitoneo propuestas por Sugarbaker, hoy día muy en boga. Estas últimas, ejemplo de cirugía radical, progresan en sus indicaciones y en la obtención de resultados antes insospechados.

La cirugía –aún hoy el arma más importante para el tratamiento de los distintos tumores– tiende a disminuir por los mayores y progresivos conocimientos disponibles sobre la inmunología y la genética. Podremos evitar algunos tumores, disminuir la frecuencia de otros y reducir la cirugía e, incluso, es posible que llegue un momento en que ésta sea innecesaria, aunque esto signifique tirar piedras contra nuestro propio tejado. Si llega ese momento, que creo aún lejano, será un hito importante de la cancerología.

Mientras tanto, los detalles técnicos descritos, ilustrados y mostrados con excelente calidad en el videoatlas del *Acceso transabdominal al retroperitoneo* que presenta el grupo multidisciplinar quirúrgico del doctor Alberto Gómez Portilla del Hospital Universitario de Araba, sede Santiago, supondrán un referente para todos los especialistas implicados en el tratamiento quirúrgico de estas difíciles patologías.

ALFREDO DIE GOYANES

Doctor en Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid
Senior Fellow del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center de Nueva York, 1965-1968
Jefe de Servicio de Cirugía General y Digestiva Emérito, Hospital Ramón y Cajal, Madrid
Fundador y Primer Presidente de la Sociedad Española de Oncología Quirúrgica

Prefacio

Históricamente, la patología del retroperitoneo ha sido abordada mediante procedimientos quirúrgicos, durante mucho tiempo de forma independiente, por cirujanos generales, cirujanos oncológicos, urólogos, cirujanos vasculares y ginecólogos. En la actualidad se afronta merced al abordaje multidisciplinar combinado según las circunstancias de cada centro asistencial.

El bagaje y la destreza profesional necesarios para afrontar estos procesos patológicos sólo pueden adquirirse a lo largo de una formación humana y quirúrgica completa.

He tenido la suerte de formarme bajo la tutela de muchos profesionales, en 10 hospitales (6 nacionales y 4 extranjeros), a lo largo de los últimos 43 años, desde mi incorporación como alumno interno por oposición al Servicio de Cirugía del Hospital Clínico Universitario de Valencia hasta mi actual posición como Jefe de Sección de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital Universitario de Araba, Sede Hospital Santiago Apóstol, de Vitoria.

Es de obligado reconocimiento destacar el honor que ha supuesto formarme bajo la dirección de mis maestros, los doctores Fernando Gómez-Ferrer Bayo (Hospital Clínico Universitario, Valencia, España), Juan Voltas Baró[†] (Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona, España) y Paul H. Sugarbaker (*Washington Cancer Institute*, Washington DC, EE.UU.) quienes, de forma desinteresada, me marcaron a fuego personal¹ y profesionalmente.

Sólo la fortuna permite, al hacer coincidir en el tiempo y en el espacio a todos los componentes, contar con un equipo quirúrgico multidisciplinar como el del Hospital Universitario de Araba, Sede



Doctores Fernando Gómez-Ferrer Bayo, Paul H. Sugarbaker y Alberto Gómez Portilla. Valencia, 27 de junio de 2014.



Doctor Juan Voltas Baró[†]. Pamplona, 27 de junio de 2014.

1. Gómez Portilla A. La mejor lección magistral. *Diario de Navarra*. Sección Opinión, 2 de julio de 2014, p. 13.



Grupo multidisciplinario del acceso transabdominal al retroperitoneo. Hospital Universitario de Araba (HUA), Sede Hospital Santiago Apóstol de Vitoria. De izquierda a derecha, primera fila: Esther Diago, Nerea Guede, Alberto Gómez Portilla, Marta Fernández, Roberto Domínguez, Jon Larrinaga y Roberto Ladrero; segunda fila: Ignacio Cendoya, Alberto Martín-Marquina, Luis Alberto Magrach, Javier Extramiana, Josep Campa, Egoitz Tolosa y Alberto Gareta.

Hospital Santiago Apóstol, constituido por instrumentistas quirúrgicos, técnico de imagen y sonido, cirujanos generales, urólogos y cirujanos vasculares, con formación e ilusión suficientes para afrontar el tratamiento de los pacientes con afecciones retroperitoneales.

El presente libro es fruto de la experiencia acumulada de este excelente grupo de trabajo durante los últimos 5 años en el tratamiento multidisciplinar quirúrgico de los pacientes afectados de patologías del retroperitoneo, enfermedades poco frecuentes y cuyo manejo quirúrgico es sumamente difícil y exigente.

ALBERTO GÓMEZ PORTILLA
Jefe de Sección de Cirugía General y Aparato Digestivo
Hospital Universitario de Araba, Sede Hospital Santiago Apóstol, Vitoria
Profesor Asociado de Cirugía, Unidad Docente de Álava, Universidad del País Vasco,
Director del Programa de Carcinomatosis Peritoneal, Hospital Vithas San José, Vitoria

Introducción

La presente obra, *Acceso transabdominal al retroperitoneo: texto y videoatlas*, ha sido elaborado enteramente por los miembros del equipo quirúrgico multidisciplinar del Hospital Universitario de Araba, Sede Hospital Santiago Apóstol de Vitoria: instrumentistas quirúrgicos, técnico de imagen y sonido, cirujanos generales, urólogos y cirujanos vasculares.

El libro se divide en dos secciones. En la sección I se describen generalidades, conocimientos y herramientas que consideramos imprescindibles para llevar a cabo la cirugía del acceso transabdominal al retroperitoneo. La obra se inicia con un recuerdo anatómico elemental imprescindible para afrontar el tratamiento quirúrgico de los procesos patológicos del retroperitoneo. A continuación sigue un capítulo demostrativo de la técnica utilizada por nuestro equipo de imagen y sonido para la obtención de la iconografía que se aporta. En el siguiente capítulo se expone minuciosamente la atención integral de la enfermería quirúrgica a todos y cada uno de nuestros pacientes desde su inclusión en la programación quirúrgica hasta la finalización de la intervención. Se continúa con la descripción de la configuración del separador autostático de Thompson® con fijación a la mesa quirúrgica, equipamiento que consideramos esencial e imprescindible para garantizar un acceso seguro y eficiente en la cirugía transabdominal del retroperitoneo. La sección finaliza con detalles de la técnica quirúrgica aconsejables para los profesionales que se enfrentan a estos procesos patológicos.

La sección II aborda las maniobras quirúrgicas de las principales variantes del acceso transabdominal al retroperitoneo: derecho, izquierdo, bilateral simultáneo y pélvico. Esta sección reúne en cada uno de sus capítulos una selección de casos paradigmáticos. La rica iconografía aportada, con más de 300 figuras y esquemas, junto con los 40 vídeos, son fruto de la actividad desarrollada por este equipo en los últimos 5 años y constituyen un fiel reflejo de nuestro quehacer diario.

Nuestro agradecimiento a todos nuestros pacientes que consintieron y nos autorizaron a hacer uso de todo su historial médico y la iconografía vinculada, así como a la filmación de sus cirugías.

ALBERTO GÓMEZ PORTILLA

Índice de capítulos

I GENERALIDADES DEL ACCESO TRANSABDOMINAL AL RETROPERITONEO, 1

- 1** Recuerdo anatómico del retroperitoneo, 3
A. Martín-Marquina Aspiunza y A. Gómez Portilla
- 2** Técnicas y procedimientos de videograbación intraoperatoria, 19
R. Ladretero Santamaría y A. Gómez Portilla
- 3** Atención integral de la enfermería quirúrgica en la cirugía del acceso transabdominal al retroperitoneo, 27
N. Guede Vázquez, E. Diago Maté y A. Garetá Díez
- 4** Configuración del separador autostático con fijación a la mesa quirúrgica, 41
A. Gómez Portilla
- 5** Táctica y técnica quirúrgicas aconsejadas, 49
A. Gómez Portilla

II TÉCNICAS Y MANIOBRAS QUIRÚRGICAS DEL ACCESO TRANSABDOMINAL AL RETROPERITONEO, 55

- 6** Acceso transabdominal al retroperitoneo derecho, 59
A. Gómez Portilla, J. Extramiana Cameno y L. A. Magrach Barcenilla
- 6.1** Metástasis suprarrenal derecha y en adenopatía retrocava por tumor renal de células claras derecho previamente tratado, 69
J. Extramiana Cameno, L. A. Magrach Barcenilla y A. Gómez Portilla
- 6.2** Mielolipoma suprarrenal derecho gigante, 75
A. Martín-Marquina Aspiunza, L. A. Magrach Barcenilla y A. Gómez Portilla
- 6.3** Liposarcoma retroperitoneal derecho gigante con implicación renal, 79
E. López de Heredia Armentia, J. Extramiana Cameno y A. Gómez Portilla
- 6.4** Liposarcoma bien diferenciado con preservación renal, 85
J. Extramiana Cameno, I. Cendoya Ansola, A. Gómez Portilla y E. López de Heredia Armentia
- 6.5** Liposarcoma retroperitoneal en el paciente geriátrico, 91
A. Gómez Portilla, J. Extramiana Cameno y E. López de Heredia Armentia
- 6.6** Liposarcoma desdiferenciado con preservación renal. Resección ureteral y pieloplastia, 95
J. Extramiana Cameno y A. Gómez Portilla
- 6.7** Tumor renal derecho con trombo intramural en la vena cava. Rafia primaria, 101
J. Larrinaga Simón, R. Domínguez Folgado, M. Fernández Fernández, J. Extramiana Cameno y A. Gómez Portilla

- 6.8** Tumor renal derecho con trombo intramural en la vena cava. Parche de pericardio, 107
J. Campa Bortoló, R. Domínguez Folgado, M. Fernández Fernández, E. López de Heredia Armentia y A. Gómez Portilla
- 7** Acceso transabdominal al retroperitoneo izquierdo, 111
A. Gómez Portilla, J. Extramiana Cameno y L. A. Magrach Barcenilla
- 7.1** Mielolipoma suprarrenal izquierdo gigante, 119
E. López de Heredia Armentia, A. Gómez Portilla y A. Martín-Marquina Aspiunza
- 7.2** Tumor renal izquierdo. Embolización inmediata prequirúrgica, 123
J. Campa Bortoló, J. Larrinaga Simón, E. López de Heredia Armentia y A. Gómez Portilla
- 7.3** Mesotelioma del compartimento retroperitoneal superior izquierdo, 127
A. Gómez Portilla y E. López de Heredia Armentia
- 8** Acceso transabdominal al retroperitoneo bilateral simultáneo, 133
A. Gómez Portilla, J. Extramiana Cameno y L. A. Magrach Barcenilla
- 8.1** Tumor fibroso solitario: tercera recidiva. Afectación intraabdominal y retroperitoneal, 137
A. Gómez Portilla y E. López de Heredia Armentia
- 8.2** Tumor renal izquierdo con metástasis suprarrenal derecha, 143
J. Larrinaga Simón y A. Gómez Portilla
- 8.3** Tumor renal izquierdo con trombo intramural hasta la vena cava. Embolización inmediata prequirúrgica, 149
A. Martín-Marquina Aspiunza, J. Larrinaga Simón, J. Campa Bortoló y A. Gómez Portilla
- 9** Acceso transabdominal al retroperitoneo pélvico, 155
A. Gómez Portilla, J. Extramiana Cameno y L. A. Magrach Barcenilla
- 9.1** Acceso transabdominal al retroperitoneo pélvico por procesos patológicos frecuentes, 159
E. Tolosa Eizaguirre, J. Extramiana Cameno y A. Gómez Portilla
- 9.2** Acceso transabdominal al retroperitoneo pélvico por procesos patológicos excepcionales. Mielolipoma extraadrenal pélvico con trombosis cavoilíaca, 171
E. Tolosa Eizaguirre, J. Extramiana Cameno, I. Cendoya Ansola y A. Gómez Portilla
- 9.3** Acceso transabdominal al retroperitoneo pélvico con prolongación iliofemoral izquierda. Abordaje de Karakousis izquierdo por leiomioma parásito, 177
I. Cendoya Ansola y A. Gómez Portilla

Índice analítico, 181

Índice de vídeos

- Vídeo 2-1.** Técnicas y procedimientos de videograbación intraoperatoria
- Vídeo 3-1.** Atención integral de enfermería quirúrgica
- Vídeo 4-1.** Configuración y montaje del primer separador de Thompson® (Hospital San José Vithas)
- Vídeo 4-2.** Configuración y montaje del separador de Thompson® habitual (Hospital Universitario de Araba)
- Vídeo 4-3.** Configuración y montaje del separador de Thompson®, última generación en prueba
- Vídeo 5-1.** Hemostasia del pedículo suprarrenal mediante Hem-o-Lock®
- Vídeo 5-2.** Hemostasia del pedículo gonadal derecho mediante Hem-o-Lock® y sutura transfixiva de seguridad
- Vídeo 5-3.** Hemostasia y sección del epiplón con sellador vascular Caiman®
- Vídeo 5-4.** Separación del compartimento retroperitoneal derecho. Cirugía con «manos libres»
- Vídeo 5-5.** Separación del compartimento retroperitoneal izquierdo. Cirugía con «manos libres»
- Vídeo 6-1.** Acceso al retroperitoneo derecho. Configuración del marco quirúrgico
- Vídeo 6-2.** Acceso al retroperitoneo derecho. Laparotomía
- Vídeo 6-3.** Acceso al retroperitoneo derecho. Revisión de la cavidad abdominal
- Vídeo 6-4.** Acceso al retroperitoneo derecho. Maniobra de Cattell-Braasch
- Vídeo 6-5.** Acceso al retroperitoneo derecho. Maniobra de Kocher
- Vídeo 6-6.** Acceso al retroperitoneo derecho. Maniobra de Prinz
- Vídeo 6.1-1.** Metástasis suprarrenal derecha y en adenopatía retrocava por tumor renal de células claras
- Vídeo 6.2-1.** Mielolipoma suprarrenal derecho gigante
- Vídeo 6.3-1.** Liposarcoma retroperitoneal derecho gigante con implicación renal
- Vídeo 6.5-1.** Liposarcoma retroperitoneal en el paciente geriátrico

- Vídeo 6.6-1.** Liposarcoma desdiferenciado con preservación renal. Resección ureteral y pieloplastia
- Vídeo 6.6-2.** Liposarcoma desdiferenciado con preservación renal. Anastomosis pieloureteral
- Vídeo 6.6-3.** Liposarcoma desdiferenciado con preservación renal. Cirugía iterativa por recidiva. Abordaje laparoscópico
- Vídeo 6.8-1.** Tumor renal derecho con trombo intramural en la vena cava. Parche de pericardio
- Vídeo 7-1.** Acceso al retroperitoneo izquierdo. Configuración del marco quirúrgico
- Vídeo 7-2.** Acceso al retroperitoneo izquierdo. Laparotomía
- Vídeo 7-3.** Acceso al retroperitoneo izquierdo. Revisión de la cavidad abdominal
- Vídeo 7-4.** Acceso al retroperitoneo izquierdo. Maniobra de Buscaglia
- Vídeo 7-5.** Acceso al retroperitoneo izquierdo. Maniobra de Mattox
- Vídeo 7-6.** Acceso al retroperitoneo izquierdo. Maniobra de Gómez y Gómez
- Vídeo 7.1-1.** Mieloma suprarrenal izquierdo gigante
- Vídeo 7.2-1.** Tumor renal izquierdo. Embolización inmediata prequirúrgica
- Vídeo 7.3-1.** Mesotelioma del compartimento retroperitoneal superior izquierdo. Linfadenectomía del hilio esplénico
- Vídeo 8.1-1.** Tumor fibroso solitario: tercera recidiva. Suprarrenalectomía izquierda y extirpación parcial del pilar diafragmático
- Vídeo 8.1-2.** Tumor fibroso solitario: tercera recidiva. Colectomía con resección del implante acompañante
- Vídeo 8.1-3.** Tumor fibroso solitario: tercera recidiva. Omentectomía mayor parcial
- Vídeo 8.1-4.** Tumor fibroso solitario: tercera recidiva. Pelvipertonectomía con histerectomía y doble anexectomía
- Vídeo 8.3-1.** Tumor renal izquierdo con trombo intramural hasta la vena cava. Embolización inmediata prequirúrgica
- Vídeo 9-1.** Acceso transabdominal al retroperitoneo pélvico
- Vídeo 9.2-1.** Mielolipoma extraadrenal pélvico con trombosis cavaoílica