



## ARTÍCULO ORIGINAL

# Cirugía laparoscópica del reflujo vesicoureteral: experiencia en 42 pacientes con la técnica extravésical de Lich-Gregoir

O.A. Castillo<sup>a,b,\*</sup>, R. Zubieta<sup>c</sup> y R. Yañez<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA, Santiago, Chile

<sup>b</sup> Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile

<sup>c</sup> Unidad de Urología, Hospital Exequiel González Cortés, Santiago, Chile

Recibido el 7 de marzo de 2013; aceptado el 12 de abril de 2013

Disponible en Internet el 31 de julio de 2013

### PALABRAS CLAVE

Reflujo vesicoureteral;  
Neoimplante ureteral;  
Laparoscopia;  
Endoscopia

### KEYWORDS

Vesico-ureteral reflux;  
Ureteral reimplantation;  
Laparoscopy;  
Endoscopy

### Resumen

**Introducción:** El reflujo vesicoureteral (RVU) es una anomalía congénita de la vía urinaria frecuente en la población pediátrica, existiendo controversia con respecto a su manejo. A los pacientes que son seleccionados para tratamiento quirúrgico se les ofrecen diversas opciones, desde la inyección endoscópica de sustancias subureteral hasta la cirugía de neoimplante ureteral.

**Objetivo:** Evaluar la utilización de la técnica quirúrgica laparoscópica para el tratamiento del reflujo vesicoureteral, realizando un análisis del procedimiento, resultados y complicaciones.

**Material y métodos:** Se evalúa una serie de 50 unidades vesicoureterales en 42 pacientes intervenidos por vía laparoscópica transperitoneal mediante la técnica clásica de detrusorrafia de Lich-Gregoir.

**Resultados:** El tiempo operatorio medio fue de 74 min. No se observaron complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias inmediatas. En el seguimiento prolongado hubo curación demostrada del RVU en todos los casos.

**Conclusiones:** La cirugía laparoscópica es una alternativa efectiva en el tratamiento quirúrgico del RVU con resultados comparables a las técnicas de cirugía abierta y superiores a las técnicas de inyección subureteral.

© 2013 AEU. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### Laparoscopic Surgery of Vesicoureteral Reflux: An Experience in 42 Patients With the Lich-Gregoir Extravesical Technique

#### Abstract

**Introduction:** Vesico-ureteral reflux (VUR) is a common congenital anomaly of the urinary tract in the pediatric population, existing controversy regarding its management. Patients selected for treatment options are offered, from endoscopic injection of substances sub-ureteral to ureteral reimplantation surgery.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [octavio.castillo@indisa.cl](mailto:octavio.castillo@indisa.cl) (O.A. Castillo).

**Objective:** To evaluate the use of the laparoscopic surgical technique for the treatment of vesico-ureteral reflux, with an analysis of the procedure, results and complications.

**Material and methods:** We evaluated a series of 50 ureteral units in 42 patients, who undergoing laparoscopic transperitoneal ureteral reimplant, using the classic technique of Lich-Gregoir detrusorrafia.

**Results:** The mean operative time was 74 minutes. There were no intraoperative nor immediate postoperative. At longer follow-up VUR was cured in all cases.

**Conclusions:** Laparoscopic surgery is an effective alternative in the surgical treatment of vesico-ureteral reflux, with results comparable to open surgery techniques and over sub-ureteral injection techniques.

© 2013 AEU. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

El reflujo vesicoureteral (RVU) es el trastorno urológico más frecuente en niños, afectando al 1% de ellos. Ha sido descrito en un 25 a 40% de aquellos que tienen infección urinaria<sup>1</sup>. La asociación de reflujo vesicoureteral, infección urinaria y daño renal es bien conocida. La nefropatía por reflujo es causa de insuficiencia renal terminal en el 3 al 25% de los niños y en el 10 al 15% de los adultos<sup>2,3</sup>.

Desde el clásico estudio de Hutch donde se demuestra la relación entre el RVU más infección urinaria con daño renal, su manejo se ha dividido en conservador y quirúrgico<sup>4</sup>. La terapia conservadora está basada fundamentalmente en que el RVU frecuentemente se resuelve con el tiempo, mientras se mantenga adecuada profilaxis antibiótica para impedir la infección urinaria, y en que la morbilidad o complicaciones asociadas al RVU pueden ser controladas médicamente<sup>5</sup>.

El tratamiento quirúrgico del RVU ha sido bien establecido durante varias décadas. Los procedimientos de neoimplante ureteral abiertos, intra y extravésical (Lich-Gregoir, Politano-Leadbetter, Cohen) son altamente exitosos (92 a 98%) y con mínimas complicaciones<sup>6,7</sup>. Esfuerzos para mejorar esos procedimientos han sido dirigidos hacia la reducción de la morbilidad perioperatoria y el acortamiento de la estancia hospitalaria, buscando conservar la tasa de éxito. Técnicas mínimamente invasivas como la inyección endoscópica sub e intraureteral con sustancias de abultamiento (Deflux, Vantris, Macroplastique)<sup>8</sup> y el abordaje laparoscópico con neoimplante ureteral extravésical, descrito como altamente laborioso, han demostrado ser efectivas en conseguir sus objetivos<sup>9,10</sup>.

El abordaje quirúrgico mínimamente invasivo con neoimplante ureteral extravésical laparoscópico demostró su fiabilidad primero en un modelo animal<sup>11-13</sup>. Esta demostración fue seguida en 1994 por 2 publicaciones de experiencia clínica inicial con un pequeño número de pacientes<sup>9,14</sup>. Desde entonces son pocos los centros que han desarrollado este abordaje<sup>15,16</sup>, argumentando que el procedimiento es altamente demandante y de gran dificultad técnica.

Con el objetivo de reconsiderar y promover este abordaje hacemos un análisis a nuestra técnica quirúrgica, resultados y complicaciones.

## Material y métodos

Nuestra serie prospectiva está constituida por 42 niños operados entre mayo de 1995 y septiembre de 2001,

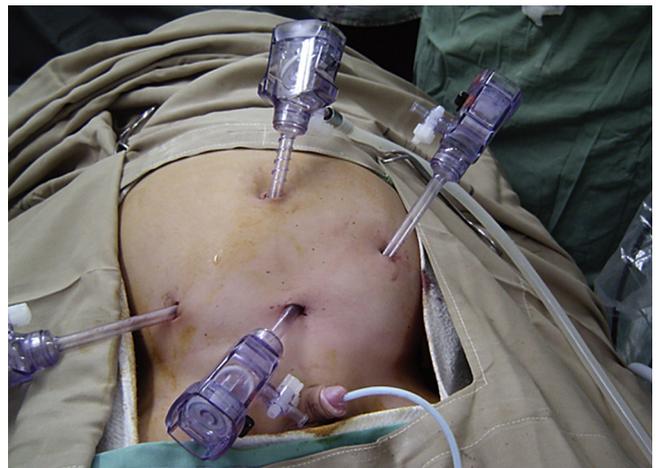
utilizando un abordaje transperitoneal con la técnica de Lich-Gregoir.

## Técnica quirúrgica

**Preparación:** una vez inducida la anestesia general, se coloca rutinariamente una sonda uretrovesical de calibre seleccionado según la edad del niño. El paciente es colocado en posición decúbito dorsal, con ambos brazos a los costados.

**Neumoperitoneo y colocación de los trocates:** se utiliza un neumoperitoneo de 8 a 12 mm de Hg obtenido a nivel umbilical a través de punción con aguja de Veress. Se emplean de forma sistemática 4 trocates de 5 mm, ubicados en posición umbilical para la óptica de 0° y suprapúbico y ambos flancos para los instrumentos (fig. 1).

**Disección ureteral:** después de la inspección inicial de la cavidad abdominal se posiciona al paciente en ligero Trendelenburg para desplazar las asas intestinales hacia la cefálica, y así visualizar por transparencia a través del peritoneo parietal las estructuras guías que limitarán nuestra disección inicial: vasos ilíacos, conducto deferente o ligamento redondo y ligamento umbilical medial. De ser necesario puede sumarse una leve rotación del paciente dirigida hacia el lado contrario al uréter refluente. Se incide el peritoneo parietal transversalmente y se busca el uréter distal utilizando como marco de referencia el cruce proximal con los



**Figura 1** Posición de los 4 puertos de 5 mm para neoimplante ureteral laparoscópico.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3843289>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3843289>

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