



CASUÍSTICA

Ureteropielostomía con vía nativa en el tratamiento de la uropatía obstructiva en el trasplante renal adulto. Experiencia y posibilidades técnicas



E. Trilla^{a,*}, D. Lorente^a, C. Salvador^a, J. Planas^a, J. Placer^a, A. Celma^a, C. Cantarell^b, F. Moreso^b, D. Seron^b y J. Morote^a

^a Servicio de Urología, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Universitat Autònoma Barcelona, Barcelona, España

^b Servicio de Nefrología, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Universitat Autònoma Barcelona, Barcelona, España

PALABRAS CLAVE

Trasplante renal;
Uropatía obstructiva;
Ureteropielostomía

KEYWORDS

Renal
transplantation;
Obstructive uropathy;
Ureteropielostomy

Resumen

Objetivo: Analizar y evaluar nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico mediante abordaje abierto de las estenosis ureterales complejas postrasplante renal de adulto en un centro de tercer nivel en los últimos 7 años. Se revisan las diferentes alternativas quirúrgicas utilizadas. **Pacientes y métodos:** Desde enero de 2005 hasta diciembre de 2012 se han realizado un total de 589 trasplantes renales de adulto consecutivos. Un 1,1% del total presentaron algún grado de uropatía obstructiva sintomática que, tras derivación urinaria inicial, requirieron de abordaje quirúrgico abierto utilizando la vía urinaria nativa ipsilateral o contralateral. Se presentan las características de los pacientes, clínica, exploraciones realizadas así como técnica quirúrgica llevada a cabo y sus resultados.

Resultados: Durante el periodo evaluado se llevaron a cabo un total de 7 cirugías reparativas en 5 varones y 2 mujeres que presentaban estenosis ureterales postrasplante renal mediante ureteropielostomía abierta utilizando uréter nativo ipsilateral en 6 casos y contralateral en el restante. En un caso se realizó anastomosis ureterocalicilar por retracción piélica extrema. No ha habido complicaciones relevantes ni se ha requerido de nefrectomía de riñón nativo por complicación posterior. La totalidad de los pacientes intervenidos presentaron cifras de creatinina plasmática óptimas con resolución de la dilatación previa.

Conclusiones: La nefrostomía percutánea inicial seguida de la corrección quirúrgica abierta mediante la utilización de uréter nativo representa una alternativa definitiva, válida y óptima en términos de seguridad y preservación de la función renal.

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

Native ureteropyelostomy in the treatment of obstructive uropathy in adult renal transplant. Experience and technical alternatives

Abstract

Objective: To analyze and evaluate our experience in surgical treatment with the open approach of the complex ureteral stenosis after adult kidney transplantation in a tertiary level hospital in the last seven years. We have reviewed the different surgical options used.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: etrilla@vhebron.net (E. Trilla).

Patients and methods: A total of 589 consecutive adult renal transplants were performed from January 2005 to December 2012. Of these, 1.1% showed some degree of symptomatic obstructive uropathy which after initial urinary diversion required open surgical approach using the ipsilateral or contralateral native urinary tract. Characteristics of the patient, clinical examinations performed and surgical technique performed as well as their results are presented.

Results: During the period under review, in 5 men and 2 women who had ureteral stenoses after renal transplant, 7 reparative surgeries were performed by open ureteropyelostomy, using ipsilateral native ureter in 6 cases and contralateral ureter in the remaining case. In one case, uretero-calicial anastomosis was performed due to severe pyelic shrinkage. There were no significant complications. Native kidney nephrectomy was not required for further complications. All the patients operated on had optimum plasma creatinine levels with resolution of previous dilatation.

Conclusions: The initial percutaneous nephrostomy followed by open surgical repair using native ureter represents a definitive, valid and optimal alternative in terms of safety and preservation of renal function.

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

Introducción

Las complicaciones ureterales en el trasplante renal representan hasta el 10% de las complicaciones urológicas globales en la mayoría de series comunicadas de la literatura, siendo la estenosis ureteral (precoz o tardía) la más frecuente con un rango de incidencia entre el 0,5-10%^{1,2}. Normalmente la obstrucción ocasiona dilatación de la vía urinaria condicionando grados variables de fracaso de la función renal y/o complicaciones sépticas que obligan a un manejo inicialmente urgente (derivación urinaria mediante catéter o nefrostomía) para posteriormente plantear una solución definitiva³⁻⁵.

Inicialmente se puede plantear un manejo conservador mediante técnicas mínimamente invasivas como la dilatación con balón, la incisión endoscópica u otras técnicas, pero las tasas de éxito con estas técnicas son bajas (45-65%) y en un número elevado de casos es necesaria la cirugía abierta como método reparador definitivo^{6,7}. Entre las diferentes opciones posibles la anastomosis entre la vía urinaria nativa y el uréter o la pelvis renal del injerto renal es una alternativa posible con excelentes resultados a corto y a largo plazo. Dependiendo de las características morfológicas y de localización de la estenosis, así como de la presencia o ausencia de vía nativa ipsilateral/contralateral, se pueden plantear diferentes soluciones. Presentamos nuestra serie y resultados así como diferentes alternativas técnicas⁸⁻¹⁰.

Material y métodos

Se ha realizado una revisión de las complicaciones estenóticas complejas de una serie de 589 trasplantes renales consecutivos realizados en el período comprendido entre enero de 2005 a diciembre de 2012 en la Unidad de trasplante renal del Hospital Universitario Vall d'Hebrón. Se identificaron un total de 16 pacientes con estenosis ureteral con indicación de tratamiento activo, de las cuales 8 requirieron de tratamiento quirúrgico tras el fallo inicial de las técnicas conservadoras; uno se pudo solucionar mediante

reimplante directo a vejiga y el restante mediante la utilización de la vía urinaria nativa. Se analizan las características de los pacientes, las lesiones estenóticas así como los tratamientos aplicados y los resultados. En todos se practicó durante el trasplante una anastomosis ureterovesical extravésical tipo Lisch-Gregoire con catéter ureteral 7Fr-14 cm que se retiró al mes de la cirugía.

Las lesiones ureterales se diagnosticaron de forma indirecta por elevación de las cifras de creatinina plasmática junto con ecografía del injerto, demostrando una dilatación y completando el estudio funcional mediante renograma isotópico. Se procedió a la colocación de nefrostomía percutánea ecoguiada como primera maniobra, y en todos los pacientes se practicó pielografía descendente y uro-TC cuando mejoraron las cifras de creatinina, con el objetivo de evaluar correctamente las características de la vía urinaria del injerto y la posición del mismo a la hora de facilitar el abordaje reparativo.

En nuestro centro las estenosis ureterales postrasplante de tratan según el algoritmo diagnóstico siguiente: las asintomáticas y leves son seguidas clínicamente mediante dosificación de cifras de creatinina, ecografía trimestral con doppler y renograma isotópico. Las estenosis cortas y moderadas pero sintomáticas en la anastomosis ureterovesical y/o uréter medio son tratadas en primer lugar mediante la dilatación balón percutánea, dejando un catéter interno-externo 4 semanas y comprobando su resolución mediante pielografía de control previa a la retirada. En ausencia de éxito se aconseja la cirugía abierta mediante reimplante a vejiga, siempre que sea posible, o la cirugía reparadora mediante ureteropielostomía con vía nativa en estenosis largas, proximales, múltiples o complejas. También se aconseja directamente la cirugía en casos de estenosis largas asociadas a linfocelos obstructivos no resueltos mediante tratamiento conservador percutáneo.

En los casos que se indicó cirugía de reparación renal esta se llevó a cabo mediante abordaje abierto a través de laparotomía infraumbilical. Se procedió a identificar el uréter nativo, sección del mismo con longitud suficiente para preservación máxima de la irrigación ureteral, espatulación

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3843451>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3843451>

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