



ARTÍCULO ORIGINAL

Pieloplastia sin drenaje intrarrenal en pacientes pediátricos

C.E. Lasso-Betancor*, M. Castellan, R. Yanes, A. Labbie y R. Gosalbez

Servicio de Urología Pediátrica, Miami Children's Hospital, Jackson Memorial Hospital, Miami, Florida, EE. UU.

Recibido el 16 de febrero de 2012; aceptado el 10 de marzo de 2012

Disponible en Internet el 17 de junio de 2012

PALABRAS CLAVE

Hidronefrosis;
Pieloplastia;
Drenaje;
Pediatria;
Estenosis
pieloureteral

KEYWORDS

Hydronephrosis;
Pyeloplasty;
Drainage;
Pediatrics;
Ureteropelvic
junction obstruction

Resumen

Objetivos: A pesar del avance de cirugías mínimamente invasivas, la pieloplastia desmembrada a cielo abierto sigue siendo una cirugía muy utilizada en Pediatría, especialmente en niños pequeños. El propósito de este trabajo es presentar nuestra experiencia en la realización de esta técnica a través de una mínima incisión y sin dejar catéteres intrarrenales transanastomóticos. **Materiales y métodos:** Revisión retrospectiva desde julio de 1992 a julio de 2009, tiempo en el que 348 pacientes fueron operados de pieloplastia desmembrada a cielo abierto. Un total de 310 pacientes (89%), 223 niños y 87 niñas, fueron intervenidos sin dejar catéter intrarrenal. La incisión fue de 2 a 2,5 cm en flanco. En todos los pacientes se dejó drenaje perirrenal y sonda vesical, esta última las primeras 24 h.

Resultados: En total se realizaron 319 pieloplastias sin catéteres intrarrenales, 174 (54,5%) del lado izquierdo, 127 (39,8%) del lado derecho y 9 (5,6%) bilaterales. El intervalo de edad fue de 14 días a 18 años, siendo el 58% de los niños menor de 12 meses. Con un seguimiento medio de 6,7 años (17 años a 11 meses), 312 pieloplastias (97,8%) fueron realizadas con éxito, con persistencia del patrón obstructivo en 7 pacientes que precisaron una nueva pieloplastia a cielo abierto (2,2%). Otras complicaciones fueron: drenaje prolongado (6), infección de herida (1) y fiebre/infección urinaria (2). La estancia media fue de 22 h.

Conclusiones: La pieloplastia desmembrada a cielo abierto es altamente efectiva en el tratamiento de la estenosis pieloureteral en niños, y prescindir de los catéteres intrarrenales no perjudica su éxito.

© 2012 AEU. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Pyeloplasty Without Intrarenal Stent in Pediatric Patients

Abstract

Purpose: In spite of advances in minimally invasive endoscopic surgery, open dismembered pyeloplasty continues to be used in many pediatric centers, especially in small children. The purpose of this work is to present our experience in the performance of this technique using a minimally invasive open pyeloplasty without intrarenal stents.

Material and methods: A retrospective review was made of patients between July 1992 and July 2009. During this time, 348 patients underwent open dismembered pyeloplasty. A total of

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: chelsylb@hotmail.com (C.E. Lasso-Betancor).

310 patients (89%), 223 boys and 87 girls, underwent open pyeloplasty without intrarenal stent. The incision was from 2 to 2.5 cm in the flank. An extrarenal drain (3-5 days) and a bladder catheter (< 24 hs) were placed in all patients.

Results: A total of 319 pyeloplasties were performed without intrarenal catheter in our Service. Of these, 174 (54.5%) were on the left side, 127 (39.8%) on the right side and 9 (5.6%) were bilateral. Age interval was 14 days to 18 years, 58% of the children being younger than 12 months at the time of surgery. With a mean follow-up of 6.7 years (17 years to 11 months), 312 pyeloplasties (97.8%) were successful, with persistence of the obstructive patient in 7 patients who required a new open pyeloplasty (2.2%). Other complications were: prolonged drainage (6), wound infection (1), and urinary infection (2). Mean stay was 22 hours.

Conclusions: Open dismembered pyeloplasty is a safe and effective treatment choice for pyeloureteral stenosis in children and can be done without intrarenal stents with no detriment to its success.

© 2012 AEU. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La pieloplastia desmembrada descrita por Anderson-Hynes en 1949 sigue siendo el tratamiento estándar de la estenosis pieloureteral (EPU) en Pediatría, con un porcentaje de éxito superior al 95%^{1,2}. La mayoría de los cirujanos coinciden en la necesidad de realizar una adecuada resección de la zona estenótica, espatulando el uréter para poder llevar a cabo una anastomosis ancha en la zona más declive de la pelvis renal³. Sin embargo, si hablamos sobre la vía de abordaje y la utilización de catéteres intrarrenales, el debate continúa hasta la actualidad. Con el avance de las técnicas videoasistidas, el abordaje a cielo abierto en la infancia se ha comenzado a cuestionar, existiendo en la literatura defensores de ambos procedimientos, al igual que ocurre con los drenajes^{4,5}. La pieloplastia desmembrada se asoció pronto a nefrostomías y catéteres transanastomóticos, entendiéndolos como un punto clave para su éxito. Pero no tardaron en ponerse en duda sus beneficios, discutidos aún hoy⁶. El objetivo de este trabajo es exponer nuestra experiencia en el tratamiento de la obstrucción pieloureteral en niños intervenidos según la técnica de Anderson-Hynes, a los cuales se les realizó una mini-incisión en flanco y no se les dejó catéter intrarenal.

Material y métodos

Revisión retrospectiva de las pieloplastias realizadas en nuestro servicio entre julio de 1992 y julio de 2009. Durante ese tiempo 348 pacientes con diagnóstico de EPU fueron intervenidos mediante pieloplastia desmembrada a cielo abierto. De este grupo se excluyeron 38 pacientes (11%) a los que se les colocó un drenaje intrarenal en forma de catéter doble J (32) o nefrostomía (6). Las causas por las que se utilizó un drenaje intrarenal fueron cirugías en: riñón único, pieloplastia bilateral y neonatos operados en edad temprana con azotemia y/o por masa palpable que requirieron una extensa resección de la pelvis renal. En 310 (89%), 223 niños y 87 niñas, no se dejó tutor transanastomótico ni nefrostomía, y la cirugía se llevó a cabo por mini-incisión en flanco.

Como pruebas diagnósticas preoperatorias se utilizaron la ecografía renal para objetivar el grado de hidronefrosis,

la cistografía isotópica para descartar la existencia de reflujo vesicoureteral (RVU) asociado y el renograma diurético (MAG-3) para valorar la función y la curva de excreción renal. El diagnóstico fue prenatal en 254 (82%) pacientes y en el resto el estudio fue iniciado tras una sospecha clínica, al aparecer dolor en flanco, infección urinaria, vómitos y/o hematuria. Además en 15 pacientes se asoció a otras anomalías congénitas como EPU del polo inferior de un doble sistema (6), riñón único funcionante (4), riñón en herradura (3) o riñón pélvico (2). Las indicaciones para el tratamiento quirúrgico incluyeron: hidronefrosis de alto grado (IV, V), infecciones urinarias de repetición, función renal inferior al 40% y/o patrón obstructivo en el renograma.

Antes de iniciar la cirugía, y una vez comenzado el tiempo anestésico, se realizó un pielograma retrógrado bajo fluoroscopia con brazo en C en todos los casos, para valorar la posición y longitud de la EPU, el calibre y posición del meato ureteral y la existencia de otras anomalías anatómicas del uréter. La exacta localización de la EPU permitió realizar la cirugía por incisiones pequeñas. A continuación, tras dejar una sonda vesical de Foley, se colocó al paciente en posición decúbito lateral y se realizó una incisión en flanco de 2-2,5 cm (fig. 1). Tras acceder al retroperitoneo se localizó el uréter y la unión pieloureteral, llevando a cabo la sección de la zona estenótica. Con intención de obtener una anastomosis amplia, el uréter se espatuló hasta conseguir un diámetro aproximado de 2-3 cm, tras lo que se anastomosó a la zona más declive de la pelvis renal con sutura continua PDS monofilamento, 6/0 o 7/0, dependiendo de la edad del paciente (fig. 2). Para llevar a cabo la pieloplastia intracorpórea con seguridad se utilizó una sonda de alimentación enteral como tutor, retirándola antes de completar la sutura. Como único catéter se colocó un drenaje aspirativo tipo Redon 7Fr en la celda renal, finalizando la intervención con la exteriorización del drenaje por contraincisión y el cierre del defecto mediante sutura intradérmica (fig. 1 B-C). La sonda vesical se retiró a las 24 h de la cirugía. El drenaje se mantuvo durante 3-5 días, retirándolo de forma ambulatoria en la consulta. La profilaxis antibiótica se continuó hasta el quinto día postoperatorio con cefalosporina de primera generación. Todos los pacientes recibieron paracetamol con codeína por vía oral en el postoperatorio y morfina intravenosa cuando fue necesario. El seguimiento se realizó mediante un estudio ecográfico al mes de la cirugía,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3843749>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3843749>

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