



DESTREZA E INGENIO

Nueva técnica para la ureterectomía distal y excisión de manguito vesical

R. Sotelo^{a,*}, D. Ramírez^a, O. Carmona^a, E. di Grazia^a, R. de Andrade^a,
C. Giedelman^a, Z. Pascal^b, I. Gill^b y M. Desai^b

^a Instituto Médico La Floresta, Caracas, Venezuela

^b University of Southern California, Los Angeles, EE. UU

Recibido el 18 de agosto de 2010; aceptado el 18 de septiembre de 2010

Accesible en línea el 26 de febrero de 2011

PALABRAS CLAVE

Nefroureterectomía radical laparoscópica;
Manguito vesical;
Carcinoma de células transicionales (CCT);
Puerto único multicanal;
LESS

Resumen

Introducción: Se describe un novedoso abordaje endoscópico y se hace una revisión de la literatura para la disección «en bloque» del uréter distal y el manguito vesical durante la nefroureterectomía radical laparoscópica, usando un puerto único multicanal transvesical con pneumovejiga (*pneumovesicum*).

Materiales y método: El procedimiento se llevó a cabo en un hombre de 80 años de edad, con historia de hematuria macroscópica debida a carcinoma de células transicionales (CCT) en la pelvis renal izquierda, sin historia previa de CCT en vejiga. Se realizó una nefroureterectomía radical laparoscópica y el uréter fue disecado hasta la inserción en la vejiga y fue clipado. Un dispositivo de puerto único multicanal (*single-port*) fue insertado transvesicalmente y se estableció la pneumovejiga. Se practica una incisión de la vejiga en todo su grosor alrededor del uréter, y se va realizando una movilización intravesical del uréter distal. Subsecuentemente, se realiza un cierre hermético del defecto vesical. El uréter distal, junto con el manguito vesical, se liberan laparoscópicamente y se extraen en bloque con el espécimen.

Resultados: El tiempo operatorio (nefroureterectomía radical laparoscópica, LDRP y escisión del manguito vesical por puerto único) fue de 6 horas y 15 minutos. El tiempo del manguito vesical fue de 45 minutos. No hubo complicaciones intra o postoperatorias y la sonda fue retirada al sexto día de la cirugía. El análisis histopatológico mostró CCT comprometiendo el riñón, pT3G3 pN0 (0/7).

Conclusión: La técnica de abordaje del uréter distal y el manguito vesical aún no ha sido estandarizada. El manejo del manguito vesical con un puerto único multicanal es factible. Estudios adicionales son necesarios para identificar cuál es el mejor abordaje para el manejo del uréter distal durante una nefroureterectomía laparoscópica.

© 2010 AEU. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: renesotelo@cantv.net (R. Sotelo).

KEYWORDS

Laparoscopic radical
nephroureterectomy;
Bladder cuff;
Transitional cell
carcinoma;
Single port;
LESS

A Novel Technique for Distal Ureterectomy and Bladder Cuff Excision**Abstract**

Introduction: We describe a novel endoscopic approach and provide a literature review for the "en bloc" dissection of the distal ureter and bladder cuff during laparoscopic radical nephroureterectomy using a transvesical single port approach under pneumovesicum.

Materials and methods: The procedure was performed in an 80-year old male with a history of gross hematuria due to left renal pelvic TCC and no history of prior bladder TCC. Laparoscopic radical nephroureterectomy was performed and the ureter was dissected down to the bladder and clipped. A single-port device was inserted transvesically and pneumovesicum established. A full thickness incision of the bladder around the ureter was performed with progressive intra-vesical mobilization of the distal ureter. Subsequently, a water-tight closure of the bladder defect was achieved. The distal ureter, together with the bladder cuff, was then delivered *en bloc* laparoscopically with the specimen.

Results: The operating time (LESS radical nephroureterectomy, RPLND, and bladder cuff excision) was 6 hours and 15 minutes. The bladder cuff time was 45 minutes. There were no intra or postoperative complications and the catheter was removed after 6 days. Histopathological analysis showed kidney-invasive papillary urothelial cancer, pT3 pN0 (0/7) G3.

Conclusion: The distal ureter and bladder cuff techniques have not yet been standardized. Management of the bladder cuff with a single port is feasible. Additional studies are needed to identify the best approach for management of the distal ureter at the time of laparoscopic nephroureterectomy.

© 2010 AEU. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La nefroureterectomía radical abierta se realiza por incisión abdominal en la línea media o a través de dos incisiones (flanco y zona abdominal inferior) para la resección adecuada del uréter intramural con manguito vesical. Los nuevos abordajes laparoscópicos presentan la ventaja de limitar el tamaño y número de incisiones, ventaja que se traduce en una reducción significativa de la estancia en el hospital y del periodo de recuperación postoperatoria.

Desde que se hiciera la primera descripción de una nefroureterectomía radical por laparoscopia (NURL) en 1991¹, se ha llegado a conclusiones positivas respecto a su viabilidad en diversos estudios en los que se exploraba la seguridad oncológica de esta técnica^{2,3}.

No obstante, está aún por resolver en gran medida cuál podría ser la técnica óptima para la realización de la ureterectomía distal con retirada del manguito vesical durante la nefroureterectomía laparoscópica. Existe una amplia diversidad de técnicas que se centran en la resección transureteral del manguito vesical y el uréter distal. En algunos métodos se postula la realización de la nefrectomía en primer lugar, mientras que otros se ocupan primeramente del uréter distal⁴⁻⁶.

La inquietud surgía de la capacidad que podría ofrecer la laparoscopia, con técnicas mínimamente invasivas, de retirar la totalidad del uréter distal con el manguito adyacente afectado por el cáncer vesical, al tiempo que se seguían los principios de la cirugía abierta⁷.

En el presente artículo describimos una técnica novedosa consistente en un abordaje totalmente endoscópico para la disección en bloque del uréter distal y el manguito vesical durante la nefroureterectomía radical laparoscópica, utili-

Tabla 1 Equipo e instrumental.

Puerto-R (Advanced Surgical Concepts, Wicklow, Irlanda)
Laparoscopia de vídeo de alta definición con chip en la punta -30°
EndoEye (Olympus)
Gancho para cauterio monopolar - 5 mm
Porta-aguja laparoscópica
Cánula de succión, 5 mm, predoblada distalmente de manera manual

zando un abordaje transvesical en «puerto R». El equipo y el instrumental se detallan en la [tabla 1](#).

Material y métodos

El procedimiento se llevó a cabo en un varón de 80 años al que se había diagnosticado un gran carcinoma de células transicionales (CCT) pélvico renal izquierdo detectado al examinar una hematuria macroscópica. Se programó una nefroureterectomía radical por cirugía laparoendoscópica por puerto único (LESS) y una resección transvesical del uréter distal y el manguito vesical.

Técnica quirúrgica

Se colocó al paciente en decúbito lateral y se empleó un abordaje transperitoneal, introduciendo el puerto R de manera transumbilical mediante técnica Hasson abierta. Se insertó otro trócar de 5 mm en el sitio previsto para el puerto único transvesical en el pliegue cutáneo suprapúbico, utilizándose para la retracción durante la nefroureterectomía.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3843770>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3843770>

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