

Enterocistoplastia de ampliación laparoscópica: experiencia inicial

Núñez Mora C, Cansino Alcaide R, Alonso Gregorio S, Martínez-Piñeiro Lorenzo L,
De la Peña Barthel J.

Servicio de Urología. Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid.

Actas Urol Esp. 2007;31(1):17-22

RESUMEN

ENTEROCISTOPLASTIA DE AMPLIACIÓN LAPAROSCÓPICA: EXPERIENCIA INICIAL

Objetivo: Analizar la experiencia inicial de nuestro grupo en la realización de enterocistoplastia de ampliación por vía laparoscópica.

Pacientes y métodos: Describimos la técnica de enterocistoplastia de ampliación con segmento ileal realizada completamente mediante abordaje laparoscópico. Presentamos los casos de dos pacientes diagnosticados de vejiga hiperrefléxica refractaria a tratamiento médico que fueron sometidos a esta intervención. En ambos casos la técnica se realizó sin complicaciones intraoperatorias, aunque requirió un tiempo quirúrgico de 6 y 4,5 horas respectivamente. Los resultados con un seguimiento de 12 y 6 meses fueron satisfactorios en ambos, consiguiendo una vejiga de baja presión con una buena continencia.

Conclusiones: La enterocistoplastia de ampliación laparoscópica es una técnica compleja, que requiere una amplia experiencia, sobre todo en sutura laparoscópica. Reproduce absolutamente a la técnica abierta y aporta las ventajas inherentes al abordaje laparoscópico.

Palabras Clave: Enterocistoplastia de ampliación. Laparoscopia. Vejiga neurógena.

ABSTRACT

LAPAROSCOPIC AUGMENTATION ENTEROCYSTOPLASTY: INICIAL EXPERIENCE

Objective: To analyze the initial experience of our group in the realization of the augmentation enterocystoplasty by laparoscopic approach.

Methods and patients: We describe the augmentation enterocystoplasty technique with ileal segment completely achieved by laparoscopic approach.

We present the cases of two patients suffering from hyperreflexic bladder refractory to medical treatment who underwent this surgery. In both cases the technique was realized without intraoperative complications although it was needed a surgical time of 6 and 4,5 hours respectively. The results after 12 and 5 months were satisfactory in both patients, obtaining a low pressure bladder with a good continence.

Conclusions: Laparoscopic augmentation enterocystoplasty is a complicated technique that requires a great experience, mainly in laparoscopic suture. It reproduces completely the open surgery and it offers all the advantages inherent to the laparoscopic surgery.

Keywords: Augmentation enterocystoplasty, laparoscopy, neurogenic bladder.

La enterocistoplastia de ampliación constituye una técnica ampliamente difundida y aceptada para el tratamiento de aquellos pacientes con vejiga neurogénica hiperrefléxica refractaria a tratamientos conservadores¹⁻¹⁰.

Casi todas las series publicadas presentan los resultados obtenidos mediante cirugía abierta, siendo muy escasos las series en las que la cirugía se realiza asistida por laparoscopia^{1,11,12} y más raras aún las realizadas mediante cirugía laparoscópica pura¹¹.

En este trabajo describimos la técnica utilizada por nosotros para la realización de enterocistoplastia de ampliación mediante abordaje íntegramente laparoscópico y presentamos los resultados obtenidos en los dos primeros pacientes intervenidos mediante esta técnica.

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

Realizamos preparación intestinal el día previo a la cirugía mediante solución evacuante y descontaminación intestinal antibiótica.

Bajo anestesia general procedemos, en posición de litotomía, a cateterización ureteral bilateral con catéteres extracorpóreos que son fijados a una sonda vesical 16 Ch.

En decúbito supino y con una posición de Trendelenburg de unos 20° colocamos, mediante técnica abierta, un trocar supraumbilical de 12 mm. A continuación insertamos otro trocar de 12 mm, otros 2 de 11 mm y otros 2 de 5 mm, de forma similar a la que utilizamos en la cistectomía radical laparoscópica (Fig. 1).

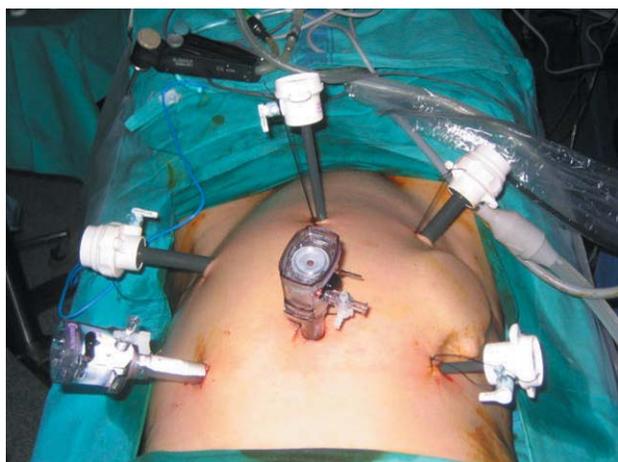


FIGURA 1. Disposición de los trócares.

Tras la movilización del ciego mediante incisión en la línea de Toldt seleccionamos un asa ileal que alcance la pelvis sin tensión. Introducimos una óptica auxiliar por un trocar de 11 mm procediendo a transiluminar el meso ileal con el fin de identificar las arcadas vasculares (Fig. 2), aislando un asa de entre 15 y 25 cm de longitud en función de las necesidades de ampliación. Seccionamos el asa y mesos seleccionados mediante endocortadora (Endo-GIA). Con



FIGURA 2. Transiluminación del meso intestinal. Elección del segmento ileal conservando las arcadas vasculares.

el fin de restaurar la continuidad intestinal fijamos ambos cabos en posición latero-lateral con 2 puntos de seda. Realizamos una enterotomía en cada cabo por la que introducimos una Endo-GIA, comunicando ambos cabos y cerrando a continuación la enterotomía mediante una sutura continua de Monocryl® 3-0. Suturamos la brecha mesentérica con puntos sueltos de seda.

Tras retirar las líneas de grapas de ambos extremos del asa ileal desfuncionalizada destubularizamos ésta por su borde antimesentérico. En el caso de haber seleccionado un asa larga, de unos 25 cm, la plegamos en "U" mediante una sutura continua de Monocryl® 3-0.

Seccionamos las arterias umbilicales, liberando el espacio de Retzius, y realizamos una cistotomía sagital desde el cuello vesical en su cara anterior hasta la barra intertrigonal (Fig. 3).

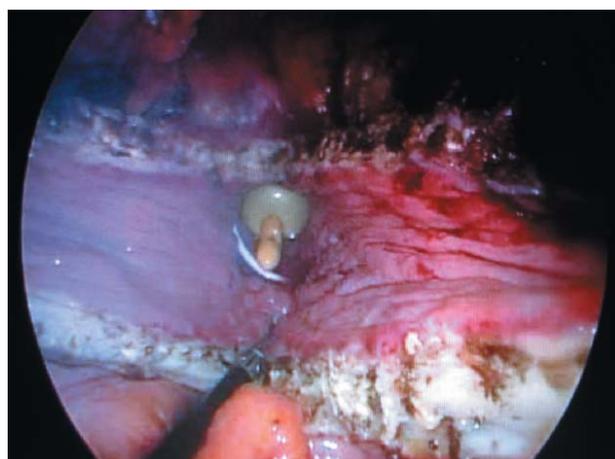


FIGURA 3. Cistotomía sagital desde cuello vesical a las 12 del horario cistoscópico hasta la barra intertrigonal.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3844460>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3844460>

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