

Cirugía renal laparoscópica conservadora de parénquima. Experiencia inicial

Aguilera Bazán A, Alonso y Gregorio S, Pérez Utrilla M, Cansino Alcalde JR, Cisneros Ledo J, De la Peña Barthel J.

Servicio de Urología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Actas Urol Esp. 2007;31(5):477-481

RESUMEN

CIRUGÍA RENAL LAPAROSCÓPICA CONSERVADORA DE PARÉNQUIMA. EXPERIENCIA INICIAL

Presentamos nuestra experiencia inicial en cirugía renal laparoscópica conservadora de parénquima. Se trata de una cirugía exigente que requiere de una considerable experiencia en cirugía mínimamente invasiva. Esta técnica es particularmente atractiva comparada con la cirugía clásica abierta, debido a la incisión que precisa esta última y a la morbilidad que conlleva.

Palabras clave: Tumorectomía. Nefrectomía parcial. Laparoscopia. Cirugía conservadora de parénquima.

ABSTRACT

LAPAROSCOPIC NEPHRON SPARING SURGERY. INITIAL EXPERIENCE

We present our initial experience in laparoscopic nephron sparing surgery. It's a technically advanced procedure requiring considerable minimally invasive expertise. This technique is particularly attractive compared to an open conventional procedure with its larger incision and associated morbidity.

Keywords: Tumorectomy. Partial nephrectomy. Laparoscopic. Nephron sparing surgery.

Desde que se realizó la primera nefrectomía laparoscópica en 1991, la cirugía laparoscópica renal ha ido abarcando casos cada vez más complejos, y lo que inicialmente se trataba de una contraindicación para esta técnica, se ha ido convirtiendo a fuerza de adquirir mayor experiencia y desarrollo tecnológico en una clara alternativa a la cirugía abierta. Tal es el caso de la cirugía renal conservadora, que si bien no es la técnica ideal para iniciarse en laparoscopia, es cierto que cada vez son más las publicaciones que demuestran su buen resultado oncológico unido a las bondades de la cirugía mínimamente invasiva¹ (Figs. 1 y 2).

En este artículo presentamos la experiencia inicial de nuestro Servicio en cirugía renal conservadora laparoscópica a los 2 años de iniciarse el programa de laparoscopia renal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Desde septiembre de 2004 hasta Septiembre de 2006 se han realizado en nuestro centro un total de 20 tumorectomías laparoscópicas por vía transperitoneal, 13 de ellos varones y 7 mujeres. En 12 casos la cirugía ha sido derecha y en 8 izquierda. En 10 ocasiones han sido tumores de polo inferior, 2 de polo superior y 8 de tercio medio. La edad media es de 54 años (37-72), el índice de masa corporal de 26 kg/m² (22-37), la valoración del riesgo anestésico es de 8 ASA1, 7 ASA2, 4 ASA3 y 1 ASA4. Del total de 20 casos, 6 presentan antecedentes de cirugía abdominal (30%). Como contraindicación absoluta se ha considerado los pacientes monorrenos, tumores por encima de 4cm o las localizaciones mesorrenales próximas al hilio. No se han descartado tumores de localización posterior o de polo superior.



FIGURA 1



FIGURA 2

Como estudio preoperatorio principal se realiza una TAC con cortes transversales y coronales, lo que nos permite determinar la posición del tumor y su proximidad a la vía urinaria (Fig. 3).

La vía de abordaje elegida es la transperitoneal debido a las ventajas de espacio que supone. En aquellos casos en los que se sospeche que se pueda abrir la vía urinaria, se coloca un catéter ureteral previo al acto quirúrgico, que nos servirá para inyectar azul de metileno y asegurarnos de esta forma el correcto cierre de la vía. Desde un principio hemos optado por el clampaje del hilio renal, pero la técnica la hemos ido variando a medida que hemos adquirido experiencia, de manera que inicialmente realizábamos un clampaje con torniquete similar al descrito por el grupo de la Fundación Puigvert, con una disección com-

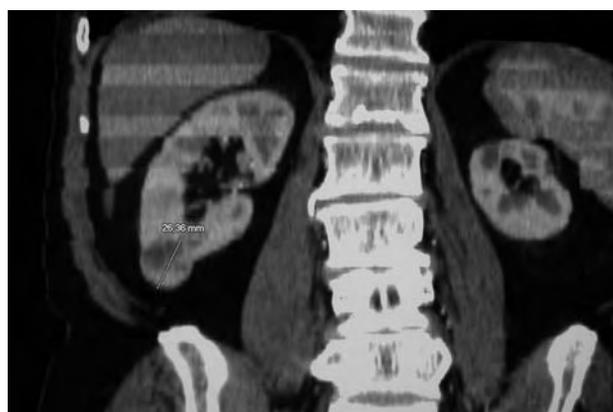


FIGURA 3

pleta de la arteria y vena renal². Actualmente realizamos un clampaje en bloque del hilio renal con una pinza laparoscópica de Storz diseñada para ello teniendo cuidado de no abarcar también el uréter.

Tras marcar los límites de la resección con coagulación, realizamos la exéresis del tumor con corte frío de las tijeras, ya que el uso de coagulación en este punto puede enmascarar el plano tumoral. Tomamos biopsia del lecho tumoral que enviamos intraoperatoriamente para ser analizada por el patólogo. A continuación realizamos varias suturas continuas con Vicryl 0 y un clip de material reabsorbible en los extremos (Lapr-Ty Ethicon), mientras inyectamos azul de metileno a través del catéter ureteral para identificar la vía urinaria abierta. Aplicamos un rollo de Surgicel y Flo Seal (Baxter) en el lecho tumoral y a continuación damos varios puntos de aproximación de parénquima con Vicryl 0. Finalmente declampamos el hilio renal y bajamos la presión del neumoperitoneo a 4 mmHg para realizar hemostasia.

Todos los pacientes salen del quirófano con un tratamiento analgésico consistente en un infusor de 24 h de duración que contiene Tramadol 300 mg, Ketorolako 90 mg y Primperan 90 mg. Además se les deja pautado paracetamol 1g cada 6 horas. La misma noche de la cirugía el paciente inicia tolerancia a líquidos.

RESULTADOS

No ha habido ningún caso de reconversión a cirugía abierta. El tiempo quirúrgico medio es de 143 minutos (90-240). El sangrado medio es de 293cc (50-1000), con 4 casos que han precisado

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3844504>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3844504>

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