

Tratamiento endourológico de la estenosis pieloureteral congénita

Parente Hernández A, Angulo Madero JM, Romero Ruiz R, Cañizo López A, Laín Fernández A, Vázquez Estévez J.

Servicio Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid.

Actas Urol Esp. 2006;30(9):933-938

RESUMEN

TRATAMIENTO ENDOUROLOGICO DE LA ESTENOSIS PIELOURETERAL CONGÉNITA

Objetivo: Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento endourológico de la estenosis pieloureteral (EPU) en niños.

Material y Métodos: Revisamos 7 pacientes con EPU congénita (edades comprendidas entre 9 meses y 15 años) tratados mediante dilatación endourológica en nuestro centro desde Julio de 2004. El tratamiento se realizó mediante dilatación endourológica retrógrada bajo control radioscópico. En todos se realizó cistoscopia, se tutorizó el uréter (4Fr ó 5Fr), realizándose pielografía retrógrada y colocación de guía ureteral de 0,014'' ó 0,035''. Se realizó la dilatación de la EPU mediante balón de alta presión con perfil de 3Fr ó 5 Fr. Se colocaron stents tipo doble J de 3Fr, 4Fr, 4,8Fr ó 6 Fr, manteniéndolo durante 6 semanas.

Resultados: En ningún caso hubo complicaciones intraoperatorias. La mediana de estancia hospitalaria fue 2 días (2-8 días). La retirada del stent tipo doble J se llevó a cabo sin incidencias a las 6 semanas de forma ambulatoria. Todos los pacientes permanecen asintomáticos, con disminución del diámetro anteroposterior de pelvis en el seguimiento ecográfico y mejoría del patrón obstructivo en el renograma.

Conclusiones: El tratamiento de la EPU congénita mediante dilatación endourológica retrógrada es posible incluso por debajo del año de edad. La estancia hospitalaria es mínima, sin existir complicaciones intraoperatorias.

Palabras clave: Estenosis pieloureteral. Dilatación balón. Cirugía endourológica.

ABSTRACT

MANAGEMENT ENDOUROLOGIC OF PYELOURETERAL JUNCTION STENOSIS

Objetivos: To report our experience with endourologic methods in the treatment of pyeloureteral stenosis in children.

Materials and Methods: From July 2004, 7 patients from 9 months to 15 years old with pyeloureteral junction stenosis (PUJ) diagnosis underwent endourologic repair. An endourological dilatation was made under radioscopic control. The procedures consist of an initial cystoscopy with a retrograde placement of catheter (4 or 5 Fr) and the guide wire (0,014'' or 0,035''). The high pressure balloon (3 to 5 Fr) was then railroad over the wire and positioned across the stenosis for dilatation. A double J stent (3 to 6 Fr) was then introduced, remaining it during 6 weeks.

Results: There was no intraoperative complications. Median inhospital stay was 2 days (range, 2 to 8). The double J stent was removed without complications. All patients are asymptomatic with improvement in excretion times (MAG3 renography) and antero-posterior renal pelvis diameter (ultrasound measurement).

Conclusions: Balloon dilatation is a viable option in the management of PUJ obstruction even in children under one year old, with minimal morbidity.

Keywords: Pyeloureteral stenosis. Balloon dilatation. Endoluminal surgery.

La unión pieloureteral es la localización más frecuente de obstrucción en el tracto urinario¹. La obstrucción puede ser detectada en cualquier momento de la vida, aunque el avance en las técnicas de diagnóstico prenatal ha incrementado el número de casos diagnosticados en los primeros momentos de la vida. Además, un importante número de niños son diagnosticados en la infancia debido a que la obstrucción de la unión pieloureteral puede causar clínica desde su inicio, habitualmente en forma de dolor abdominal recurrente, infecciones urinarias de repetición o hematuria. Aunque la causa de la obstrucción puede ser extrínseca (vasos aberrantes como causa más frecuente), en su mayoría están originados por una obstrucción congénita intrínseca^{2,3}.

Cuando el carácter obstructivo de la estenosis pieloureteral congénita está totalmente demostrado, el tratamiento debe ser quirúrgico⁴⁻⁷. Hasta el momento la pieloplastia desmembrada es el "gold estándar" de los tratamientos quirúrgicos en niños. En la actualidad existen técnicas endourológicas que permiten tratar la estenosis pieloureteral⁸. La pieloplastia laparoscópica está aumentando su aceptación entre los cirujanos pediátricos a la vez que aumenta su porcentaje de éxito⁹. La dilatación endourológica con balón, técnica menos invasiva que las anteriores y más utilizada en adultos, puede tener su aplicación en el tratamiento de la estenosis pieloureteral congénita en niños¹⁰⁻¹⁵. La dilatación con balón de la estenosis fue descrita por primera vez en 1982 por Kandir et al.¹⁶. Puede ser realizada retrógradamente, mediante cistoscopia, o bien anterógradamente, de forma percutánea o a través de una nefrostomía. Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento endourológico de la EPU en niños mediante dilatación retrógrada con balón, con especial atención a los pacientes lactantes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han estudiado retrospectivamente los pacientes con estenosis pieloureteral tratados mediante dilatación endourológica en nuestro centro desde Julio de 2004. Se han analizado un total de 7 pacientes, 5 niños y 2 niñas, con EPU congénita, con edades en el momento del tratamiento

entre 8 meses y 15 años (media 6,1 años). Tres de los pacientes tenían diagnóstico prenatal de hidronefrosis y fueron tratados antes del año de edad. En el resto de pacientes el estudio se inició por dolor abdominal recurrente (2 pacientes), hematuria (1 paciente) e infecciones urinarias de repetición (1 paciente). El diagnóstico se realizó mediante ecografía abdominal (con medición del diámetro anteroposterior de pelvis), urografía intravenosa y renograma diurético MAG-3 (mercapto-acetil-triglicina) III en todos los casos. El tratamiento se realizó mediante dilatación endourológica retrógrada bajo control radioscópico. En todos los casos se realizó cistoscopia (Storz 10) localizándose ambos meatos ureterales. Se tutorizó el uréter mediante sondas ureterales de 4 Fr o 5 Fr (Tutor ureteral punta abierta, Optimed), realizándose pielografía retrógrada y objetivándose la localización de la estenosis pieloureteral. Se colocaron guías ureterales hasta pelvis renal a través del catéter ureteral de 0,014" (PT2, Boston Scientific) en los pacientes menores de 2 años (3 casos) y de 0,035" (Uriope, Porges) en los pacientes mayores de 2 años (4 casos). Se procedió a la dilatación de la estenosis pieloureteral mediante balones de alta presión con perfil de 3 Fr (Maverick², Boston Scientific) en los 3 pacientes menores de 1 año ó 5 Fr (Quadrimatrix, Optimed; Uromax Ultra, Boston Scientific) en los 4 pacientes restantes sobre la guía ureteral. Los diámetros de inflado alcanzados variaron desde 4,8 mm hasta 8 mm, siendo de 4,8 mm (n=1) y 5 mm (n=2) en los 3 pacientes lactantes. La dilatación fue controlada en todos los casos por radioscopia y mediante control de las presiones de inflado. Se consideró dilatado al desaparecer la muesca del balón en la radioscopia (Fig. 1). En 2 pacientes se produjo extravasación extraluminal del contraste. Tras la dilatación se colocaron stents tipo doble J en 6 casos (Fig. 2). El diámetro y longitud utilizados fue elegido en función de la edad del paciente, siendo de 3 Fr ó 4 Fr (Optisoft, Optimed) en los pacientes menores de 1 año. En el resto se utilizaron stents de 4,8 Fr (Vortek, Porges) en un paciente de 8 años ó 6 Fr (Stent ureteral silicona, Porges) en los mayores de 10 años. En 1 paciente se recolocó su nefrostomía previa. Se recogieron las complicaciones intraoperatorias, postoperatorias precoces y postoperatorias tardías, así como los requerimientos analgésicos, el tiempo

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3844567>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3844567>

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