



Nefrectomía laparoscópica transperitoneal

R. Sanchez-Salas, E. Barret

La nefrectomía laparoscópica transperitoneal se ha convertido en la técnica quirúrgica de referencia para la resección de riñones destruidos o de tumores renales seleccionados. Después de haber colocado al paciente en decúbito lateral estricto, se realiza una minilaparotomía a nivel del ombligo para introducir un trocar óptico de 10 mm en la cavidad abdominal. Después de crear el neumoperitoneo, se colocan un trocar de trabajo de 10 mm y dos o tres trocres de trabajo de 5 mm bajo control visual. La abertura del peritoneo posterior permite acceder directamente al espacio retroperitoneal. El acceso al pedículo vascular es una de las etapas clave de la intervención. La arteria renal se liga en un primer momento con un clip sin seccionarla. La vena renal se disecciona por completo antes de ligarla y seccionarla, lo que permite un control perfecto de la arteria. Después de seccionar y ligar el uréter, se liberan las distintas caras del riñón. La pieza de nefrectomía se introduce en una bolsa hermética y después se extrae de la cavidad abdominal. Una vez controlada la hemostasia, se coloca un dren de redón aspirativo a nivel de la celda de nefrectomía y se retiran los trocres bajo visión directa.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Riñón; Laparoscopia; Nefrectomía; Complicaciones de la nefrectomía; Cáncer de riñón

Plan

■ Introducción	1
■ Reseña anatómica	2
■ Indicaciones y contraindicaciones	2
Indicaciones	2
Contraindicaciones relativas	2
Contraindicaciones absolutas	2
■ Colocación y preparación del paciente	2
■ Intervención	2
Creación del neumoperitoneo y colocación de los trocres	2
Instrumental de la nefrectomía laparoscópica transperitoneal	3
Acceso al pedículo vascular	3
Disección del riñón	6
Extracción del riñón y drenaje	7
■ Alternativas a la vía laparoscópica convencional	7
Nefrectomía laparoscópica transperitoneal asistida manualmente	7
Nefrectomía laparoscópica transperitoneal robotizada	7
Nefrectomía laparoscópica transperitoneal mediante laparoendoscopia por acceso único (LESS)	8

■ Tratamiento de las complicaciones quirúrgicas	8
Tratamiento de las lesiones vasculares	8
Tratamiento de los traumatismos digestivos	8
■ Seguimiento postoperatorio	8
■ Conclusión	9

■ Introducción

Desde la primera nefrectomía laparoscópica realizada por Clayman^[1] en 1990, la técnica quirúrgica ha evolucionado considerablemente, debido sobre todo a los avances tecnológicos, en especial en el ámbito del instrumental quirúrgico. En los últimos 20 años, la vía de acceso laparoscópico en la cirugía renal se ha impuesto como una vía imprescindible. Es menos invasiva que la vía de acceso incisional clásica y permite reproducir de forma idéntica las distintas etapas de la cirugía abierta. Presenta la ventaja de una disminución del dolor perioperatorio, con una hospitalización más corta y una reanudación más rápida de la actividad normal. Inicialmente, se reservaba a la resección de riñones destruidos, pero sus indicaciones se han ampliado de forma progresiva a las enfermedades tumorales renales, en especial a los tumores malignos. De

este modo, la vía de acceso laparoscópico se ha convertido en la actualidad en la vía de referencia de la nefrectomía ampliada. Esta intervención se puede realizar de forma indistinta por un acceso transperitoneal o retroperitoneal al riñón, sin que se hayan descrito diferencias significativas^[2]. Aunque es aconsejable dominar ambos accesos, la limitación del espacio de trabajo durante el acceso retroperitoneal puede hacer que determinadas intervenciones sean más difíciles, en especial durante la resección de las masas más voluminosas. Por ello, y con el fin de estandarizar la técnica, nosotros damos prioridad en nuestra práctica habitual a la nefrectomía laparoscópica transperitoneal (NLT), cuyos distintos aspectos técnicos se describen en este artículo.

■ Reseña anatómica

En la NLT, el acceso a la celda renal se realiza necesariamente por vía transperitoneal. Se requiere un conocimiento anatómico perfecto de esta región para evitar posibles complicaciones intra o postoperatorias.

En un primer momento, el objetivo es la identificación de las estructuras digestivas (marco cólico a la izquierda, segunda porción del duodeno a la derecha) y de las líneas de reflexión peritoneales que permiten acceder con total seguridad al espacio retroperitoneal.

El segundo objetivo es la identificación del pedículo renal. Durante su disección, hay que tener en cuenta las posibles variaciones anatómicas. A nivel del hilio renal, la vena está situada por delante de la arteria y ésta, a su vez, es anterior a la pelvis renal. Las venas renales drenan directamente en la vena cava inferior (VCI) a nivel de sus caras laterales. En el lado izquierdo, la vena renal izquierda es más larga y recibe generalmente en su cara superior a la vena suprarrenal izquierda y en su cara inferior a la vena genital izquierda. En el lado derecho, la vena renal no suele presentar aferencias. Las arterias renales se originan de las caras laterales de la aorta, por debajo del nacimiento de la arteria mesentérica superior. En el 70% de los casos, el riñón está vascularizado por una arteria renal única. En el 25% de los casos, hay dos arterias, mientras que en el 3-5% de los casos hay tres o más^[3]. Las arterias accesorias, que se originan de la arteria renal principal, pueden vascularizar la cápsula, la pelvis o el uréter proximal. En la derecha, la arteria renal discurre por detrás de la VCI y de la vena renal derecha. A la izquierda, la arteria renal, más corta, está situada por detrás del borde superior de la vena renal izquierda.

El uréter se localiza a nivel del polo inferior del riñón, en posición lateral respecto a los vasos genitales.

■ Indicaciones y contraindicaciones

Indicaciones

Se trata de:

- riñones no funcionales sintomáticos;
- tumores renales de estadio T1 a T3a, en pacientes que no sean candidatos para un tratamiento conservador^[4,5].

Contraindicaciones relativas

Se trata de:

- tumores T3b que presentan un trombo limitado estrictamente a la vena renal y cuya extensión debe conocerse a la perfección. La vena debe ligarse y seccionarse en una zona sana;
- insuficiencia respiratoria (enfisema grave), insuficiencia cardíaca grave, trastornos de la hemostasia, ascitis y

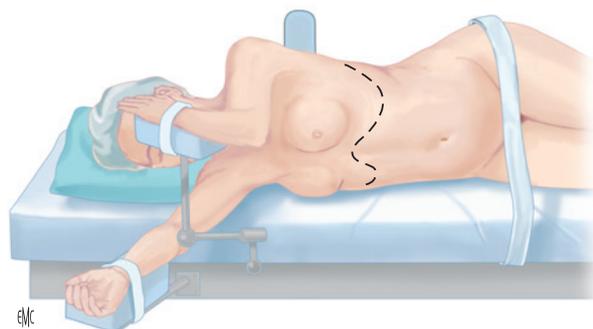


Figura 1. Colocación del paciente en la mesa de operaciones: decúbito lateral estricto del lado contrario al riñón operado (en este caso, decúbito lateral derecho para una nefrectomía ampliada izquierda).

antecedentes significativos de cirugía abdominal, que deben evaluarse en función de la experiencia del cirujano^[6].

Contraindicaciones absolutas

Se trata de:

- tumores T3b-T3c o T4, pues no se ha realizado ninguna evaluación sobre la viabilidad y los resultados oncológicos;
- antecedentes de tumor o de cirugía intracraneal (riesgo de inducir o de aumentar una hipertensión intracraneal por la ectasia venosa provocada por el neumoperitoneo en la región cefálica).

■ Colocación y preparación del paciente

El paciente debe llevar medias de contención. No es necesaria ninguna preparación digestiva especial, pero se le debe rasurar si es preciso. Se practica una anestesia general, que sigue las reglas clásicas de cualquier anestesia: intubación, ventilación controlada, curarización y posible colocación de una sonda nasogástrica. Se inserta una sonda vesical de Foley del calibre 18. Después de verificar el lado que se va a operar, el paciente se coloca en decúbito lateral estricto del lado opuesto al riñón que se intervendrá (decúbito lateral derecho para un riñón izquierdo y viceversa). El paciente se sitúa de tal modo que su pared abdominal quede en el borde de la mesa de operaciones (Fig. 1). La colocación de un rodillo bajo el borde costal no es necesaria. El brazo contralateral al riñón operado se coloca en ángulo recto y se fija sobre un reposabrazos para que no obstaculice el acceso al abdomen. El brazo homolateral se coloca sobre un apoyo elevado sin fijación. Se colocan un apoyo dorsal y un apoyo lumbar, así como una correa que pasa sobre el trocánter mayor para asegurar la posición del paciente en la mesa de operaciones. Hay que situar protecciones entre las piernas y por debajo de los talones, para evitar cualquier apoyo traumático. El cirujano, que es el responsable legal, debe controlar la correcta colocación del paciente antes de la preparación con antiséptico.

■ Intervención

Creación del neumoperitoneo y colocación de los trocares

Se recomienda realizar una «minilaparotomía» para la colocación del trocar óptico, a fin de evitar cualquier riesgo de traumatismo de vísceras huecas o de lesión

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4268692>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4268692>

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