



Nefrectomía laparoscópica con asistencia manual

G. Ploussard, P. Meria, F. Desgrandchamps

La nefrectomía laparoscópica con asistencia manual permite asociar las ventajas de la laparoscopia pura con las de la cirugía abierta. La asistencia manual aporta ciertas ventajas respecto a la laparoscopia pura al permitir una exposición fácil y segura de los elementos del hilio y al reducir la duración de la intervención. Desde el punto de vista técnico, se realiza una incisión medial periumbilical corta que permite la introducción de la mano intraabdominal no dominante. Esta incisión permitirá la extracción de la pieza quirúrgica al final de la intervención. Se utiliza un sistema de hermeticidad que se adapta alrededor de la muñeca y que permite evitar las fugas del neumoperitoneo. La técnica de nefrectomía es segura y reproducible. En la actualidad, tiene muchas indicaciones: extracción simple en un donante vivo, binefrectomía, nefrectomía ampliada por cáncer. Cualquier cirugía renal laparoscópica pura puede realizarse por laparoscopia con asistencia manual. La asistencia manual puede ser útil en indicaciones de nefrectomías ampliadas por cánceres renales voluminosos, sobre todo si existen metástasis ganglionares hiliares en contacto con los grandes vasos. La mano intraabdominal facilita la disección de los grandes vasos y es un factor de tranquilidad para el cirujano. De este modo, permite ampliar los límites que podría fijarse un cirujano con una técnica de laparoscopia pura.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Nefrectomía; Laparoscopia; Laparoscopia con asistencia manual; Cáncer renal

Plan

■ Introducción	1
■ Técnica quirúrgica de la nefrectomía simple	1
Material	1
Nefrectomía izquierda	2
Nefrectomía derecha	4
■ Indicaciones principales	4
Extracción renal en donante vivo	4
Binefrectomía en pacientes dializados o con trasplante renal	5
Nefrectomía ampliada en pacientes con cáncer, tumores renales voluminosos o anomalías anatómicas	5
Retroperitoneoscopia	5
■ Conclusión	5

■ Introducción

La nefrectomía laparoscopia con asistencia manual es una técnica reciente, descrita por primera vez en el

donante vivo en 1998^[1]. Esta técnica permite asociar las ventajas de la laparoscopia pura en términos de riesgos parietales, de pérdida de sangre y de duración de la hospitalización, con las de la cirugía abierta en términos de seguridad quirúrgica^[2]. La técnica quirúrgica de nefrectomía simple (derecha e izquierda) por laparoscopia con asistencia manual se describe en primer lugar. Después, se detallan las distintas indicaciones posibles y sus aspectos quirúrgicos específicos.

■ Técnica quirúrgica de la nefrectomía simple

Material (Cuadro 1)

- Material de laparoscopia clásica con óptica, sistema de insuflación y cable de luz.
- Sistema de hermeticidad adecuado para el paso de la mano intraabdominal: sistema Gelport.
- Trocares:
 - un trocar óptico de 10 mm;

Cuadro 1.

Material necesario.

Material de laparoscopia clásica con óptica, sistema de insuflación y cable de luz

Trocars:

- 1 trocar óptico de 10 mm
- 1 trocar de trabajo de 12 mm
- 1 trocar auxiliar de 5 mm (opcional, se inserta sólo en caso de necesidad intraoperatoria)

Instrumentos quirúrgicos

- 2 pinzas planas, 1 sistema de aspiración-lavado, 1 separador de hígado o una 3.ª pinza de presión
- 1 pinza para clips metálicos
- 1 sistema de hemostasia opcional: bisturí ultrasónico o de termofusión
- 1 pinza bipolar, tijeras de coagulación
- Instrumentos para ligadura vascular: clips de seguridad o grapas vasculares para grapadoras vasculares cortantes si se va a realizar una extracción en donante vivo (arteria); clips de seguridad o grapas vasculares para grapadoras vasculares cortantes (vena)
- 1 sistema de hermeticidad adecuado para el paso de la mano intraabdominal: sistema Gelport o LapDisc
- 1 mesa de instrumental de conversión disponible

- un trocar de trabajo de 12 mm;
- el tercer trocar auxiliar de 5 mm es opcional y sólo se inserta en caso de necesidad durante la cirugía.
- Instrumentos quirúrgicos:
 - sistema de hemostasia y de sección: bisturí ultrasónico o de termofusión;
 - pinza para clips de tipo Hemolock o metálicos;
 - instrumentos para ligadura vascular: clips Hemolock o grapas vasculares para grapadoras vasculares cortantes;
 - pocas veces es necesario utilizar un sistema de aspiración-lavado, pues la introducción en el abdomen de una compresa permite absorber las hemorragias mínimas. Asimismo, en una nefrectomía derecha, es excepcional tener que utilizar un separador de hígado, pues la mano permite levantarlo. La disección y la presentación de los elementos se efectúan con la mano y no se suele trabajar alternando entre la pinza y las tijeras de coagulación, sino simplemente con el bisturí ultrasónico.
- Mesa de conversión disponible.

Nefrectomía izquierda

La intervención se practica con anestesia general. Se coloca una sonda vesical. Se traza una incisión medial cuando el paciente aún está en decúbito supino. La incisión que permite la colocación del sistema de hermeticidad se marca a nivel supraumbilical, sobrepasando el ombligo (Fig. 1). La incisión es medial periumbilical. Debe permitir el paso de la mano. Su longitud en centímetros equivale a la talla de los guantes: por ejemplo, es de 8 cm para unos guantes de talla 8. Se deben evitar los guantes blancos, porque ese color refleja la luz y reduce automáticamente su intensidad.

A continuación, el paciente se coloca en posición de lumbotomía izquierda, ligeramente de tres cuartos, con un rodillo bajo el tórax, y se mantiene con unas sujeciones elásticas.

Se realiza una incisión medial, adecuada al tamaño de la muñeca para evitar las fugas del neumoperitoneo en caso de incisión demasiado larga o la introducción dolorosa de la mano intraabdominal en caso de incisión demasiado corta. La vía de acceso es transperitoneal. Por lo tanto, el peritoneo se abre. Se verifica la ausencia de bridas intrape-

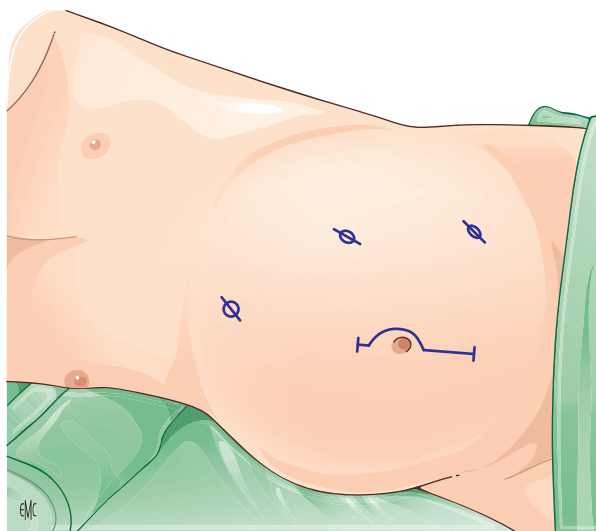


Figura 1. Colocación del paciente en decúbito lateral derecho antes de una nefrectomía izquierda. Marcado dermatográfico de la posición de los trocarts y de la incisión media que permite la colocación del sistema de hermeticidad.

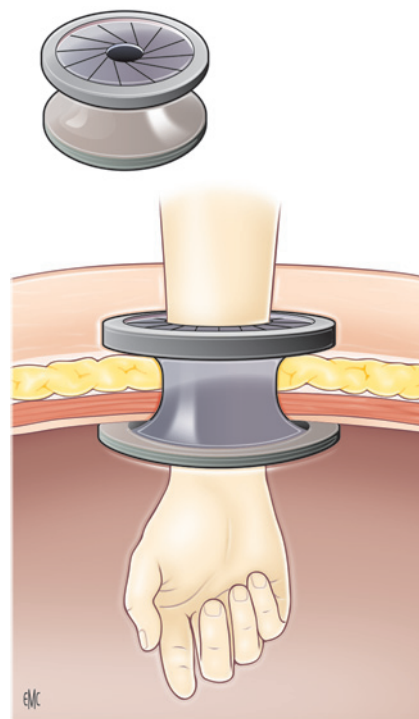


Figura 2. Sistema de hermeticidad que permite la colocación de la mano intraabdominal.

ritoneales que puedan dificultar la colocación del sistema de hermeticidad. Tras la colocación de dicho sistema, se puede introducir la mano no dominante (Fig. 2). La mano intraabdominal tensa la pared abdominal y permite introducir los trocarts en dirección a su palma, lo que garantiza la seguridad del procedimiento, incluso sin visión directa (Fig. 3). El trocar pararectal óptico de 10 mm se coloca en una posición ligeramente supraumbilical. La posición de este trocar es más lateral en comparación con la laparoscopia pura, porque el sistema de hermeticidad ocupa espacio, y la óptica debe estar lo suficientemente alejada de la mano intraabdominal. El segundo trocar de trabajo se coloca en la fosa ilíaca izquierda bajo control de la mano intraabdominal, a tres traveses de dedo de la espina ilíaca anteroposterior.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4268705>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4268705>

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