Actas Urológicas Españolas

www.elsevier.es/acuro

Editorial

Comentario editorial al trabajo «Nueva técnica para realizar nefrolitotripsia percutánea “decúbito dorsal total”»

Comments on article “A new technique to perform percutaneous nephrolithotripsy in “total dorsal decubitus position””

Han pasado bastantes años desde que Valdivia describiera por vez primera la posición supina del paciente en la nefrolitotomía percutánea (NLP) y más de una década desde que publicase una importante serie de casos (557 nefrolitotomías) realizados en dicha posición, que mostraron su viabilidad, reproducibilidad y eficacia¹. Pero no ha sido hasta hace pocos años cuando la comunidad urológica ha mostrado un mayor interés en esta posición, siendo cada vez más frecuentes los trabajos referidos a la NLP en supino²⁻⁴, por lo que ya empieza a existir una razonable evidencia en cuanto a que no parecen existir diferencias entre esta posición y la prona, respecto a tasa de resolución litiasica y morbilidad.

Hago este comentario porque, aunque son obvias las ventajas de esta posición: la ventilación y el retorno venoso no están dificultados (particularmente en pacientes obesos) y que, además, el cirujano puede trabajar en una postura más ergonómica, en la que la exposición radiológica es menor (argumentos que bastarían para desterrar la posición prona con igualdad de resultados y morbilidad), existe una indudable reacción a abandonar la posición prona en urólogos con notable experiencia en cirugía percutánea, que se fundamenta en la falta de suficientes estudios y en la dificultad de la curva de aprendizaje del abordaje renal en supino, pero que se explica, a mi juicio, por la inercia de la costumbre de una técnica con la que se obtienen buenos resultados.

En este sentido, el trabajo publicado en este número por Melchert et al, «Nueva técnica para realizar nefrolitotripsia percutánea «decúbito dorsal total»⁵, que recoge la experiencia de tres centros brasileños, viene a mitigar la carencia de estudios antes expresada. En su nutrida serie (1775 casos) en posición de decúbito dorsal total, realizadas entre 1996-2009, han empleado un tiempo operatorio medio de 48 min, consiguiendo una excelente tasa de resolución litiasica (81,8%), con una mínima tasa de complicaciones (1,12%). Es importante hacer notar que, si bien no describen el tamaño litiasico medio, han intervenido cálculos de 342 coraliformes y 156 litiasis de uréter proximal.

Los autores señalan con énfasis que su posición supina difiere de la original de Valdivia en varios aspectos: el decúbito es total dado que no utilizan una almohadilla para levantar el flanco quirúrgico; la extremidad inferior ipsilateral se coloca

en discreta abducción y la contralateral en abducción similar a la posición de la litotomía. Además, la extremidad superior ipsilateral se coloca en abducción. En esta posición, han podido realizar la cistoscopia y el cateterismo ureteral, y en los casos de litiasis ureteral proximal han comenzado realizando una ureterorenoscopia rígida para resolver por vía retrógrada la litiasis o para realizar, a continuación, la nefroscopia percutánea si la litiasis emigraba a las cavidades renales.

Probablemente, el argumento definitivo en defensa de la posición supina, que hará que sea mayoritariamente aceptada, sea la sencillez con la que se puede realizar el acceso retrógrado al riñón, no solo para la opacificación y la distensión de la vía excretora necesarias para la punción, sino para simultanear el abordaje percutáneo con la ureterorenoscopia flexible, versatilizando las posibilidades de acceso a diferentes cálices y disminuyendo, así, el número de trayectos percutáneos. La consolidación de la cirugía endoscópica combinada intrarrenal, gracias a la mejoría de los ureterorenoscopios flexibles y a la miniaturización de las fibras láser y las cestillas de nitinol, hará imparable que esta posición sea el nuevo estándar, como ya han señalado algunos autores⁶.

Quiero hacer algunas consideraciones sobre esta posición. Se debe a Ibarluzea el merito de haber sistematizado el abordaje simultáneo combinado al modificar la posición de Valdivia separando y flexionando las extremidades inferiores⁷. La posición que los autores de este trabajo titulan como nueva difiere solo en matices respecto a la «posición de Galdácano», pero creo que no la hacen más ventajosa, ya que la utilización del cojín en el flanco (como originalmente describió Valdivia) facilita la exposición de la línea axilar posterior y obliga a la colocación de la extremidad superior ipsilateral flexionada sobre el tórax, liberando el espacio donde trabajan el cirujano y el ayudante.

Dos circunstancias que todavía despiertan controversia en la posición supina son el tratamiento de la litiasis coraliforme y los accesos supracostales². La resolución eficaz de la litiasis coraliforme precisa, en ocasiones, de un abordaje del cáliz superior, ya que este proporciona un acceso directo al eje de las cavidades del riñón, pero en la posición supina el polo superior del riñón se aleja más del punto de punción cutáneo que en la posición prona, por lo que este abordaje puede estar

dificultado. Por otra parte, se achaca a esta posición una menor disponibilidad de espacio respecto a la posición prona a la hora de abordar diferentes cálices, situación esta necesaria ocasionalmente al tratar la litiasis coraliforme. Es de sentir que en este trabajo, en el que se tratan 342 litiasis coraliformes (19,2% del total), no se estratifican los resultados respecto a este tipo de litiasis para conocer su tasa de resolución litiásica y el número de abordajes de cálices superiores y de trayectos múltiples que han empleado.

Actualmente en nuestro grupo, la litiasis coraliforme se aborda en posición de Galdácano, preferentemente por un acceso al cáliz inferior simultaneando la ureterorenoscopia flexible, o bien, realizando un segundo trayecto de menor calibre al cáliz superior. La técnica elegida dependerá de las características morfológicas de la litiasis. Solo cuando la carga litiásica del grupo calicial superior sea grande indicaremos la segunda opción. La vaina de Amplatz® del trayecto inferior, además de fijar el riñón, nos permite desplazarlo caudalmente para descender el punto de punción costal, facilitando la punción en esta posición.

Finalmente, creo que la punción, punto clave en la cirugía percutánea renal, es más sencilla en la posición supina y la segunda curva de aprendizaje para aquellos que ya tienen experiencia en la posición prona es mucho más corta. Cambiemos, pues, para mejor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Valdivia Uria JG, Valle Gerhold J, López López JA, Villaroya Rodríguez S, Ambroj Navarro C, Ramirez Fabián M, et al. Technique and complications of percutaneous nephroscopy: Experience with 557 patients in the supine position. *J Urol*. 1998;160:1975-8.
2. De la Rosette JJ, Tsakiris P, Ferrandino MN, Elsakka AM, Rioja J, Preminger GM. Beyond prone position in percutaneous nephrolithotomy: A comprehensive review. *Eur Urol*. 2008;54:1262-9.
3. Amón Sesmero JH, Del Valle González M, Conde Redondo C, Rodríguez Toves A, Cepeda Delgado M, Martínez-Sagarra JM. Comparison between Valdivia position and prone position in percutaneous nephrolithotomy. *Actas Urol Esp*. 2008;32:424-9.
4. De Sio M, Autorino R, Quarto G, Calabró F, Damiano R, Giugliano F, et al. Modified supine versus prone position in percutaneous nephrolithotomy for renal stones treatable with a single percutaneous access: A prospective randomized trial. *Eur Urol*. 2008;54:196-203.
5. Melchert E, Orlando de Farias JR. Nueva Técnica para realizar nefrolitotripsia percutánea «Decúbito Dorsal Total». *Actas Urol Esp*. 2010;34.
6. Scoffone CM, Cracco CM, Cossu M, Grande S, Poggio M, Scarpa RM. Endoscopic combined intrarenal surgery in Galdakao-modified supine Valdivia position: A new standard for percutaneous nephrolithotomy? *Eur Urol* 2008;54:1293-403.
7. Ibarluzea G, Scoffone CM, Cracco CM, Poggio M, Porpiglia F, Terrone C, et al. Supine Valdivia and modified lithotomy position for simultaneous antegrade and retrograde endourological access. *BJU Int*. 2007;100:233-6.

J.H. Amón Sesmero

Servicio de Urología, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid,

España

Correo electrónico: amonsesmero@yahoo.es

0210-4806/\$ - see front matter

© 2009 AEU. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.acuro.2010.01.021