

PIELOLITOTOMÍA LAPAROSCÓPICA.

Vicente Chiva Robles, Carlos Escalera Almendros, Carlos Pascual Mateo, Nuria Rodríguez García, Ana García Tello y Antonio Berenguer Sánchez.

Servicio de Urología. Hospital Universitario de Getafe. Getafe. Madrid. España.

Resumen.- La aplicación de la laparoscopia como técnica quirúrgica en Urología ha permitido ampliar el abanico de opciones terapéuticas para diferentes patologías. Esto incluye también el tratamiento de la litiasis localizada en pelvis renal.

Presentamos una Pielolitotomía laparoscópica como técnica quirúrgica, describiendo paso a paso todo el proceso desde la colocación del paciente e introducción de trócares, hasta la colocación del drenaje y cierre.

El objetivo del trabajo es mostrar la realización de dicha técnica y presentarla como alternativa a otras ya existentes.

Palabras clave: Pielolitotomía. Laparoscopia. Técnica quirúrgica.

Summary.- The application of laparoscopy as a surgical technique in Urology has enabled to expand the therapeutic options for various pathologies. The treatment of urinary lithiasis localized in the renal pelvis is one of them.

We report a laparoscopic pyelolithotomy, describing the operation step-by-step, from patient positioning and trochar insertion to drainage tube insertion and closure.

The objective of this article is to show the technique, presenting it as an alternative option.

Keywords: Pyelolithotomy. Laparoscopy. Surgical technique.

INTRODUCCIÓN

Para la realización de una pielolitotomía laparoscópica, colocamos al paciente en decúbito lateral a 90 ° con ligero Trendelenburg y descenso de las extremidades inferiores (Figura 1). Se utiliza el acceso periumbilical, en línea pararrectal, para la colocación del primer trócar. Empleamos el acceso bajo visión directa, avanzando a través de los planos de la pared abdominal hasta alcanzar el espacio intraperitoneal.

El lugar de implantación del resto de los trócares dependerá de las características anatómicas del paciente, pero generalmente se coloca un trócar a nivel del cruce de las líneas umbilical y axilar ante-

Correspondencia

Vicente Chiva Robles
Servicio de Urología
Hospital Universitario de Getafe
Ctra. de Toledo km. 12,500
28905 Getafe. Madrid. (España)
vchivaro@yahoo.es

Trabajo recibido: 20 de octubre 2005



FIGURA 1. Colocación del paciente en quirófano en decúbito lateral a 90° con ligero Trendelenburg y descenso de las extremidades inferiores.



FIGURA 2. Colocación de trócares.

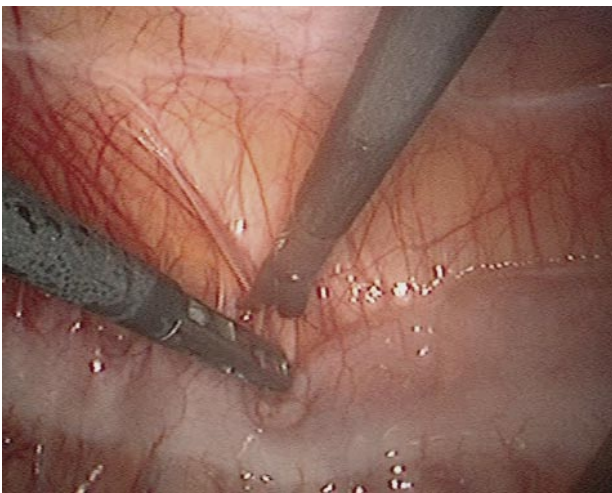


FIGURA 3. Apertura del peritoneo parietal posterior y descenso del colon.

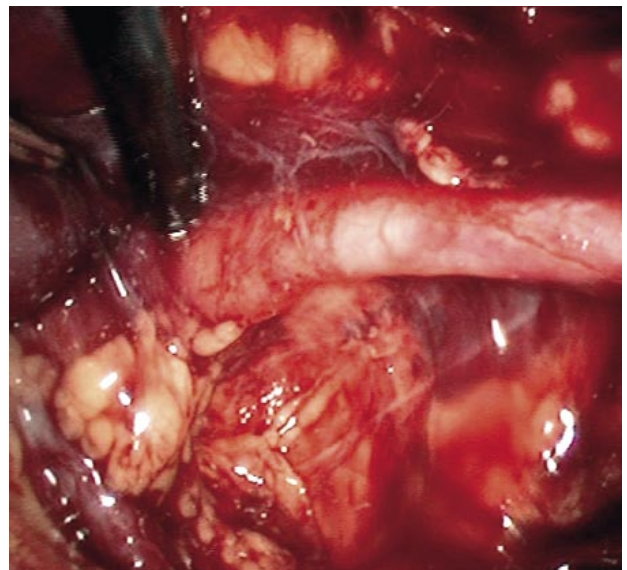


FIGURA 4. Identificación y disección de uréter.

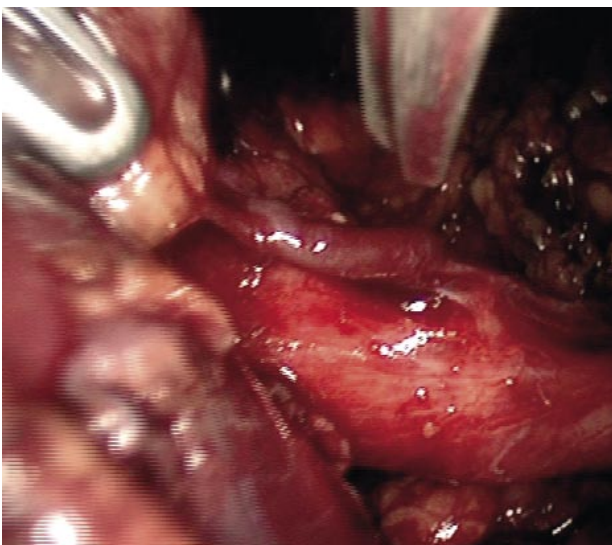
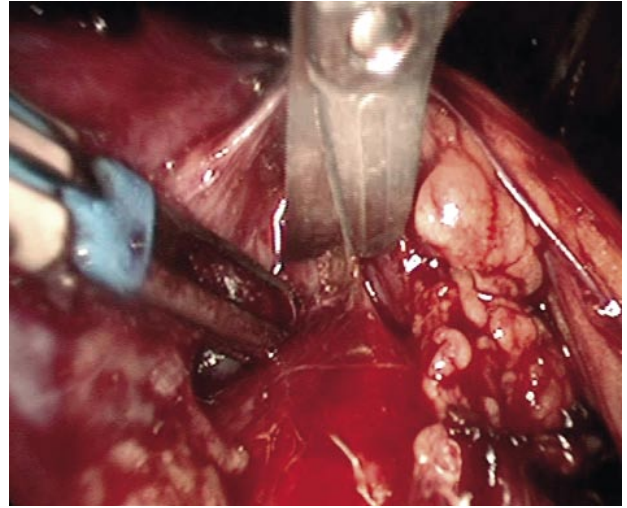
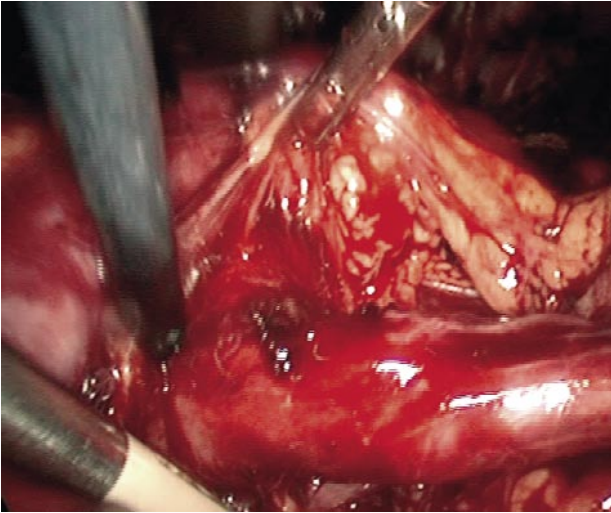


FIGURA 5. Disección de uréter proximal, identificación de vasos periureterales y hemostasia cuidadosa de los mismos.



FIGURA 6. Disección de uréter hasta pelvis traccionando del polo inferior del riñón, visualizando la arteria renal.



FIGURAS 7 y 8. Liberación y disección de pelvis renal hasta identificar los cuellos caliciales.

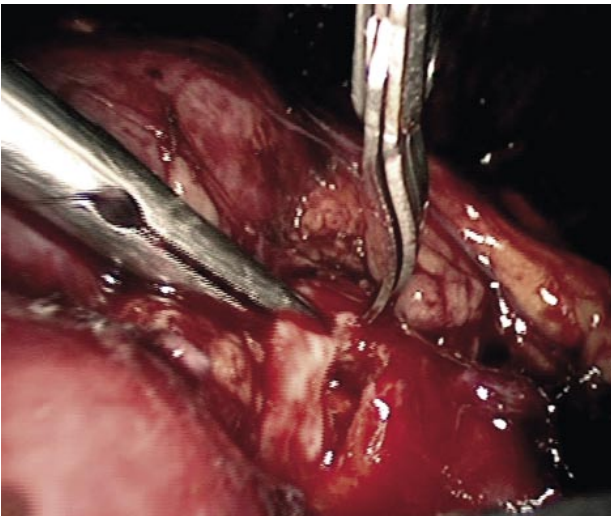
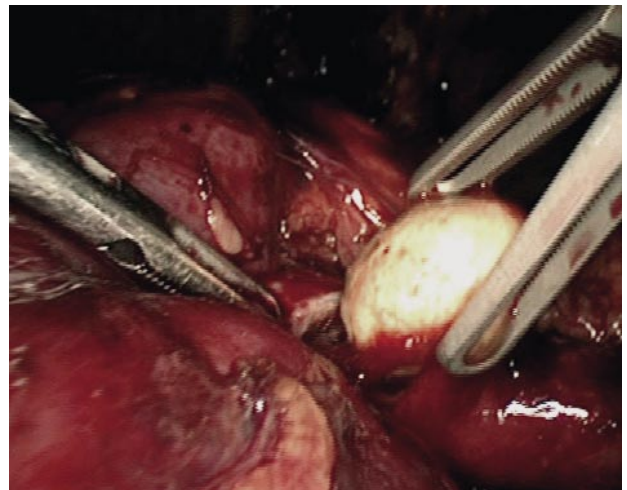
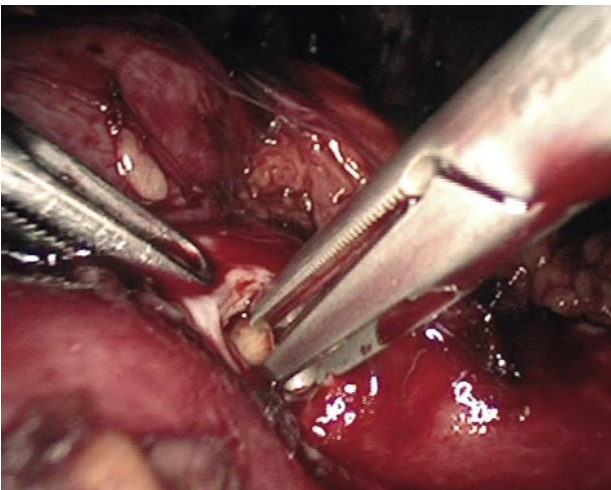


FIGURA 9. Incisión y apertura de pelvis renal de 2 cms de longitud.

rior, otro subcostal en la línea mamilar y un último en fosa ilíaca. El diámetro de los trócares varía según las necesidades del cirujano y del tipo de cirugía que realizamos. Se puede colocar un 5º trócar a nivel de la línea axilar posterior o subcostal (Figura 2).

Identificamos el espacio laterocólico y apertura del peritoneo parietal posterior a dicho nivel, accediendo al espacio retroperitoneal. Una vez rechazado el colon, localizamos el músculo psoas y medialmente sobre él encontramos el uréter (Figuras 3 y 4).

Comenzamos la disección del uréter de forma roma en dirección caudal y craneal hasta la pelvis renal y realizamos hemostasia de los pequeños vasos periureterales (Figura 5). Liberamos y diseccionamos la unión pieloureteral en su totalidad, pudiéndose visualizar estructuras vasculares del hilio renal. (Figura 6).



FIGURAS 10 y 11. Extracción de litiasis pélvica con pinzas de agarre atraumáticas.

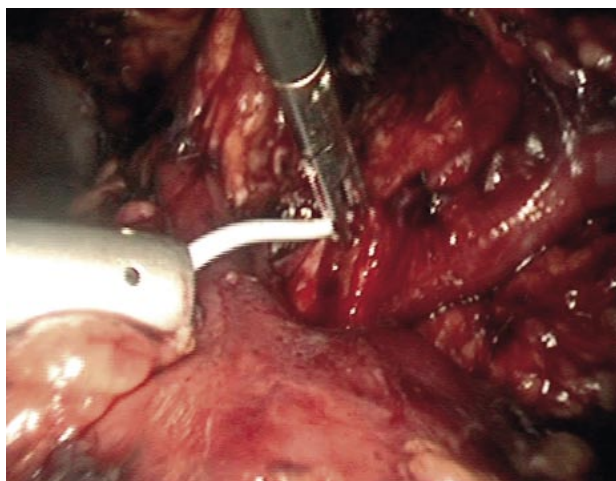


FIGURA 12. Introducción de catéter doble J sobre una guía ureteral de forma anterógrada.

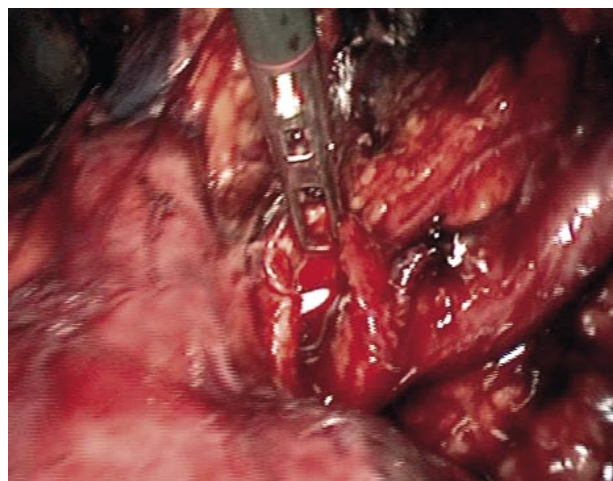
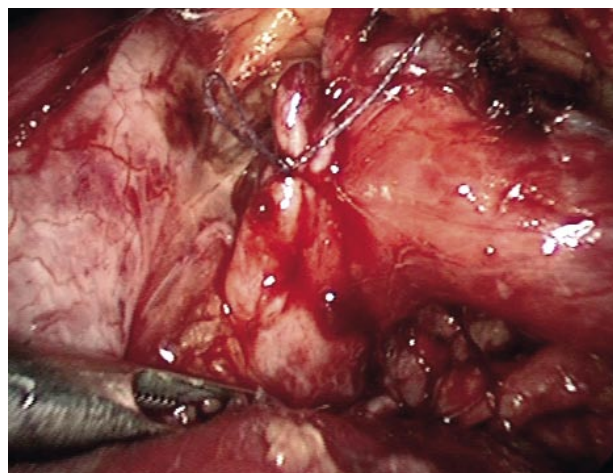
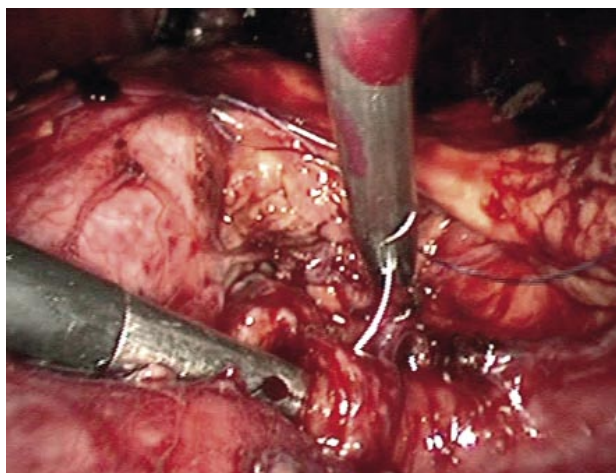


FIGURA 13. Colocación de extremo proximal de catéter ureteral en pelvis.



FIGURAS 14 y 15. Realización de sutura continua en pelvis renal.

Realizamos un abordaje intrasinusal, traccionando del tejido periureteral con pinzas de agarre y liberación roma con el aspirador, alcanzando los cuellos caliciales. (Figuras 7 y 8).

Una vez liberada la pelvis renal realizamos una pielotomía transversa de 2 cm de longitud. En su interior, observamos la litiasis piélica, que extraemos con una pinza, procurando no desgarrar el orificio de la pielotomía (Figuras 9, 10 y 11).

A continuación, introducimos una guía de forma anterógrada, a través de uno de los trócares. Posteriormente pasamos un catéter ureteral doble J sobre ella, y recolocamos el extremo superior del catéter en el interior de la pelvis renal con unas pinzas (Figuras 12 y 13).

Iniciamos el cierre de la pielotomía, que realizaremos con sutura continua de Monocryl 4/0. Una

vez finalizada la misma, colocamos un drenaje Jackson-Pratt (Figuras 14 y 15).

CONCLUSIÓN

La pielolitomía por vía laparoscópica constituye una opción más para el tratamiento de la litiasis en urología. Permite ampliar el abanico de posibilidades terapéuticas de esta patología en grupos con experiencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. ESCALERA ALMENDROS, C.; CHIVA ROBLES, V.; BERENGUER SÁNCHEZ, A.: "Manual de Cirugía Laparoscópica". Fundación Biomédica. Hospital Universitario de Getafe. Getafe. Madrid.