

UNA TÉCNICA SIMPLIFICADA PARA PRACTICAR GRANDES NEFROTOMIAS

Autor: Dr. Brisset, Jean Marie - Relator: Dr. Rey, Horacio M.

La técnica aquí descrita es para simplificar la cirugía de la litiasis renal difícil.

Es simple porque es rápida, sin complicación.

Debe ser precisa para ser eficaz y no peligrosa.

Demanda, sin ninguna duda, el entrenamiento de todo el equipo quirúrgico, pero también la colaboración del equipo de radiología.

No es de práctica sistemática en nuestra serie quirúrgica de la litiasis compleja.

Está destinada, prioritariamente, para abordajes difíciles de la pelvis renal, sobre todo en la cirugía iterativa, cuando la pelvis se ha retraído, cuando los cuellos caliciales son muy estrechos, o para las masas cálcicas predominantemente caliciales.

En otros casos, la disección intrasinusal de la pelvis, la pielolitotomía simple y eventualmente las pequeñas nefrotomías son las técnicas corrientemente empleadas.

La técnica

Amplio abordaje del riñón para no provocar ninguna tracción del pedículo en el curso de la disección, en la búsqueda de cálculos o durante el control radiológico preoperatorio.

El pedículo es abordado por arriba y por detrás, se repara la arteria y se la clampea.

La vena renal no es clampeada. El retorno venoso, generalmente moderado, permitirá repasar los senos venosos con mayor facilidad.

El clampeo del pedículo puede ser total si el retorno venoso es masivo o las arterias renales numerosas.

El corte del parénquima renal se hace un poco por detrás del borde convexo (2/3 medios). Esta sección respeta los polos, pues en general aquí la vascularización es más compleja y el riesgo de isquemia mayor.

La gran nefrotomía bi-valva abriendo totalmente el riñón, comprendidos los polos, es inútil y no torna más fácil el retirar los cálculos.

El cáliz más accesible es entonces buscado, para cortar las cavidades por buen plano sin perderse en una de las valvas. No siempre es útil abrir totalmente la pelvis.

Así los cálculos son fácilmente removidos, en especial los de los cuellos caliciales y los de la pelvis.

Puede ser más difícil encontrar los pequeños cálculos de los cálices secundarios, que será necesario reparar y cateterizar, abrir los pequeños cuellos, identificar el cálculo y proceder a una pequeña nefrotomía complementaria sobre una de las valvas.

Se toma entonces una radiografía (placa por contacto). Tres minutos después tendremos el resultado.

Durante ese tiempo los primeros puntos profundos serán pasados.

Si aún quedan cálculos, la búsqueda continúa y una nueva placa de control es tomada.

El tiempo de clampeo permite 3 ó 4 placas por contacto. El plano profundo es reparado tomando la mucosa calicial y los plexos venosos adyacentes, bien visibles aunque baebantes, con catgut 000.

Todos los puntos en general son en X.

Cuando los puntos del plano profundo están anudados, el sangrado venoso debe ceder.

El pedículo es liberado. El riñón recupera su coloración.

El plano superficial con catgut 00, se realiza en general después de retirar el clamp.

Observaciones

1ª) El tiempo de isquemia o de clampeo que nosotros autorizamos es de 45 minutos como máximo.

Los 2/3 de nuestros casos oscilan en los 30 minutos.

Clampeos iterativos fueron realizados al comienzo de nuestra experiencia, ahora no lo hacemos más.

2ª) Nosotros no dejamos ningún drenaje trans-renal; en todo caso, de hacerlo, jamás por la nefrotomía, pues su cierre quedaría deteriorado.

3ª) De nuestras reoperaciones por hemorragia se explican por ese mecanismo: el sangrado era por el contacto del drenaje.

Esta técnica nos parece efectiva, en cuanto a los resultados sobre la litiasis.

Ciento veinticuatro casos sobre 155 fueron liberados totalmente de su litiasis, teniendo como control la placa de contacto.

Ciento treinta y ocho sobre 155 en la urografía de control.

Teniendo en cuenta que estas grandes nefrotomías fueron planeadas, pues las otras técnicas eran imposibles de realizar o eran muy complejas.

En cuanto a su relativa seguridad, teniendo en cuenta la dificultad de esta cirugía, solamente fueron practicadas tres nefrectomías más secundarias.

Nosotros no realizamos exámenes isotópicos pre y posoperatorios; juzgamos la función renal con las cifras de creatinina.

Un estudio aislado del examen isotópico en las nefrotomías no nos parece coherente en la medida que esta técnica es empleada sobre todo en aquellos casos por contraindicaciones a otras técnicas que hubieran sido, al menos, igualmente efectivas en el tratamiento de las litiasis complejas.

Contraindicaciones a la técnica

Ateromatosis arterial, fue ése el caso de nuestra única trombosis arterial.

El riñón mal rotado, donde la línea avascular es incierta (esto fue la explicación a una atrofia parcial). Es en este caso que la inyección de sustancias colorantes en las ramas arteriales permiten guiar el trayecto de la nefrotomía.

143 pacientes - 12 intervenciones
30 hombres - 113 mujeres

Edad

menos de 40 años	73
menos de 40-60 años	54
mayor de 60 años	16

143

Complicaciones posoperatorias

Hemorragia con reintervención quirúrgica: siete casos, cinco éxitos.

Una muerte por embolia pulmonar, una nefrotomía precoz, fístula urinaria transitoria, atrofia parcial.

Gravedad de la intervención

Mortalidad: un caso de insuficiencia cardíaca, una embolia pulmonar luego de una reintervención por hemorragia. Pérdida media de sangre: 600 cm³.