

Abordaje percutáneo renal en posición decúbito supino (Valdivia Uría, 1987)

Percutaneous renal approach with Valdivia Uría technique

Dr. Pablo Holst

La litotricia percutánea renal en decúbito supino ofrece múltiples ventajas en relación con la posición en decúbito ventral; no requiere movilizar al paciente con lo cual no hay riesgo de extubación, mejor manejo y control anestésico, y mejor mecánica ventilatoria. Desde el punto de vista técnico cursa menor tiempo quirúrgico (al evitar las demoras que ocasionan los cambios de posición), la dirección del *amplatz* permite que los fragmentos pequeños o medianos salgan por declive, facilita la instrumentación baja simultánea (cisto o ureteroscopia) y mejor acceso a grupos caliculares medios y superiores, ya que el riñón en esta posición no asciende como lo hace en decúbito prono.

Las desventajas de este procedimiento se encuentran en aquellos riñones muy móviles, éstos generalmente rotan en sentido coronal, por lo que el polo inferior se ubica cercano a la línea media (lo cual se resuelve colocando al paciente en posición de *Trendelenburg* y con compresión abdominal). De no contar con endocámara la posición obligada a adoptar por el cirujano es muy incómoda y en pacientes obesos requiere de *amplatz* más largos.

No hay mayor incidencia de lesiones de peritoneo o colon en esta posición que en decúbito prono. Se describen a continuación algunas consideraciones sobre la técnica en esta posición, resta aclarar que el resto de los pasos quirúrgicos son comunes a la nefrolitotricia percutánea en decúbito ventral.*

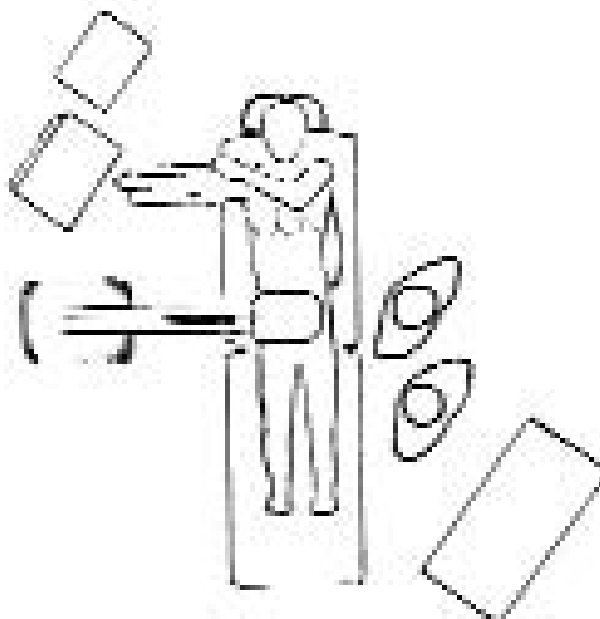


Figura 1. Mesa: Del lado ipsilateral al riñón a intervenir: cirujano, ayudante por detrás, mesa e instrumentada, del contralateral, equipo de radioscopia, cuya pantalla junto con la torre de la endocámara se presentan con perfecta visualización para los cirujanos.

Hospital Universitario Austral,
Pilar, Prov. de Buenos Aires,
Argentina.

* Nota editorial



Figuras 2 a y b. Posición del paciente: Paciente en decúbito supino, bajo anestesia general o local (para nefrostomías derivativas), si bien es posible el empleo de anestesia local más sedación intravenosa para las nefrolitotricias como lo realiza el Dr. Valdivia Uría. Se coloca una bolsa de irrigación de 3 litros debajo de la fosa lumbar a intervenir. El brazo homolateral cruza el tórax por delante, o sujeto al arco de la cabecera de la mesa. El contralateral extendido y generalmente es utilizado para el acceso endovenoso.

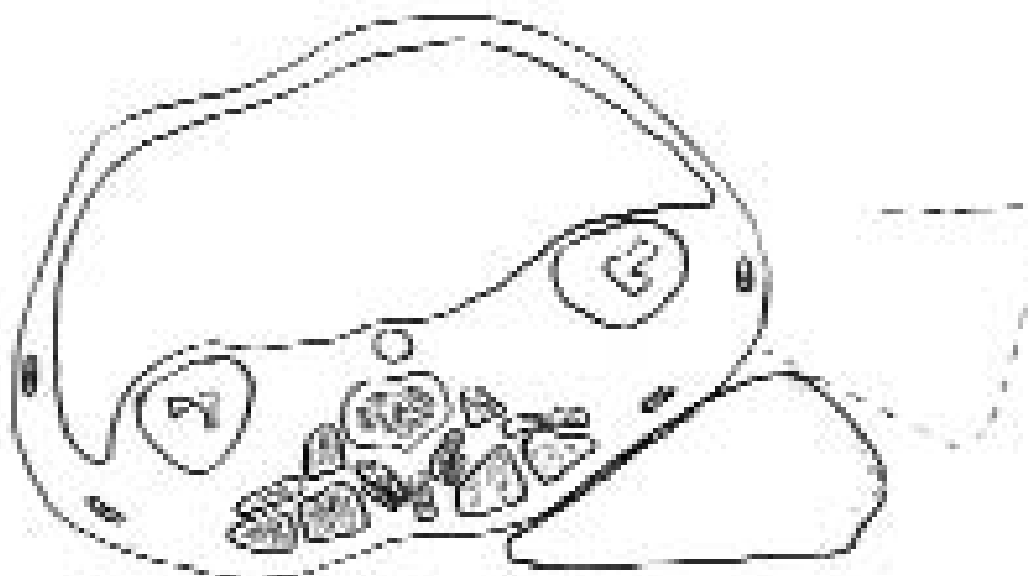


Figura 3. Esquema de tomografía: Esquema de una tomografía axial computada, en la que se ve como un trayecto de punción renal percutáneo izquierdo, incluso el intercostal, pasaría dorsal al colon con una bolsa de irrigación de 3 litros colocada debajo de la fosa lumbar izquierda. (Modificado de anatomía renal aplicada a la cirugía percutánea, Algarabel y col., 1992)



Figura 4. Punción con aguja. Punción con aguja 18 G, a aproximadamente 3 cm del borde de la bolsa de realce del flanco, en dirección al cáliz a abordar. Al acercarnos al cáliz vemos cómo la aguja produce una fovea sobre el mismo. (Signo de fovea calicular), ésta es una sensación táctil-visual de gran importancia para orientarnos en el plano correcto y evitar así un sangrado innecesario.

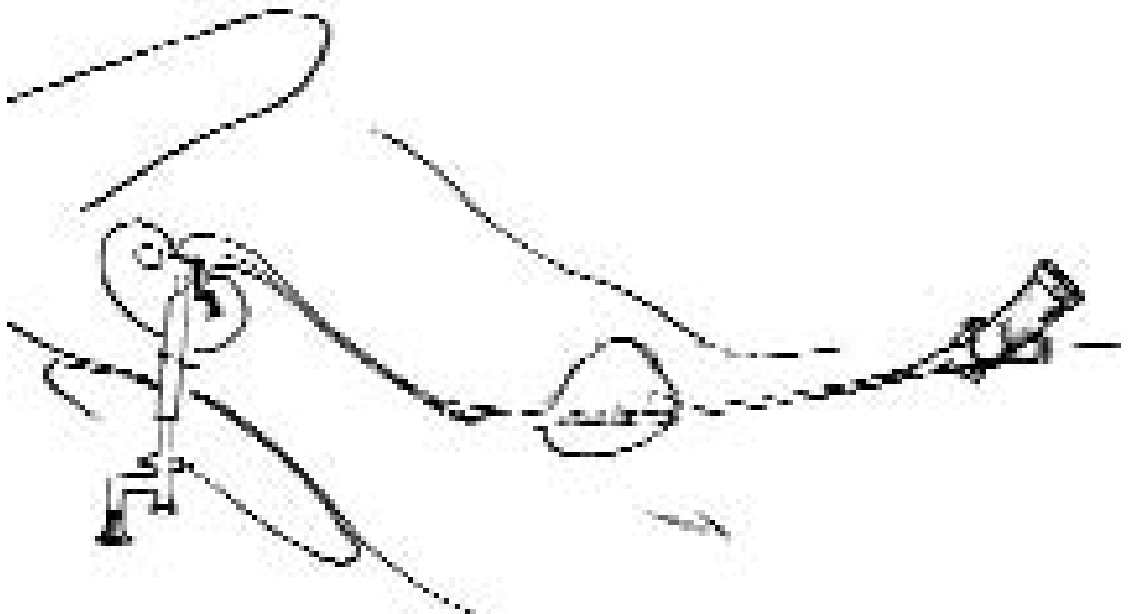


Figura 5. Casos complejos. En casos complejos, como se ve en el esquema, esta posición brinda la posibilidad de abordar la vía urinaria alta tanto en forma anterógrada como retrógrada simultáneamente.