

Pieloplastia Laparoscópica Retroperitoneal

Retroperitoneal laparoscopic pyeloplasty

Dr. Moldes, J.

El diagnóstico habitual de la Estenosis Pieloureteral (EPU) en pediatría, se realiza a través de la Ecografía en diagnóstico prenatal, y en general la operación se efectúa antes de los 18 meses de edad con abordaje por lumbotomía posterior. Existen pacientes con EPU, que no fueron detectados previamente, que debutan con síntomas tardíos como dolor abdominal cólico, hematuria o infección urinaria. En este tipo de pacientes, cuando la propuesta es corrección quirúrgica con abordaje por lumbotomía clásica, nuestra propuesta es la resolución por vía laparoscópica retroperitoneal. El instrumental que utilizamos habitualmente es de 3 mm, ya que brinda las mismas prestaciones que el de 5 mm y es mucho más adecuado para el manejo de estructuras delicadas.

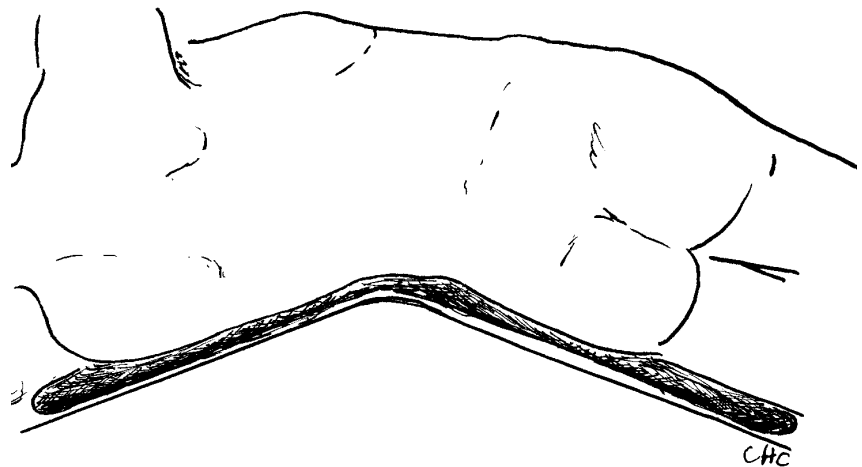


Figura 1. Posición: Paciente en decúbito lateral, con protección de las zonas de pliegue y decúbito.

Hospital Italiano de Buenos Aires,
Argentina.

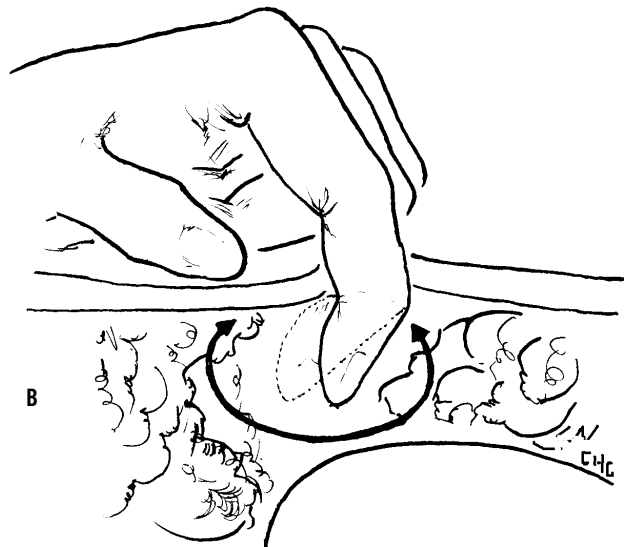
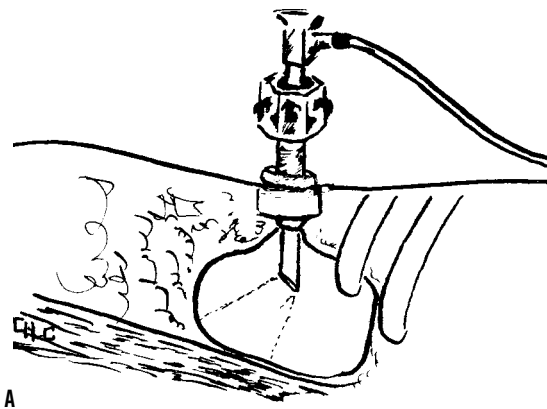


Figura 2 a y b . Para la colocación del primer trocar se tendrá el cuenta el tamaño del niño, si es de contextura pequeña utilizamos balón dilatador con óptica de 5 mm (Figura 2a) o si es de mayor tamaño se genera el espacio retroperitoneal por disección digital para una óptica de 10 mm (Figura 2b). Logrado dicho espacio se completa la disección con la óptica y una vez bajado el peritoneo se colocan los otros trocares.

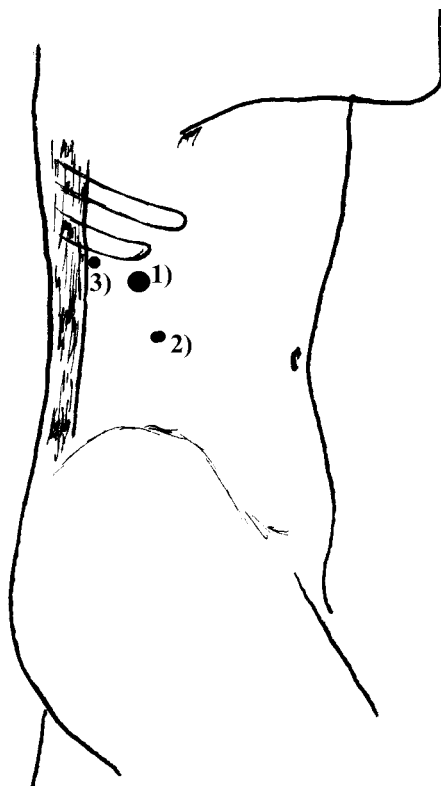


Figura 3. Los trocares quedaran ubicados: 1) óptica de 10 o 5 mm: 2 cm por debajo del extremo de la duodécima costilla en la línea axilar media, 2) trocar de 3 mm línea axilar anterior a la altura umbilical y 3) trocar de 3 mm en la unión de los músculos paravertebrales con la duodécima costilla (medio centímetro por debajo de la misma para no lesionar el paquete vasculonervioso costal)

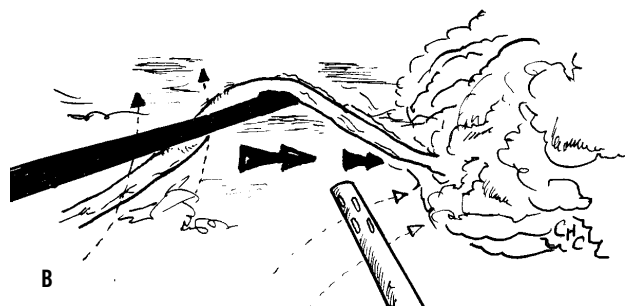
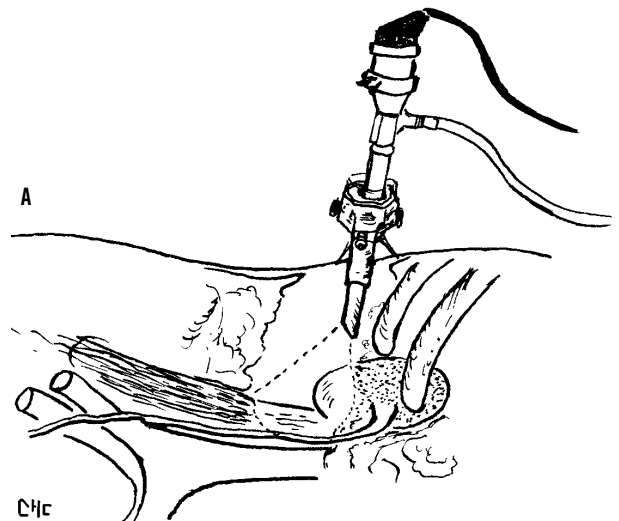


Figura 4 a y b. Se procede a la apertura de la fascia de Gerota, pudiendo visualizar directamente al riñón (4a) o en su defecto se busca el uréter que se halla anatómicamente sobre los músculos paravertebrales y utilizando éste como reparo se disecciona hacia cefálico para ubicar al riñón (4b).

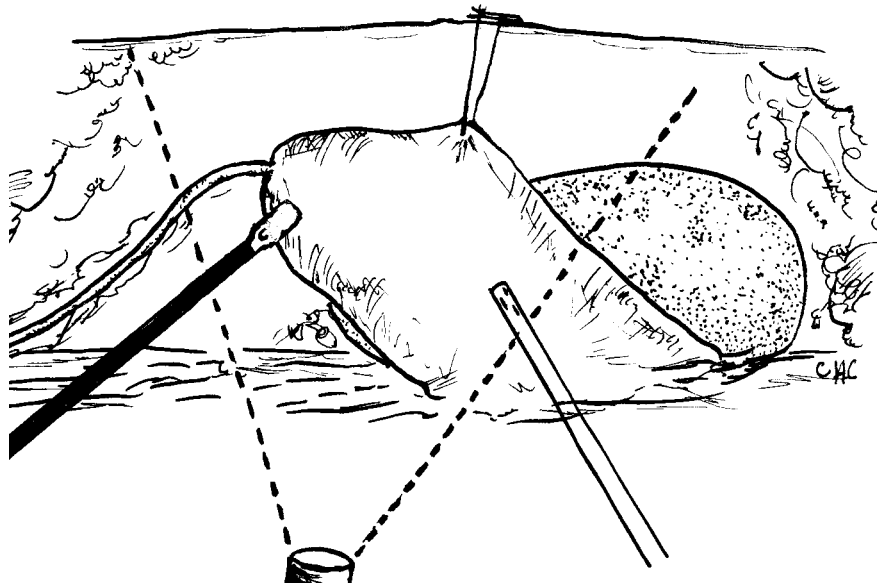


Figura 5. Una vez disecada la pelvis renal y con el riñón móvil, se rota la pelvis y se la fija por tracción a la piel con un punto de monofilamento 3-0 con aguja curva rectificada (este punto generalmente cae a la altura del trocar de la óptica).

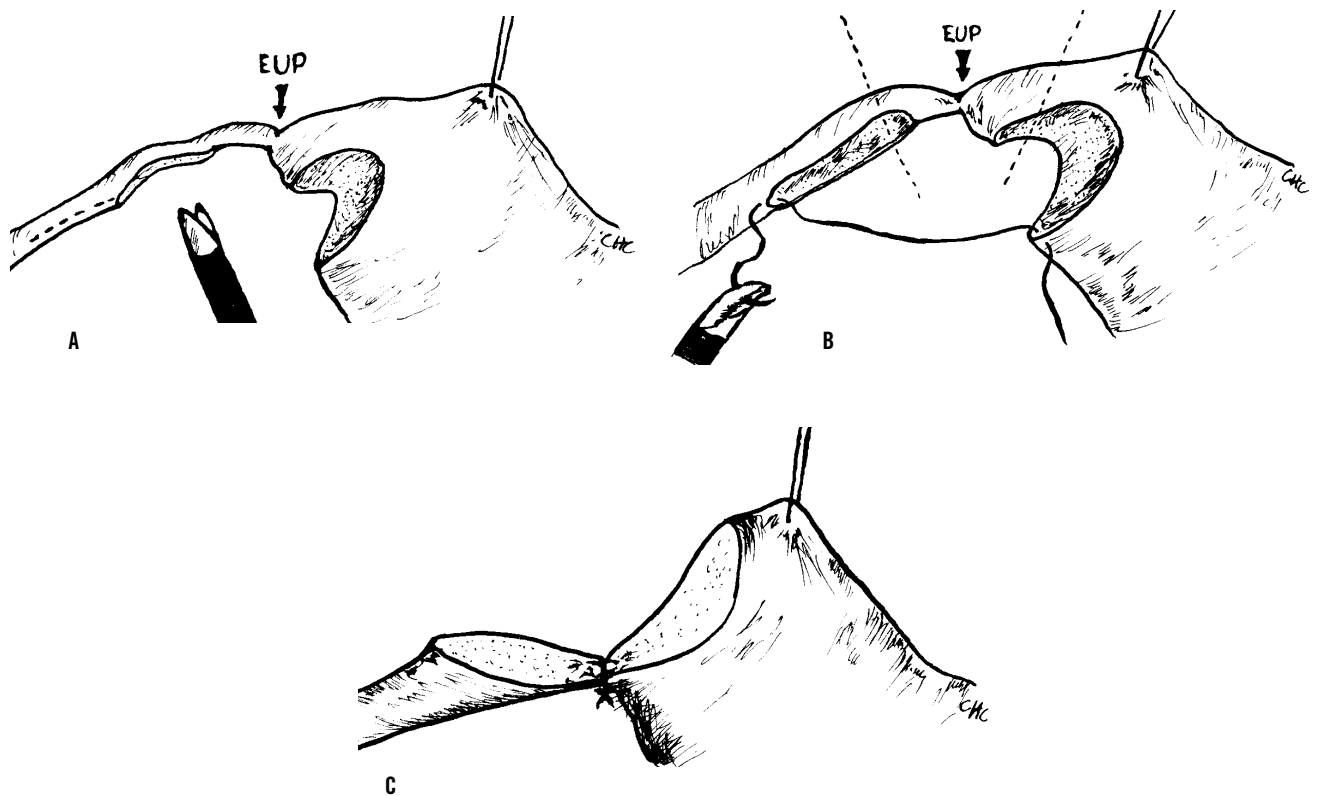


Figura 6 (a,b,y c). Sección parcial de la pelvis, dejando una doble boca abierta (a distal y proximal de la estenosis ureteropielica) (6a), luego se espátula el uréter a distal y se coloca un punto de afuera adentro en pelvis y de dentro afuera para el extremo distal de la espatulación ureteral (6b), se completa la sección y se anuda con nudo extracorpóreo.

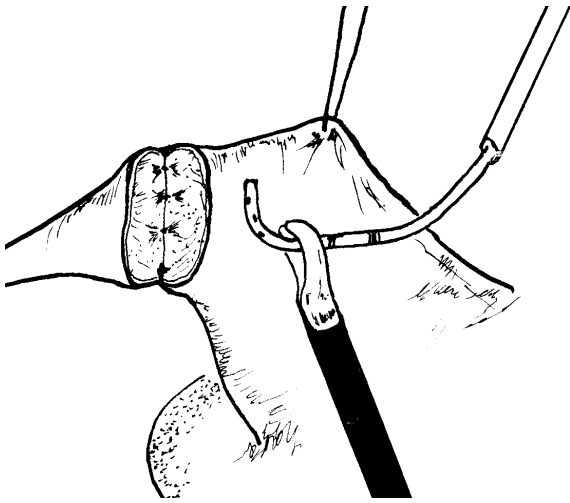


Figura 7. Se completa la sutura de la cara posterior de la anastomosis con puntos separados extracorpóreos. Se ingresa por un abocath al espacio retroperitoneal un catéter ureteral doble J 4.5 Fr. Se verifica por guía ecográfica su posición intravesical.

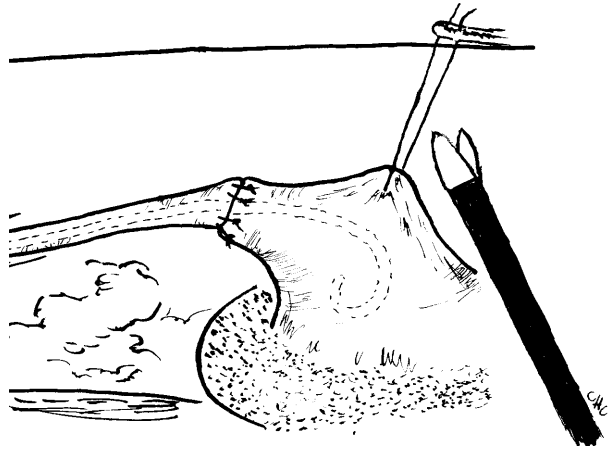


Figura 8. Posteriormente se completa la sutura de la anastomosis, ahora en su cara anterior, siempre con Vycril 5-0 con aguja RB 1 rectificada. Se corta el punto tractor de la pelvis y no se deja drenaje.