

Manejo laparoscópico de la patología quística renal benigna del adulto

Laparoscopic management of benign cystic renal pathology in the adult

Dres. Piana Martín;
Jacobo Gabriel;
Breser Jorge;
Pijoan Molinas Malen;
Zeno Lelio;
Acosta Fabio*.

Introducción: La cirugía laparoscópica se ha erigido como una alternativa eficaz, y de mínima invasión en el manejo de la patología quística renal. El objetivo de este trabajo es mostrar nuestra experiencia en el tratamiento laparoscópico de la patología quística renal benigna del adulto, y analizar los resultados quirúrgicos y postquirúrgicos obtenidos.

Material y Métodos: De noviembre del 2005 a junio del 2007 inclusive, fueron operados 35 pacientes adultos por patología quística renal benigna por vía laparoscópica. Se utilizó un modelo prospectivo y descriptivo. Los pacientes fueron evaluados mediante interrogatorio, examen físico completo e imagenología. La eficacia del método fue evaluada según si se logró, o no, el objetivo que motivó la indicación. Los pacientes fueron divididos en 2 grupos, con quistes renales simples sintomáticos, y/o con poliquistosis renal autónoma dominante del adulto. Se realizaron 2 tipos de procedimientos, destechamiento o nefrectomías laparoscópicas.

Resultados: Quistes renales simples sintomáticos. Se trataron 28 pacientes. Todos fueron unilaterales. Edad promedio de 42 años (r: 26-76). 12 (43 %) de polo superior, 10 (36 %) de polo inferior, y 6 (21 %) parapiélicos. En 10 (36 %) pacientes el motivo de la indicación fue el dolor abdominal recurrente, en 10 (36 %) lo fue la hematuria, y en 10 (36 %) la presencia de masa palpable en pacientes delgados. En 6 de los casos se había realizado previamente drenaje por punción percutánea del quiste en otros centros. El tiempo de recurrencia promedio por TAC fue de 7 años (r: 3 a 12). Sin recidiva en controles. Enfermedad poliquística renal autosómica dominante del adulto (PQRAD). Se realizaron 7 procedimientos en 5 pacientes. 3 (43 %) decorticaciones laparoscópicas, y 4 (57 %) nefrectomías laparoscópicas. El tamaño prequirúrgico promedio de los riñones por imagenología en el plano frontal fue de 28 cm (r: 24-34). Todos los pacientes a los que se les realizó decorticación laparoscópica presentaban parámetros de función renal normal, mientras que aquellos nefrectomizados estaban en hemodiálisis por IRC en lista de espera para trasplante renal.

Conclusión: El tratamiento laparoscópico de la patología quística renal representa una alternativa eficaz, segura, y de mínima invasión frente a la cirugía abierta y a los procedimientos endoscópicos anterógrados y retrógrados.

PALABRAS CLAVE: Quiste renal sintomático; Nefrectomía bilateral laparoscópica.

Introduction: Laparoscopic surgery has risen as an effective alternative, and of minimal invasion in the management of cystic renal pathology. The aim of this work is to show our experience in the laparoscopic benign cystic renal pathology of an adult and analyses the surgical and post-surgical results.

Material and Methods: Thirty-five adult patients were operated by laparoscopic access with a benign cystic renal pathology from November 2005 to June 2007. A descriptive and prospective method was used. The patients were evaluated through questioning, complete physical examination and radiology.

* Jefe de Equipo de Trasplante
Hospital Provincial del Centenario.
Rosario.
Departamento de cirugía
laparoscópica y renal percutánea.
Servicio de Urología del Sanatorio
Parque.

The effectiveness of the method was evaluated according to the success or failure of the objective that motivated the indication. The patients were divided in two groups: The first one with simple and symptomatic renal cystic, the second one with adult polycystic kidney disease. Two types of procedures were made: decortication surgery or laparoscopic nephrectomy.

Results. Simple and symptomatic renal cystic: 28 patients were treated. All of them were unilateral. Average age: 42 years old (r: 26-76). 12 (43%) upper pole, 10 (36%) lower pole and 6 (21%) peripelvic cysts.

The purpose of the indication was the recurrent abdominal pain in 10 of the patients (36%), in other 10 (36%) was the haematuria, and in other 10 (36%) was the presence of palpable mass in thin patients. In six of the cases, drainage was made through a percutaneous puncture in other centre of the cyst. The average time of recurrence through CAT was 7 years, (r: 3 to 12). Without regrowth in subsequent controls. Adult polycystic kidney disease: 7 procedures were made in 5 patients. 3 (43%) laparoscopic decortications and 4 (57%) nephrectomy laparoscopy. The pre-surgical average size of the kidneys in the frontal level was of 28 cm. (r: 24-34).

Conclusion. Laparoscopic renal-cyst decortication is a safe, minimally invasive, and efficacious procedure for the treatment of painful renal cysts, with a durable response. Bilateral laparoscopic nephrectomy can be performed in patients with cystic kidney disease can, be performed either via an exclusively laparoscopic route, with an incision for the removal of the kidney, or via a hand-assisted technique. We also believe that the laparoscopic technique is feasible, and safe. A study with more cases is necessary to prove the real value of this surgical technique in patients with adult polycystic kidney disease.

KEY WORDS: Renal cyst symptomatic; Bilateral laparoscopic nephrectomy.

INTRODUCCIÓN

Las anomalías estructurales renales quísticas son frecuentes en los estudios radiológicos y postmortem. Se calcula que existen quistes renales en un 50 % de la población adulta. La mayoría de estas lesiones son asintomáticas, aunque pueden asociarse con dolor abdominal, hipertensión, masa palpable, hematuria, infección, y/o obstrucción del sistema colector.¹

Los quistes renales simples sintomáticos pueden tratarse mediante punción-aspiración percutáneas (con o sin inyección de esclerosantes), marsupialización ureteronefros cópica, por cirugía abierta, y más recientemente mediante cirugía laparoscópica. Como argumentos a favor para la elección de la laparoscopia están la alta tasa de recidiva (30 %) con la punción-esclerótica, el riesgo de lesionar vasos cercanos con técnicas endourológicas, especialmente en los quistes parapiélicos, así como que pudiera pasar inadvertida una lesión maligna al no obtenerse muestra para estudio anatomopatológico.²

Algunos quistes renales pueden asociarse con otras

patologías, como la poliquistosis renal autonómica dominante (PQRAD), la cual es una causa frecuente de insuficiencia renal crónica (IRC). Sus complicaciones determinadas por los procesos infecciosos, proteinuria, hematuria, e hipertensión pueden ser problemas muy difíciles de resolver, y requieren especiales consideraciones terapéuticas.³

En los pacientes con PQRAD que requieren tratamiento invasivo se ha aplicado tradicionalmente aspiración percutánea, o quistectomía quirúrgica abierta de quistes dominantes, y nefrectomía abierta uni o bilateral por grandes incisiones, que implican una alta morbilidad. Una nueva opción en estos pacientes es la decorticación laparoscópica de los quistes o nefrectomía laparoscópica, tan eficaces como la cirugía convencional, pero con menor agresión.⁴

El objetivo de este trabajo es mostrar nuestra experiencia en el manejo laparoscópico de la patología quística renal benigna del adulto, y analizar los resultados quirúrgicos y postquirúrgicos obtenidos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Desde noviembre del 2005 hasta junio del 2007 inclusive, fueron operados por el mismo cirujano (MP) en el Sanatorio Parque de Rosario, el Hospital Provincial del Centenario de Rosario, y otros centros del nuestro país, 35 pacientes adultos por patología quística renal benigna por vía laparoscópica.

En el registro de pacientes se utilizó un modelo prospectivo mediante fichas en el momento del procedimiento, con seguimiento personal. Los datos recabados fueron tabulados y ordenados para la realización de este trabajo científico.

Los pacientes fueron evaluados mediante interrogatorio y examen físico completo. Se realizaron estudios de laboratorio generales y específicos de función renal. La enfermedad quística renal fue diagnosticada mediante ecografía renal, tomografía computada (TAC) con contraste y/o resonancia magnética nuclear (según función renal) de abdomen y pelvis.

Para el análisis valoramos los siguientes parámetros: edad, sexo, características y localización de la enfermedad quística, tiempo quirúrgico y de internación, tratamientos previos, tipo y dosis de analgésico utilizado, presencia de complicaciones inmediatas, anatomía patológica, y reinicio de la actividad laboral.

La eficacia del método fue evaluada según si se logró, o no, el objetivo que motivó la indicación.

Para este trabajo, los pacientes fueron divididos en

forma arbitraria en 2 grupos de acuerdo con las características clínicas de la patología quística presente y con el procedimiento laparoscópico realizado:

1) *Quistes renales simples sintomáticos*: Dentro de este grupo se incluyeron todos aquellos pacientes con quistes tipo I y II de *Bosniak* por TAC, corticales y/o parapiélicos, tratados o no por otros métodos, que presentaban hematuria macroscópica, dolor lumbar, y/o masa palpable que alteraban su calidad de vida.¹ El objetivo en esta indicación fue el de disminuir aquellos síntomas y como prevención de posibles complicaciones, tales como la hemorragia, ruptura espontánea y/o pérdidas de células funcionales renales por compresión (Figuras 1 y 2).

La vía de acceso laparoscópico (retroperitoneal o transperitoneal) elegida se determinó según las características estructurales de la patología quística, la contextura física de los pacientes y sus antecedentes clínico-quirúrgicos previos. Así, utilizamos la vía retroperitoneal preferentemente para pacientes obesos o con cirugías abdominales previas, y para quistes de valva renal posterior, parapiélicos, y de polo inferior. Mientras que preferimos la vía transperitoneal en quistes de valva anterior, y polo superior renales, y/o en pacientes con enfermedades cardiopulmonares en los cuales el retroperitoneo tiene un riesgo potencial mayor de absorción de CO₂.

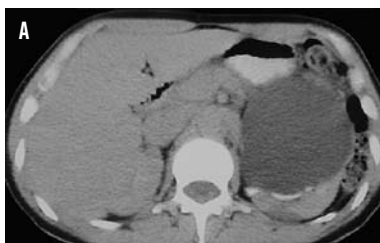


Figura 1. Quiste renal simple sintomático (dolor lumbar). T.A.C Abdominal (A) Masa quística renal izquierda de valva anterior. En este caso se accedió por vía transperitoneal. (B) Desplazamiento de pelvis renal y uréter (flechas).

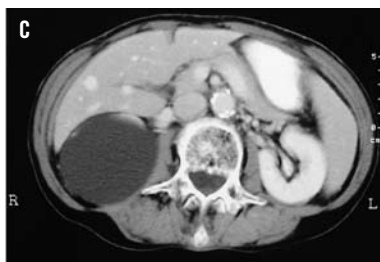


Figura 2. Quiste renal simple sintomático (hematuria). T.A.C Abdominal (A-B) Gran quiste de valva posterior de riñón derecho que distorsiona su anatomía. Se realizó acceso retroperitoneoscópico. (C) Compresión de vía excretora (flecha)

El seguimiento de estos pacientes fue semanal hasta el mes de la cirugía y luego trimestral hasta el año de postoperatorio.

2) *Enfermedad poliquística renal autosómica dominante del adulto (PQRAD)*: A este grupo lo subdividimos según la técnica quirúrgica realizada:

- Decorticación laparoscópica de quiste/s dominante/s en enfermedad sintomática en pacientes con función renal conservada. Dentro de este grupo se incluyeron todos aquellos pacientes que presentaban quistes dominantes que ocasionaban hematuria, dolor lumbar y/o infección que alteraban su calidad de vida y ponían en riesgo su capacidad funcional (Figura 3). El objetivo fue mejorar el estado clínico del paciente y retardar el deterioro de la función renal.
- Nefrectomía laparoscópica en paciente en hemodiálisis en enfermedad poliquística bilateral sintomática (dolor abdominal recurrente, pielonefritis a repetición, proteinuria severa, hipertensión de difícil control, dificultad respiratoria) y/o pretrasplante renal para preparar el espacio en el abdomen para el futuro implante (Figura 4).

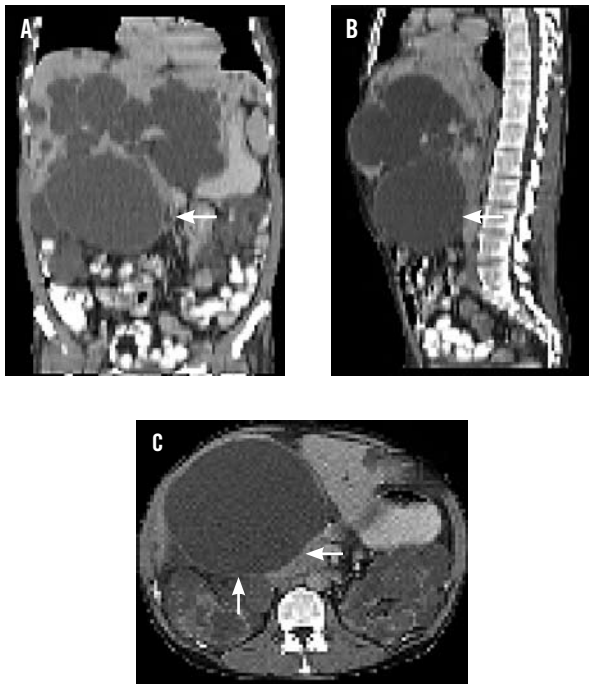


Figura 3. *Enfermedad poliquística renal autosómica dominante del adulto. TAC 3 D Abdominopelviana. Gran quiste dominante derecho (Flechas). Se realizó quistectomía laparoscópica transperitoneal. (A) Plano coronal, (B) Plano sagital, (C) Plano axial.*

En todos estos pacientes preferimos la vía de abordaje transperitoneal debido a que por el tamaño renal es necesaria una mayor amplitud en el campo de trabajo. El seguimiento de estos pacientes se realizó por los Servicios de Nefrología de cada centro comprometido y fue cada 48 horas en todos los pacientes hasta el primer mes posquirúrgico y luego mensual para los pacientes con buena función renal.

RESULTADOS

1) *Quistes renales simples sintomáticos*: Se trataron 28 pacientes, 16 (57%) mujeres y 12 (43%) hombres, con una edad promedio de 42 años (r: 26-76). La localización de los quistes fue 12 (43%) polo superior, 10 (36%) polo inferior, y 6 (21%) parapiélicos. Todos fueron unilaterales.

En 10 (36%) pacientes el motivo de la indicación fue el dolor abdominal recurrente, en 10 (36%) lo fue la hematuria, y en 10 (36%) la presencia de masa palpable en pacientes delgados. En 6 de los casos se había realizado previamente drenaje por punción percutánea del quiste en otros centros. El tiempo de recurrencia promedio por TAC fue de 7 años (r: 3 a 12).

La vía de acceso utilizada y los parámetros operativos se muestran en el Cuadro 1.

En el diagnóstico histológico no se encontraron células atípicas. El reintegro a las actividades habituales se produjo en un tiempo promedio de 7 días (r: 6-9). El seguimiento promedio fue de 11 meses (r: 2-19). En los controles no se evidenciaron signos de recidiva del quiste hasta la fecha de realización de este trabajo.

2) *Enfermedad poliquística renal autosómica dominante del adulto (PQRAD)*: Se realizaron 7 procedimientos en 5

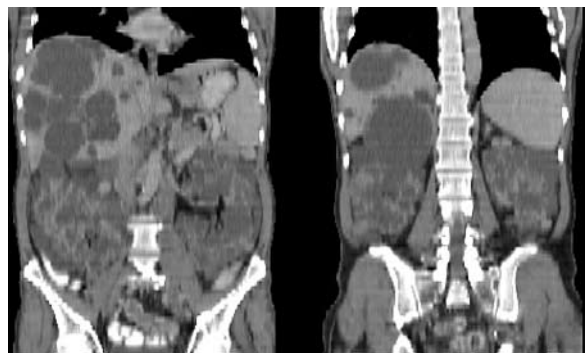


Figura 4. *Enfermedad poliquística renal autosómica dominante del adulto. TAC 3 D Abdominopelviana, plano coronal. Poliquistosis renal asociada con poliquistosis hepática. Se realizó nefrectomía laparoscópica transperitoneal.*

Acceso

Retroperitoneal	17(61 %)	
Transperitoneal	11(39 %)	
	Promedio	Rango
Tamaño del quiste (cm)	11	(8-16)
Tiempo operatorio (min.)	53	(25-130)
PES (ml.)	< 50	
Tiempo de ingesta oral (hs.)	6	(2-10)
Requerimiento analgésico (Diclofenac, mg)	150	(100-300)
Tiempo de sonda vesical (hs.)	6	(0-24)
Tiempo de internación (hs.)	10	(6-24)
Complicaciones	-	
Conversión	-	
Eficacia (Tratamiento completo)	100%	

PES: Pérdida estimada de sangre.

Cuadro 1. *Parámetros operatorios.*

pacientes. La distribución según la técnica quirúrgica utilizada fue de 3 (43%) decorticaciones laparoscópicas, y de 4 (57%) nefrectomías laparoscópicas. El tamaño prequirúrgico promedio de los riñones por imagenología en el plano frontal fue de 28 cm. (r: 24-34). Todos los pacientes a los que se les realizó decorticación laparoscópica presentaban parámetros de función renal normal, mientras que aquellos nefrectomizados estaban en hemodiálisis por IRC en lista de espera para trasplante renal.

- *Decorticación laparoscópica:* Con esta técnica fueron operados 2 pacientes masculinos, en uno de ellos

la decorticación fue bilateral en el mismo acto operatorio. Las indicaciones y variables operatorias se muestran en el Cuadro 2. No se presentaron complicaciones intraoperatorias. El procedimiento fue bien tolerado por todos los pacientes, quienes permanecieron internados en habitaciones individuales o compartidas durante 4 días (r: 2-6), con control clínico y tratamiento anti-hipertensivo y/o antibiótico endovenoso según agente causante del cuadro infeccioso. Todos los pacientes revirtieron el cuadro clínico por el cual fueron operados.

- *Nefrectomía laparoscópica:* Este grupo estuvo representado por 3 pacientes, 2 mujeres y 1 hombre con una edad promedio de 34 años (r:30-42). En 2 casos se realizaron nefrectomías unilaterales izquierdas, mientras la restante fue bilateral en actos quirúrgicos diferidos. El sangrado operatorio estimado fue de 60 ml promedio (r: 112-175), no requiriéndose transfusión de sangre intraoperatoria. No se registraron complicaciones intraoperatorias. En la paciente que se realizó la nefrectomía bilateral se presentaron síntomas compatibles con insuficiencia suprarrenal 2 días después de la cirugía que revirtieron con tratamiento sustitutivo de corticoides, realizándose trasplante renal vivo relacionado con éxito 45 días después de la nefrectomía. El tiempo promedio de internación fue de 36 horas (r: 24-48). El analgésico utilizado fue tramadol con una dosis promedio de 100 mg/día (r: 50-200). Las piezas fueron extraídas por una incisión de Pfannestiel y presentaron un peso promedio de 2,3 kg. (r: 2-2,8). El reintegro a las actividades habituales se produjo en un tiempo promedio de 10 días (r: 6-14). En todos los casos se obtuvieron controles satisfactorios cumpliendo las expectativas previas (Cuadro 2).

Nº	Sexo	Indicación quirúrgica	Técnica	Lado	Tiempo operatorio	Objetivo cumplido
1	M	Quiste infectado	Decorticación	Unilateral	50 min.	Sí
2	M	Hipertensión	Decorticación	Bilateral	80 min.	Sí
3	M	Pretrasplante	Nefrectomía	Bilateral	180 min.	Sí
4	F	Pretrasplante	Nefrectomía	Unilateral	100 min.	Sí
5	F	Pretrasplante	Nefrectomía	Unilateral	110 min.	Sí

M: Masculino. F: Femenino.

Cuadro 2. *Indicaciones y variable operatoria en pacientes con PQRAD.*

DISCUSIÓN

Los quistes renales son manifestación de una amplia gama de enfermedades, con distinto pronóstico, estudio y tratamiento. Ante una masa renal quística hallada de forma incidental en estudios por imágenes, una vez descartada la posibilidad de neoplasia, no se encuentra indicado su tratamiento. Por el contrario, en aquellos pacientes con manifestaciones clínicas como dolor abdominal recurrente, hematuria, y/o masa palpable con quistes polares de gran tamaño o parapiélicos, puede estar indicado algún tipo de procedimiento invasivo para descompresión de la masa quística y consiguiente reversión de la sintomatología. Para esto se ha ensayado la punción-aspiración como forma de mejorar la sintomatología, realizando o no la inyección de sustancias que permitan esclerosis de la lesión; para esto se han empleado diversos agentes esclerosantes como glucosa, fenol, iofendilato y etanol absoluto, pero ninguno de ellos se ha relacionado con resultados superiores. Con esta técnica la bibliografía describe una alta tasa de recurrencia y persistencia de los síntomas.¹⁻³⁻⁵

Los abordajes más recientes de los quistes refractarios a aquellas modalidades incluyen resección percutánea y marsupialización intrarrenal, con un mayor riesgo de lesionar vasos y órganos cercanos, especialmente en los quistes parapiélicos.³

El abordaje quirúrgico continúa siendo una técnica útil realizando resección parcial de pared del quiste evitando la recidiva y mejorando la sintomatología del mismo. Existe la posibilidad de realizar esto por laparoscopia con buenos resultados en los seguimientos realizados. Además, la exéresis por vía laparoscópica de quistes renales simples permite el estudio anatomopatológico de la pared del quiste, ante la descripción excepcional de posible neoplasia maligna en la pared del quiste renal simple sintomático extirpado, eventualidad que no hemos constatado en nuestra serie.⁶⁻⁷

La PQRAD es una causa frecuente de insuficiencia renal crónica, que representa aproximadamente un 9 a 10% de los pacientes en hemodiálisis. El tratamiento de patología está orientado a retardar la instalación de la insuficiencia renal terminal y al manejo de las eventuales complicaciones.⁸

Las complicaciones determinadas por los procesos infecciosos, la hipertensión, el sangrado, y la obstrucción pueden ser problemas muy difíciles de resolver en estos pacientes, y requieren especiales consideraciones terapéuticas. Así, la presencia de hipertensión arterial precede a la insuficiencia renal en aproximadamente 60% de estos pacientes. Se ha demostrado que luego

el drenaje y descompresión de los mismos transitoriamente mejoraban las cifras de presión arterial, reinstalándose cuando el volumen de los quistes volvía a aumentar. Existiría una compresión de los quistes renales a los vasos renales causando isquemia y activaría el sistema de renina y angiotensina. Las infecciones urinarias son comunes con una incidencia global de 51% y una tasa de recurrencia de 61% en estos pacientes. Pocos antibióticos penetran en forma adecuada a los quistes. El sangrado en los riñones poliquísticos usualmente puede ser tratado con reposo en cama, analgesia y observación. La hemorragia puede estar confinada al espacio quístico (causando dolor agudo), ruptura en el sistema colector (causando hematuria macroscópica), y/o extenderse en el espacio perirrenal, lo que complica el cuadro.⁴⁻⁹

Por todo lo expuesto ante la presencia de quiste/s dominantes complicados en pacientes con función renal conservada la descompresión quirúrgica resulta útil. Algunos autores sugieren iniciar con punción aspiración percutánea de los quistes, aceptando en sus resultados que la respuesta terapéutica es poco duradera. Otros reportes y en los cuales nos basamos y compartimos nuestros resultados concluyen que la cirugía con resección del techo de los quistes es una opción más atractiva sin pérdida adicional de la función renal y que la ablación de los quistes con agentes esclerosantes no es recomendable, dado que existen más probabilidades de que las masas estén comunicadas con neuronas funcionantes o con el sistema pielocalicial. La eficacia de la descompresión quirúrgica de quistes dominantes en la poliquistosis renal fue demostrada por *Bennet y cols.* al referir un alivio del dolor en el 81 % de los pacientes seguidos durante 18 meses, sin efectos negativos sobre la función renal y con una mejoría sobre la hipertensión y la calidad. La laparoscopia ha arrojado resultados excelentes en el manejo de la patología renal quística simple, por lo que es lógico extender la técnica a la PQRAD, dónde logra una eficacia similar a la cirugía abierta, con menor morbilidad. Así, la decorticación laparoscópica de los quistes renales alivia el dolor, mejora la hipertensión, y estabiliza la función renal.³⁻¹⁰⁻¹¹

La nefrectomía en paciente con poliquistosis renal en general está indicada en caso de hipertensión no controlada, pielonefritis recurrente, proteinuria masiva y/o en el pretrasplante en pacientes con grandes riñones que dificultarán la ubicación del implante. La cirugía clásica se realiza por incisión lumbar o mediana, con el consiguiente incremento de la morbilidad operatoria. Con la irrupción de la cirugía laparoscópica,

como opción mínimamente invasiva de tratamiento en estos pacientes, ha cambiado la estrategia a seguir, según nuestra opinión, sin perjuicio sobre la técnica operatoria.¹²⁻¹³

CONCLUSIÓN

El tratamiento laparoscópico de la patología quística renal representa una alternativa eficaz, segura, y de mínima invasión frente a la cirugía abierta y a los procedimientos endoscópicos anterógrados y retrógrados. La resolución quirúrgica del quiste renal simple, puede realizarse por vía retroperitoneal o transperitoneal. En el manejo del riñón poliquístico es preferible el acceso transperitoneal debido al mayor espacio de trabajo. La evaluación, marsupialización, y extirpación de quistes simples sintomáticos, y la nefrectomía simple en enfermedad renal poliquística representan un tratamiento definitivo con mejoría clínica demostrada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bosniak MA.: The current radiological approach to renal cysts. *Radiology*. 1986; 158(1): 1-10
2. Pearle MS, Traxer O, Caddeu JA.: Renal cystic disease laparoscopic management. *Urol Clin North Am* 2000; 27(4): 661-673.
3. Santiago L, Kaswick J.: Laparoscopic evaluation of indeterminate renal cysts: long term follow-up. *Urology* 1998; 52(3): 379-383.

4. Nakada SY, Moon TD, Wolf JS Jr.: Hand-assisted laparoscopic nephrectomy: comparison to the standard laparoscopic nephrectomy. *J Urol* 1998; 159(5): 182
5. Wolf JS Jr. y col.: Evaluation and management of solid and cystic renal masses. *J Urol*. 1998; 159(4): 1120-1133.
6. Rubenstein SC, Kavoussi LR.: Laparoscopic ablation of symptomatic renal cysts. *J Urol*. 1993; 150(4): 1103-1106.
7. Meng MV, Grossfeld GD, Stoller ML.: Renal Carcinoma after laparoscopic cyst decortication. *J Urol*. 2002; 167(3): 1396-1398.
8. Elashry OM, Nakada SY, y cols.: Laparoscopy for adult polycyst kidney disease: A promising alternative. *Am J Kidney Dis* 1996; 27: 224.
9. Lifson BJ, Teichman JMH, y cols.: Role and long term results of laparoscopic decortication in solitary cystic and autosomal dominant polycystic kidney disease. *J Urol* 1998; 159: 702.
10. Bennett WM.: Reduction of cyst volume for symptomatic management of autosomal dominant polycystic disease. *J Urol* 1987; 137: 620.
11. Consonni P.: Percutaneous echo-guided drainage and sclerotherapy of symptomatic renal cyst: Critical comparison with laparoscopic treatment. *Arch Ital Urol Androl* 1996; 68: 27.
12. Gill IS, y cols.: Laparoscopic bilateral synchronous nephrectomy for autosomal dominant polycystic kidney disease: the initial experience. *J Urol* 2001; 165: 1093-1098.
13. Schmidlin FR, Iselin C.: Hand-assisted laparoscopic bilateral nephrectomy. *Urology* 2000; 56: 153.

COMENTARIO EDITORIAL

Se presentó un trabajo prospectivo y descriptivo, de quistes renales simples sintomáticos y poliquistosis renal autosómica dominante del adulto, tratados con cirugía laparoscópica, donde se realizaron 2 tipos de procedimientos: destechamiento o nefrectomías laparoscópicas.

Para su comentario vamos a dividir el trabajo en las 2 partes que tiene:

1. Quistes renales simples sintomáticos

Es de comentar que la alta efectividad de esta técnica: poco agresiva y con mínimas complicaciones, que facilita su indicación. Aun antes que la punción evacuación con o sin esclerosantes, que si bien es más simple tiene un 30% de recidivas, 6/28 pacientes habían sido punzados y recidivaron. Los autores no han tenido recidivas en los controles, pero hay que estar atentos a y

describir pequeñas lesiones que no destechamos que en futuro pueden aumentar su tamaño y simular recidivas.

Es importante el análisis de las imágenes diagnósticas, un caso operado por nosotros, *Bosniak II* por tabiques finos, resultó un Carcinoma renal quístico y debió realizarse una nefrectomía. En zonas endémicas se debe descartar quistes hidatídicos y hay un grupo especial de quistes, pasibles de tratamiento laparoscópico, son los pequeños quistes indeterminados, < 2 cm, que las imágenes (TAC o RNM) no pueden definir, y la punción no se puede efectuar o no aclara el diagnóstico, el abordaje laparoscópico permite un correcto diagnóstico, y su tratamiento: destechamiento si son quistes o nefrectomía parcial si son tumores benignos o malignos. Si son intrarrenales, estas lesiones pequeñas pueden ubicarse con la ayuda de eco intraoperatoria.

Respecto de la vía de abordaje estoy de acuerdo con los autores, con una preferencia por la retroperitoneal.

2. *Enfermedad poliquística renal autosómica dominante del adulto (PQRAD)*

Se pueden descomprimir lesiones dominantes sintomáticas, pero con dudoso beneficio funcional, del trabajo no se desprende que se consiga una mejoría funcional. Los quistes medianos y chicos, influyen poco en disminuir el volumen porque la estructura interquística mantiene la

forma original. La nefrectomía laparoscópica en poliquistosis, es laboriosa y las incisiones que se requieren para la extracción de la pieza son grandes, beneficiándose sólo los casos bilaterales que requieren una sola incisión, pero que son cirugías muy prolongadas.

Como conclusión, estoy de acuerdo con los autores en que la decorticación laparoscópica de quistes simples sintomáticos es muy efectiva, con menor agresión que la cirugía convencional. Situación no tan clara en el tratamiento de la poliquistosis renal.

DR. ALBERTO R. VILLARONGA
Hospital Médico Policial Churruca-Visca