

Ureterocalicostomía laparoscópica en el manejo de la estenosis pieloureteral recidivada

Laparoscopic ureterocalicostomy in the treatment of recurrent pieloureteral stenosis

Dres. Piana Martín;
Jacobo Gabriel;
Malen Pijoan Molinas;
Zeno Lelio.

INTRODUCCIÓN

Las situaciones quirúrgicas en las que puede existir dificultad para realizar una anastomosis de la continuidad entre la pelvis renal y la porción proximal del uréter adecuadamente son variadas. De la disponibilidad de recursos quirúrgicos depende la preservación del órgano.

La ureterocalicostomía, descrita en 1947 por *Neuwirt*, y discutida posteriormente por *Couvelaire* en 1964, es una técnica quirúrgica inteligente que también ha sido presentada en forma aislada por vía laparoscópica.¹⁻²

Reportamos un caso de ureterocalicostomía laparoscópica transperitoneal en una paciente con estenosis pieloureteral recidivada a distintos tratamientos quirúrgicos.

CASO CLÍNICO

Paciente de 44 años de edad, de sexo femenino, que consulta por episodios de dolor cólico renal izquierdo, con antecedentes de pieloplastia abierta por estenosis pieloureteral en el año 1997 y endopielotomía percutánea izquierdas en el año 2002. Se realizó ecografía renovesical, tomografía axial computada con contraste endovenoso (Figura 1), y gammagrafía renal (DMSA), observándose un riñón izquierdo con dilatación pielocalicilar, y disminución del parénquima, con funcionalidad conservado del 38 %, y con buena visualización del uréter.

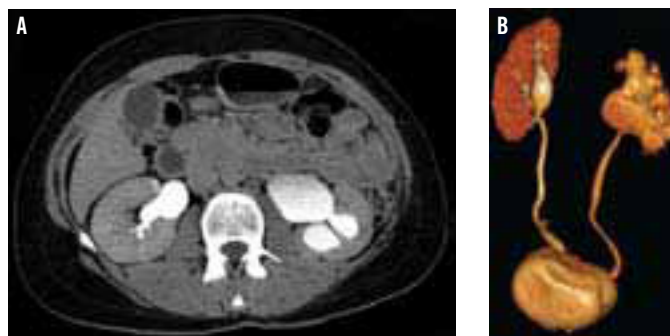


Figura 1. Tomografía Axial Computada (TAC). A) TAC de abdomen con contraste endovenoso dónde se observa la dilatación pielocalicilar izquierda con adelgazamiento del parénquima renal (flecha), B) Reconstrucción con TAC Multislice donde se caracteriza la estenosis pielouretral secundaria. Nótese la dilatación pielocalicilar y la reducción del parénquima renal funcionante.

Departamento de Cirugía
laparoscópica.
Servicio de Urología del Sanatorio
Parque, Rosario, Argentina.

Se decide realizar como opción terapéutica una pieloplastia izquierda de rescate laparoscópica transperitoneal según técnica de *Anderson Hynes*. En la cirugía, se observa que la pelvis renal presenta una intensa reacción fibrosa peripiélica, por lo que se realiza un cierre piélico reconstruyendo la continuidad de la vía excretora con una ureterocalicostomía laparoscópica, tutorizando la anastomosis con un catéter doble J 6 Fh. El tiempo de internación fue de 48 horas. La evolución postoperatoria inmediata fue satisfactoria. El retiro del catéter fue a las 8 semanas. Hasta el momento de la escritura de este artículo la paciente se encuentra asintomática.

Principios Técnicos (Figura 2)

Se basan en la excisión de una superficie de tejido del parénquima del polo inferior a fin de que la cicatriz que se produce en dicho parénquima no se contraiga y re-estenose la unión. Esta incisión se debe realizar de forma sagital en la porción más declive del polo inferior, liberando en lo posible la mucosa calicular para que la anastomosis se realice con puntos de material reabsorbible 4/0 muco-mucosos, en nuestro caso con puntos sueltos. La espatulación del uréter es esencial para abocar el mismo con un calibre de seguridad adecuado. La disección de la porción proximal ureteral ha de respetar en lo posible la vascularización arterial.

DISCUSIÓN

Existen diferentes situaciones quirúrgicas en las que la reconstrucción de la continuidad ureteropiélica puede ser dificultosa, con dudas sobre su funcionalidad posterior. Entre otras destacan las intervenciones repetidas sobre pieloplastias fallidas, las pelvis intrarrenales con obstrucción primaria de la unión ureteropiélica, largas estenosis ureterales proximales, fibrosis peripiélicas severas, o yatrogenia sobre la unión ureteropiélica.³

El desarrollo de técnicas endoscópicas y laparoscópicas se presentaron como alternativas quirúrgicas a los procedimientos secundarios de reanastomosis ureteropiélica, disminuyendo las indicaciones de la ureterocalicostomía. Autores como *Mesrobian* y *Kelalis* han descrito, con buenos resultados, su utilización como procedimiento secundario en pieloplastias fallidas.^{4,5}

La ureterocalicostomía es una técnica muy útil que no ha sido valorada suficientemente por muchos urólogos. Esta situación queda manifestada en la escasez de publicaciones científicas sobre esta técnica tanto por vía abierta y/o laparoscópica. Ningún autor tiene aún series grandes, pero los 100 casos aproximados, publicados en la literatura, representan una pequeña proporción de los más recientes. Es probable que a

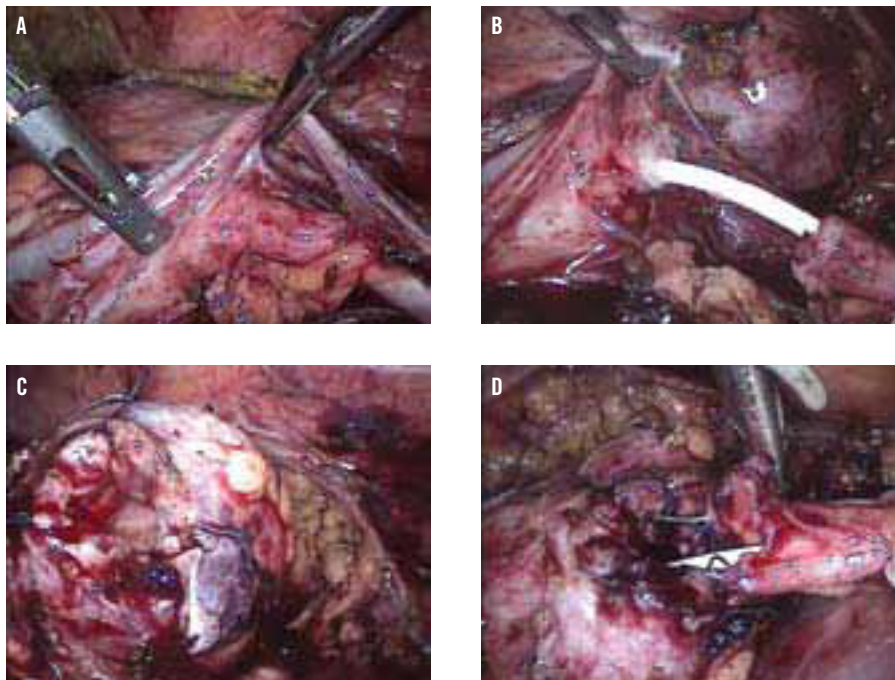


Figura 2. Ureterocalicostomía Laparoscópica Izquierda. A) Estenosis pieloureteral (flecha), B) Sección de la unión pieloureteral sobre catéter doble J C) Preparación del polo renal inferior en su porción más declive. Eversión de la mucosa calicular, D) Anastomosis ureterocalicular sin tensión sobre catéter doble J.

largo plazo se publiquen excelentes resultados según vaya aumentando la experiencia mundial en esta técnica, antes olvidada.

Las complicaciones que deben esperarse son las mismas que en las demás intervenciones que afectan el sistema colector renal. La recidiva de la obstrucción puede evitarse respetando los aspectos técnicos antes descritos.⁶

La ureterocalicostomía laparoscópica es un procedimiento factible, técnicamente difícil de realizar, pero que debe formar parte del menú quirúrgico y recurrir a ella en caso de peripelitis severas que puedan condicionar unas reanastomosis a tensión o de vascularización comprometida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Neuwirt K.: Implantation of the ureter into the lower calyx of the renal pelvis. En: VII Congrès de la SIU 1947; part 2: 253-255.
2. Couvelaire R, Auvert J, y cols.: Implantations et anastomoses urétéro-calicielles: techniques et indications. *J Urol Nephrol* 1964; 70:437-484.
3. Kay R.: Ureterocalicostomy. *Urol Clin North Am* 1988; 15:129-133.
4. Mesrobian H, Kelalis P.: Ureterocalicostomy: indications and results in 21 patients. *J Urol* 1989; 142:1285-1287.
5. Faerber G, Ritchey M, Bloom D.: Percutaneous endopyelotomy in infants and young children after failed open pyeloplasty. *J Urol* 1995; 154:1495-1497.
6. Hawthorne N, Zincke H, Kelalis P.: Ureterocalicostomy: an alternative to nephrectomy. *J Urol* 1976; 115: 583-586.