

NEFROURETERECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: EXTIRPACIÓN DEL URETER DISTAL Y RODETE VESICAL

Fernando Santomil¹, Sandro Varea¹, Juan Perriello², J Rodríguez Consoli¹, Néstor De Battista¹, Alfredo Penida¹, Cristian Grillo¹, María Belén Leithold¹, Jorge W Quezada¹

INTRODUCCIÓN

La nefroureterectomía laparoscópica es el método de elección para el tratamiento de los carcinomas transicionales de la vía excretora en la mayoría de los grandes centros que tratan ésta patología.

A pesar de que la nefrectomía laparoscópica es una técnica bien sistematizada, existen distintas formas de manejar el rodete vesical.¹⁻⁵ sin embargo para todas el fin común es evitar implantes tumorales y recidivas transicionales⁸⁻¹⁰.

Presentamos nuestra técnica completamente laparoscópica de nefroureterectomía transperitoneal, motivados por un caso clínico.

CASO CLÍNICO

Paciente de 64 años, quien en estudio de dolor abdominal, se realiza ecografía que informa dilatación pielocalicial izquierda (pelvis de 2.95 cm.) Luego se agrega hematuria. Se solicita urograma excretor que informa riñón izquierdo excluido. T.A.C. informa gran dilatación del sistema pielocalicial y uréter izquierdo (pelvis de 3.5 cm, uréter distal de 1.3 cm). Se realiza cistoscopia: tumor de aspecto mixto de 2.5 cm, perimeático izquierdo con pólipo de aspecto papilar en cara anterior de cuello vesical de 1.5 cm. Se resecan ambos por vía transuretral.

Se realiza ureteroscopia izquierda diagnóstica que muestra tumor papilar de aspecto transicional en uréter distal izquierdo.

La anatomía patológica del tumor vesical informa pT1 de alto grado con IN SITU asociado.

TÉCNICA DESCRIPTA: NEFROURETERECTOMÍA TRANSPERITONEAL LAPAROSCÓPICA IZQUIERDA.

Se describen la técnica quirúrgica de nefroureterectomía transperitoneal laparoscópica por carcinoma de células transicionales (CCT) de vía excretora izquierda.

Posición de lumbotomía (decúbito lateral derecho) sin resalto, incisión a nivel del epigastrio de 5 cm pararectal izquierda. Con aguja de Veress, neumoperitoneo a 14 mmHg (presión de trabajo). Colocación de trocar de 10 mm umbilical para endocámara. Trócar de trabajo de 10 mm en fosa iliaca izquierda (FII). Tercer trocar de 5 mm pararectal izquierdo supraumbilical.

Movilización de colon descendente, descenso de ángulo esplénico y liberación de fascias perirrenales con bisturí armónico (UltracisionR). Identificación, disección y sección de vena espermática izquierda. Identificación, disección y clipado precoz de uréter distal. Identificación, disección, doble clipado con Hem-o-lok y sección de arteria y vena renal.

Se completa disección del uréter hasta ingreso vesical.

Secciona cuff vesical de 3 cm periureteral, desinsertando pared vesical y uréter intramural junto a grasa perivesical.

Cierre de defecto de pared vesical con surget de Vycril 3-0.

Extracción de la pieza, previa colocación de protector de pared, por incisión laparotómica mediana infraumbilical.

Se deja drenaje ofrecido a lecho quirúrgico, se coloca sonda uretral doble vía N° 20.

RESULTADOS

La paciente requirió mínima analgesia postoperatoria.

Se movilizó a las 12 hs. del postoperatorio. El ayuno se prolongó por 24 hs.

Se extrae drenaje a las 36 hs. postoperatorias.

Se retira de alta hospitalaria a las 72 hs postoperatoria.

Se extrae sonda vesical a los 10 días del postoperatorio.

La anatomía patológica mostró: riñón izquierdo con pielonefritis crónica; uréter izquierdo con displasia moderada en uréter distal; Cuff vesical con pT3a de alto grado con IN SITU asociado con margen de resección libre de tumor; ganglios perivesicales 0/2 negativos; tejido adiposo periureteral, negativo.

DISCUSIÓN

La nefroureterectomía laparoscópica es un procedimiento que en la actualidad ha ganado un espacio en sustitución a la cirugía abierta^{1,2}.

Si bien es una técnica estandarizada aún se discute cuál es la mejor forma de controlar el uréter distal y el rodete vesical en bloque¹⁻⁶. En el manejo de la vía laparoscópica, uno de los métodos de elección, sin dudas, debe ser realizar la nefroureterectomía con cuff vesical, completamente laparoscópica.

El primer caso reportado de nefroureterectomía por vía laparoscópica ha sido por McDougall y colaboradores, en la Washington University quién bajo control endoscópico introduce una guía uretral con un balón de oclusión en el meato para evitar los implantes transicionales al desinsertar el cuff vesical con electrocauterio, y luego realiza la nefrectomía laparoscópica con grapado por vía abdominal

¹Servicio de Urología. ²Servicio de Cirugía General. Hospital Privado de Comunidad. Córdoba 4545. (B7602CBM). Mar del Plata. Argentina.

del mismo⁶. Puede realizarse una nefrectomía laparoscópica con asistencia manual por una incisión de Mc Burney que posteriormente será ampliada en sentido caudal para completar en forma abierta la resección del uréter distal junto al rodete vesical que podría ser previamente cateterizado para facilitar su identificación⁷. Se ha descrito también la resección transuretral con resectoscopio estándar del meato ureteral, el túnel submucoso y el uréter intramural hasta la grasa perivesical. Este procedimiento es rápido, no se coloca catéter y luego simplemente se realiza un tirón del uréter desde la pelvis⁷. El riesgo de implantes debe ser considerado.

Otra opción consiste en la desinserción endoscópica con ansa de Collins del uréter distal estando este cateterizado (catéter ureteral N5) y utilizando un endoloop que se baja a través de un trócar de 2 mm transvesical. Esta técnica fue descrita con dos trócares de 2 mm transvesicales y se ha descrito como inconveniente la dificultad en maniobras con ángulos rectos de 90 grados de los instrumentos de trabajo en relación al resectoscopio durante la fase endoscópica de desinserción ureteral¹¹.

Palau sugiere una RTU del uréter intramural como primer paso y congelación para evaluar la posibilidad de tumor del uréter distal, que de ser positiva procede a un control sellado precoz del mismo⁵. Sin dudas los esfuerzos están orientados a evitar márgenes positivos e implantes transicionales en la pelvis luego de extirpar el uréter distal y el rodete vesical.

El defecto vesical es controlado solo con sonda uretral Foley por lo menos durante una semana para que cicatrice el amplio orificio vesical¹.

Conclusión: El manejo del uréter distal durante la nefroureterectomía laparoscópica por tumores de la vía

excretora, depende de la ubicación del tumor.

La resección del uréter distal y el cuff vesical por vía totalmente laparoscópica es factible, obteniéndose muy buenos resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gill I., : Urología Minilaparoscópica : Situación actual . Laparoscopia urológica avanzada . Clínicas Urológicas de Norteamérica . 1/2001.
2. Mc Nelly S.A., Tolley D.A.,: Laparoscopic nephroureterectomy for upper tract transitional cell carcinoma . Archivos Españoles de Urología, 55,6 (595-601), 2002
3. Clayman, R.V.; Kavoussi, L.R.; Soper, N.J. et al. Laparoscopic nephrectomy: initial case report. J. Urol., 146: 278, 1991.
4. Gill, I.S.; Clayman, R.V.; Abala, D.M. et al : Retroperitoneal and Pelvic extraperitoneal laparoscopy; an international perspective. Urology, 52: 566, 1998.
5. Palou, J.; Caparros, J; Orsola, A. et al. : Transurethral resection of the intramural ureter as the first step of nephroureterectomy. J. Urol., 154: 43, 1995.
6. McDougall, E.M.; Clayman, R.V. and Elashry O.; Laparoscopic nephroureterectomy for upper tract transitional cell cancer: The Washington University experience. J Urol., 154: 975, 1995.
7. Shalhav A.; Patel M.; Clayman R.V. et al. : Nefroureterectomía Laparoscópica. Nuevo patrón para el tratamiento quirúrgico del carcinoma de células de transición del tracto urinario superior . Clínicas Urológicas de Norteamérica. 4/2000.
8. Ahmed, I., Shaikh, N. A. and Kapadia, C. R.: Track recurrence of renal pelvic transitional cell carcinoma after laparoscopic nephrectomy. Br J Urol, 81: 319, 1998
9. Otani, M., Irie, S. and Tsuji, Y.: Port site metastasis after laparoscopic nephrectomy: unsuspected transitional cell carcinoma within a tuberculous atrophic kidney. J Urol, 162: 486, 1999.
10. Andersen, J. R. and Steven, K.: Implantation metastasis after laparoscopic biopsy of bladder cancer. J Urol, part 2, 153: 1047, 1995.
11. Gill, I. S., Soble, J. J., Miller, S. D. et al: A novel technique for management of the en bloc bladder cuff and distal ureter during laparoscopic nephroureterectomy. J Urol, 161: 430, 1999.