

PIELOLITOTOMIA INTRASINUSAL AMPLIADA

Dr. Mocellini Iturralde, Juan A. - Dr. Fernández, Héctor - Dr. Rizzi, Alfredo O.

Resumen

Presentamos nuestra experiencia en 18 pacientes con litiasis coraliforme, a los cuales les efectuamos cirugía intrasinusal preconizada por Gil Vernet.

En cinco de ellos tuvimos que realizar nefrostomías complementarias mínimas.

No tuvimos mortalidad posoperatoria, y sólo en un paciente se comprobó, en el control radiográfico posoperatorio, fragmento de cálculo residual, y en un enfermo hubo infección persistente.

Introducción

El principal problema en la cirugía de la litiasis coraliforme, reside en la dificultad de realizar una extracción completa de todos los componentes del cálculo sin poner en grave riesgo la vida del enfermo, o cuanto menos, la estructura parenquimatosa del riñón.

Básicamente, el coraliforme se presenta siempre como un triángulo, incluido en una cavidad que nos ofrece por el vértice piélico. Por lo tanto, el criterio sobre el tratamiento quirúrgico debe fundamentarse en un tipo de cirugía que nos permita:

1. Realizar una incisión piélica o infundibulocaliciforme para obtener el mayor acceso posible sobre las ramas intrarenales del triángulo litiasico, luxar el ángulo piélico y extraer todos los cálculos.
2. Evitar a toda costa, la lesión instrumental de la mucosa de la vía excretora.
3. Evitar la lesión del parénquima renal.

Por tales razones, pensamos que la *pielolitotomía intrasinusal ampliada* preconizada por Gil Vernet, es un procedimiento de gran eficacia en la cirugía de la litiasis coraliforme.

Material y método

En 18 pacientes con litiasis coraliforme hemos realizado cirugía intrasinusal preconizada por Gil Vernet, procedimiento que nos permitió la extracción del cálculo sin lesionar el parénquima renal.

A todos los pacientes les realizamos previamente planigrafía radiográfica del cálculo, estudio de las cavidades calicopielicas y, a partir de 1979, estudios metabólicos. Los operados con anterioridad a esta fecha se les completó el estudio metabólico en el posoperatorio.

Efectuamos neumopielografía y radiografía preoperatoria con placas de contacto.

Técnica

En general, estos cálculos los abordamos por incisión lumbar con resección subperióstica de la duodécima costilla o sin ella. Realizamos la movilización completa del riñón, que queda unido sólo por el pedículo vascular y el uréter. Esta movilización no obliga al final de la intervención a realizar la pexia, ya que la esclerolipomatosis hilar y perivascular impide el descenso del riñón.

La vía de acceso para llegar al seno renal es extracapsular y por dentro de la arteria retropiélica, ofreciéndonos las siguientes ventajas:

1. Mayor visibilidad del seno, lo que nos permite acceso a los grandes cálices e incluso hasta al fórnix.
2. Es exangüe, no ocasiona el más leve daño ni al parénquima ni a la vía excretora.
3. Menor posibilidad de lesionar a la arteria retropiélica o sus ramas.

Cuando existe una pielopielitis, se hace más dificultoso hallar la vía de acceso. En este caso, lo más aconsejable es identificar la porción superior y libre del uréter y desde allí seguir por disección

obtusa y retrógrada hasta el magma esclerolipomatoso, a través de un plano de despegamiento, que siempre existe, entre la adventicia piélica y la peripielitis.

Es aconsejable liberar la cara posterior de la pelvis resecando el caparazón escleroso que lo envuelve; ello facilitará un mejor campo operatorio y en el futuro, el libre peristaltismo pieloureteral. En la disección del tejido escleroso no debe llegarse hasta el labio posterior del riñón, sino detenerse 1 cm antes para evitar la sección de la vena y arteria retropiélica; así pues, quedará una franja de tejido esclerolipomatoso que, además de evitar un accidente vascular, servirá de punto de apoyo a los separadores que deberán reclinar energicamente el borde renal.

La pieloinfundibulotomía, o sea la incisión sobre la pelvis y los cálculos, dependerá del cálculo y de su situación. La pieloinfundibulotomía no afecta en absoluto la motricidad del cáliz, debido a que su vaina muscular es longitudinal. Tal incisión que afecta también al músculo esfínter del cáliz, soluciona la disfunción de las disectasias calliculares, al practicar la esfinterotomía de la unión pielocalical.

La incisión utilizada es la arqueada que va desde el cáliz superior hasta el inferior, pasando por la pelvis a 2 cm de la unión pieloureteral, para evitar su lesión.

Practicada la incisión, procedemos a la luxación del vértice piélico del triángulo mediante un estilete maleable. A continuación, debe luxarse y extraerse otras de las ramas del triángulo. En líneas generales y, aplicando los datos obtenidos por el estudio radiológico, debe intentarse extraer la rama que parezca más móvil, la más corta y la más expuesta a la incisión. Se busca el vértice de la rama escogida traccionando suavemente con un pequeño gancho romo en la inserción de la rama en el cuerpo del cálculo y otro gancho traccionando desde el vértice calicilar de la rama. Si la extracción de la segunda rama es particularmente difícil, debe recurrirse a la dilatación del cuello del infundíbulo calical. Tras la movilización y extracción de la segunda rama, el resto del cálculo sale con facilidad.

Cuando una de las ramas se hace inmanejable, es preferible, en algunos casos, fraccionar el cálculo, procediendo después a la dilatación del cuello infundibular o a prolongar la incisión a nivel de todo el cáliz y a la subsiguiente extracción.

Un caso particular constituyen los cálculos coraliformes blandos; aquí sólo nos queda intentar exponerlos de una manera completa, incidiendo todo el infundíbulo y extraer, in situ, los fragmentos con pinzas o lavado a presión.

Las nefrotomías complementarias mínimas e imprescindibles las tuvimos que realizar en 5 de los 18 litiasicos coraliformes operados según la técnica descrita.

Sus indicaciones fueron:

- a) cálices inaccesibles;
- b) gran cavidad calical con parénquima muy fino;
- c) desproporción notable entre el tamaño del cálculo y el calibre del infundíbulo.

Una vez extraídos, se procede al lavado de las cavidades con suero fisiológico caliente.

También se comprueba la permeabilidad de la unión pieloureteral.

Posteriormente, se realiza sistemática e ineludiblemente el control radiológico intraoperatorio.

Colocamos nefrostomias preferentemente cuando las cavidades intrarrenales esclerosadas han contenido un coraliforme friable, blando, con infecciones persistentes, para el posterior lavado continuo con soluciones diversas o cuando se trata de cálculos radiotransparentes, que el control preoperatorio es imposible y a través de las nefrostomias puede procederse a la litólisis si en el posoperatorio se comprueba la existencia de un cálculo olvidado.

Finalmente, realizamos la sutura de la pielotomía con catgut o Dexon 6/0 con aguja atraumática.

Resultados

Desde 1968 en que empleamos esta técnica, hemos operado 18 pacientes con litiasis coraliforme, no presentando mortalidad en nuestra estadística.

No hemos tenido tampoco ni hemorragias secundarias ni fístulas urinarias.

Bibliografía

1. Dudzinski, P. J.; Painter, M. R., y Lewis, E. L.: "Operations on the intrarenal collecting systems. Report of 4 cases." *J. Urol.*, 102:285, 1969.
2. Gil Vernet, J. M.: "New surgical concepts in removing renal calculi." *Urol. Int.*, 20:255-288, 1965.

Sólo en un paciente el control radiológico posoperatorio mostró un fragmento de cálculo residual. En otro enfermo hubo infección persistente.

Conclusiones

En la litiasis coraliforme, la cirugía sobre el parénquima renal compromete parcialmente la función del órgano.

Se ha comprobado por estudio gammagráfico pre y posoperatorio que el deterioro que ello puede ocasionar varía entre 10 y 26 % con técnicas depuradas.

Por tal motivo, preferimos los procedimientos que no lesionan el parénquima renal y practicamos, siempre que nos sea posible, la cirugía intrasinusal.

Como complemento de esta cirugía, los pacientes son tratados médicamente, para controlar la infección urinaria y las alteraciones metabólicas que podrán presentar.

3. Madderni, J. P.: "Surgery staghorn calculi." *Brit. J. Urol.*, 39, 1967.
4. Marshall, V. F.: "Complete longitudinal Nephrolithotomy." *Surg. Proc.*, 1966.
5. Gil Vernet, J. A.: "Resultados lejanos en la cirugía de los cálculos coraliformes." XV Congreso Internacional de Urología. Tomo I, 11-56. Tokio, 1970.
6. Pinto, B.: "Cirugía de la litiasis coraliforme." Cap. 19, 1976.