



Nefrectomía laparoscópica

David Esmer Sánchez,* Carlos Aguilar Otero,* Erasto Aldrett Lee,* Francisco Javier Moncada González*

Resumen

Antecedentes: Desde su introducción a fines de la década de los 80, la cirugía laparoscópica ha sido incorporada paulatinamente como una terapia mínimamente invasiva en cirugía general. En urología ha tomado un auge importante desde la primera intervención en 1976 para diagnóstico de criptorquidia, realizándose la primera nefrectomía laparoscópica por Clayman en 1990.

Objetivo: Presentar el caso de nefrectomía retroperitoneal por laparoscopia.

Presentación del caso. Masculino 53a, antecedente de cirugía por aneurisma aórtico roto 1 año previo al padecimiento actual, acude por hipertensión renovascular encontrándose hipoplasia renal y estenosis de arteria renal izquierda, se somete a nefrectomía por laparoscopia.

Resultados: Nefrectomía retroperitoneal izquierda sin complicaciones.

Conclusión: La nefrectomía por laparoscopia reduce el dolor y la estancia posoperatoria intrahospitalaria.

Palabras clave: Nefrectomía, laparoscopia, hipertensión, renovascular.

Abstract

Background: Since the introduction in the end of decade of eighties, the laparoscopic surgery has been incorporated to the minimal invasive technique to the general surgery. In urology has been important paper since de first surgery in 1976 in diagnostic chrip-torchidea, and the first laparoscopic nephrectomy that was made by Clayman in 1990.

Objective: To present a case of retroperitoneal laparoscopic nephrectomy.

Case. 53 years-old male, with history of abdominal surgery for broke aortic aneurysm a year prior to this suffering.

He came to the hospital with renovascular and in the studies we found a renal hypoplasia and left renal artery stenosis. We made a laparoscopic nephrectomy.

Results: We made a retroperitoneal laparoscopic left nephrectomy without complications.

Conclusion: Laparoscopic nephrectomy is a safe procedure with less postoperative pain and less hospital stay.

Key words: Nephrectomy, laparoscopy, hypertension, renovascular.

INTRODUCCIÓN

Desde su introducción a fines de la década de los 80, la cirugía laparoscópica ha sido incorporada paulatinamente como una terapia mínimamente invasiva en cirugía general y en ginecología, teniendo grandes ventajas cosméticas, menor dolor, estadía posoperatoria corta y reincorporación precoz a las actividades normales. La laparoscopia en sus inicios en la especialidad de urología no tuvo el éxito como en cirugía general (colecistectomía laparoscópica), al parecer porque los casos urológicos se resolvían ya por métodos no invasivos como la litotricia extracorpórea, litotricia endoscópica y la endourología (resección transuretral de próstata, tumores vesicales, ureterales y piélicos, etc.). Los casos que requerían de cirugía abierta como nefrectomía radical, nefrectomía para donación, nefrectomía simple son procedimientos no frecuentes y además son casos complejos para comenzar a realizar laparoscopia.¹

La primera descripción en urología corresponde a su utilización como método diagnóstico en la identificación de testículo no palpable.² Posteriormente se ha utilizado en varios procedimientos terapéuticos urológicos como orquidopexia,^{3,4} varicocelelectomía,⁵ cirugía del reflujo vesicoureteral y ureterólisis.⁶

La primera nefrectomía laparoscópica fue realizada por Clayman en 1990⁷ y desde entonces las series clínicas han sido cada vez más.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 53 años, con antecedentes de cirugía de aorta por aneurisma abdominal roto un año previo a su padecimiento actual.

Acude por hipertensión arterial de difícil control, tomando 3 antihipertensivos y aún con cifras de 160/100, refiere cefalea bifrontal intermitente.

En la exploración se encuentra: paciente con obesidad mórbida central con IMC de 39, cicatriz en línea media supra e infraumbilical.

* Centro Médico del Potosí. San Luís Potosí, SLP.

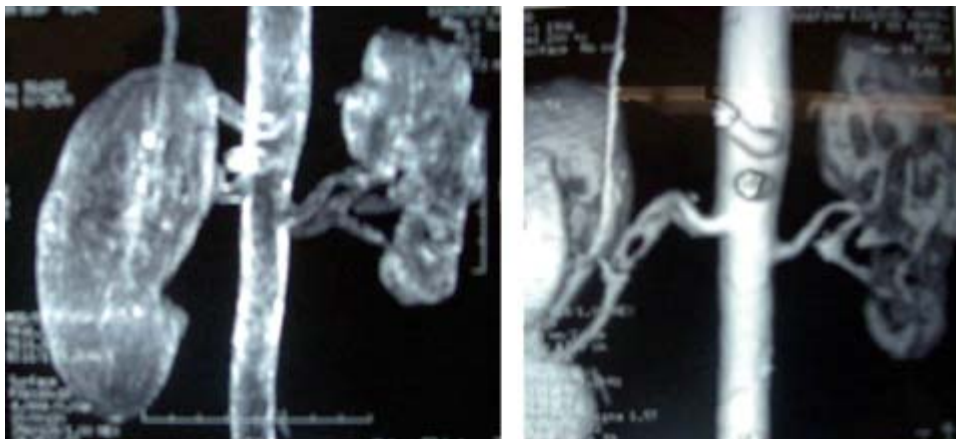


Figura 1. Resonancia magnética que demuestra la hipoplasia del riñón izquierdo.



Figura 2. Resonancia magnética que demuestra la estenosis de arteria renal izquierda.

Se le realizó tomografía y angiorresonancia magnética encontrándose riñón hipoplásico con estenosis de la arteria renal izquierda (*Figuras 1 y 2*).

Se le realiza nefrectomía laparoscópica izquierda retroperitoneal sin complicaciones colocándose cuatro puertos de trabajo (*Figura 3*), realizando minilumbotomía de 2 cm bajo la 12va. costilla en línea axilar media, disecando el retroperitoneo con el lente y apoyados por la insuflación de CO₂. Para crear espacio de trabajo, se aborda primero el hilio disecando arteria y dos venas y ligando con Hem-o-lock, posteriormente el uretero y al final se separa de la cápsula de Gerota (*Figuras 4 y 5*), la extracción se realizó ampliando a 3 cm la incisión subcostal. Sangrado transoperatorio de 100 mL. Se deja drenaje cerrado en el lecho renal.

Evolución posoperatoria satisfactoria y se egresa al segundo día de posoperatorio con sólo un antihipertensivo y con cifras tensionales de 140/90.

DISCUSIÓN

La necesidad de nefrectomía unilateral para control de la hipertensión renovascular es un método efectivo y relativa-

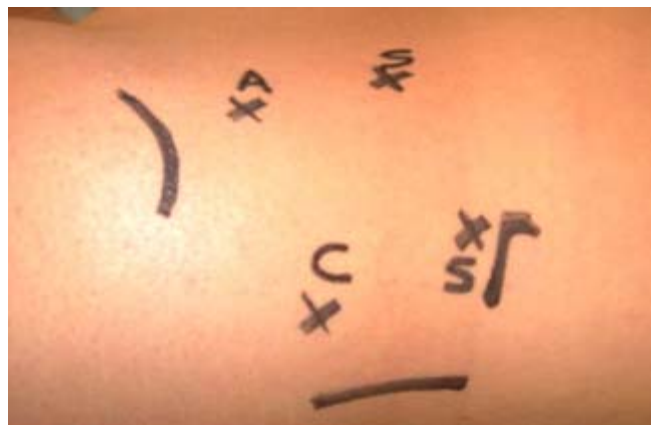


Figura 3. Imagen de la colocación de los trócares. C: cámara, S: trabajo y A: ayudante.

mente seguro,⁸ nuestro caso con estenosis de arteria renal izquierda como causa de hipertensión además de hipoplasia renal presenta indicación para nefrectomía.

Las patologías benignas son la mayor indicación para nefrectomía laparoscópica como lo reporta Rassweiler et al en

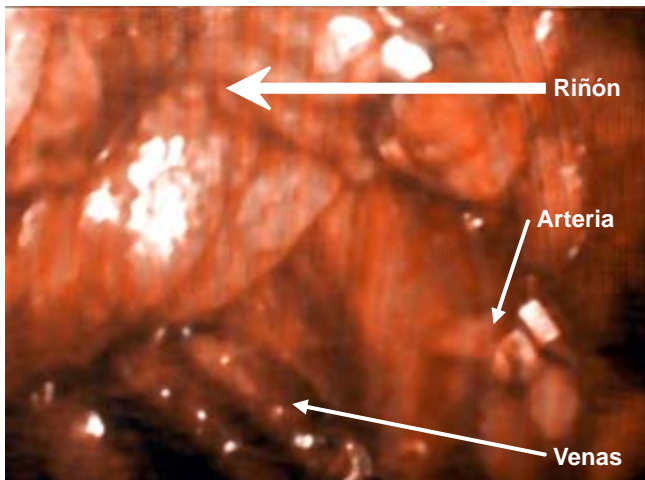


Figura 4. Imagen del hilio renal.

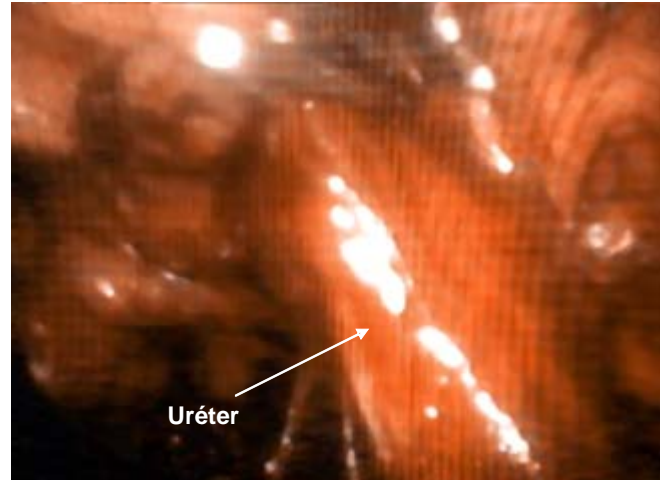


Figura 5. Imagen del uretero.

su trabajo de 482 nefrectomías laparoscópicas y el 92% fueron por patología benigna,⁹ con un índice de conversión del 10.3% donde predominan enfermedades con perinefritis intensa, en nuestro caso el paciente con un riñón hipoplásico y estando la patología principal en la arteria renal no existía fibrosis perirrenal que impidiera el procedimiento.

El abordaje por retroperitoneo es una opción en pacientes con cirugía abdominal previa,¹⁰ en nuestro caso se utilizó el abordaje por retroperitoneo debido a que el paciente tenía como antecedente cirugía abdominal previa reciente.

La nefrectomía laparoscópica se ha asociado con menor morbilidad posoperatoria y menor estancia hospitalaria que en la nefrectomía abierta; en nuestro caso, paciente con

obesidad mórbida, la realización de nefrectomía con mínima invasión permitió una movilización inmediata del paciente y el egreso a las 48 horas de posoperado sin complicaciones.¹¹

CONCLUSIONES

La nefrectomía laparoscópica puede ser realizada en la mayoría de los pacientes, algunos casos requieren de convertirse a cirugía abierta cuando hay límite en el campo quirúrgico o alguna complicación durante el procedimiento; sin embargo, menor morbilidad y más rápida recuperación hospitalaria son significativamente mejores que en la cirugía abierta.

REFERENCIAS

1. Marquina MS, Esquivel PP. Año y medio de nefrectomía laparoscópica. (52 casos). *Rev Mex Cir Endosc* 2004; 1(5): 38-43.
2. Scherz H, Kaplan G, Bloom D et al. Laparoscopy: its role in management of nonpalpable testis. *Dial Ped Urol* 1988; 11: 6.
3. Bloom D. Two-step orchiopexy with pelviscopic clip ligation of the spermatic vessels. *J Urol* 1991; 145: 1030.
4. Jordan G, Winslow B. Laparoscopic single stage and staged orchiopexy. *J Urol* 1994; 152: 1249-52.
5. Donovan J, Winfield H. Laparoscopic varix ligation. *J Urol* 1992; 147: 77.
6. Kavoussi L, Clayman R, Brunt J et al. Laparoscopic ureterolysis. *J Urol* 1992; 147: 426.
7. Clayman R, Kavoussi L, Soper N et al. Laparoscopic nephrectomy: initial case report. *J Urol* 1991; 146: 278.
8. Andersen GS, Gadsboll N, McNair A, Leth A, Giese J, Munck O, Rasmussen F. Treatment of renovascular hypertension by unilateral nephrectomy. A follow-up study in patients above 60 years of age. *Scand J Urol Nephrol* 1986; 20(1): 51-6.
9. Rassweiler J, Fornara P, Weber M et al. Laparoscopic nephrectomy: the experience of the laparoscopy working group of the German Urologic Association. *J Urol* 1998; 160: 18.
10. Mita K. Urological retroperitoneoscopic surgery for patients with prior intra-abdominal surgery. *Eur Urol* 2005; 48(1): 97-101.
11. Kim, HH, Lee KS, Park K et al. Laparoscopic nephrectomy for nonfunctioning tuberculous kidney. *J Endourol* 2000; 14: 433.

Correspondencia:

David Esmer Sánchez

Antonio Aguilar 155 A4

Col. Burócratas. 78240

Tel. 01 44 48 135519

E-mail: esmer_david@hotmail.com

San Luis Potosí, SLP.