

Nefropexia percutánea.

MIGUEL MACHADO BAIRO, RICARDO DECIA MENDIZABAL Y RUBEN SUAREZ BESIO.

Centro de Endourología de M.U.C.A. Montevideo. Uruguay.

Resumen.- OBJETIVO: Evaluar la eficacia de la nefropexia percutánea en la ptosis renal sintomática.

MÉTODOS: Entre Agosto de 1997 y Septiembre de 1999, seis mujeres entre 28 y 49 años con una media de 34,3 años que presentaban ptosis renal sintomática fueron sometidas al procedimiento de fijación mediante nefrostomía percutánea. Todas las pacientes fueron evaluadas en el preoperatorio con urografía intra venosa y renograma diurético en posición de pie y acostada. El seguimiento fue de 14 a 34 meses con una media de 21 meses.

RESULTADOS: El tiempo quirúrgico medio fue de 30 minutos, con una estadía hospitalaria promedio de 24hs, con suceso terapéutico en cinco pacientes en que desapareció el dolor lumbar y el riñón quedó fijado en una posición superior con respecto al preoperatorio.

CONCLUSIONES: La nefropexia percutánea puede ser una alternativa quirúrgica en comparación con la nefropexia clásica así como también la laparoscópica.

Palabras clave: Nefropexia percutánea. Ptosis renal.

Summary.- OBJECTIVE: To evaluate the efficacy of percutaneous nephropexy in symptomatic renal ptosis.

METHODS: From August 1997 to September 1999, 6 women aged 28 - 49 years (mean 34.3) with symptomatic renal ptosis underwent percutaneous nephropexy. All patients were evaluated preoperatively by IVP and diuretic renogram in the standing and lying positions. Patient follow-up ranged from 14 - 34 months (mean 21).

RESULTS: Mean operating time was 30 minutes and mean length of hospital stay was 24 hours. Treatment was successful in 5 patients; lumbar pain disappeared and the kidney was fixed in a higher position.

CONCLUSIONS: Percutaneous nephropexy can be an alternative to conventional and laparoscopic nephropexy.

Keywords: Percutaneous nephropexy. Renal ptosis.

INTRODUCCIÓN

Se designa con la expresión de riñón ptósico, una modalidad patológica de dicho órgano caracterizada por una movilidad exagerada en su logia producida por un déficit en su sistema de sostén(5), descendiendo por lo menos 2 vértebras o más de 5 cm cuando el paciente pasa del decúbito dorsal al supino.

Afecta en más del 90% el riñón derecho y típicamente al sexo femenino, sobre todo pacientes delgadas. Dolor lumbar crónico es el modo de presentación más frecuente y en forma característica éste aumenta con la estación de pie y disminuye con el decúbito, otras veces el dolor es paroxístico tomando un carácter cólico, pudiendo ser determinado por una hidronefrosis o distensión piélica aguda que mejora cuando el riñón readquiere su posición en la logia renal (5).

Correspondencia

R. Decia

José Luis Bado 3027

Montevideo. Uruguay.

e-mail: riclrde@adinet.com.uy

Trabajo recibido el 28 de septiembre de 2000.

También puede presentarse como alguna de sus complicaciones pielonefritis, litiasis renal e hipertensión arterial.

La mayoría de las ptosis renales son asintomáticas y no requieren ningún tratamiento.

Pocas patologías como éstas han sido tan controvertidas desde que hace mas de 100 años se realizó la primer nefropexia por Hahn (7). Su tratamiento ha tenido largos períodos de aceptación y rechazo.

Dos de las principales causas han sido:

1) la relación entre neurastenia-neurosis-nefroptosis lo que quitó siempre objetividad al tema (7).

2) lo agresivo que muchas veces resultó la nefropexia quirúrgica por una patología mal dimensionada.

A comienzos de la década del 90 y dentro del concepto de Cirugía Mínimamente Invasiva (C.M.I.) es cuando se desarrolla la nefropexia laparoscópica, descrita por Urban y Clayman (10) ganando nuevamente aceptación el manejo activo del tema entre algunos urólogos.

Es en éste sentido (de C.M.I.) que en los últimos 3 años hemos encontrado algunos trabajos que hacen referencia a la Nefropexia Percutánea (1, 6 y 8) como tratamiento de la ptosis renal, incorporando en la mayoría de las casuísticas pacientes con litiasis renal.

En el presente trabajo, presentamos nuestros primeros seis casos de fijación percutánea de la ptosis renal sintomática mediante una nefrostomía, la cual crea un trayecto fibroso desde el riñón a la pared abdominal que será en definitiva el mecanismo de fijación renal.

Nos percatamos de éste hecho cuando al tener que abordar quirúrgicamente riñones con trayectos

nefrostómicos previos, encontramos adherencias a la pared abdominal que dificultaba la disección, y presuponimos que ésta reacción fibrosa podría ser la base de fijación en el riñón ptósico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Entre Agosto de 1997 y Septiembre de 1999, 6 mujeres entre 28 y 49 años con ptosis renal sintomática de larga evolución se les realizó la pexia mediante nefrostomía percutánea en nuestra Institución.

Destacamos una paciente que en 10 años de sufrimiento se le realizó una apendicectomía y una laparoscopia diagnóstica en blanco.

Criterios de Inclusión:

Se incluyeron solamente las pacientes con sintomatología de larga evolución que en la urografía de pie y acostada cumplieran con la definición dada precedentemente y fundamentalmente que el seriocentellograma renal con estímulo diurético en posición de pie demostrara un patrón obstructivo (signo mayor). Sólo una paciente fue incluida por un patrón centellográfico de isquemia, sin obstrucción. (Figs. 1, 2 y 3).

Criterios de Exclusión:

Excluimos del presente estudio los pacientes con ptosis renal y litiasis secundaria, dado que éstos requerirán electivamente de una nefrolitotomía percutánea para el tratamiento de la litiasis, debido a la mala



Fig. 1: UIV acostada.



Fig. 2: UIV de pie.

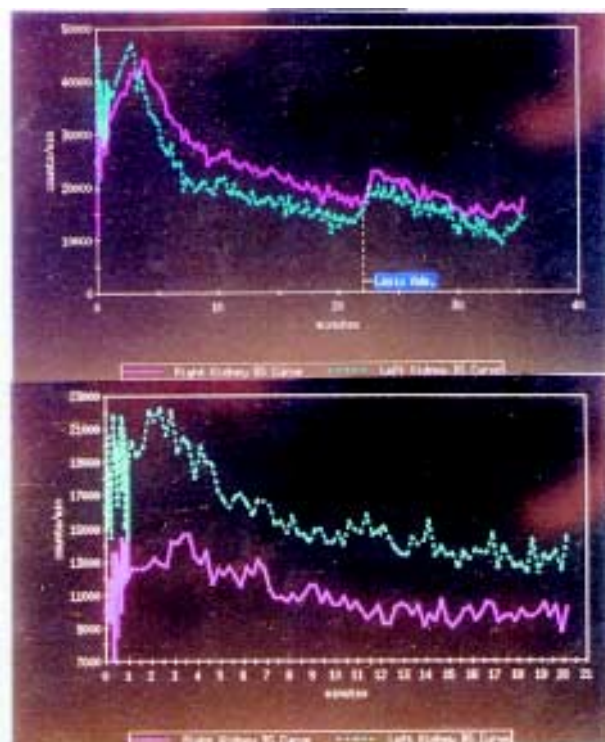


Fig. 3: Centellograma con patrón obstructivo, acostado y de pie.

evacuación de la vía excretora, contraindicando para muchos la LEOCH

La nefrolitotomía percutánea en dichos pacientes, en comparación con la fijación de solamente una nefrostomía como proponemos, es un procedimiento que de por sí determina la fuga de orina, sangre y suero durante el mismo al ambiente perirrenal, que coadyuvan a la fijación del riñón, aumentando de éste manera la superficie de adherencia y la reacción fibrosa a la fosa lumbar.

Técnica:

- Anestesia local potenciada.
- Posición en Trendelenburg.
- Cateterismo ureteral.
- Nefrostomía en decúbito dorsal por técnica de Valdivia Uría (9) a través del cáliz medio y/ o inferior, o un solo abordaje del cáliz superior, lo que dependerá de la anatomía de la paciente.
- Sonda balón de nefrostomía tipo Foley nº 14-16 Fr.
- Fijación a piel con tracción.
- Alta a las 24hs con nefrostomía pinzada, dado que el fin nos es drenar orina sino la formación de un

trayecto fibroso.

- Reposo absoluto en cama durante 5 días.
- Se retira pielonefrostomía a las 3 semanas.
- Se realiza urografía y centellograma renal a los 6 meses y se repite UIV al año del procedimiento.

RESULTADOS

Después de un seguimiento de 14 a 34 meses, con una media de 21,6 meses, 5 de las 6 pacientes están sin dolor; sin episodios de infección urinaria; radiológicamente con un riñón bien posicionado y en el SCR desaparición del patrón obstructivo del preoperatorio. (Figs. 4 y 5).



Fig. 4: UIV de pie, postoperatoria.

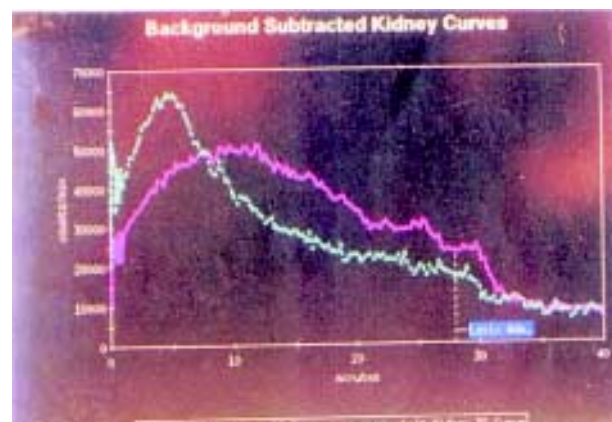


Fig. 5: Centellograma de pie, postoperatoria.



Fig. 6: Centellograma acostado.

La única paciente que persistió con dolor, aunque de menor magnitud, en el seriocentellograma renal preoperatorio no mostró un patrón obstructivo (signo mayor) sino uno de isquemia renal con la estación de pie.

Destacamos, que la primer paciente tratada, a quién le realizamos un único trayecto nefrostómico del cáliz

inferior, pese a que corrigió la nefroptosis radiológica, la obstrucción y el dolor, evidenció en el centellograma de control la rotación renal en el eje anteroposterior. (Figs. 6 y 7).

DISCUSIÓN

La Nefropexia Percutánea ha mostrado ser efectiva en 5 de 6 pacientes. Sabemos que el diagnóstico radiológico de la nefroptosis excede largamente a la ptosis sintomática, por lo tanto la mayoría de los pacientes no requerirán tratamiento.

Los candidatos a una pexia renal en forma electiva, serán solamente aquellos en quienes pueda demostrarse fehacientemente que la ptosis genera una obstrucción (signo mayor) El patrón de isquemia no obstructiva en el SCR, en pacientes sintomáticos, sería de indicación dudosa; necesitando de una mayor casuística para sacar conclusiones al respecto.

La Nefropexia Percutánea es un procedimiento simple y poco invasivo; en comparación con el abordaje laparoscópico (2, 3, 4): no requiere de anestesia general; el tiempo quirúrgico promedia los 30 minutos; la estadía hospitalaria es de 24 hs; se trata de una técnica ampliamente difundida entre los urólogos. Tampoco son necesarios centros especializados para su ejecución, no requiere acceso transperitoneal, siendo los costos muy inferiores a los de la cirugía laparoscópica.

TABLA I

NEFROPEXIA PERCUTÁNEA

CASOS CLÍNICOS

	Preoperat. Centellogr.	Resp Clín.	Respuesta Paraclin.	Segui- miento
Nº 1	P. Obstrucctivo	+++	No Ptosis No Obstr.	34 meses
Nº2	" "	+++	"	24 meses
Nº3	" "	+++	"	21 meses
Nº4	" "	+++	"	21 meses
Nº5	" "	+++	"	14 meses
Nº6	P. Isquemia	(-)	Menor Desc. No Isquemia	16 meses



Fig. 7: Centellograma de pie, con rotación renal.

En cuanto a la técnica a utilizar proponemos: el abordaje del cáliz superior si las condiciones anatómicas así lo permiten, o dos abordajes(cáliz medio e inferior), con el objetivo de evitar la basculación del riñón sobre un único eje de fijación, como nos ocurrió en el primer caso ya referido.

Con respecto a la conducta a seguir en el postoperatorio, disentimos con lo propuesto en el trabajo de M. Castillo y cols. (1) de mantener la nefrostomía por 12 semanas. Por nuestra experiencia clínica nos parece excesivo tan largo período de permanencia de la derivación y hemos logrado los mismos objetivos con solamente 3 semanas de nefrostomía.

CONCLUSIÓN

La nefropexia percutánea, está inscripta dentro del concepto de Cirugía Mínimamente Invasiva y es una alternativa válida en la nefroptosis sintomática.

Los pacientes serán debidamente seleccionados utilizando a nuestro criterio como signo mayor a la obstrucción.

BIBLIOGRAFÍA

1. CASTILLO, M.; LARREA, E.; HERNANDEZ, D. y cols.: "Nefropexia percutánea para el tratamiento de la ptosis renal." Arch. Esp. Urol., 52: 250, 1999.
2. ELASHRY, O.M., NAKADA, S.Y., Mc DOUGALL, E.M. y cols.: "Laparoscopic nephropexy: Washington University experience." J. Urol., 154: 1655, 1995.
3. FORNARA, P.; DOHEN, CH. y JOCHAM, D.: "Laparoscopic nephropexy: 3 years experience." J. Urol., 158: 1679, 1997.
4. HÜBNER, W.A.; SCHRAMEK y PFLÜGER, H.: "Laparoscopic Nephropexy." J. Urol., 152: 1184, 1994.
5. LOCKHART, J.; SCHENONE, H.; CAMPALANS, L.: "Riñón móvil." En: Manual de Urología. Oficina del Libro. Facultad de Medicina. Montevideo. Uruguay. 1972.
6. MARTOV, A.: "Percutaneous Nephropexy." World Congress of Endourology, 1997.
7. MOSS, S.W.: "Floating kidneys: a century of nephroptosis and nephropexy." J. Urol., 158: 699, 1997.
8. RAJU, T.: "Percutaneous Nephropexy." 24th World Congress, SIU, Montreal, 1997.
9. VALDIVIA URÍA, J.G.: "Nefrostomía percutánea, Técnica simplificada." Arch. Esp. Urol., 40: 177, 1987.
10. URBAN, D.A.; CLAYMAN, R.; KERBL, K. y cols.: "Laparoscopic nephropexy for symptomatic nephroptosis: initial case report." J. Endourol., 7: 27, 1993.