

Hernia Retroperitoneal después de Nefrectomía Lumboscópica.

Presentación de un caso

Autores: Dr. José Luis González González.¹

Dra. Ana Maria Fuentes Ordoñez²

Dr. Joaquín Menéndez Núñez.³

Grupo de Cirugía Hepatobiliopancreática. Hospital Hermanos Ameijeiras.

Correspondencia: joseluis@infomed.sld.cu , anama@infomed.sld.cu , joaquinmen@infomed.sld.cu

¹ *Especialista de I Grado de Cirugía General.*

² *Especialista de I Grado de M.G.I. Residente de II año de Cirugía General.*

³ *Especialista de I Grado de Cirugía General. Especialista de I Grado en M.G.I*

Resumen:

La Nefrectomía lumboscópica constituye una técnica quirúrgica ampliamente utilizada en nuestros días para realizar nefrectomías con varias indicaciones, constituye una técnica segura , pero no exenta de complicaciones, en nuestro trabajo presentamos un caso clínico interesante, por ser una complicación rara, no reportada con frecuencia. Se trata de una hernia retroperitoneal postoperatoria de intestino delgado hacia la celda renal.

Las técnicas endoscópicas representan hoy en día una opción efectiva con mínima agresión en el tratamiento quirúrgico de diversas enfermedades genitourinarias, mostrando un rol consolidado y justificado en la práctica urológica actual. ⁽¹⁾ Se atribuye a Bartel el reporte del acceso endoscópico al retroperitoneo, como una propuesta diagnóstica, para la inspección y biopsia de órganos retroperitoneales, pero fue Wickman, pionero de la cirugía mínimamente invasiva, quién describió el abordaje lumboscópico en 1979, para practicar ureterolitotomías. La primera Nefrectomía laparoscópica fue realizada por Clayman y col. En 1990, siendo la primera operación laparoscópica en humanos en la que se removió un órgano macizo. Ello permitió el

desarrollo de técnicas como la Adrenalectomía, Pieloplastias, Nefrectomías parciales, Nefrourectomías, entre otras.⁽²⁾ Las técnicas endoscópicas tienen ventajas como una menor estancia hospitalaria, una recuperación más rápida y un mejor resultado estético.

De todos los procedimientos Urológicos Endoscópicos empleados hasta ahora, la Nefrectomía es la que reúne más popularidad, utilizada en un principio solo para la extirpación de pequeños riñones hipoplásicos, el abordaje endoscópico es hoy propuesto como una posibilidad hasta en la extracción del órgano para trasplante con donante vivo. A pesar de su gran aceptación, la nefrectomía laparoscópica implica la invasión del espacio intraperitoneal y el riesgo potencial de agresión de su contenido,^(4,5) por lo que surgen accesos retroperitoneales de la celda lumbar. Este abordaje lumboscópico o retroperitoneoscópico supone la confección de un espacio de trabajo mediante una distensión mantenida del retroperitoneo.^(1,2)

En 1992. Gaur reporto la creación de un espacio de trabajo retroperitoneal mediante una distensión roma con balón, que proporciona ventajas potenciales, pues al ser el riñón un órgano retroperitoneal, permite un control precoz de los vasos renales y la inviolabilidad de la cavidad peritoneal.⁽³⁾

Sucede en ocasiones que durante el decolamiento de la Gerota en su plano anterior y el retroperitoneo, puede abrirse accidentalmente el peritoneo posterior, especialmente cuando se trata de riñones que han sufrido procesos sépticos crónicos que han desarrollado una fusión intensa al mismo. Esta eventualidad, cuando es pequeña no suele ser relevante para el cirujano quien habitualmente no cierra el peritoneo. En el caso que presentamos a continuación esto constituyó un gran dilema.

En nuestra institución contamos con un equipo de cirujanos Urólogos dedicados a la endo-urología que cuenta con una importante casuística y magníficos resultados y a pesar de haber sospechado la complicación y solicitada la consulta de nuestro servicio llevó varios días para su diagnóstico.

Presentación de caso

O.S.T paciente femenina de 47 años de edad con antecedentes de enfermedad litiasica bilateral, que ingresa con cuadro clínico caracterizado por dolor lumbar derecho intenso y persistente. Esta paciente había sido intervenida quirúrgicamente en el 2001, realizándose nefrolitotomía a cielo abierto y posteriormente en el 2003, se había diagnosticado una atrofia renal izquierda. El cuadro actual se acompaña de fiebre, leucocituria y evidencias ultrasonográficas y tomográficas de piodonefritis. Se interviene por vía lumboscópica realizándose una nefrectomía técnicamente difícil, durante la cual el cirujano advierte la apertura accidental del peritoneo posterior en una longitud de 2 cm, a la cual no se le da mayor importancia.

Pasadas las primeras 24 horas del postoperatorio la paciente comienza con un cuadro de vómitos importantes, que obliga a suspender la vía oral y colocar sonda de Levine. Es interconsultada con la guardia de cirugía, quienes interpretan el cuadro de la paciente como un íleo postoperatorio. El cuadro cede a las 72 horas, se retira la sonda nasogástrica y se comienza la vía oral con líquidos, recurriendo dicho cuadro de vómitos abundantes, postprandiales precoces y esta vez con dolor abdominal a tipo cólico.

Se realizan radiografías de abdomen simple (Fig.1) que muestran un patrón gaseoso de intestino delgado aumentado y un número inusual de grapas, que hacen pensar en una nefrectomía difícil, sangrante (?).



Figura 1

Así evoluciona 48 horas más hasta que se decide realizar radiografía contrastada (tránsito intestinal) evidenciándose una marcada distensión de intestino delgado en sus primeras asas yeyunales y dificultad a su paso a nivel del cuadrante superior derecho. (Fig. 2, 3 y 4)



Figura 2

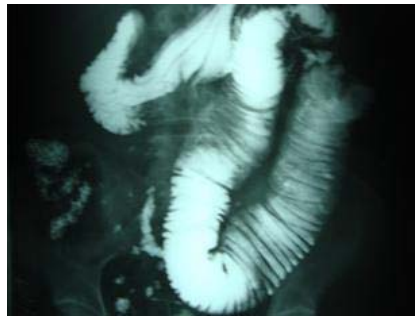


Figura 3



Figura 4

Se realiza Tomografía axial computadorizada con el ánimo además de descartar la presencia de una colección a nivel del lecho quirúrgico, pues se trataba de una nefrectomía en un riñón, séptico y se evidencia salida de contraste por fuera del contorno intraperitoneal sin poder precisar si está o no dentro del asa intestinal el contraste.

Así las cosas, se decide intervenir la paciente sospechando la posibilidad de una hernia interna a través del orificio del peritoneo posterior, la cual se evidencia en el acto quirúrgico (Fig. 5 y 6). Al realizar la laparotomía se encuentra una primera asa yeyunal muy distendida y que se introduce a través de un apretado anillo de peritoneo posterior que comunica con la celda renal, se recupera el asa con marcada mortificación de su borde antimesentérico, pero que se recupera rápidamente luego de su reintegración a la cavidad. Se realiza un cierre a Surget del peritoneo con catgut cromado y se cierra el abdomen. La paciente evoluciona favorablemente y se va de alta a las 72 horas.



Figura 5

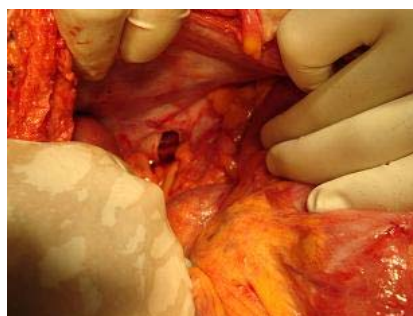


Figura 6

Conclusiones:

La Nefrectomía Lumboscópica Retroperitoneal se puede considerar un método seguro y puede ser empleada tanto para patologías benignas como malignas, pero no está exenta de complicaciones. Esta complicación de la cirugía lumboscópica, aunque rara, es meritoria de tener en cuenta; pues su diagnóstico llevó varios días y fue valorada por varias guardias médicas hasta hacer su diagnóstico. Esta cirugía se realiza con frecuencia en nuestro medio y la apertura del peritoneo posterior, tanto durante la nefrectomía lumboscópica, como abierta no es rara y generalmente se deja desatendida, sin mayores problemas. Es quizá este caso una razón para evitar esta conducta.

Bibliografía seleccionada:

1. Sotello. S Rocafull "Técnica de Nefrectomía Radical lumboscópica con 3 trocares". Revista Venezolana de Urología. 2003.
2. Escovar Paul , Montilla Jose G y cols: Nefrectomía endoscópica retroperitoneal. Revista Urología Panamericana.14:9-16,2002.
3. Abbou,C.C, Cicco, A. Gasman, Hoznek. Retroperitoneal laparoscopic versus open radical nephrectomy.J Urol.161:1776-1780-1999.
4. Escobar Jaramillo, Federico(1); Gaviria Gil, Federico(2); Arbeláez Arango, Santiago(3); Aristizábal Vásquez, Evaluación de las complicaciones perioperatorias de nefrectomías laparoscópicas durante 7 años en la ciudad de Medellín, urol. colomb. Vol. XVIII, No. 1: pp 7-14, 2009.
5. Gyan Pareek, Sean P. Hedican, Jason R. Gee, Reginald C. Bruskewitz and Stephen Y. Nakada. Meta-analysis of the Complications of Laparoscopic Renal Surgery: Comparison of Procedures and Techniques. The journal of urology Vol. 175, 1208-1213, April 2006.