

PIELOPLASTIA CAPSULAR DE THOMPSON

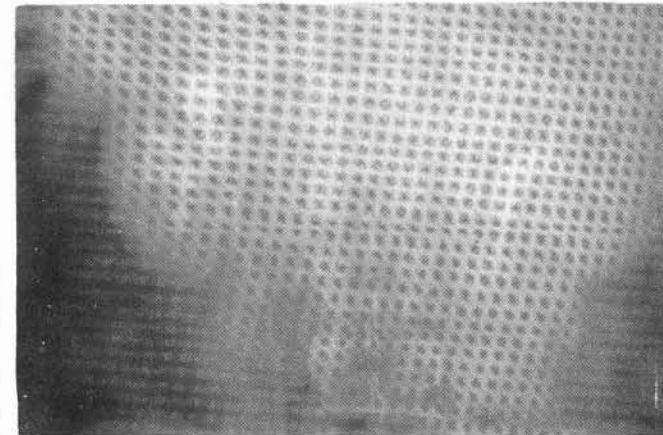
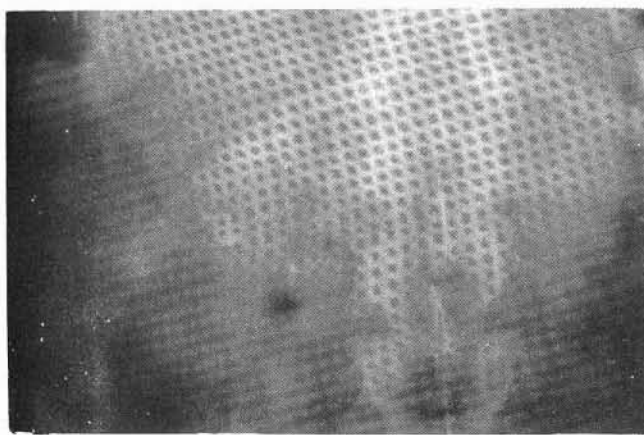
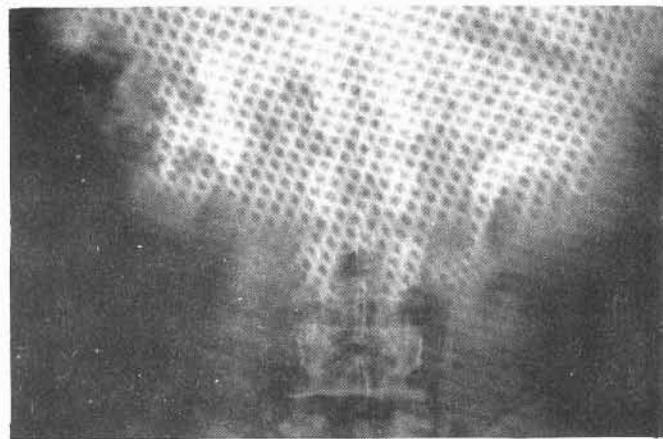
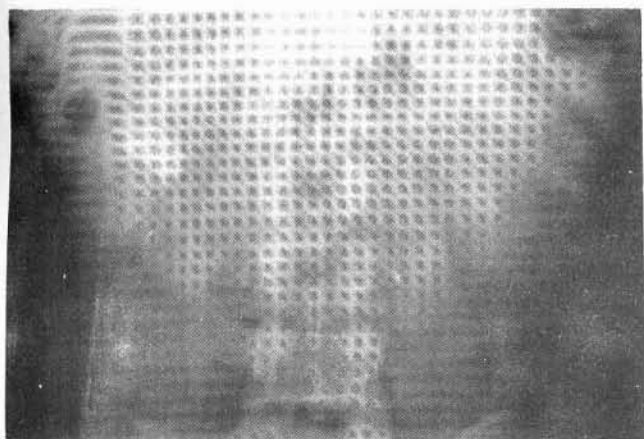
Miguel Aguiar Alvarez*

INTRODUCCION

La reconstrucción de la unión ureteropielica ha sido abordada desde hace muchos años mediante técnicas diferentes con resultados variables pero en general buenos, usando colgajos de la misma pelvis renal o bien mediante excisión de la porción estenótica y reanastomosis término terminal. Sin embargo, existen condiciones clínicas muy seleccionadas en las que la reparación por estos métodos convencionales no es posible. Tales circunstancias son aquellas en que se encuentran impactaciones de cálculos en la unión ureteropielica intrínsecamente angosta, con pelvis intrarenal y estenótica donde existe marcada friabilidad inflamatoria y escaso tejido pélvico para reconstruir la pelvis y cuyo cierre primario deja dudas sobre la futura patencia de la misma. Aquí se reporta un caso en que se usó la pieloplastia capsular como una opción adecuada para resolver este tipo de problemas.

REPORTE DEL CASO:

Paciente de 39 años de edad que ingresa con el diagnóstico de litiasis renal derecha como se observa en las Figs. 1 y 2. La placa simple muestra la presencia de un cálculo radiopaco que ocupa prácticamente toda la pelvis renal produciendo hidronefrosis grado I - II en el pielograma intravenoso. En Agosto de 1978 se le practicó una pielolitotomía por lumbotomía como vía de abordaje. Cursó asintomático hasta Mayo del 79 en que se presentó de nuevo con infección urinaria por E. Coli y dolor moderado en fosa renal derecha. Un pielograma de control Figs. 3 y 4 muestran un cálculo radiopaco recidivante localizado en la pelvis renal la cual es estenótica produciendo hidronefrosis grado. Fotos 1 y 2 I - II. En esta ocasión el riñón se abordó con incisión de flanco encontrándose una gran cantidad de adherencias inflamatorias, una pelvis intrarenal sumamente angosta y fibrosada. La disección del seno renal fue difícil y la pelvis



mostró la presencia de una cicatriz importante, la cual hubo que seccionar en forma vertical dado el poco diámetro de la pelvis. Se extrajeron el cálculo que mostraron las radiografías preoperatorias así como otros dos cálculos no sospechados.

La reconstrucción de la pelvis no era posible dadas las características anteriormente descritas y el poco tejido pélvico presen-

te por lo que se decidió construir un colgajo de cápsula renal de base ancha suturándolo al defecto pélvico como se ilustra en la Fig. 5. Un pielograma control después de un año de la plástica Fig. 6, muestra desaparición de la hidronefrosis, patencia adecuada de la pelvis renal y en la placa simple no se visualizaron cálculos recidivantes. El paciente continúa asintomático y con orina estéril. Fotos 5 y 6.

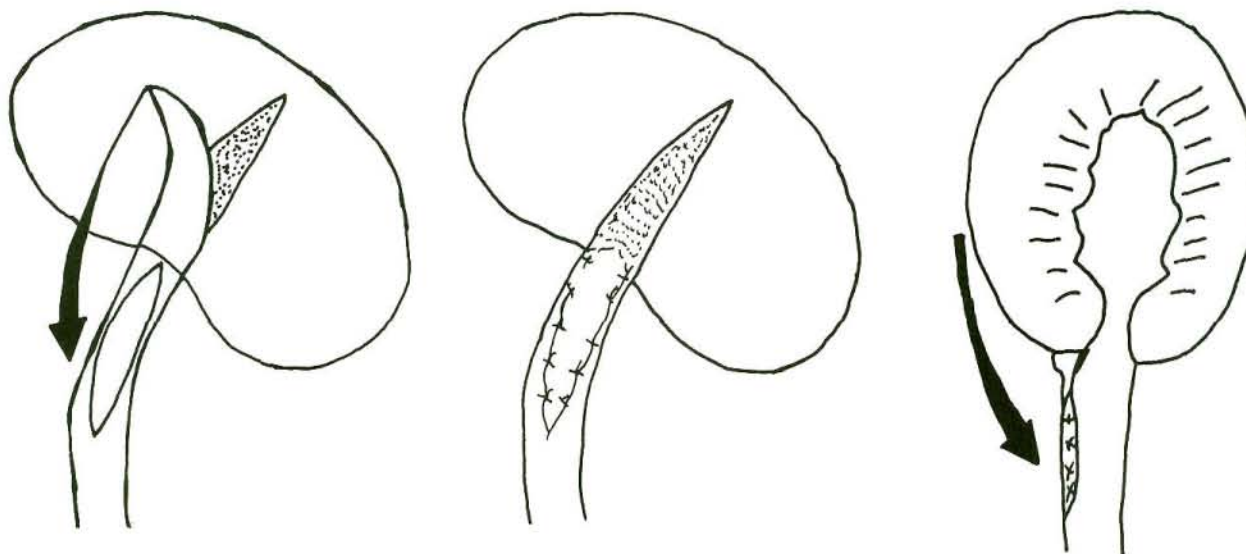


Fig. 5 Reconstrucción de la unión ureteropélica mediante colgajo de cápsula renal.



DISCUSION:

En 1963 a raíz de la reparación de dos casos de quistes parapélvicos, el Dr. Thompson reconstruyó las pelvis renales mediante el uso de cápsula renal con buenos resultados postoperatorios. Los experimentos llevados a cabo posteriormente 1, revelaron el potencial del uso de colgajos de cápsula renal. La información obtenida reveló que la cápsula es una prótesis abundante y disponible para reconstruir la parte superior del uretero en extensiones relativamente grandes. Es un tejido que a pesar de no tener actividad peristáltica, no presenta obstáculo alguno en la conducción de la orina en una pélvis suficientemente dependiente. Estudios histológicos en los modelos experimentales demostraron que hay epitelización completa del colgajo en el término de 2 semanas. En ninguno de los perros hubo regeneración del músculo liso sino la permanencia de tejido colágeno y en algunos de ellos se encontró formación de cartílago en la capa subyacente al epitelio neoformado, sin formación calculosa en el lumen reparado. En 1969 el Dr. Thompson reportó sus primeras experiencias en humanos con el uso de esta técnica con buenos resultados. El caso reportado aquí representa el primero hecho en Costa Rica con resultado satisfactorio a 1 año. La técnica empleada es sencilla y esencialmente requiere las indicaciones precisas antes enumeradas. El colgajo se delinea como se muestra en la Fig. 5 dejando el parénquima renal intacto y situando la base lo más cerca posible del seno renal en tal forma que cubra el defecto de la pelvis renal. El colgajo se coloca y se extiende cuidadosamente y se sutura a los márgenes de la pelvis a reconstruir con suturas separadas de crómico o dextran 4 - 0. El uso de tutor y nefrostomía evitan el drenaje prolongado de orina por el flanco y ayudan a moldear la plastia. Los antibióticos postoperatorios son aconsejables aunque no exista evidencia preoperatoria de infección para evitar ésta por la

presencia de cuerpos extraños como son los tutores y la sonda de nefrostomía y evitar así la disolución del colgajo por proceso séptico.

Puesto que la mayoría de las estenosis ureteropielicas se solucionan con los métodos quirúrgicos convencionales, debe hacerse énfasis de que el uso de cápsula renal está restringido a casos selectos cuya única otra solución sería una ureterotomía intubada de David. Sin embargo, el uso de cápsula acorta el drenaje prolongado de orina por el flanco, promueve una cicatrización y epitelización del conducto pélvico o ureteral y produce menos angulación y fibrosis en la salida de orina.

RESUMEN:

Se presenta un caso clínico de estenosis ureteropielica con litiasis renal cuya reconstrucción requirió el uso de un colgajo de cápsula renal. Se relatan las bases experimentales y experiencias clínicas con su uso así como la descripción de la técnica quirúrgica y las indicaciones precisas para su uso.

SUMMARY:

A clinical case of UPJ obstruction and renal lithiasis which required a renal capsule flap pyeloplasty is presented. A brief description of the experimental and clinical experiences as well as the surgical technic and its precised indications is discussed.

BIBLIOGRAFIA:

1. Thompson I.M., Reconstruction of the ureteropelvic junction with pedicle grafts of renal capsule. J. of Urol. 89:573-577, 1963.
2. Thompson I.M. Clinical experience with renal capsule flap pyeloplasty. J. of Urol. 101:487-490, 1969.