

VIDEOS

1- Nefrectomía sub-capsular lumboscópica en pielonefritis xantogranulomatosa

Mariano Castillo Rodríguez, Enrique Larrea Masvidal, Jorge Luis del Portal Cárdenas, Janet Manzanet Noa, Alicia C. Valdés Gómez, Luis L. Borrero Barrientos, María V. Labrada Rodríguez, Mayra González, Francis.

Nacional para el Tratamiento de la Litiasis Urinaria, Hospital "Hermanos Ameijeiras",

Objetivo: Demostrar la factibilidad de la extracción de un riñón con pielomefritis xantogranulomatosa, utilizando la técnica subcapsular de Albarran, a través de un abordaje endoscópico directo al retroperitoneo. **Material y método:** Paciente masculino, mestizo de 73 años, hipertenso, con cólico nefrítico izquierdo de un año y medio de evolución e infecciones urinarias febriles en los últimos cuatro meses. Los estudios imagenológicos y radioisotópicos (Rx simple de abdomen, Ecografía renal, TAC y Ganmagrafía con MAG-3) demuestran marcada ureterohidronefrosis izquierda con parenquima afinado (4 mm), elementos celulares internos y cálculo en uréter lumbar, ausencia funcional del riñón izquierdo con función normal del derecho. **Técnica quirúrgica:** Anestesia general orotraqueal, monitorio capnográfico. Sonda nasogástrica y uretrovesical. Posición de lumbotomía izquierda. Incisión de 2cm a 5cm por encima de cresta iliaca en proyección de la línea asilar posterior. División de los planos músculo aponeuroticos con tijera de Matzembraun, hasta rebasar la fascia transversalis. Disección digital del retroperitoneo que se completa con valor de Gaur (650ml de suero fisiológico) y colocación de trocar de 10mm tipo Hasson, a su través, se insufla CO₂ (12-15mm Hg.) para distender la cavidad retroperitoneal se inserta óptica de 0°, se identifica el músculo psoas y mediante desplazamiento cefálico sobre el, localizamos la celda renal. Bajo visión endoscópica se colocan dos trocates accesorios de trabajo, uno de 5mm, a medio camino entre la punta de la duodécima costilla y la cresta iliaca; otro de 10mm en la fosa lumbar a la misma altura que el anterior y por fuera de la masa muscular paravertebral. Se identifica, disecciona, clipa y secciona el uréter (previa extracción del cálculo), y se practica la misma secuencia de maniobras sobre los vasos del pedículo. El riñón se introduce en una bolsa que se exterioriza a través del puerto de la cámara y el tejido renal es extraído con pinza de anillo previa fragmentación en el interior de la bolsa. Se revisa endoscópicamente la cavidad, se coloca un drenaje a través de uno de los puertos posteriores, se retiran el CO₂ y los trocates y se suturan los orificios de trabajo. **Resultados:** Evolución pos-operatoria libre de complicaciones, alta hospitalaria al cuarto día. **Conclusiones:** El abordaje lumboscópico permite la realización exitosa de intervenciones complejas, sin invadir la cavidad peritoneal, obviando así su mayor morbilidad potencial, al evitar la manipulación y disección de sus órganos, así como, su posible contaminación debido a la naturaleza frecuentemente infecciosa de las patologías causantes de anulación funcional renal.

2- Nefrolitotomía percutánea extractiva

Mariano Castillo Rodríguez, Enrique Larrea Masvidal, Jorge Luis del Portal Cárdenas, Janet Manzanet Noa, Alicia C. Valdés Gómez, María V. Labrada Rodríguez, Luis L. Borrero Barrientos. Nacional para el Tratamiento de la Litiasis Urinaria. Hospital "Hermanos Ameijeiras".

Objetivos: Presentar nuestra técnica para la extracción mínimamente invasiva de cálculos renales sin previa fragmentación, así como sus posibles ventajas. **Material y métodos:** Entre febrero de 1990 y Diciembre de 2006 hemos realizado esta técnica en 486 pacientes. **Criterios de inclusión:** Cálculos pielícos o caliciales con diámetros de entre 5e 1,5 y 2 cm, de consistencia dura o impactados u obstructivos, o de abordaje de cuello amplio (mayor de 1,5 cm). **Detalles de la técnica:**

1. Trayecto percutáneo de trabajo de gran calibre (vaina de Amplatz 32-34 Ch).
2. Apertura de la piel y las aponeurosis de la región lumbar en relación con los diámetros del cálculo.
3. Aprehensión intrarrenal del cálculo empleando un nefroscopio tipo Wickham Miller modificado para garantizar una presa segura.
4. Desplazamiento del complejo nefroscopio-cálculo-vaina de Amplatz como una unidad en el momento de la extracción litiasica.
5. +-Colocación de una gruesa sonda de nefrostomía a través del trayecto percutáneo.

Resultados: Los cálculos fueron pielícos (71,2%), pielocaliciales (14,4%), caliciales (13,9%) y ureterales superiores (0,5%). En el 96,2% de estos, la cara de extracción tuvo diámetros entre 1,5 y 2 cm.; en el resto, estos diámetros fueron mayores. Se logra la extracción íntegra del cálculo en el 96,7% (470 casos). El tiempo quirúrgico promedio fue de 46,2 minutos. Hubo complicaciones en 18 casos (3,7%): pielonefritis aguda (10/2%), hematoma perirrenal (7/1,4%) y fístula arterio-venosa (1/0,2%), todas resueltas con tratamiento médico. La estancia pos-operatoria promedio fue 2,3 días. **Conclusiones:** La nefrolitotomía Percutánea Extractiva tiene un alto índice de éxitos y una baja tasa de complicaciones. Disminuye el tiempo quirúrgico, los cálculos residuales, la necesidad de procedimientos adicionales y la estancia hospitalaria. Consideramos que estos resultados avalan su indicación en todos los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión que fueron señalados. Esta técnica soluciona un importante grupo de casos que, en el contexto actual, no tienen indicación de Litotricia Extracorpórea por Ondas de Choque.

3- Utilización de técnica novedosa en colonoscopia en paciente con cáncer de colon.

Lissette Chao González, Julián Ruiz Torres, Karelia Melian Ysla, Carlos Ramos Pachon, Amparo Richardson.

Se realiza introducción de técnica novedosa en nuestro país en paciente con oclusión intestinal por neoplasia de colon izquierdo que se recibe en cuerpo de guardia de nuestro hospital, en el video se

muestra la colocación de una prótesis autoexpandible en este caso al que previamente se realiza el diagnóstico por TAC de abdomen y colon por enema de baja presión. Se hace colonoscopia con localización del tumor y bajo control fluoroscópico se introduce guía por el canal de trabajo del endoscopio venciendo la zona estenótica, posteriormente a través de la guía se introduce el aditamento con la prótesis autoexpandible la que se abre y se logra descomprimir, observándose la salida de materia fecal. Esto permitió que el paciente no necesitara una cirugía de urgencia, que conllevaría una colostomía y se realizó la operación de forma ambulatoria en mejores condiciones generales con éxito.

4- Fístulas perianales y láser de CO2

Dr. Hilario Reynel Martínez Noda, Dr. Manuel Cepero Nogueira, Dr. Julio Díaz Mesa

Las fístulas anorrectales se encuentran entre las patologías más frecuentes de dicha región anatómica. De acuerdo con su trayecto han sido sometidas a varias clasificaciones. Las más frecuentes son las fístulas anales y anorrectales bajas, las cuales han sido tributarias de diversos tratamientos quirúrgicos entre ellos:

1. La fistulectomía
2. Las fistulotomías con destechamiento y estimulación del tejido cruento.
3. Las fistulotomías con aplicación de electrocoagulación.
4. Fístulotomías con la aplicación de láser de CO2, además de la aplicación del rayo desenfocado a la superficie expuesta que contribuye a una mejor cicatrización y pronóstico