



CONSEJOS DE UN EXPERTO

Iniciación a la nefrolitotomía percutánea

Introduction to percutaneous nephrolithotomy

Adolfo Serrano Acevedo^{a,b}

^aMD, Urólogo, Universidad el Bosque, Bogotá, Colombia

^bMiembro de número Sociedad Colombiana de Urología

Introducción

En esta nueva sección se exponen brevemente los elementos que a juicio del autor hacen que una intervención en urología sea exitosa.

En esta primera edición se realiza una enumeración netamente subjetiva, nacida del empirismo y de la experiencia del autor, limitada a la nefrolitotomía percutánea en prono.

Selección del caso

El ideal para empezar es la piedra piélica de unos 3 cm que se asocie a dilatación moderada. Si no hay algo de hidronefrosis, ese riñón, usualmente sano y turgente va a sangrar, incluso profusamente. Por otra parte, la dilatación va a ser difícil, con pérdida frecuente del tracto.

Si la dilatación es importante, es fácil desorientarse dentro del riñón y no hallar el infundíbulo que conduce a la pelvis renal. Los cálculos muy voluminosos o coraliformes tampoco son la mejor alternativa, Es frecuente la migración de fragmentos a cálices remotos y para el que se inicia, prolongaría notablemente la intervención.

Posición del paciente

Mi preferencia es prono con rollos de la cintura escapular a la pélvica. Permiten la buena ventilación y exponen todo el dorso. Los rollos dispuestos al través dan dorsiflexión forzada

y dificultan notablemente la navegación. La anteflexión (como en navaja) reduce la precarga y limita la excursión respiratoria.

Punción

Creo que todos los manuales sobrevaloran la dirección oblicua y caudal de cualquier punción. El efecto es un tracto más largo que se “traga” todo el instrumental y dificulta la navegación intrarenal. Mi sugerencia es la punción mucho más medial, perpendicular al cáliz seleccionado. Así, los tractos son más cortos y la movilidad del nefroscopio, muy amplia.

Dilatación

Hago dilatación con el sistema coaxial de Alken. La perforación por exceso al avanzar los dilatadores o la pérdida del tracto por defecto en el paso de los mismos se dan por dilatar sin un punto de apoyo. Mi apoyo es el tubo de fluoroscopia que da un punto fijo para no quedarse corto ni penetrar en exceso.

¿Quién sostiene la camisa de Amplatz?

Generalmente el cirujano maneja el fragmentador, las pinzas y el nefroscopio dejando ese papel al ayudante sin experiencia, la instrumentadora o escalones cada vez menos

experimentados de la cadena alimenticia médica. En mi caso siempre sostengo la camisa y el nefroscopio y el ayudante hace las otras manipulaciones. Creo que la camisa es la garantía de conservación del tracto y permite al cirujano dirigir la navegación. Las otras maniobras, vistas y narcisistas, dependen de mantener cuidadosamente la camisa y por tanto el tracto.

El irrigante

Aunque fue descrito desde los albores de la endourología, con frecuencia se olvida que se debe irrigar con soluciones isotónicas para evitar el síndrome de Resección transuretral. Recomiendo el Artromatic® que es lactato de Ringer envasado en bolsas de 3000 ml.

Nefroscopio y camisa

El nefroscopio corto pertenece al museo de antigüedades urológicas al limitar notablemente la navegación intrarenal. Todos los modelos recientes han reducido su calibre. Creo que la camisa debe exceder en 2 Fr el nefroscopio, de manera que permita el drenaje sin aumentar la presión intrapiélica. Diferencias mayores no distienden adecuadamente el sistema colector.

Fragmentación y evacuación

La fragmentación debe ser sistemática. Con frecuencia, por ir por la parte voluminosa de la piedra se dejan numerosos

fragmentos o piedras menores en el riñón. Se debe evacuar cada mínimo fragmento antes de avanzar a otra área del riñón. Los conceptos de fragmentos insignificantes o la expectativa de que serán evacuados con mucha frecuencia no se dan. Por otra parte el retrato de una pobre nefrolitotomía percutánea es ver que ni un solo cáliz está libre de cálculos

Cuándo suspender

El sangrado, la hipotermia y el tiempo quirúrgico prolongado deben motivar la terminación temprana. “En la urología no hay amor propio” (Profesor Héctor Pablo Barreto).

Cómo suspender

La nefrostomía como elemento de hemostasia fue una idea “lógica” que solo hasta ahora se ha evaluado, demostrando que se trata de un paradigma falso. La invitación es a no dejar nefrostomías a menos que existan fragmentos que puedan migrar y obstruir. Si el temor impide abandonar esa costumbre, por lo menos se debe optar por tubos más delgados, preferiblemente 18 Fr. de Foley y apenas inflando el balón para que no se vuelva obstructivo. Así mismo la nefrostomía puede ser reemplazada por un catéter de derivación interna (doble jota) el cual permite el drenaje en la medida en que desciendan arenillas, o coágulos. Finalmente en el caso en que haya certeza de estar libre de cálculos, y ninguna lesión del sistema colector la opción es no dejar catéter ni nefrostomía.