

PLASTICA PIELO-URETERAL LAPAROSCOPICA

La estenosis de la unión pieloureteral es la afección congénita del ureter más frecuente que provoca la dilatación del sistema pielocalicial. Cuando esta patología no es tratada oportunamente, conduce al deterioro progresivo y atrofia de la unidad renal.¹

Originalmente la plástica pieloureteral “abierta o convencional” fue descrita por Anderson y Hynes en 1943, convirtiéndose en el tratamiento de elección de esta patología, con tasas de éxito superiores al 90%. Sin embargo la alta morbilidad que presentaba esta técnica llevó a los urólogos a desarrollar opciones terapéuticas menos invasivas.²

Diferentes técnicas mínimamente invasivas han sido descritas desde entonces para tratar esta patología, encontrándose entre ellas la endopielotomía anterógrada, retrógrada, dilatación con balón y endopielotomía bajo visión radioscópica, que si bien reducen la morbilidad de la cirugía abierta, lo hacen a expensas de una tasa de éxito marcadamente inferior a esta, incluso con una adecuada selección de casos (56-70%).^{3,4}

En 1993 Schuessler y col.⁵ describen la plástica pieloureteral laparoscópica, la cual reproduce los pasos de la cirugía abierta y alcanza una tasa de éxito comparable, disminuyendo la morbilidad post operatoria, tiempo de internación y tiempo de convalecencia de esta última. Hoy en día la plástica pieloureteral laparoscópica es el tratamiento de elección de esta patología.⁶

Las ventajas respecto a la cirugía convencional que podemos enumerar respecto a este abordaje son.^{7,8}

- Menor dolor post operatorio.
- Baja tasa de complicaciones (2 a 11%)
- Incisiones más pequeñas y estéticas (3 o 4 incisiones menores a 1 cm).
- Menor estadía hospitalaria (2.2 a 2.8 días).
- Excelentes resultados funcionales a largo plazo (87-100%).
- Cirugía más precisa (magnificación visual del laparoscopio)
- Reinserción laboral precoz (15 días aprox).

La plástica pieloureteral laparoscópica es hoy en día el tratamiento de elección para esta patología, ya que logra excelentes resultados funcionales a largo plazo, siempre que exista una indicación quirúrgica adecuada y acorde a la experiencia del cirujano actuante.

1. Christopher GE. Minimally Invasive Treatment of Ureteropelvic Junction Obstruction: A critical Analysis of Results. Eur Urol. 2007; 52: 983-9.
2. O'Reilly PH, Brooman PJ, Mak S y cols. The long-term results of Anderson-Hynes pyeloplasty. BJU Int. 2001; 87: 287-9.
3. Brooks JD, KavoussiLR, Preminger GM y cols. Comparison of open and endourologic approaches to the obstructed ureteropelvic junction. Urology 1995; 48:791.
4. Meretik I, Meretik S y Clayman RV. Endopyelotomy: Comparison of ureteroscopic retrograde and antegrade percutaneous techniques. J Urol. 1992; 148:775.
5. Schuessler W, Grune M, Tecuanhuey L y cols. Laparoscopic dismembered pyeloplasty. J Urol. 1993; 150: 1795-9.

6. Symons S, Bhirud P, Jain V. Laparoscopic Pyeloplasty: Our New Gold Standard. J Endourol. 2009; 23(3): 463-7.
7. Jarret T, Chan D, Charambura T y cols. Laparoscopic pyeloplasty: the first 100 cases. J Urol. 2002; 167:1253.
8. Calvert R, Morsy M, Zelhof B y cols. Comparison of laparoscopic and open pyeloplasty in 100 patients with ureteropelvic junction obstruction. Surg Endoscop. 2008; 22: 411-14.