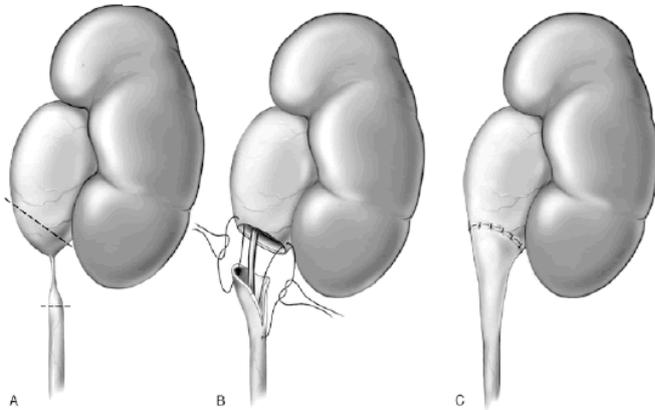




ESTENOSIS PIELOURETERAL



1. El propósito principal de la intervención es facilitar el paso de la orina procedente del riñón hacia el uréter, evitando así los riesgos de pérdida funcional que la estenosis o estrechez de la unión pieloureteral puede originar.
2. La intervención precisa anestesia general, sobre la que le informará el Servicio de Anestesiología y Reanimación.
3. La intervención precisa el acceso a la fosa renal, que se realiza asistido por retroperitoneoscopia. De este

modo el abordaje de la fosa renal es posible realizarlo a través de pequeñas incisiones, por medio de la introducción de trócares, óptica e instrumentos bajo visión directa. Con ellos se logra la creación de un espacio de trabajo, tras la introducción de gas en la fosa renal, que permite aislar y exteriorizar la unión pieloureteral estenótica. La técnica quirúrgica subsiguiente no difiere de la realizada mediante cirugía abierta. Se extirpa la zona estenótica, se reduce el tamaño de la pelvis (plastia) y se une de nuevo el uréter a la pelvis. Se pueden colocar unas sondas (tutor ureteral interno, sonda de nefrostomía) y un drenaje que sale alrededor de la herida y que serán retirados posteriormente. Luego se extrae el gas y se cierran los orificios con puntos de sutura. En casos en que técnicamente o por hallazgos intraoperatorios, no sea posible concluir la cirugía con esta técnica, se procederá a realizar una incisión de lumbotomía, y convertirla en cirugía abierta.

4. Las posibles alternativas quirúrgicas son: pieloplastia a través de lumbotomía clásica, endopielotomía percutánea y nefrectomía.
5. Dadas las características complejas del proceso, basándose en los hallazgos quirúrgicos, o de surgir algún imprevisto, el equipo médico podrá modificar la técnica quirúrgica programada y decidir la opción terapéutica más adecuada.
6. Las complicaciones de la intervención informada pueden ser: A) Imposibilidad de realizar la intervención programada por causas diversas (hemorragia, problemas anestésicos, etc.). B) Problemas del procedimiento quirúrgico, que obliguen a finalizar la intervención con la extirpación del riñón o derivación cutánea de la orina. C) Complicaciones derivadas de la herida quirúrgica, infecciones (en sus diferentes grados de gravedad), fibrosis reactivas (con reaparición de la estenosis de la sutura quirúrgica y atrofia renal), dehiscencia de la sutura (que puede necesitar una intervención secundaria), rotura de catéteres (quedando restos de los mismos en el interior de la vía urinaria, que precisan de otras pruebas o intervenciones para su extracción), fístulas supurativas (temporales o permanentes), defectos estéticos (derivados de algunas de las complicaciones anteriores o de procesos cicatriciales anormales, etc.), intolerancia a los materiales de sutura (que puede llegar incluso a la necesidad de reintervención para su extracción), neuralgias, hiperestésias e hipoestésias (locales o regionales), y abombamiento del abdomen que permanece un tiempo y se suele corregir sin ningún tratamiento. D) Hemorragia de cualquier zona del aparato urinario afectado en la exploración (de cuantía variable, que puede precisar transfusiones).
7. Los riesgos atípicos de la intervención informada pueden ser: A) Lesiones de los grandes vasos, con gran riesgo vital, que precisarán transfusiones y procedimientos de cirugía vascular, de trascendencia impredecible. B) Lesiones de órganos vecinos.
8. En cualquier caso, pese a la adecuada elección de la técnica, toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica como por las peculiaridades clínicas específicas de cada niño, lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y potencialmente serias (infección, hemorragia, dolor), que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.