

UP2) INSTALACIÓN DE CATÉTERES TENCKHOFF VIA PERCUTÁNEA VIDEOASISTIDA

Gras Achondo, M¹; Gana, R²; Troncoso, B³.

¹Hospital Roberto del Río, Santiago, Chile; ²Hospital San Juan de Dios, Clínica Las Condes, Santiago, Chile; ³Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN: La diálisis peritoneal (PD) es el método preferido de terapia de reemplazo renal en niños con insuficiencia renal. La principal preocupación al insertar catéteres Tenckhoff es el alto riesgo de filtración y consecuente falla de la PD. La laparoscopia ofrece la ventaja de preservar el sitio de entrada, disminuyendo el riesgo de filtración; permite una adecuada ubicación del catéter y facilita la omentectomía parcial. La inserción mediante técnica Seldinger, de elección en adultos, tiene como principal riesgo la punción inadvertida de vísceras abdominales. Por esto planteamos una técnica percutánea videoasistida realizando la punción bajo visión directa.

METODOLOGÍA: Paciente en supino con torre de laparoscopia a los pies. Incisión subumbilical e introducción de trocar 5mm, con técnica Hasson, y óptica de 5mm/30° para la inspección abdominal. Retiro de trocar e introducción de sonda de alimentación 8Fr conectada al CO₂, óptica, y pinza Maryland 3mm para exteriorizar omento y realizar la omentectomía parcial. Reintroducción de trocar y punción suprapúbica bajo visión con bránula 18Fr. A través de bránula se introduce guía metálica hacia la pelvis; se retira bránula y se coloca un dilatador romo (Peel-away) sobre la guía. Se retira el introductor y se introduce el catéter a través de la vaina Peel-away hasta el manguito proximal, dirigiendo la punta hacia la pelvis. Una vez verificada la correcta posición, se realiza la tunelización subcutánea hacia la incisión subumbilical y luego hacia flanco con un sentido descendente, simulando un “cuello de cisne”. Al finalizar, se evalúa la permeabilidad del catéter instilando suero fisiológico, observando la infusión y drenaje, y descartando filtraciones.

CONCLUSIONES: Esta técnica mínimamente invasiva, es segura y exitosa, al combinar aspectos esenciales que determinan una función estable y eficaz del CPD, con disminución del riesgo de complicaciones: punción bajo visión directa, entrada directa hacia pelvis inferior, túnel epifascial más largo y mínimamente traumático, y segmento intraperitoneal más corto, que reduce el riesgo de migración/rotación del catéter y contribuye a su estabilidad. Hasta la fecha, la hemos aplicado en 4 pacientes de 6m-13años, con excelentes resultados, pudiendo utilizarse el catéter a las pocas horas de cirugía sin evidencia de filtraciones.