

XXII Congreso de la Sociedad Gallega de Urología

11 y 12 de mayo de 2012

Lugo



vídeos

FLAP DE DARTOS: SIMPLE Y EFECTIVA EN EL TRATAMIENTO DE LAS FÍSTULAS VESICO-RECTALES

A. Sousa y C. Uribarri

Hospital Comarcal de Monforte. Servicio de Urología

Introducción:

El tratamiento quirúrgico de las fístulas vesico-rectales o vesico-uretrales post prostatectomía radical es un procedimiento no exento de complicaciones serias y permanentes como la incontinencia urinaria y/o fecal además del riesgo de recidiva asociado sobre todo a los pacientes radiados, inmunodeprimidos, desnutridos o sobreinfectados.

Técnica quirúrgica:

Con el paciente colocado en posición de litotomía y tras cateterizar la uretra y la fistula. Realizamos una incisión con forma de V invertida sobre la piel escrotal movilizándola y desepitelizándola en su extremo distal para confeccionar un flap local muy bien vascularizado y anatómicamente muy cercano a la propia fistula lo que facilita su movilización para cubrir esa zona.

Discusión:

Las técnicas de sutura directa mas comunes son York.-Mason (transesfinteriana), Kraske (transacra), transperineal, transanal. Sin embargo, cuando interesa interponer tejido sano y vascularizado se prefiere utilizar flaps como Gracilis, Omento o Dartos perineal. Esta última técnica, consistente en una modificación del flap escrotal utilizado para tratar las estenosis uretrales complejas, fue descrita por Yosuef en 1999 y se caracteriza por su simplicidad, bajo índice de complicaciones y elevado nivel de éxitos.

Presentamos un video describiendo los principales pasos de esta sencilla, pero efectiva, técnica que debería formar parte del armamentarium quirúrgico de cualquier urólogo y cirujano general.

NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA DE TUMOR EN POLO SUPERIOR DE RIÑÓN IZQUIERDO

Novas Castro, Serafín; Puñal Pereira, Ana; Honorato Ruiz, Luciano; Cordeiro González, Patricia; Novoa Martín, Rosa María; Blanco Gómez, Benito; Cimadevila García, Antonio; García Freire, Camilo; Lema Grillé, José; Pérez Fentes, Daniel Adolfo; Toucedo Caamaño, Valentín; Blanco Parra, Miguel; Villar Núñez, Manuel.

Servicio de Urología, C.H.U. de Santiago de Compostela.

Objetivo:

Presentar un caso de tratamiento quirúrgico de un tumor renal izquierdo localizado, mediante cirugía laparoscópica.

Material y Métodos:

Varón de 72 años, con antecedentes de epilepsia y arritmia cardíaca, al que se le diagnostica, incidentalmente por eco, una lesión renal bilateral. El TAC posterior confirma la existencia de una masa de 3.6 cm en polo superior del RI y otra de 2.9 cm en tercio medio del riñón D compatibles con hipernefroma, debiéndose valorar la variante de carcinoma papilar. Con estos hallazgos, se decide realizar nefrectomía radical derecha y nefrectomía parcial izquierda laparoscópicas, con abordaje transperitoneal.

Resultados:

En un primer tiempo, se realiza la nefrectomía parcial de polo superior del riñón izquierdo, posicionando al paciente en decúbito lateral derecho entre 45º y 60º, colocando inicialmente cuatro puertos: 2 de 12mm y dos de 5mm. Siendo necesario, posteriormente, la colocación de un quinto trocar de 5mm, para separar el bazo. Se utiliza una óptica de 30º.

Para el clampaje de la arteria renal se utiliza un torniquete Rummel, con un tiempo de isquemia caliente de 25 minutos.

En un segundo tiempo, se realiza la nefrectomía radical derecha laparoscópica.

La estancia postoperatoria del paciente fue de 12 días por drenaje productivo. Con un descenso de la hemoglobina de 3 g/dl, y un empeoramiento temporal de la función renal en el postoperatorio.

La anatomía patológica informa de oncocitoma de 3,4 cm en riñón izquierdo y oncocitoma de 2,9 cm intrarrenal en riñón derecho, que no contactan con márgenes quirúrgicos.

Actualmente el paciente está libre de tumor, con una función renal normal.

vídeos

Conclusiones:

La nefrectomía parcial está indicada en casos de riñón único anatómico o funcional, como nuestro caso. Siendo la vía laparoscópica transperitoneal una indicación válida cuando el tumor es pequeño y periférico, con resultados oncológicos superponibles a la cirugía abierta.

En los tumores de polo superior renal, es importante, una buena decolación y liberación del ligamento esplenocólico y esplenorenal, para facilitar el acceso quirúrgico. Es discutible, en estos casos, la idoneidad de la vía retroperitoneal.

NEFROURETERECTOMÍA DERECHA Y URETERECTOMÍA IZQUIERDA CON POSTERIOR REIMPLANTE VÉSICO URETERAL LAPAROSCÓPICO EN PACIENTE CO TM DE URETER BILATERAL

E. Cespón, E. Comesaña, I. Martínez-Sapiña, E. López, D. Jamardo, F. Sabell, A. Larrañaga, T. De la Hoz, J. Mata

Servicio de Urología. Hospital Meixoeiro. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

Presentamos en este video el caso de un paciente intervenido de Tm vesical en otro centro hace 4 años, que acude al S. de urgencias por hematuria
En los estudios complementarios presenta en el TAC y en la RMN imágenes compatibles con Tm de uréter bilateral
Se opta por la realización de nefroureterectomía derecha con ureterectomía izquierda y posterior reimplante uretero-vesical por vía laparoscópica, con buena evolución post operatoria y alta a las 48 horas

HEMINEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN TUMORES T₂

Manuel Ruibal; Higinio Rodríguez; Antonio Selas; Manuel Varela; Luisa Fernández

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Pontevedra

Introducción:

Actualmente la cirugía conservadora renal es el tratamiento de elección en los tumores renales T₁. Sin embargo los buenos datos de control oncológico publicadas por Centros de Referencia con series importantes en tumores T₂ animan a considerar la cirugía conservadora de nefronas en tumores $\leq 7\text{ cm}$.

El abordaje laparoscópico es así mismo el idóneo dadas las claras ventajas para el paciente. La experiencia en laparoscopia nos permite el abordaje por esta vía de lesiones renales de complejidad creciente.

Material – Método:

Paciente con hallazgo incidental de tumor renal bilateral sincrónico: derecho de 12 cm, izquierdo de 14 cm. Los hallazgos radiológicos sugieren oncocitoma en ambos casos. Se realiza cirugía conservadora renal derecha vía laparoscópica.

Resultados:

El tiempo quirúrgico fue de 150 minutos, isquemia de 25 minutos y sangrado de 300cc, estancia de 4 días sin complicaciones posoperatorias. La anatomía patológica correspondió a Carcinoma renal patrón cromóforo.

Conclusiones:

La cirugía conservadora renal es el tratamiento de elección en el carcinoma renal pT₁. Debe considerarse electiva en los T₂ y mandatoria en pacientes monorrenos o con tumores bilaterales. El abordaje laparoscópico es preferible a la cirugía abierta siempre que se prevea un resultado satisfactorio.

ABORDAJE LAPAROSCÓPICO EN CIRUGÍA DE RESCATE EN CARCINOMA RENAL

Manuel Ruibal; Higinio Rodríguez; Vicente García Riestra; Luisa Fernández; Antonio Selas

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Pontevedra

Introducción:

La cirugía conservadora renal constituye actualmente el tratamiento de elección en carcinoma renal T1. En tumores T2, su papel es más controvertido, aunque Centros con amplia experiencia están considerándola en estos casos. Cuando se decide realizar conservación renal en tumores voluminosos el seguimiento de estos pacientes debe ser más estrecho dado el mayor riesgo de recidiva local.

Caso clínico:

Presentamos el caso de un paciente de 53 años de edad. Se diagnostica de carcinoma renal derecho de 8 cm de diámetro, al que se le realiza nefrectomía parcial laparoscópica correspondiendo el estudio anatomopatológico a un carcinoma renal de células claras con bordes negativos. A los 10 meses de la cirugía y en un PET-TAC de control se aprecia lesión perirrenal sugestiva de recidiva tumoral. Con el diagnóstico de recidiva tumoral en fosa lumbar derecha se realiza abordaje laparoscópico para resección de dicha lesión. Abordaje laparoscópico transperitoneal con 4 trócares. Amplia liberación del riñón derecho. Resección completa de grasa perirrenal. Identificación de zona sospechosa. Resección completa de dicha lesión. Estudio intraoperatorio negativo para tumor. Se decide conservación renal. El paciente evolucionó satisfactoriamente. El estudio anatomopatológico definitivo correspondió a cambios inflamatorios y necrosis grasa.

CORRECCIÓN LAPAROSCÓPICA EN LEAK TIPO II EN ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL

Manuel Ruibal; Raul Casas; Juan Vidal; José Domínguez

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Pontevedra

Introducción:

Los aneurismas de aorta tienen una incidencia creciente con la edad situándose entorno al 2-5% a partir de los 60 años. Es cuatro veces más frecuente en varones que en mujeres. El riesgo de rotura es directamente proporcional al diámetro del aneurisma, situándose en el 20% en los mayores de 7 cm. El tratamiento clásico de cirugía abierta está siendo reemplazado por la colocación de endoprótesis dados sus buenos resultados y su menor morbimortalidad. Es esencial una adecuada colocación de la endoprótesis para el éxito terapéutico y reducir el riesgo de fracasos y complicaciones. En el seguimiento de estos pacientes es importante el despistaje de la aparición de una complicación relevante como son una comunicación de una arteria no ocluida que comunica con el saco aneurismático: Leak. Dentro de los Leak destaca por su relevancia clínica el Leak tipo II. El riesgo un Leak está en una presurización del saco por el aporte sanguíneo de una rama arterial no ocluida con el consiguiente riesgo de rotura. No todos los Leak tienen un comportamiento maligno y sólo estos requieren un tratamiento quirúrgico para su oclusión.

Caso clínico:

Presentamos el caso de un paciente de 75 años con aneurisma de aorta infrarrenal al que se le realizó colocación de endoprótesis vascular para corrección del aneurisma. En el seguimiento presenta a los 24 meses de la cirugía crecimiento del saco del aneurisma con presurización del mismo a partir de una arteria lumbar izquierda. SE decide conjuntamente con el Servicio de Cirugía Vasculat el cierre de dicha arteria lumbar izquierda mediante abordaje laparoscópico. Presentamos en el siguiente video la técnica empleada.

CORRECCIÓN LAPAROSCÓPICA DE FÍSTULA VESICO-PERITONEO-VAGINAL

Manuel Ruibal; Higinio Rodríguez; Eloy Del Moral; Francisco Llovo; Luisa Fernández

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Pontevedra

Introducción:

El desarrollo de fístulas vesico-vaginales constituye una temida complicación en la cirugía pélvica de la mujer, dada la complejidad que en ocasiones representa su corrección con tasas de recidivas no desdeñables. La posibilidad de su corrección vía laparoscópica es atractiva, pero debe tenerse en cuenta que para conseguir el cierre con éxito se requiere una adecuada técnica quirúrgica, con resección del trayecto fistuloso, cierre de ambas aperturas y la idoneidad de interposición de tejido entre ambas suturas.

Caso clínico:

Presentamos el caso de una paciente de 35 años de edad a la que se le había realizado histerectomía por ca de cérvix. En el posoperatorio presentó un TEP con evolución satisfactoria tras anticoagulación. A los 6 meses de la cirugía relata pérdidas de orina continuas de pequeña cuantía pero permanentes, así como episodios de dolor abdominal localizado en fosa ilíaca derecha. A la exploración física vaginal solo se logra confirmar escapes de orina tras llenado vaginal con azul metileno. Todos los estudios de imagen (Cistografía, UIV, TAC) fueron normales. Con diagnóstico de fístula vesico-vaginal se realiza abordaje laparoscópico con hallazgo de trayecto fistuloso que comunica vagina con cavidad peritoneal y vejiga. SE reseca trayecto fistuloso. Cierre de apertura vaginal y vesical. Interposición de plano graso de fondo saco de Douglas. Los estudios y la desaparición de la sintomatología confirman corrección completa de la fístula.

SUPRARRENALECTOMÍA IZQUIERDA LAPAROSCÓPICA POR METÁSTASIS ÚNICA DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE LARINGE.

López García Sabela; Carballo Quintá Manuel; Freire Calvo Jacobo; León Ramírez Daniel; Castro Iglesias A. Maximino; Ojea Calvo Antonio.

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

Introducción:

Según la definición que la comisión nacional hace de la especialidad, la Urología es la especialidad que engloba el estudio, diagnóstico y tratamiento de de las afecciones médicas y quirúrgicas del aparato urinario y retroperitoneo en ambos sexos y del aparato genital masculino. Por lo tanto, el Urólogo tiene que estar familiarizado con el diagnóstico y tratamiento de las afecciones de la glándula suprarrenal.

Material y Métodos:

Se introducen 4 trócares de 10mm a 2 centímetros del reborde costal: el primer trócar, de la óptica, es introducido a nivel de la línea axilar anterior; el segundo trocar a nivel de la línea axilar media; y el tercero y cuarto trócar a 5 centímetros del primero y el segundo respectivamente.

Los principios mayores para la extirpación de la glándula son: sección del ligamento espleno-frénico y espleno-renal; exposición de la cola del páncreas y los vasos esplénicos; localización del pedículo renal; Ligadura y sección individualizadas del pedículo superior, medio e inferior.

Resultados:

Paciente de 58 años de edad diagnosticado y tratado de carcinoma epidermoide de laringe pobremente diferenciado que, en controles rutinarios es diagnosticado de tumoración suprarrenal izquierda de 5 centímetros de diámetro compatible con origen metastático. Se procedió a la extirpación completa de la glándula siguiendo los principios generales. La Anatomía Patológica confirmó el diagnóstico clínico. El paciente fue alta hospitalaria a las 72 horas.

Conclusión:

La cirugía laparoscópica de la glándula suprarrenal es una cirugía fácil, con apenas morbilidad.

PROMONTOFIJACIÓN LAPAROSCÓPICA EN PACIENTE CON CIRUGÍA DEL SUELO PÉLVICO PREVIA

Sabela López García, Jacobo Freire Calvo, Manuel Carballo Quintá, Leonardo Tortolero Blanco, Daniel León Ramírez, Antonio Ojea Calvo.

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Hospital Xeral.

Introducción:

La disfunción del suelo pélvico femenino constituye un problema extenso, afectando aproximadamente a un tercio e las mujeres adultas; y muy invalidante, tanto por las complicaciones sociales como por el gran impacto que provoca en la calidad de vida de la mujer. Hoy en día el tratamiento estándar es la corrección quirúrgica mediante prótesis, tanto por vía vaginal como por vía abdominal. La promontofijación laparoscópica es una opción de tratamiento para la patología del suelo pélvico que puede realizarse incluso con antecedentes de cirugía pélvica.

Material y Métodos:

Presentamos el caso de una mujer de 69 años con antecedentes de cirugía por cistocele e Incontinencia de Orina de Esfuerzo, TVT y Perigee, que acude a nuestra consulta por prolapso de los tres compartimentos. Tras valorar los diferentes abordajes quirúrgicos posibles, se decide promontofijación laparoscópica.

Se coloca al paciente en Trendelenburg 30º. Se introducen 5 trócares. La cirugía comienza elevando el útero y fijándolo a la pared abdominal. Se identifica el promontorio, se secciona el peritoneo posterior para la disección del mismo. Se realiza la disección interfecto-vaginal, liberando bien la cara posterior de vagina. Se coloca la malla posterior, previamente recortada, fijándola al elevador del ano.

Con el útero suspendido se realiza la apertura de un orificio en el parametrio bilateralmente. Se inicia la disección intervesico- vaginal, hasta trígono. Se coloca la prótesis anterior, fijándola sobre cara anterior vaginal y al promontorio.

Posteriormente se realiza reperitoneización.

Resultados:

No se registraron complicaciones intra ni perioperatorias.

La paciente fue dada de alta a las 48 horas.

La promontofijación laparoscópica permite la corrección de la patología del suelo pélvico, con buenos resultados anatómicos y funcionales.

NEFROURETERECTOMÍA LAPAROSCÓPICA PURA SIN CAMBIAR DE POSICIÓN AL PACIENTE

Daniel León Ramírez, Leonardo Tortolero Blanco, Manuel Carballo Quinta, Jacobo Freire Calvo, Sabela López García, Benito Rodríguez Iglesias, Antonio Ojea Calvo.

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo - Xeral-Cies

Introducción:

La nefroureterectomía laparoscópica es el gold estándar para el manejo de los tumores del tracto urinario superior (TUS), existiendo diferentes técnicas de cómo desinsertar el uréter distal (endoscópica, cirugía abierta o laparoscópica) con similares resultados oncológicos.

Nuestro objetivo es mostrar nuestra técnica de nefroureterectomía laparoscópica con desinserción del extremo distal del uréter sin cambiar la posición del paciente.

Material y Métodos:

Paciente varón de 60 años, asintomático, sin antecedentes de importancia seguido por carcinoma de células transicionales (CCT), que presentó citologías positivas intermitentes, con estudios del tracto urinario superior dudosos, ureteroscopia y biopsias negativas para CCT. Evidenciándose en la segunda biopsia de la pelvis izquierda tumor de CCT de alto grado.

En decúbito lateral izquierdo mediante técnica de Hasson se colocó a nivel pararectal por encima del ombligo trocar de 10mm para la endocámara, en la línea medio claviclar 2 trócares de 5mm uno por encima de la cresta iliaca y otro subcostal, y otro de 10mm a nivel de línea axilar anterior. Se procedió con la nefrectomía reglada. Posteriormente se insertó un trocar adicional de 5mm en la FII, sin modificar la posición del paciente y previo clipado precoz se diseco el uréter, seccionando un rodete vesical de 2cm con uréter intramural. La pared vesical se cerró con puntos en cruz de Vycril. Extracción de la pieza, previo embolsado, por una pequeña incisión ilioinguinal que se inicia en el trocar más distal. Se dejó drenaje en lecho quirúrgico y sonda vesical Nº 18.

Resultados:

El tiempo operatorio fue de 140', pérdida sanguínea 110ml. Dado de alta a las 72 horas. La sonda vesical se retiró a los 7 días. El estudio histopatológico demostró CCT de alto grado, que infiltra la capa muscular, con márgenes de resección negativos y cuff vesical libres de afectación neoplásica

A los 14 meses se halla libre de recidiva de enfermedad

vídeos

Conclusion:

Una planificación adecuada de la cirugía al momento de colocar los trocares es fundamental para abordar el uréter distal durante la nefroureterectomía laparoscópica sin tener que modificar la postura del paciente.

Palabras Clave: Nefroureterectomía. Laparoscopia. Uréter Distal. Cambiar de posición.

ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE UN QUISTE DE URACO INFECTADO

Daniel León Ramírez, Leonardo Tortolero Blanco, Manuel Carballo Quinta, Jacobo Freire Calvo, Sabela López García, Arturo Rodrigo Elías, Antonio Ojea Calvo.

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo - Xeral-Cies

Introducción:

El quiste de uraco es una patología poco frecuente, suelen localizarse en la línea media, habitualmente asintomáticos y por lo general debutan con complicaciones infecciosas. El tratamiento estándar es la cirugía abierta (cistectomía parcial con exéresis completa del tumor). Sin embargo la vía laparoscópica es un procedimiento seguro y resolutivo proporcionando una mejor recuperación y menor estancia hospitalaria.

Objetivos:

Presentamos la resolución laparoscópica de un quiste de uraco infectado reproduciendo los pasos de la cirugía abierta.

Material y Métodos:

Mujer de 34, sin antecedentes quirúrgicos de importancia, que consultó por infecciones urinarias persistentes y dolor suprapúbico, que en la ecografía abdominal se apreció una lesión de 4cm de diámetro, heterogénea adyacente a la cúpula vesical. TC/RMN evidenciaban en cara anterior de vejiga una masa de 4 cm, triangular, sin afectación de estructuras contiguas ni de ganglios linfáticos regionales, sugestiva de quiste de uraco infectado. En la cistoscopia se visualizó en cúpula vesical una lesión de 3cm en forma de cono invertido que protruía hacia la luz.

Se practicó en decúbito supino y con acceso similar a la prostatectomía laparoscópica transperitoneal una cistectomía parcial con exéresis completa del tumor incluido el uraco y el peritoneo entre los ligamentos umbilicales y la lámina posterior de la vaina de los rectos. La pieza se extrajo previo embolsado a través del trocar umbilical

Resultados:

El tiempo operatorio fue de 60', pérdida sanguínea mínima. El postoperatorio transcurrió sin incidencias, con alta a las 72 horas. Retirándose la sonda vesical al séptimo día.

El estudio histopatológico reveló un quiste de uraco infectado

A los 12 meses se halla asintomática y libre de recidiva de enfermedad

Conclusiones:

El abordaje laparoscópico del quiste de uraco es una técnica factible, segura y eficaz con resultados superponibles a los de la cirugía abierta

Palabras Claves: Quiste de Uraco. Laparoscopia. Cistectomía parcial

ANEURISMA DE ARTERIA RENAL. RESOLUCIÓN MEDIANTE NEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA, REPARACIÓN EX - VIVO Y AUTOTRASPLANTE.

Javier Rguez.-Rivera, J. García Buitrón, A. Zarraonandía, J. Ponce, V. Chantada, P. Portela, D. Vázquez.

Complejo hospitalario universitario de A Coruña

Objetivo:

El Aneurisma de Arteria Renal es una entidad rara, con una incidencia del 0,09% - 0,3% en la población general y que son evidenciados, generalmente, en el transcurso de los estudios de hipertensión arterial. Presentamos un caso clínico con reparación quirúrgica y resultado satisfactorio mostrando en vídeo las distintas modalidades quirúrgicas, laparoscópicas, microquirúrgicas y de cirugía abierta, empleadas en las distintas fases de la intervención.

Material y Método:

Presentamos el caso de un paciente varón joven con Hipertensión Arterial grave y de difícil control farmacológico. Evidenciaba estenosis en ambas arterias renales (que habían sido tratadas anteriormente y poco éxito mediante dilatación) y un aneurisma en cada una de las arterias renales, a nivel de su bifurcación. El aneurisma renal izquierdo era de un tamaño considerable, unos 15 mm.

Resultado:

se decidió dar solución primeramente al riñón izquierdo realizando su extracción mediante técnica laparoscópica y obtención de fragmento de arteria hipogástrica izquierda. En “cirugía de banco” se procedió a exéresis del aneurisma y la arteria renal con posterior anastomosis de las cuatro pequeñas arterias renales resultantes al fragmento de arteria hipogástrica. Utilizando la misma incisión ilíaca izquierda por la que se extrajo el riñón procedimos a su reimplante sobre los vasos ilíacos. La continuidad de la vía urinaria se llevó a cabo mediante reimplante a vejiga con técnica extravésical y antirreflujo sobre catéter “doble J” (Lich-Gregoire). La evolución fue muy satisfactoria, siendo alta al octavo día postoperatorio.

Conclusiones:

Los aneurismas de arteria renal, si bien raros, pueden tener evoluciones catastróficas. La experiencia quirúrgica que proporcionan las técnicas de extracción laparoscópica y trasplante renal en un equipo es indudable permitiendo abordar con éxito casos clínicos complejos desde el punto de vista quirúrgico. Creemos que esta patología puede y debe ser abordada y solucionada por Urólogos.

PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA DE RESCATE TRAS RADIOTERAPIA

Ruibal Moldes. M.; Rodríguez Núñez, H.; Selas, A.; Fernández, L.; Varela Salgado, M.

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Pontevedra.

Introducción:

El incremento en los últimos años de la radioterapia como tratamiento en el cáncer de próstata, ha provocado un incremento en el número de pacientes con fracaso de la misma. Su abordaje terapéutico es un desafío sobre todo en aquellos pacientes en los que pueden beneficiarse claramente de un nuevo enfoque terapéutico curativo. CASO CLÍNICO Paciente de 54 años diagnosticado de carcinoma próstata Gleason VII organoconfinado. Se realiza radioterapia externa, consiguiendo PSA nadir de 0.4. El paciente se encuentra asintomático con niveles normales de PSA durante 6 años. En 2011 presenta elevación de los niveles de PSA (3.3 ng/ml). Se realiza biopsia de próstata que es positiva para adenocarcinoma de próstata. El estudio extensión es negativo. Se decide realizar prostatectomía radical vía laparoscópica se realiza PRL según técnica habitual del Servicio: vía transperitoneal, 5 trócares, conservación de cuello vesical conservación uretral. Alta a las 48 horas. Retirada de sonda a los 7 días con episodio de RAO que preciso sonda durante 1 semana más. Estudio anatomopatológico: Ca próstata Gleason VIII con márgenes negativo. A los 6 meses, continencia urinaria completa. PSA 0.04

ESTENOSIS URETERO-NEOVESICAL: REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA

Manuel Ruibal; Higinio Rodríguez; Antonio Selas; Luisa Fernández; Francisco Llovo

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Pontevedra

Introducción:

Actualmente la laparoscopia constituye la vía de abordaje de elección en procedimientos estandarizados como la prostatectomía radical, nefrectomía, ... Su aplicación también debe considerarse en procedimientos menos habituales como las reparaciones de estenosis, uréter, ...; y esto basada en su menor agresividad y óptimos resultados.

Material – Método:

Presentamos en el siguiente vídeo una reparación laparoscópica de una estenosis completa a nivel de la unión del uréter izquierdo a una neovejiga intestinal en un paciente con una cistectomía radical laparoscópica previa por un carcinoma vesical pT2N1.

Resultados:

El procedimiento pudo completarse satisfactoriamente vía laparoscópica con un tiempo quirúrgico de 240 minutos, sangrado \approx 100 cc, estancia de 7 días sin complicaciones intraoperatorias. El estudio UIV de control demuestra buen resultado con corrección de la estenosis.

Conclusiones:

La vía laparoscópica dadas sus ventajas demostradas de menor agresividad debe considerarse en la mayoría de las cirugías urológicas abdominales. Debe tenerse en cuenta la experiencia previa en laparoscopia a la hora de ampliar sus indicaciones.

TUMOR RENAL MÚLTIPLE: CIRUGÍA CONSERVADORA LAPAROSCÓPICA

Manuel Ruibal; Higinio Rodríguez; Vicente García; Riestra Antonio; Selas Miguel Devesa

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Pontevedra

Introducción:

Actualmente la cirugía conservadora renal es el tratamiento de elección en los tumores renales. El abordaje laparoscópico es así mismo el idóneo dadas las claras ventajas para el paciente. Sin embargo a la hora de enfocar el tratamiento quirúrgico del carcinoma renal debe predominar el principio de preservación renal sobre el de la laparoscopia, si existen dudas del éxito por vía laparoscopia.

La experiencia en laparoscopia nos permite el abordaje por esta vía de lesiones renales de complejidad creciente. Entre ellas los tumores renales múltiples.

Material – Método:

Presentamos en el siguiente vídeo una cirugía conservadora renal laparoscópica sobre riñón izquierdo con tumor múltiple (5 lesiones), en un paciente con carcinoma renal bilateral sincrónico.

Resultados:

Se realizó exéresis laparoscópica de 5 tumores renales: 2 de ellos con isquemia renal y 3 sin isquemia. El tiempo quirúrgico fue de 130 minutos, isquemia de 18 minutos y sangrado de 300cc. La anatomía patológica correspondió a Oncocitoma múltiple.

Conclusiones:

La cirugía conservadora renal es el tratamiento de elección en el carcinoma renal pT1. El abordaje laparoscópico es preferible a la cirugía abierta siempre que se prevea un resultado satisfactorio.

NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA EN AUTOTRASPLANTE RENAL

Manuel Ruibal; Higinio Rodríguez; José Díaz; Antonio Selas

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Pontevedra

Introducción:

Actualmente la cirugía conservadora renal es el tratamiento de elección en los tumores renales. El abordaje laparoscópico es así mismo el idóneo dadas las claras ventajas para el paciente. La experiencia en laparoscopia nos permite el abordaje por esta vía de lesiones renales de complejidad creciente.

Material – Método:

Presentamos en el siguiente vídeo una cirugía conservadora renal laparoscópica en un paciente monorreno con riñón derecho autotrasplantado en FID que presenta recidiva tumoral sobre el injerto.

Resultados:

Se realizó exéresis laparoscópica de lesión sólida a nivel del polo superior del injerto renal: clampaje de arteria ilíaca, resección tumoral con corte frío, cierre del defecto renal, reconstrucción del polo superior renal. El tiempo quirúrgico fue de 180 minutos, isquemia de 38 minutos, recuperación de la función renal al 5º día, creatinina actual de 1.8 ng/ml. En el posoperatorio presentó fístula urinaria manejada de modo conservador. La anatomía patológica correspondió a Carcinoma renal de células claras con márgenes negativos.

Conclusiones:

La cirugía conservadora renal es el tratamiento de elección en el carcinoma renal pT1. El abordaje laparoscópico de tumores renales complejos sólo debe plantearse si existe una adecuada experiencia en dicho campo.