



### V-1 TRATAMIENTO DE LA VEJIGA HIPERACTIVA A LA TERAPIA CONVENCIONAL: NEUROMODULACION DE RAÍCES SACRAS

Bohórquez Cruz, M; Sanchez Merino, JM<sup>a</sup>; Villar Vázquez, N; Mosquera Seoane, T;  
Sanchez Rodriguez – Losada, J; Chantada Abal, V.

*Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña*

#### **Introducción y objetivos**

La neuromodulación de las raíces sacras (S3) con el dispositivo InterStim™ (Medtronic) ha resultado ser útil en el tratamiento de la vejiga hiperactiva refractaria a tratamientos convencionales, constituyendo una modalidad terapéutica con una muy buena respuesta en pacientes en los que se agotaron otras posibilidades, fundamentalmente farmacológicas.

Nuestro objetivo es presentar el procedimiento en sus dos fases mediante un video ilustrativo.

#### **Material y Métodos**

La estimulación del nervio sacro S3 con el procedimiento InterStim se lleva a cabo en dos fases.

Fase primera: exploración de las raíces sacras mediante el tine lead conectado a un dispositivo temporal para la estimulación externa.

Realizamos el procedimiento con el paciente en decúbito prono, con anestesia local y una suave sedación. Se realiza una tracción lateral de ambos glúteos para exposición del ano en vistas a la identificación de contracciones a este nivel. Se colocan ambos pies fuera de la mesa. Con fluoroscopia se localiza el foramen S3, por el que se introduce la aguja. La estimulación eléctrica del nervio S3 producirá un movimiento en fuelle del ano, flexión plantar del primer dedo, opresión anal y parestesias que irradian labios y escroto.

Fase segunda (2-4 semanas después): Implante de un generador de impulsos eléctricos definitivo por vía subcutánea, con anestesia local, si se ha producido una mejoría de la clínica miccional de al menos un 50%

#### **Conclusiones**

La neuromodulación sacra es una opción eficaz y relativamente sencilla de realizar en pacientes con vejiga hiperactiva refractaria al tratamiento médico. A diferencia de la inyección intradetrusoriana de toxina botulínica, su eficacia se mantiene en el tiempo y no presenta riesgo de desarrollar retención urinaria.

## VÍDEOS

### V-2 REEMPLANTE URETERAL DERECHO CON TÚNEL SUBMUCOSO

Teresa Mosquera Seoane, Juan León Mata, Carla Abeijón Piñeiro, Jessica Molinos Mayo, Jorge Rey Rey, Jacobo Freire Calvo, Pilar Rodríguez Souto, Javier Pereira Beceiro, Carlos Bonelli Martín, Alfonso González Blanco, Andrés Rodríguez Alonso

*Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

#### Introducción

El tratamiento quirúrgico del reflujo vesicouretral se basa en la corrección anatómica y está indicada en pacientes con infecciones del tracto urinario febriles recurrentes, para tratar de disminuir el número de pielonefritis. Entre las opciones de tratamiento quirúrgico tenemos técnicas endoscópicas con inyección de macrosustancias bajo el orificio ureteral y la técnica quirúrgica estándar de reimplante por vía abierta, laparoscópica o robótica.

#### Material y Métodos

Mujer de 16 años, con antecedentes de reflujo vésico ureteral derecho grado IV en la infancia, tratada mediante Inyección subureteral de dextranómero suspendido en ácido hialurónico endoscópica. La paciente ingresa en dos ocasiones en nuestro servicio por pielonefritis aguda derecha. Se realiza CUMS en la que se observa persistencia del reflujo vesicoureteral derecho, por lo que se propone ureteroneocistostomía derecha.

Se realiza ureteroneocistostomía extravesical con tunelización ureteral submucosa mediante abordaje laparoscópico

#### Resultados:

Tiempo quirúrgico: 160 minutos. Sangrado < 100 cc. Tiempo de hospitalización: 3 días.

Retirada de catéter JJ a los 30 días de la intervención.

#### Conclusiones:

La reimplantación ureteral laparoscópica puede realizarse de forma segura y efectiva, aunque supone una importante dificultad técnica. Tiene como beneficios para el paciente una menor estancia hospitalaria, mayor confort y rápida recuperación postoperatoria, con tasa de éxito similar a la cirugía abierta.



## VÍDEOS

### V-3 CISTECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA CON HISTERECTOMÍA Y NEOVEJIGA ILEAL TIPO STUDER.

Fernández Baltar, Carlos, Blanco Carballo, Ovidio, Cimadevila García, Antón, García Freire, Camilo.

*Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS).*

#### Objetivo

Actualmente la cistectomía radical laparoscópica ofrece unos resultados oncológicos comparables al abordaje abierto, habiendo demostrado además una disminución en el sangrado operatorio, y la estancia media hospitalaria.

#### Material y Método

Presentamos la técnica quirúrgica de una cistectomía radical laparoscópica con histerectomía, doble ooforectomía y conservación vaginal con creación de neovejiga ortotópica ileal extracorpórea tipo Studer y anastomosis laparoscópica en una mujer de 52 años con un carcinoma urotelial de vejiga alto grado pT2NOMO.

#### Resultados

Tiempo quirúrgico de 7 horas. Sin complicaciones inmediatas. Inicio de tolerancia a las 48 horas. Retirada de catéteres a los 15 días postcirugía y retirada de sonda vesical a los 24 días

#### Conclusiones

La cistectomía radical laparoscópica es una técnica compleja y exigente con el cirujano, pero que permite disminuir la morbilidad operatoria. En casos seleccionados la creación de una neovejiga ortotópica a través de una incisión mínima, permite mejorar la recuperación postoperatoria, la estancia hospitalaria manteniendo los criterios oncológicos con seguridad.

## VÍDEOS

### V4- INDICACION QUIRURGICA Y VIABILIDAD DE LA RETORPERITONEOSCOPIA: NEFRECTOMIA BILATERAL

Lamas Díaz, L; Vazquez-Martul, D; Sanchez Vazquez, A; Lopez Garcia, D; Martinez Breijo, S; Aller Rodriguez, M; Bohorquez Cruz, M; Chantada Abal, V.

*Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña*

#### Introducción

La retroperitoneoscopia es una técnica quirúrgica mínimamente invasiva que nos ofrece ciertas ventajas frente a la laparoscopia transperitoneal como el control primario de la arteria renal, menor riesgo de daño en órganos intraperitoneales o la mayor estanqueidad del retroperitoneo ante posibles complicaciones.

Ha de tenerse en cuenta que como toda técnica quirúrgica requiere una curva de aprendizaje y es recomendable tener conocimientos previos en laparoscopia ya que la creación del espacio, el reducido volumen para trabajo y la orientación lo harán inicialmente más complicado que en el abordaje transperitoneal.

Aún y con todo existen casos seleccionados en donde el abordaje retroperitoneal es el más indicado.

#### Material y Métodos

Presentamos el caso de una paciente de 54 años con IRC, en situación de hemodiálisis, con múltiples cirugías previas abdominales y varios episodios de peritonitis que se diagnostica de tumor renal bilateral sobre riñones atróficos de forma incidental. Se propone retroperitoneoscopia bilateral diferida.

#### Resultados

En ambos casos el tiempo de control arterial fue menor de 30 min desde la colocación de los trócares con un tiempo quirúrgico inferior a 120 min y sangrado <300 cc.

La paciente fue dada de alta al 5º día PO por ajuste con la HD.

La anatomía patológica fue carcinoma cromóforo pT1a en riñón izquierdo, estando pendiente de cierre el resultado definitivo de riñón derecho.

Ambas cirugías fueron realizadas por el mismo equipo quirúrgico.

#### Conclusiones

La retroperitoneoscopia es una técnica viable y segura, asumible por cirujanos acostumbrados a realizar cirugía laparoscópica. Este caso es un ejemplo en donde el abordaje retroperitoneal puede ofrecer ventajas y facilidades en aquellos pacientes con cirugías y complicaciones intraabdominales previas.

## VÍDEOS

### V-5 EXÉRESIS DE TUMOR RETROPERITONEAL POR RETROPERINEOSCOPIA.

Rodríguez Socarrás ME; Pérez Schoch M, Montero Fabuena R, Almuster Domínguez S, Tortolero L, Castro Iglesias M, Cespón Outeda E, Comesaña E, Martínez Sapiña I, Ojea Calvo A.

*Servicio de Urología. Hospital Álvaro Cunqueiro. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.*

#### Introducción

El abordaje por retroperineoscopia es una técnica laparoscópica que ofrece ventajas con respecto a la vía transperitoneal debido al rápido acceso a la arteria renal y menor posibilidad de daño de los órganos intraperitoneales. Es recomendable en pacientes con cirugías abdominales previas. Aunque requiere curva de aprendizaje puede ser reproducible con el adecuado conocimiento de las referencias anatómicas del espacio retroperitoneal.

#### Material y Métodos

Se presenta el caso de un paciente de 85 años con antecedente de cirugía abdominal por Adc de Colon, con hallazgo en TC de seguimiento de Tumor de 8 x 5cm en espacio perirrenal posteroinferior derecho, con dudas en RNM de organodependencia renal de la tumoración. Se plantea exéresis de la tumoración por retroperineoscopia.

#### Resultados

Se realizó la retroperineoscopia utilizando 4 puertos, con exéresis de la masa que no dependía del riñón. El tiempo quirúrgico fue de 110 minutos, la pérdida hemática de 200ml. El paciente fue dado de alta sin complicaciones el 3 día postoperatorio.

#### Conclusiones

El abordaje por retroperineoscopia es una técnica factible para el tratamiento quirúrgico de tumoraciones renales y retroperitoneales, especialmente útil en pacientes con cirugías previas abdominales.

## VÍDEOS

### V-6 RESCATE QUIRÚRGICO RETROPERITONEAL POST-QUIMIOTERAPIA.

Casas Nebra, Francisco Javier; Casas Agudo, Vicente Pastor; López Martínez, Leticia; Mateo Cambón, Luis; Mosteiro Ponce, José; Verez Vivero, Malena; García Novio, Francisco José.

*Servicio de Urología. Complejo Universitario Lucus Augusti (Hula). Lugo.*

#### Objetivos

Mostrar el abordaje laparoscópico de las masas retroperitoneales identificando límites anatómicos claros y reconocibles, con el fin de que ésta sea una técnica a tener en cuenta en este tipo de diagnóstico.

#### Material y Métodos

Presentamos un varón de 40 años que presenta como antecedentes personales colecistectomía y apendicetomía. En octubre 2015 se diagnostica de tumor testicular ante una clínica inicial de dolor a nivel testicular derecho. Se realiza orquiectomía inguinal histológicamente correspondiente a tumor mixto (células germinales con componente de teratoma inmaduro y carcinoma embrionario) con marcadores tumorales b-HCG 5.000 u/ml y alfafetoproteína 196,7 ng/ml; post cirugía b-HCG < 2 y alfafetoproteína 1.095,9 ng/ml y LDH 294 U/l. En estudio de extensión se objetiva masa de 5,6 x 4,8 cm en retroperitoneo perivascular, clasificándose como estadio III C (pT1 N3 M0 S2).

En noviembre comienza tratamiento con quimioterapia con esquema BEP x4 ciclos. Finaliza tratamiento en febrero 2016 analíticamente con AFP de 6,1, BHCG z< 2 y LDH 286. Radiológicamente continúa observándose conglomerado adenopático interaorto-cava que ha disminuido ligeramente de tamaño presentando actualmente unas dimensiones de 4,8 x 3,5 cm.

Se decide rescate quirúrgico mediante linfadenectomía retroperitoneal derecha vía laparoscópica. Se realiza un abordaje trasperitoneal con una plantilla quirúrgica clásica con límites en vena renal, arteria mesentérica inferior y bifurcación iliaca. El tiempo quirúrgico es de 200 minutos con una pérdida sanguínea de 500cc. Es dado de alta al 3º día postoperatorio, con anatomía patológica pendiente actualmente.

#### Conclusiones

La linfadenectomía retroperitoneal laparoscópica es una técnica reproducible con un gran beneficio para el paciente en el postoperatorio y baja necesidad de transfusión de hemoderivados.

## VÍDEOS

### V-7 PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA DE RESCATE POST-BRAQUITERAPIA.

Rodríguez Socarrás, ME; Pérez Schoch M.; Montero Fabuena R.; Almuster S.; López García S.; Castro Iglesias M.; López Díez E.; Barros Rodríguez JM.; Ojea Calvo, A.

*Servicio de Urología. Hospital Álvaro Cunqueiro. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.*

#### Introducción

Aunque las terapias locales con intención curativa para el cáncer de próstata como la Braquiterapia (BT) o Radioterapia (RT) pueden alcanzar resultados oncológicos perdurables en muchos casos, un número considerable de pacientes pueden experimentar recidiva o fracaso con el tratamiento.

Tradicionalmente se ha considerado la Prostatectomía Radical Laparoscópica (PRL) de rescate después de RT o BT técnicamente difícil y con alto riesgo de complicaciones. Sin embargo la adquisición de la experiencia en laparoscopia ha permitido desarrollar la técnica en este grupo de pacientes con pocos efectos adversos y buenos resultados.

#### Material y Método

Paciente de 51 años, antecedente de Ca de Próstata, tratado mediante BT con semillas de Iodo 125, buena respuesta bioquímica inicial, a partir del nadir tres incrementos consecutivos en cifras de PSA, en estudio PECT-TC se evidencia foco activo prostático, biopsia con resultando positivo para adenocarcinoma de próstata, se discute caso en comité multidisciplinar y se decide realizar intervención quirúrgica (PRL) de rescate. Se realizó PRL extraperitoneal, se aprecian cambios evidentes de los tejidos con fibrosis intensa en fascias endopélvicas, músculos del suelo pélvico, próstata y estructuras periuretrales, en relación probablemente con la BT, así como semillas durante la disección en estructuras extraprostáticas. El clampaje de los pedículos se realizó con Hem-o-Locks y la disección entre próstata y recto con corte de tijera frío. La anastomosis vesicouretral con sutura barbada V-Lock.

#### Resultados

Tiempo quirúrgico 130min, pérdida hemática 110ml, alta hospitalaria al segundo día postoperatorio sin complicaciones.

#### Conclusiones

La PRL es reproducible en pacientes seleccionados después de BT con recurrencia o fracaso del tratamiento, de forma segura y con buenos resultados.

## VÍDEOS

### V-8 REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA CON INTERPOSICIÓN DE PERICARDIO BOVINO DE FÍSTULA VESICO-RECTAL POST-PROSTATECTOMÍA RADICAL.

Rodríguez Socarrás, Moisés; Tortolero Blanco, Leonardo; Montero Fabuena, Ruben; Pérez Schoch, Miguel; Almuster Domínguez, Sheila; Cespón Outeda, Enrique; Comesaña Davila, Enrique; Martínez Sapiña, Ignacio; Ojea Calvo, Antonio.

*Servicio de Urología. Hospital Álvaro Cunqueiro. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.*

#### Introducción

La lesión rectal durante la prostatectomía laparoscópica oscila entre el 0,5 – 5 %. El desarrollo subsecuente de fistula recto-vesical es una complicación devastadora en estos pacientes que representa todo un reto quirúrgico para su reparación con técnicas y resultados variables. La interposición de tejidos con el objeto de mejorar los resultados es una práctica habitual durante esta intervención. Por otra parte Las técnicas laparoscópicas y mínimamente invasivas se han perfilado como una opción que ofrece mejoras en la visibilidad, con reducción de la morbilidad y rápida recuperación.

#### Objetivos

Presentar la técnica para reparación de las fistulas recto - vesicales mediante abordaje laparoscópico con interposición de pericardio bovino.

#### Material y Métodos

Paciente de 66 años que es sometido a una prostatectomía radical abierta en otro centro por adenocarcinoma de próstata Gleason (4+5) 9, estadio PT3a, al mes de la cirugía el paciente es remitido a nuestra consulta por fecaluria y neumaturia, al realizar cistografía se confirma diagnóstico de fistula recto-vesical.

Se coloca cistostomía en el preoperatorio, realizamos un acceso transperitoneal con 4 trocares, se realiza abordaje transvesical sin cateterización ureteral, desmontaje de anastomosis uretro-vesical, debido a localización de la fístula por debajo de la anastomosis, se realiza reparación de la fistula con puntos de Vicryl en 2 planos comprobación de estanqueidad de la reparación e interposición de pericardio bovino en el espacio recto vesical, por último reanastomosis uretrovesical con sutura V-Lock y cierre de incisión en cara anterior de vejiga.

## VÍDEOS

### Resultados

La duración de la cirugía fue de 220 minutos, el post- operatorio transcurrió sin incidencias con tolerancia oral a las 72 horas de la cirugía y alta el 6to día del Post- operatorio, retirada de sonda en la segunda semana con micciones satisfactorias después de 3 meses de seguimiento en consultas.

### Conclusiones

La reparación laparoscópica de las fístulas rectovesicales ofrece los beneficios ya conocidos de las técnicas mínimamente invasivas. La interposición de pericardio bovino representa una opción con buenos resultados en la experiencia de nuestro centro.

## VÍDEOS

### V-9 RIRS MEDIANTE URETERORRENOSCOPIO FLEXIBLE DIGITAL DE UN SOLO USO "LITHOVUE"

Fernández Baltar, Carlos; Pérez-Fentes, Daniel; Sánchez García, Juan Francisco; García Freire, Camilo.

*Unidad de Endourología y Litiasis. Servicio de Urología.  
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela*

#### Objetivo

La cirugía intrarrenal retrógrada (RIRS) es una técnica cuyo uso se ha generalizado y cuyas indicaciones se han expandido. Como consecuencia, el gasto derivado de los ureteroscopios flexibles (URSflex) ha aumentado considerablemente en los últimos años. En ausencia de estudios económicos diseñados al efecto, es posible que en determinados centros o situaciones clínicas el empleo de URSflex desechables pudiese ser más rentable. Presentamos la experiencia inicial con el nuevo URSflex digital de un solo uso "Lithovue™".

#### Material y Métodos:

Se realizaron 5 RIRS empleando "Lithovue™", 3 casos de litiasis únicas y 2 de localización múltiple, todos los cálculos inferiores a 2 cm de diámetro máximo. La dureza de las litiasis, estimada mediante unidades Hounsfield (UH) en TC varió desde 472 a 1034 UH. Se comprobó la resistencia del dispositivo mediante control de deflexión y calidad de imagen previo y posterior a la cirugía.

#### Resultados:

Instrumentación a través de vaina de acceso ureteral 11/13Ch en todos los casos. La técnica de RIRS no varió respecto a la realizada con ureteroscopio convencional. No se encontraron limitaciones en maniobrabilidad, calidad de visión, instrumentación por canal de trabajo, lasertricia o extracción de fragmentos durante los procedimientos. En ningún caso se requirió completar tratamiento mediante ureteroscopio convencional. Tiempo quirúrgico medio de 45 min (24-80), aplicando 17.601 Julios (5.744-37.726) de media. Tras las intervenciones no se apreciaron cambios en la deflexión o calidad de imagen de "Lithovue™", pese a una media de 2 instrumentaciones por el canal de trabajo. Tampoco se apreció daño en su cubierta pese a una media de 3,4 entradas y salidas por la vaina de acceso. No hubo complicaciones perioperatorias y todos los pacientes fueron dados de alta en 24 horas.

## VÍDEOS

### **Conclusiones:**

La experiencia inicial con "Lithovue™" ha sido excelente. Las principales ventajas son su maniobrabilidad, diseño ergonómico y ligero, excelente imagen y resistencia. Su principal inconveniente puede ser el precio y la estación de trabajo exclusiva, con conectividad externa limitada. "Lithovue™" es un excelente ureteroscopio desechable, que va a abrir el debate entre la adquisición y dotación de las unidades de endourología con URSflex inventariables o de un solo uso.

## VÍDEOS

### V-10 RESOLUCION ENDOSCOPICA DE DIVERTICULO CALICIAL

Antón Zarraonandía Andraca; Juan González Dacal; Higinio Rodríguez Núñez; Vicente García Riestra

*Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra*

#### Introducción

El divertículo calicial es una anomalía anatómica congénita. Se han descrito formación de cálculos en el divertículo entre un 9-50% de los casos, que suelen acompañarse de dolor, infección, hematuria y afectación del parénquima renal circundante. Actualmente se pueden tratar mediante cirugía abierta, laparoscópica, litotricia, percutánea y con endourología.

Presentamos un caso donde se trata una paciente con un divertículo en el cáliz superior del riñón derecho mediante ureterorenoscopia flexible.

#### Materiales y Métodos

Paciente mujer de 22 años sin antecedentes de importancia valorada en consultas de Urología por infecciones de orina de repetición, hematuria, leucocituria. En estudio con ecografía y urografía se constata hallazgo compatible con divertículo calicial superior de riñón derecho. Se propone a la paciente tratamiento mediante ureteroscopia flexible. Previo a procedimiento se comprueban cultivos negativos.

#### Resultados

Con anestesia general y posición de litotomía con flexión forzada de EII se realiza pielografía ascendente derecha y luego ascensión de guía ureteral de 0.035 y vaina de acceso ureteral 11/13. Con ureterorenoscopia flexible óptico se contrasta sistema pielocalicial derecho sin evidenciarse repleción de divertículo. Tras tinción con azul de metileno es posible evidenciar cuello de divertículo en cáliz superior el cual se dilata con guía ureteral. Luego con láser Holmium y una fibra de 200um se logra apertura de cuello de divertículo y fulguración de mucosa. Queda catéter ureteral doble J. El tiempo quirúrgico fue de 90 minutos. La paciente fue dada de alta a las 24 horas.

#### Conclusiones

El tratamiento para este tipo de patología es posible mediante ureterorenoscopia flexible, siendo clave la identificación del cuello del divertículo. En caso de no localizarse siempre es posible hacer un abordaje mediante abordaje percutáneo o mixto.

## VÍDEOS

### V-11 MICROECIRS: BUSCANDO SINERGIAS EN ENDOUROLOGÍA

Pérez-Fentes, Daniel; Sánchez García, Juan Francisco; Tato Rodríguez, Javier; García Freire, Camilo.

*Unidad de Endourología. Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.*

#### Objetivo

Las distintas opciones de abordaje endourológico analizadas de forma aislada, tienen sus límites. Sin embargo, éstos se diluyen si se opta por una estrategia de combinación de técnicas, buscando sinergias. Presentamos un caso litiasico en el que se combina cirugía micropercutánea (Micropercá) con cirugía intrarrenal retrógrada (RIRS), dando lugar a un nuevo concepto: MicroECIRS.

#### Material y Métodos

Mujer de 64 años de edad, asintomática, sin antecedentes de interés salvo depresión. En TC y urografía intravenosa se observa en el riñón izquierdo una litiasis radioopaca de 8x6mm en un divertículo calicial superior de orientación anterior y otra litiasis de 21x9mm ocupando por completo el grupo calicial inferior y obstruyendo su drenaje. Se decide tratamiento endourológico.

#### Resultados

Se realiza punción percutánea con aguja 4,85Ch al cáliz inferior, el cual está completamente ocupado por litiasis con su infundíbulo bloqueado. Dilatación hasta 8Ch para instrumentación con equipo Micropercá (PolyDiagnost, Pfaffenhofen, Alemania).

Instrumentación retrógrada simultánea con vaina de acceso ureteral 11/13Ch para favorecer drenaje renal y permitir la inspección posterior del orificio diverticular mediante ureteroscopio flexible (URSflex). Lasertricia de la litiasis de cáliz inferior hasta desobstruir su infundíbulo. Migración del fragmento infundibular a cáliz medio que es tratado mediante URSflex. Revisión con URS flex de todas las cavidades renales sin evidencia de cálculos residuales. No se aprecia con claridad el orificio diverticular superior y se decide no tratarlo al estar la paciente asintomática y no tener ventana de acceso percutáneo. Drenaje con catéter doble J y sin nefrostomía. Tiempos quirúrgico y de escopia de 63 y 1.7 min, respectivamente. Estancia hospitalaria de 4 días por complicación Clavien I (íleo paralítico y depresión). Análisis del cálculo: apatita 90%, oxalato cálcico 10%. Retirada de doble J a las 2 semanas. Actualmente asintomática, pendiente de TC de control y estudio metabólico.

## VÍDEOS

### Conclusiones

La realización de abordaje percutáneo miniaturizado en casos de cálices completamente bloqueados y ocupados por litiasis permite su tratamiento con éxito sin causar excesivo daño al parénquima renal durante la dilatación del trayecto. En determinadas situaciones, la combinación de Micropercá con cirugía intrarrenal retrógrada (microECIRS) puede ser una excelente opción, mejorando los resultados de ambas.

## VÍDEOS

### V-12 ENDOUROLOGÍA INTEGRAL PARA LA RESOLUCIÓN EN ACTO ÚNICO DE UN CASO DE LITIASIS URINARIA PEDIÁTRICA EXTREMADAMENTE COMPLEJO

Pérez-Fentes, Daniel; Fernández Baltar, Carlos; Sánchez García, Juan Francisco; García Freire, Camilo.

*Unidad de Endourología. Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.*

#### Objetivo

La litiasis urinaria pediátrica es relativamente infrecuente. La mayoría de los casos se resuelven con éxito mediante litotricia extracorpórea por ondas de choque (LEOC). La endourología se reservaría para fracasos de ésta o, como indicación primaria, para situaciones de gran complejidad. Presentamos un caso pediátrico, resuelto mediante abordaje endourológico como primera opción.

#### Material y Métodos

Niño de 2 años de edad, con infecciones urinarias de repetición. Litiasis renal radioopaca calicial múltiple (superficie conjunta: 350 mm<sup>2</sup>), ureteral distal ipsilateral de 8x6 mm y 2 litiasis vesicales de 8x7 mm cada una. Unidad renal funcionando en gammagrafía con DMSA.

#### Resultados

Se realiza abordaje percutáneo ecoguiado a cáliz medio y dilatación hasta 16Ch con equipo de cirugía minipercutánea. Ureteroscopia flexible (URS) anterógrada y lasertricia in situ de litiasis ureteral, enviando fragmentos a vejiga. Cistolitotomía percutánea 24Ch guiada por ecografía y URS anterógrada para extracción de estos fragmentos y las litiasis vesicales. Se decide ampliar el trayecto percutáneo hasta 24Ch para facilitar una completa limpieza de la unidad renal. Drenaje con catéter doble J 16cm/4.8Ch y sonda vesical, sin nefrostomía ni sonda suprapúbica. Tiempos quirúrgico y de escopia de 181 y 0.5 min, respectivamente. No complicaciones perioperatorias. Estancia hospitalaria: 7 días. Al tercer mes el niño está asintomático, y en la ecografía abdominal no se observan litiasis.

#### Conclusiones

Aunque la litotricia extracorpórea debe ser la primera indicación de tratamiento de la litiasis urinaria pediátrica, en casos de gran complejidad (por el volumen litiásico o su distribución en el aparato urinario) la realización de un abordaje percutáneo puede resolver el caso con éxito y mínima morbilidad. La experiencia previa en cirugía endourológica del adulto es fundamental antes de realizar este tipo de abordajes en población pediátrica.

## VÍDEOS

### V-13 MILLIN LAPAROSCÓPICO 3D EN PRÓSTATA VOLUMINOSA

Ruibal Moldes, Manuel; Zarraonandía Andraca, Antón; Rodríguez Núñez, Higinio; Díaz Bermúdez, Jose; García Riestra, Vicente.

*Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra*

El tratamiento quirúrgico del a HBP, ha experimentado en los últimos años importantes avances. Las actuales técnicas pretender conseguir los mismos resultados que las clásicas pero reduciendo los niveles de morbilidad.

Así cada vez juegan un papel muy importante en próstata de  $< 60$  cc las técnicas transuretrales en las cuales se emplean como fuente de energía diferentes tipos de Láser, bien vaporizando bien enucleando.

Sin embargo las Guías Europeas siguen recomendando para próstata de  $> 80$  cc. La adenomectomía retropúbica por los mejores resultados tanto en sintomatología como en parámetros objetivos de flujometría. Sin embargo la adenomectomía retropúbica presenta tasas de morbilidad superiores a las técnicas endoscópicas.

Esta morbilidad puede reducirse si el abordaje se realiza mediante laparoscopia en vez de cirugía abierta. En nuestra experiencia los resultados obtenidos han sido buenos tanto a la mejora de los síntomas como sobre todo a la reducción de la morbilidad.

Presentamos un vídeo de un Millin Laparoscópico en 3D en un paciente con una próstata de 210cc y 4 biopsias prostáticas previas negativas para tumor

## VÍDEOS

### V-14 NEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA IZQUIERDA POR TUMOR RENAL CON TROMBO EN VENA.

Abeijón Piñeiro, Carla; Mosquera Seoane, Teresa; León Mata, Juan Gabriel; Molinos Mayo, Jessica; Rey Rey, Jorge; Freire Calvo, Jacobo; Pereira Beceiro, Javier; Bonelli Martín, Carlos; Rodríguez Souto, Pilar; González Blanco, Alfonso; Rodríguez Alonso, Andrés.

*Servicio de Urología – Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

#### Introducción

Masa renal de gran tamaño con trombo en vena renal. Se realiza nefrectomía radical laparoscópica dada la menor morbilidad para la paciente con resultados oncológicos equiparables a nefrectomía abierta.

#### Material y Métodos

Paciente 54 años diabética, con antecedentes de amigdalectomía y cesárea. Clínica de adelgazamiento de 7 kg en 3 meses y tumoración abdominal. Exploración física: Masa de 10 cm subcostal izquierda no dolorosa. Estudio analítico con factores de mal pronóstico (anemia severa y trombocitosis). En TC se observa masa renal izquierda de 14x13x13 cm, con trombo en vena renal hasta cruce con aorta, y adenopatías retroperitoneales y mediastínicas, la mayor de 2,2x1,3 cm.

Se realizó nefrectomía radical laparoscópica transperitoneal según técnica habitual: Formación de neumoperitoneo a 12 mm de Hg. Decolación de parietocólico izquierdo, abordaje de polo inferior y borde medial renal, identificación de vena gonadal y uréter izquierdo con sección de los mismos mediante hem-o-locks. Identificación vasos de hilio renal y disección por separado. Se palpa trombo en vena renal izquierda. Colocación de hem-o-locks en vena renal próximos a vena cava inferior, y en arteria renal, con posterior sección. Disección de polo superior y borde renal externo, dificultosa por gran tamaño de pieza quirúrgica. Extracción de pieza a través de incisión en fosa ilíaca izquierda. Colocación de drenaje. Cierre de incisión.

#### Resultados

El tiempo quirúrgico fue 120 minutos, con pérdida sanguínea de 110 cc. La paciente presenta postoperatorio sin complicaciones, siendo alta a los tres días. Anatomía patológica: Carcinoma de células claras con afectación ganglionar, que no contacta con bordes de resección.

## VÍDEOS

### Conclusiones

La nefrectomía radical laparoscópica es una alternativa beneficiosa en el tratamiento quirúrgico de grandes masas renales, dados los beneficios del abordaje laparoscópico. En este caso se demuestra la factibilidad de la nefrectomía radical laparoscópica en tumores de gran tamaño con trombo tumoral en vena renal, cuando se realiza en grupos con importante experiencia laparoscópica previa.

## VÍDEOS

### V-15 TUMORECTOMÍA RENAL LAPAROSCÓPICA 3D: ISQUEMIA CERO

Ruibal Moldes, Manuel; Rodríguez Núñez, Higinio; González Dacal, Andrés; Zarraonandía Andraca, Antón; García Riestra, Vicente.

*Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra*

En la actualidad la tumorectomía renal laparoscópica constituye el tratamiento de elección en carcinomas renales pT1. No solo consigue tasas de curación superponibles a la nefrectomía radical, sino además permite una mejor conservación de la función renal en estos pacientes.

Una de las dificultades técnicas a superar es acortar los tiempos de isquemia caliente del riñón durante la resección y sutura del riñón.

En la línea de reducir el daño renal por la isquemia caliente, en determinados casos es posible realizar la resección del tumor sin necesidad de isquemia. Esto supone sin embargo un incremento en el nivel de dificultad de la cirugía pero con el beneficio de menor daño renal.

Presentamos un vídeo de una tumorectomía renal laparoscópica 3D sin clampaje arterial.

## VÍDEOS

### V-16 CISTECTOMÍA RADICAL Y DERIVACIÓN URINARIA TIPO BRICKER MEDIANTE ABORDAJE LAPAROSCÓPICO 3D. TÉCNICA QUIRÚRGICA PASO A PASO.

González Dacal, Juan Andrés; Zarraonandía Andraca, Antón; Rodríguez Núñez, Higinio; Jahnen Boetius, Peter; Ruibal Moldes, Manuel.

*Servicio de Urología – Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra*

#### Introducción

El tratamiento de elección de los tumores de vejiga musculo-infiltrante sigue siendo hoy en día la cistectomía radical con derivación urinaria, sin embargo el desarrollo y adquisición de destrezas en laparoscopia ha conseguido depurar el procedimiento y perfeccionar cada día mas la técnica con muy buenos resultados tanto oncológicos como funcionales para los pacientes.

#### Objetivo

Presentar la técnica quirúrgica de la cistectomía radical más derivación urinaria tipo Bricker completamente por abordaje laparoscópico, paso a paso.

#### Materiales y Métodos

Se trata de un paciente varón de 70 años de edad, diagnosticado de carcinoma vesical músculo invasivo por RTU vesical. En el estudio de extensión no se evidencia afectación ganglionar ni enfermedad a distancia, por lo que se propone para cistectomía radical mas derivación urinaria con conducto ileal puramente laparoscópico.

#### Resultados

El paciente es posicionado en decúbito supino con Trendelenburg forzado y se colocan 4 trocares. Se realiza cistoprostatectomía radical reglada para posteriormente proceder a la linfadenectomía ileo-obturatriz bilateral. Transposición de uréter izquierdo al lado derecho. Sección de ileon terminal a 15 cm de la válvula ileocecal con una longitud de 15 cm que será el largo definitivo el asa de Bricker. Se restablece tránsito intestinal con EndoGhia mecánica con anastomosis latero-lateral y cierre de ojal intestinal con puntos sueltos reabsorbibles. Tutorización de ambos uréteres con cateteres monojota de 6 Ch. Anastomosis uretero-ileal de forma independiente ambos uréterers. Extracción de la pieza quirúrgica. Realización de urostomía mediante técnica habitual. El tiempo total de la cirugía fue de 250 minutos. El paciente es dado de alta al 5to día. El resultado anatomopatológico fue de CCT estadio pT3aNO.



## VÍDEOS

### V-17 NEOVEJIGA ILEAL MEDIANTE LAPAROSCOPIA 3D

Ruibal Moldes, Manuel; Zarraonandía Andraca, Antón; González Dacal, Juan; Rodríguez Núñez, Higinio; Díaz Bermúdez, José; García Escudero, Damián; Vivaldi Jorquera, Bruno.

*Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra*

#### **Introducción**

La cistectomía laparoscópica es un procedimiento cada vez más aceptado y extendido, sin embargo la derivación urinaria se sigue siendo un procedimiento abierto ya que su abordaje laparoscópico implica un reto técnico. Presentamos el video de una cistectomía radical con abordaje puramente laparoscópico.

#### **Materiales y Métodos**

Paciente un paciente varón de 62 años diagnosticada de cáncer vesical infiltrante sin presencias de afectación ganglionares ni metástasis a distancia en estudio de extensión previo a la cirugía. Se decide realizar CRL y neovejiga ileal ortotópica con abordaje íntegro laparoscópico.

#### **Resultados**

El paciente es posicionada en decúbito supino con Trendelenburg y se colocan 4 trocares. Cistoprostatectomía laparoscópica y linfadenectomía ilio-obturatriz según técnica habitual. Selección de un segmento de 60 cm de íleon a 15cm de válvula íleo-cecal y realización de neocuello para anastomosar a uretra apical mediante sutura barbada 3/0. Desfuncionalización de segmento de íleon seleccionado mediante EndoGhia mecánica. Se restablece tránsito intestinal mediante EndoGhia mecánica con anastomosis latero-lateral. Destubulización de asa ileal por borde antimesentérico para realizar modelaje neovejiga ortotópica. Sutura caudo cefálica anterior y reimplante directo de ambos uréteres sobre catéteres ureterales.

El tiempo total de la cirugía fue de 300 minutos. El paciente es dado de alta al 7º día.

#### **Conclusiones**

La realización de la derivación urinaria con abordaje laparoscópico puro es posible pero técnicamente compleja. El beneficio para el paciente es claro con menor dolor, recuperación de tránsito intestinal más rápido y una mejora de la estancia post operatoria.

## VÍDEOS

### V-18 PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA: TÉCNICA DE PRESERVACIÓN DE ESTRUCTURAS ANATÓMICAS

Ruibal Moldes, Manuel; Duarte Novo, Jose Enrique; López García, Daniel; Álvarez Castelo, Luis.

*Servicio de Urología - Hospital San Rafael de A Coruña*

La Prostatectomía Radical Robótica constituye actualmente el tratamiento de elección con intención curativa en pacientes con cáncer de próstata localizado.

El mejor conocimiento de las estructuras anatómicas relacionadas tanto con la continencia como con la potencia, nos permite poder reducir las secuelas en esta cirugía.

La eficacia de la cirugía robótica, basada en su alta calidad de visión y la precisión de sus instrumentos, nos permiten poder realizar cirugías de alta calidad con muy poco daño tisular y altamente anatómicas.

Presentamos un vídeo de una prostatectomía radical robótica en un paciente joven con un tumor de bajo riesgo, en la que se realiza preservación de todas aquellas estructuras anatómicas relacionadas con la continencia y potencia sexual, así como mejoras técnicas para la mejora de los resultados funcionales; todo ello sin comprometer el control oncológico de la enfermedad

## VÍDEOS

### V-19 REPARACION MEDIANTE LAPAROSCOPIA 3D DE FISTULA VESICORECTAL POSTPROSTATECTOMÍA RADICAL

Ruibal Moldes, Manuel; Rodríguez Núñez, Higinio; Gonzáles Dacal, Juan; Zarraonandía Andraca, Antón; García Riestra, Vicente; Vivaldi Jorquera, Bruno; García Escudero, Damián.

*Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra*

#### Introducción

La aparición de una fistula vesicorrectal luego de una prostatectomía radical es poco frecuente pero de muy difícil solución. La resolución quirúrgica de este tipo de patología es todo un desafío por los malos resultados. Existen diferentes técnicas y vías de abordaje para intentar una resolución definitiva, siendo la vía perineal la más utilizada hasta ahora. El desarrollo técnico y tecnológico de la cirugía laparoscópica mínimamente invasiva nos permite intentar una resolución definitiva con menor morbilidad para el paciente.

Les presentamos una fistulorrafia laparoscópica de paciente con una fistula vesicorrectal post prostatectomía transperineal y recidiva luego de 2 intentos fallidos de fistulorrafia vía perineal.

#### Materiales y Métodos

Paciente de 75 años que en 2013 se diagnostica de un Ca. próstata Gleason7, cT1cNxMx. En Agosto del 2013, en un centro privado se realiza una prostatectomía transperineal, evolucionando incontinencia de orina y una fistula vesicorrectal. En 2014 se intentó, de forma fallida en 2 ocasiones, corrección de esta mediante intervenciones vía perineal. Acude a nuestro centro donde mediante examen físico, rectoscopia, cistoscopia y cistografía se confirma la fistula. Se propone reparación laparoscópica.

#### Resultados

El paciente es posicionando en decúbito supino con Trendelenburg previa colocación de catéteres DJ. Se colocan 4 trocares en abanico. Luego de disecar Douglas y espacio vesicorrectal se realiza apertura longitudinal de cara posterior de la vejiga. Con guía se localiza fistula y procede a disección de esta con apertura de recto. Luego de extracción de tejido de fistula se separa plano vesicorrectal y se cierra recto en 2 planos con puntos sueltos. Después se interpone flap de peritoneo que se fija con puntos sueltos. Finalmente se realiza cierre de vejiga en 2 planos. El tiempo total de la cirugía fueron 300 minutos. El paciente fue dado de alta al 8vo día sin complicaciones. La sonda vesical se retiró al mes del procedimiento y luego de 3 meses de la intervención el paciente no presenta complicaciones.

#### Conclusiones

La reparación quirúrgica de una fistula vesicorrectal es un reto ya que existe una alta probabilidad de fallo. Hoy en día este tipo de procedimiento es posible realizarlo de forma segura mediante cirugía laparoscópica.

## VÍDEOS

### V-20 EXÉRESIS LAPAROSCÓPICA DE PARAGANGLIOMA RETROPERITONEAL EXTRAADRENAL

Mosquera Seoane, Teresa; León Mata, Juan; Abeijón Piñeiro, Carla; Molinos Mayo, Jesica; Rey Rey, Jorge; Rodríguez Souto, Pilar; González Blanco, Alfonso; Bonelli Martín, Carlos; Freire Calvo, Jacobo; Pereira Beceiro, Javier; Rodríguez Alonso, Andrés.

*Servicio de Urología – Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

#### Introducción

Los paragangliomas son tumores poco frecuentes que se originan a partir del tejido cromafín embrionario no involucionado derivado de la cresta neural. Tienen capacidad para secretar catecolaminas, hormonas y péptidos. Asientan principalmente en las proximidades de los grandes vasos, pero pueden aparecer en cualquier localización entre la base del cráneo y la vejiga urinaria. El 80% se localizan en la glándula renal, el 10% son bilaterales y el 10% de localización extraadrenal. El tratamiento de elección es la exéresis completa de la tumoración.

#### Material y Métodos

Presentamos el caso de una paciente de 71 años, hipertensa a tratamiento con beta-bloqueantes, diabética y con antecedente de carcinoma ductal infiltrante de mama, tratado mediante tumorectomía. En estudio de extensión del cáncer de mama mediante TAC se observa una tumoración de bordes bien delimitados de 30 x 33 x 35 mm en el hilio renal derecho, que contacta e impronta la vena cava inferior y presenta realce heterogéneo en fase arterial y homogéneo en fase portal. Es valorada por el comité de tumores y se decide exéresis de la tumoración.

Se realizó exéresis del tumor mediante abordaje laparoscópico transperitoneal. Fue necesaria la disección de la arteria y vena renal derecha y borde lateral de la vena cava para conseguir la extirpación de la masa. Durante la intervención la paciente sufrió fluctuaciones hemodinámicas, observando episodios hipertensivos coincidiendo con la manipulación del tumor e hipotensión posteriormente, en probable relación con ligadura de vasos venosos procedentes del tumor.

#### Resultados

El tiempo quirúrgico fue de 120 minutos. Pérdida sanguínea de aproximadamente 100cc. La paciente precisó apoyo vasopresor en el postoperatorio inmediato. El estudio anatomopatológico describe una tumoración bien delimitada, compatible con paraganglioma.

#### Conclusiones

Los paragangliomas retroperitoneales son tumores poco frecuentes, que requieren una estrecha vigilancia perioperatoria, con un manejo multidisciplinar y cuyo abordaje podemos equiparar al de los tumores suprarrenales

## VÍDEOS

### V-21 LINFADENECTOMIA LAPAROSCÓPICA PELVICA Y PARAAORTICA EN TUMORES GINECOLÓGICOS: EL PAPEL DEL URÓLOGO

González Dacal, Juan Andrés; Zarraonandía Andraca, Antón; Rodríguez Núñez, Higinio; Vidal Hernández, R; Aparicio, I; Ruibal Moldes, Manuel.

*Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.*

#### Introducción

La linfadenectomía pélvica y paraaórtica es la piedra angular del proceso de estadificación quirúrgica, de obligada realización en el cáncer de ovario y en el de endometrio. En el carcinoma de cuello uterino, la extirpación completa del área linfática regional de drenaje forma parte esencial de la cirugía radical y debe realizarse siempre dentro de unos límites claramente definidos.

#### Objetivos

Presentamos una histerectomía radical y salpingooferectomía con linfadenectomía pélvica y paraaortica mediante abordaje laparoscópico. Con el abordaje laparoscópico se trata de realizar exactamente los mismos paso quirúrgicos que en el procedimiento abierto, pero con una minimización de la cicatriz parietal y la ventaja añadida de una recuperación posquirúrgica más rápida.

#### Material y Métodos

Con la paciente en posición de Trendelenburg y la colocación de 4 trócares iniciamos la salpingooferectomía e histerectomía. La linfadenectomía pélvica, similar a la realizada en el cáncer de próstata o cáncer de vejiga músculo invasivo, suele iniciarse sobre la arteria ilíaca externa y las zonas contiguas del músculo psoas, intentando respetar el nervio genitofemoral. Para una visualización anatómica de la región paraaórtica, los monitores deben trasladarse a la cabeza de la paciente y el cirujano situarse en una posición operatoria caudal. Se coloca la óptica en el trocar suprapúbico accesorio, iniciándose el abordaje laparoscópico de los ganglios retroperitoneales paraórticos. Una disección completa debe incluir la disección quirúrgica de los siguientes espacios:

1. El espacio lateral derecho (venoso) entre el uréter y la vena cava hasta la vena ovárica derecha.
2. El compartimiento medio (arterial) desde la arteria ilíaca primitiva derecha y la bifurcación aórtica hasta la arteria mesentérica inferior (linfadenectomía inframesentérica).
3. El compartimiento craneal, alcanzando finalmente la altura de la vena renal derecha (linfadenectomía supramesentérica).

## VÍDEOS

### Conclusiones

El urólogo con su conocimiento de la anatomía retroperitoneal y su experiencia laparoscópico puede tener un papel activo a la hora de abordar la parología oncoginecológica. El acceso caudal del área retroperitoneal nos permite realizar una disección completa del paquete linfático paraaortico, constituyendo un acceso útil para otro tipo de linfadenectomía retroperitoneales en tumores urológicos.



## VÍDEOS

### V-22 LINFADENECTOMÍA INGUINAL VIDEOENDOSCÓPICA.

García Escudero, Damián; Ruibal Moldes, Manuel; Rodríguez Núñez, Higinio; Zarraonandía Andraca, Antón.

*Servicio de Urología – Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra*

#### **Introducción**

El cáncer de pene es una rara enfermedad con una incidencia menor de 1 cada 100.000 habitantes. Entre sus factores de riesgo destaca la fimosis, la inflamación crónica del pene, la infección por HPV o la exposición a radiaciones UVA. Histológicamente, la mayor parte son carcinomas escamosos y se originan en del epitelio que rodea al prepucio.

#### **Caso clínico**

Varón de 45 años sin antecedentes personales de interés que es intervenido en enero de 2015 de penectomía parcial por carcinoma escamoso de pene. A la exploración física se palpaba una adenopatía inguinal derecha. Se solicita TC de extensión: adenopatía inguinal derecha con realce periférico y centro (posible necrosis) de 20 X 13 mm. Resto de ganglios inguinales sin características radiológicas de malignidad. Se decide realizar linfadenectomía inguinal bilateral mediante abordaje videoendoscópica. Técnica: tras colocar trócar óptico y 2 trócares accesorios, se crea espacio virtual con CO2 en espacio inguinal profundo. Se identifican vasos femorales. Tras resección de tejido profundo, se identifica cayado de la safena, que se secciona junto con el resto del tejido superficial. Tiempo quirúrgico: 3 h. Sangrado: 0 ml. Estancia postoperatoria: 10 días.

#### **Conclusiones**

La linfadenectomía inguinal es la técnica utilizada para el tratamiento y estadiaje del cáncer de pene con metástasis ganglionares (primer escalón). El abordaje videoendoscópico supone una alternativa que presenta menor agresividad y menor tasa de complicaciones postoperatorios (linforrea, dolor...).