



VÍDEOS

V1- UROLIFT®, NUESTRA EXPERIENCIA INICIAL

García Sobrino, R; Sánchez Merino, JM^a; Bohórquez Cruz, M; Caramés Masana, F; Villegas Piguave, AD; Villar Vázquez, N; López Fernández. A; Chantada Abal, V.

Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

Objetivo:

Mostrar la técnica quirúrgica para la colocación del dispositivo UroLift® (*NeoTract*, Inc) para el tratamiento de los pacientes con sintomatología moderada a severa por hiperplasia benigna de próstata (HBP). El sistema UroLift®, siguiendo las EAU Guidelines está indicado en el tratamiento de los síntomas obstructivos por HBP, en próstatas inferiores a 80cc sin lóbulo medio, consiguiendo una mejoría sintomática rápida con escasos efectos secundarios y sin alterar la función eyaculatoria.

Material y Métodos:

El sistema UroLift® es un procedimiento mínimamente invasivo, compuesto por un dispositivo aplicador y un implante que se compone de un extremo capsular de nitinol, una sutura PET y un extremo uretral de acero inoxidable.

Mediante un abordaje endoscópico se alcanza la uretra prostática, respetando 1 cm desde el cuello vesical, se comprime el lóbulo obstructivo con el dispositivo aplicador, realizando una angulación de 30°. En ese momento se inserta el implante permitiendo reabrir la luz uretral.

Resultados:

La media de dispositivos en nuestra serie de 6 casos ha sido de 4,6 (rango de: 4-6). El procedimiento se puede realizar con sedación, o incluso con anestesia local, aunque tratándose de nuestros primeros casos nos hemos decantado por la raquianestesia.

El tratamiento con UroLift® ha demostrado un excelente perfil de seguridad, con escasas complicaciones postoperatorias, teniendo en cuenta que estamos al inicio de la curva de aprendizaje.

En los estudios a corto plazo destaca la mejora del IPSS y del Q_{máx} en la flujometría, presentando una baja morbilidad y preservando la función sexual.

Conclusiones:

El sistema con UroLift® se postula como una nueva alternativa terapéutica, menos agresiva y con buenos resultados iniciales para la sintomatología del tracto urinario inferior por HBP en casos seleccionados, en especial pacientes jóvenes que desean mantener la función eyaculatoria y aquéllos en los que se desea un alivio sintomático con escasa morbilidad operatoria y postoperatoria.

V2- RTU EN BLOQUE PARA TUMORES VESICALES PAPILARES Y SÓLIDOS

Villar Vázquez, Nuria; Caramés Masana, Francisco; Vázquez-Martul, Dario; García Sobrino, Ruben; Martínez Breijo, Sara; Cambón Bastón, Eva; Chantada Abal, Venancio.

Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Introducción y Objetivos:

La resección transuretral de vejiga (RTUv) es considerado el tratamiento gold-standard para el cáncer de vejiga no músculo-invasivo si bien técnica y sobre todo el material de resección se ha ido modificando con el tiempo. La resección en bloque o “en bloc” del tumor, completa y en un único intento es un ejemplo y parece aportar beneficios en la caracterización histopatológica de los tumores, menos clara parece la prevención de recurrencias.

En este video se demuestra la viabilidad de la técnica de resección en bloque en tumores vesicales papilares y otros de características más complejas.

Material y Métodos:

Presentamos dos casos clínicos con resección transuretral en bloque. El primer caso es un varón con varias RTUv previas por carcinoma de células transicionales, con presencia de dos lesiones: una en pared posterior de 1 cm y otra adyacente de menos de 0.5 cm. El segundo caso es una mujer de 66 años que consultó por hematuria macroscópica, con una lesión de 2.2 cm de aspecto sólido en pared posterior de vejiga. En ambos casos se empleó resector de doble flujo de 26.5 Charrière, asa de Collins, energía monopolar y visión mediante torre de endoscopia.

Resultados:

La duración de la resección fue de 10:10 y 14:30 minutos respectivamente. En ambos, se realizó una resección circunferencial desde la periferia a la base con margen de seguridad y abarcando capa muscular. El sangrado intraoperatorio y postoperatorio fue mínimo. No hubo complicaciones perioperatorias y ambos pacientes fueron alta en menos de 24 horas tras la intervención y tras la administración de mitomicina endovesical. En la anatomía patológica, se observó un carcinoma urotelial de bajo grado, no infiltrante (pTa) en el primero y un carcinoma urotelial de alto grado con un 15% de diferenciación glandular e infiltrante (pT2) en el segundo caso.

Conclusiones:

En nuestra experiencia, podemos considerar la RTU de vejiga en bloque como un procedimiento seguro, rápido y con una curva de aprendizaje relativamente corta. Al no fragmentar la pieza, presenta las ventajas de una mayor fiabilidad a la hora de la caracterización anátomo-patológica de la lesión.

V3- SECCIÓN ENDOSCÓPICA DE ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS URETEROILEAL: TÉCNICA PASO A PASO

Pérez Schoch, M.; Carballo Quintá, M.; Almuster Domínguez, S.; Castro Iglesias, M.; Sánchez Ramos, J.; Montero Fabuena, R.; Díaz Álvarez, J.M.; Martínez Vázquez, A.; López García, S.; López Díez, M.E.; Martínez-Sapiña Llanas, I.; Barros Rodríguez, J.M.; Ojea Calvo, A.

Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Vigo - H. Álvaro Cunqueiro

Introducción:

Las estenosis de anastomosis ureteroileal (EAU) tras derivación urinaria, suponen una complicación de difícil manejo.

Múltiples técnicas endourológicas han sido descritas con resultados controvertidos. Presentamos una técnica paso a paso de sección endoscópica de EAU utilizando láser Holmium.

Material y Método:

Presentamos el caso de un varón de 63 años al que, en 2015, se le realiza cistoprostatectomía radical laparoscópica con derivación urinaria tipo Bricker. Un año más tarde, en TC programado, se muestra EAU. Tras colocación de nefrostomía percutánea e intento infructuoso de dilatación neumática, no siendo capaces de atravesar la estenosis con una guía, se decide programar para sección endoscópica de EAU con láser.

Comenzamos el procedimiento con una pielografía anterógrada, identificación de la estenosis y progresión de guía hasta su nivel más proximal.

Tras ello realizamos una dilatación secuencial del trayecto percutáneo hasta 14Fr, seguido de la inserción de vaina ureteral 11/13Fr hasta uréter medio. Usando ureteroscopio y cistoscopio flexible, negociamos la estenosis consiguiendo el paso de una guía hidrofílica a través de la misma. Utilizando esta visión combinada a través de la derivación, recuperamos la guía y alcanzamos el enhebrado de aparato urinario derecho.

Realizamos una dilatación secuencial retrógrada de la EAU que nos permite avanzar un catéter balón de dilatación de 6cm 18Fr. Tras ello dilatamos la EAU aplicando 12atm. A continuación, traccionamos ligeramente del catéter para invaginar la estenosis e impedir cualquier lesión intestinal durante el subsiguiente proceso.

Mediante cistoscopio rígido, seccionamos el tejido fibrótico con fibra de láser Holmium 360µm 50W. Finalmente, colocamos catéter ureteral y nefrostomía percutánea derecha bajo visión fluoroscópica.

Resultados:

El paciente fue dado de alta a las 48 horas sin complicaciones intra o postoperatorias. La nefrostomía percutánea fue retirada en el primer día postoperatorio y el catéter ureteral pasadas 6 semanas de la cirugía. A los 3 meses se realizó TC control que muestra resolución completa de la dilatación pielocalicial derecha.

VÍDEOS

Conclusiones:

En casos bien seleccionados y con el entrenamiento adecuado, la sección endoscópica con láser Holmium para EAU, puede ser una opción terapéutica efectiva como cirugía mínimamente invasiva para el tratamiento de esta enfermedad.

VÍDEOS

V4- CALCIFICACIONES INTRACALICIALES

Medina González, Antonio; Pello Fonseca, José; Salgado Plonski, José; Cruceyra Betriú, Guillermo; Díaz Méndez, Begoña; Rodríguez Villamil, Luis; Pérez García, Corina; Rúger Jiménez, Laura; Alonso Calvar, Laura; Mosquera Madera, Javier

Servicio de Urología - Hospital de Cabueñes Gijón

Introducción:

El desarrollo de la tecnología aplicado a la Urología endoscópica nos permite desde hace algunos años intervenir quirúrgicamente de forma segura y eficaz litiasis renales con una morbilidad muy baja y aportando un notable beneficio a los pacientes.

Nuestro objetivo es mostrar la realización de una cirugía retrógrada intrarrenal (RIRS) en una paciente que presentaba infecciones de orina de repetición y que en pruebas de imagen se visualizó una litiasis intrarrenal izquierda sin repercusión funcional.

Material y Métodos:

Presentamos una mujer de 43 años intervenida de pieloplastia izquierda con extracción de litiasis hace 15 años.

Durante los 3 últimos años la paciente presenta infecciones urinarias de repetición y 2 episodios de pielonefritis izquierda.

Tras realizar pruebas de imagen se visualiza una litiasis de 10 mm en cáliz superior del riñón izquierdo, sin que se identifique patrón obstructivo en el renograma isotópico decidiéndose la realización de intervención quirúrgica.

Resultados:

Se realiza una cirugía retrógrada intrarrenal en un tiempo de 55 minutos.

Una vez que se accede al riñón izquierdo mediante vaina de acceso 12/14, se revisan todos los cálices sin localizar la litiasis descrita en pruebas de imagen, únicamente se visualizan calcificaciones intracaliciales en el cáliz superior.

Debido a ello, se decide fotovaporización con láser de la mucosa calicial bajo visión para visualizar las calcificaciones. Al iniciar la fulguración con láser se produce una salida rápida y continua de múltiples litiasis de muy pequeño tamaño que se encontraban en un cáliz excluido, se prosigue con la apertura completa del cuello calicial y la posterior revisión del mismo.

El procedimiento se finaliza con la extracción de restos litiásicos para su análisis y la colocación de catéter ureteral.

Desde la intervención la paciente se encuentra asintomática y sin infecciones urinarias.

VÍDEOS

Conclusión:

El RIRS representa una técnica eficaz y segura para el tratamiento de litiasis renales, sobre todo cuando son menores de 20 mm, logrando una alta tasa de resolución litiásica con una estancia postoperatoria muy corta y baja morbilidad.

En nuestro caso, se logró liberar un cáliz excluido permitiendo que la paciente permanezca asintomática sin infecciones urinarias tras la cirugía.

V5- PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA EN CÁNCER DE PRÓSTATA LOCALMENTE AVANZADO

García-Terente Fdez., V.; Vázquez-Martul Pazos, D.; Lamas Díaz, L.; Bohorquez Cruz, M.; Villar Vázquez, N.; Martínez Breijo, S.; Chantada Abal, V.

Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

Introducción:

El cáncer de próstata de alto riesgo ha sido tratado tradicionalmente mediante radioterapia y/o terapia de privación androgénica, pero la prostatectomía radical ha ido ganando importancia con el tiempo en este contexto. La cirugía puede ser un tratamiento efectivo en este grupo de pacientes, siendo una terapia curativa en algunos casos y representando el primer paso del tratamiento multimodal para otros.

Material y Métodos:

Se presenta el caso de un varón de 64 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que acude a la consulta de Urología por PSA de 28 ng/mL y tacto rectal patológico. Se realiza biopsia prostática ecodirigida con diagnóstico de adenocarcinoma de próstata Gleason VII en todos los cilindros. Se realizan estudios de extensión mediante TAC y gammagrafía ósea, siendo ambos negativos, por lo que se plantea cirugía radical dentro de un probable tratamiento multimodal.

Resultados:

Se realiza prostatectomía radical laparoscópica con linfadenectomía iliobturatriz ampliada con utilización de torre Stryker 2D.

El tiempo quirúrgico fue de 180 minutos sin incidencias. Durante la intervención se evidenció invasión localmente avanzada a nivel de plano posterior y muy probable infiltración vesical.

La estancia postoperatoria fue de 4 días sin complicaciones.

La anatomía patológica de la pieza mostró una invasión masiva por adenocarcinoma de próstata Gleason IX con infiltración de grasa periprostática, vesículas seminales y cuello vesical. Bordes quirúrgicos con contacto multifocal. Linfadenectomía ilio-obturatriz bilateral con 22 ganglios aislados sin afectación metastásica (pT3b-T4N0).

En el control postoperatorio el paciente presenta un PSA de 1.41 ng/ml, se decide inicio de hormonoterapia y es remitido a radioterapia externa tras recuperación de continencia completa.

Conclusiones:

La prostatectomía radical se presenta como alternativa terapéutica en pacientes diagnosticados de adenocarcinoma de próstata de alto riesgo, sin claras distinciones en cuanto a supervivencia en la literatura respecto a la radioterapia externa con adyuvancia hormonal, pero con la ventaja de un mejor análisis patológico, estratificación más precisa, ganancia en problemas secundarios y con la posibilidad de tratamientos ulteriores.

En pacientes con adenocarcinoma de próstata localmente avanzado requiere una selección de candidatos y formando parte de un tratamiento multimodal.

V6- PRESERVACIÓN NEUROVASCULAR EN CÁNCER DE PRÓSTATA DE ALTO RIESGO, ¿ES POSIBLE?

Villar Vázquez, Nuria; Vázquez-Martul, Darío; Lamas Díaz, Leticia; Martínez Breijo, Sara; García-Terente, Virginia; Venancio Chantada Abal

Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Introducción y Objetivos:

No existe un consenso claro sobre el tratamiento óptimo de los pacientes con cáncer de próstata (CaP) de alto riesgo si bien en caso de plantear un abordaje quirúrgico debe de realizarse una linfadenectomía ilio-obturatriz ampliada dentro de un probable tratamiento multimodal. El apoyo en estos casos de técnicas por imagen como la resonancia magnética puede aportar información de cara a plantear cirugías más conservadoras y conseguir mejores resultados funcionales en estos pacientes.

Diversos estudios ponen de manifiesto la posibilidad de preservación neuro-vascular en casos seleccionados con unos resultados oncológicos seguros.

Presentamos un vídeo demostrativo dentro de una serie reciente de prostatectomías laparoscópicas en CaP de alto riesgo en las que atendiendo a los datos preoperatorios y hallazgos intraoperatorios se decidió la realización de una preservación neurovascular intrafascial.

Material y Métodos:

Presentamos 3 pacientes diagnosticados de CaP de alto riesgo en biopsia prostática con un rango de edad entre 52 y 69 años, PSAs previos a biopsia comprendidos entre 3.9 y 10 ng/mL; Los estadios clínicos fueron cT1c en 2 casos y cT2a en un caso con estudios de extensión negativos (CaP órgano confinado).

En los 3 pacientes el diagnóstico inicial fue de adenocarcinoma grado 4 en biopsia, localizado y con baja carga tumoral; en 2 casos se disponía de RM previa con lesión PIRADS 5, en uno de estos el diagnóstico fue mediante biopsia prostática de fusión elástica.

En todos los casos se decidió prostatectomía radical laparoscópica con linfadenectomía ilio-obturatriz ampliada pudiéndose completar una preservación NV intrafascial unilateral. Las cirugías fueron realizadas por el mismo cirujano.

Resultados:

El tiempo medio quirúrgico fue de 180 minutos (piel a piel) sin incidencias perioperatorias ni necesidad de transfusiones en ningún caso; la estancia media fue de 2 días.

Los resultados anatómo-patológicos fueron:

- adenocarcinoma Grado 4 pT3aN1 (2 ganglios afectados de 18)
- adenocarcinoma Grado 5 pT3bN0 (18 ganglios)
- adenocarcinoma Grado 5 pT3bN0 (29 ganglios)

En todos los casos los bordes quirúrgicos fueron negativos.

VÍDEOS

Todos los pacientes presentaron una continencia completa precoz (primer mes tras retirada de sonda vesical) y presencia de erecciones con o sin apoyo de tratamiento oral farmacológico (2 pacientes sin tratamiento oral).

Conclusiones:

La preservación neurovascular en la prostatectomía radical en CaP de alto riesgo es una técnica viable en casos muy seleccionados y en manos de cirujanos con experiencia, fundamentalmente apoyados en técnicas por imagen y hallazgos intraoperatorios, favoreciendo así una mejora en los resultados funcionales de estos pacientes.

V7- TRES TÉCNICAS LAPAROSCÓPICAS EN EL MISMO PACIENTE.

Casas Nebra, J; Blanco Gómez, B; Carrillo Zamora, C; Rodríguez Lugo, S; Calafiore, D;
Mateo Cambón, L; Vérez Vivero, M; Mosteiro Ponce, J; García Novio, F.

Servicio de Urología - Hospital Universitario Lucus Augusti

Presentamos el caso clínico de una mujer de 52 años intervenida hace 2 años de colposacropexia laparoscópica.

Meses después de la intervención quirúrgica refiere molestias en fosa renal izquierda acompañándose de ITUs de repetición con urocultivos positivos.

Se completa estudio con cistografía miccional que informa la existencia de reflujo vesicoureteral grado III, sin residuo postmiccional significativo.

Durante la realización de cistoscopia para colocación de Macroplastique, se objetiva extrusión de malla de compartimento anterior a nivel de meato ureteral izquierdo.

Se coloca catéter doble J izquierdo y se decide completar estudio con TAC Abdominal con contraste.

El informe del TAC confirma la existencia de posible cuerpo extraño (malla quirúrgica) a nivel de desembocadura de meato ureteral izquierdo, sin poder confirmar en este estudio la existencia de reflujo vesicoureteral.

En sesión clínica se decide realizar reimplante ureteral izquierdo, exéresis de malla de compartimento anterior y fistulorrafia con interposición de epiplón mediante abordaje laparoscópico.

V8- TUMORECTOMÍA RENAL DERECHA RETROPERITONEOSCÓPICA

Calafiore, D; Blanco Gómez, B; Casas Nebra, J; Carrillo Zamora, C; Rodríguez Lugo, S; Vérez Vivero, M; Mosteiro Ponce, J; Mateo Cambón, L; García Novio F.

Servicio de Urología - Hospital Universitario Lucus Augusti

Introducción:

El retroperitoneo es un espacio limitado en su borde craneal por el diafragma que lo separa del tórax y en su borde caudal se continúa con los espacios extraperitoneales pelvianos. Su límite anterior es el peritoneo, y la pared corporal conforma los límites posterior y lateral. El retroperitoneo tiene tres compartimentos, el compartimento posterior, limitado por el peritoneo parietal; el espacio anterior, limitado por la fascia transversalis y el espacio perirrenal limitado por la fascia perirrenal.

El abordaje retroperitoneal se ha asociado a diversas ventajas respecto al abordaje intraperitoneal. En primer lugar permite un acceso rápido al pedículo renal, especialmente a la arteria; acceso a determinados tumores excrecentes de la cara posterior, posteromedial y posterolateral del riñón o pelvis renal que se interponen al abordaje y disección del pedículo renal; en pacientes con cirugías abdominales previas que pudieran tener múltiples adherencias peritoneales, pacientes con obesidad mórbida, etc.

En estos casos el abordaje retroperitoneal es una técnica que ofrece una vía segura, con menor probabilidad de complicaciones como lesiones intestinales, vasculares, hepáticas y esplénicas. Es una técnica totalmente reproducible en aquellos cirujanos que tienen manejo por vía laparoscópica clásica.

Caso clínico:

Presentamos el vídeo de tumorectomía renal derecha por retroperitoneoscopia de tumor de 42 mm (medido por TC), localización posteromedial derecha, en una mujer de 59 años, con IMC de 36 y antecedente de colecistectomía abierta con incisión de Kocher ampliada, por colecistitis enfisematosa.

Conclusión:

La retroperitoneoscopia debe considerarse una alternativa a la cirugía laparoscópica convencional en aquellos pacientes que tienen cirugías abdominales previas, obesidad o localización posterior del tumor.

V9- TUMORECTOMÍA RENAL POR RETROPERITONEOSCOPIA OFF-CLAMP.

Díaz Álvarez, JM.; Sánchez Ramos, J; Pérez Schoch, M.; Montero Fabuena, R.; Almuster Domínguez, S.; Cespón Outeda, E.; Comesaña Davila, E.; Martínez-Sapiña Llanas, I.; Rodríguez Iglesias, B.; Ojea Calvo, A.

Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Vigo - H. Álvaro Cunqueiro.

Introducción:

La nefrectomía parcial/tumorectomía es la técnica de elección para los tumores de T1a según las guías europeas. Presentamos el caso de un paciente diagnosticado de manera incidental, de un tumor posterior renal, el cual será intervenido por retroperitoneoscopia.

Explicamos los pasos del acceso retroperitoneal, sus ventajas e inconvenientes y los pasos más característicos en este tipo de abordaje.

Material y Método:

Caso clínico:

Varón de 61 años con antecedentes de hipertensión arterial, hiperuricemia, cardiopatía isquémica crónica y pancreatitis aguda biliar. A raíz del ingreso por pancreatitis se realiza un TAC rutinario de control y de manera incidental se descubre lesión renal izquierda de 3.1 centímetros en la cortical postero-lateral del polo inferior, por lo que se plantea realizar tumorectomía por retroperitoneoscopia dado el tamaño y la localización del tumor.

Intervención quirúrgica:

Se desarrolla el espacio retroperitoneal con sonda y dedo guante el cual introducimos por uno de los accesos, rellenando el guante con 400ml de suero fisiológico. Se insertan 3 trocares retroperitoneales inicialmente e intraoperatoriamente se añade un 4º todos por visión directa. Disección de grasa pararenal y perirenal tras apertura de fascia Zuckerkandl. Identificación del tumor. Tumorectomía *off-clamp* y embolsamiento del tumor. Realización de hemostasia. Sutura lecho tumoral. Extracción del tumor y cierre.

Resultados:

Tiempo quirúrgico 90'. No hubo complicaciones intra ni postoperatorias. Drenaje Occ. Tiempo de isquemia 0". Alta a domicilio al segundo día postoperatorio. La anatomía patológica evidenció carcinoma papilar renal tipo Ia.

Conclusión:

La nefrectomía parcial retroperitoneoscópica es una alternativa viable y eficaz para el tratamiento de tumores renales localizados especialmente en cara posterior, habiendo acumulado en nuestro centro 27 casos hasta la fecha comprobando que es una técnica segura y reproducible. El acceso laparoscópico retroperitoneal ofrece acceso directo al tumor y produce menos íleo postoperatorio debido a la preservación de la cavidad peritoneal. El clampaje del pedículo de forma habitual no es necesario, como se ha visto en este caso y se refleja en nuestra serie.

V10- USO DE DIFERENTES RECURSOS QUIRURGICOS EN TUMORECTOMIA RENAL LAPAROSCOPICA

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

Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

Introducción:

La nefrectomía parcial o tumorectomía actualmente esta recomendado con un grado A por las guías Europeas de Urología para tumores renales estadio cT1a. En este video pretendemos mostrar diferentes recursos laparoscópicos para esta intervención.

Materiales y Métodos:

Mujer de 48 años en seguimiento por utero miomatoso. En TAC de control se aprecia masa renal izquierda de 4cm en región interpolar posterior y ureterohidronefrosis moderada izquierda secundaria a dos litiasis ureterales. El RENAL score calculado fue 7. Se propone una ureterorenoscopia izquierda y tumorectomía laparoscópica en mismo acto.

Resultados:

La paciente fue posicionada posición ginecológica y se procedió a ureterorenoscopia semirrígida izquierda logrando extraer con cestilla 2 litiasis de 3mm de uréter distal. Luego se posiciona la paciente en decúbito lateral derecho, y se colocan 4 trocares. Se localiza uréter dilatado y pedículo renal con una arteria polar inferior y una principal. Se libera toda la grasa perirrenal para movilizar el riñón y tener un acceso cómodo a la lesión tumoral, dejando 3 gasas en la cara posterior. Se comienza la disección del tumor sin isquemia. Se procede a clampaje por un sangrado arterial. Se continúa la enucleación completa del tumor. Para el cierre del defecto se realiza una primera línea interna de sutura continua con monofilamento reabsorbible. Se procede a desclampaje precoz completando 10 minutos de isquemia. Con una sutura trenzada reabsorbible continua con haemo-lock, se realiza una segunda línea de sutura. Con puntos 3 sueltos tipo “sándwich” se cierra por completo el defecto renal. Se vuelve a traccionar de la sutura interna para recuperar tracción. Se coloca hemostático y cierra la grasa perirrenal. El tiempo quirúrgico de ambos procedimientos fue de 140 minutos, con un sangrado mínimo. La paciente fue dada de alta al 2º día. El resultado de la AP mostro un oncocitoma de 3,5cm con márgenes libres.

Conclusiones:

La tumorectomía es un reto laparoscópico. Hoy en día existen diferentes técnicas, tanto con o sin isquemia, con sutura continua o puntos sueltos, etc. Para poder realizar esta cirugía es necesario conocer y dominar todas las técnicas laparoscópicas descritas y tener la capacidad de implementarlas cuando sean necesarias.

V11- NEFRECTOMÍA RADICAL DERECHA CON CAVOTOMÍA LAPAROSCÓPICA POR CARCINOMA RENAL CON TROMBO VENOSO.

Casas Nebra, J; Blanco Gómez, B; Carrillo Zamora, C; Calafiore, D; Rodríguez Lugo, S; Vérez Vivero, M; .Mateo Cambón, L; Mosteiro Ponce, J; García Novio, j. Francisco.

Servicio de Urología - Hospital Universitario Lucus Augusti.

Una de las características que presenta el carcinoma de células renales (CCR) es su venotropismo. En el momento del diagnóstico es posible encontrar trombo tumoral en la vena renal en el 20-35 % de los casos y puede extenderse a la vena cava inferior (VCI) y/o por encima de las venas suprahepáticas hasta alcanzar la aurícula derecha.

La nefrectomía radical con la extracción completa del trombo tumoral supone la única opción curativa cuando se trata de pacientes sin evidencia de enfermedad a distancia.

Presentamos el video de un varón de 81 años remitido desde Medicina Interna por hallazgo en TAC toracoabdominal de una masa renal derecha de 8 x 7 cm con trombo tumoral que ocupa la totalidad de la vena renal derecha.

En comité de tumores se decidió realizar nefrectomía radical derecha con cavotomía laparoscópica.

El tiempo quirúrgico fue de 180 minutos, con una estancia hospitalaria de 72 horas sin complicaciones en la escala de clasificación Clavien- Dindo.

La cirugía abierta se considera la técnica gold-standard para los estadios T3 / T4.

Pudiéndose reservar la vía laparoscópica para urólogos con experiencia en el campo laparoscópico que sean capaces de reproducir los principios oncológicos de la vía abierta.

V12- 3D - HEMINEFRECTOMÍA IZQUIERDA LAPAROSCÓPICA POR HIDROCÁLIZ INFECTADO

Rodríguez Alonso, A; Mosquera Seoane, T; Freire Calvo, J; Pereira Beceiro, J; Rey Rey, J; González Blanco, A; Bonelli Martín, C; Rodríguez Souto, P; Abeijón Piñeiro, C; Molinos Mayo, J; Lojo Romero, J; Fernández Docampo, J

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Introducción:

El hidrocáliz es una patología poco frecuente, que no requiera tratamiento salvo que se asocie a infección o desarrollo de litiasis, sintomáticas.

Material y métodos:

Paciente mujer de 65 años, con infecciones urinarias de repetición de larga evolución. En los dos años anteriores presentó dos episodios infección urinaria severa y pionefrosis en hidrocáliz de polo superior de riñón izquierdo, que requirieron derivación urinaria mediante nefrostomía. En TC se observó gran hidrocáliz de polo superior de riñón izquierdo, con moderada atrofia cortical.

Se propuso heminefrectomía superior izquierda laparoscópica, que se llevó a cabo con la siguiente técnica quirúrgica: posición decúbito lateral derecho, acceso laparoscópico transperitoneal, heminefrectomía con clampaje arterial y venoso y sutura renal en dos planos.

El tiempo de neumoperitoneo fue de 110 minutos, con un tiempo de isquemia de 12 minutos y un sangrado intraoperatorio de aproximadamente 100 ml. El alta tuvo lugar a los 3 días.

En el estudio anátomo-patológico se observó atrofia cortical, pielonefritis crónica generalizada y fibrosis intersticial.

Conclusiones:

La patología infecciosa del hidrocáliz es poco frecuente y en caso de infecciones severas de repetición, la cirugía es una alternativa a considerar. En estos casos, el abordaje laparoscópico es el de elección, como en casi toda la patología renal.

V13- 3D - NEFRECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPIA Y CAVOTOMÍA POR TROMBO TUMORAL GUIADA POR ECOGRAFÍA

Rodríguez Alonso, A; Freire Calvo, J; Rey Rey, J; Mosquera Seoane, T; Pereira Beceiro, J; González Blanco, A; Bonelli Martín, C; Rodríguez Souto, P; Abeijón Piñeiro, C; Molinos Mayo, J; Lojo Romero, J; Fernández Docampo, J

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Introducción:

La afectación vascular en la neoplasia renal tiene grandes implicaciones pronósticas y añade dificultad a la técnica quirúrgica. La presencia de trombo tumoral nivel II en la vena cava inferior, puede plantear la dificultad de determinar el límite craneal del mismo. En estos casos, el empleo de ecografía laparoscópica puede ayudar a definir los límites del trombo y hacer que la cirugía sea más segura.

Material y Métodos:

Paciente varón de 70 años, con hallazgo incidental mediante de Ecografía y TC de neoplasia renal, durante estudio por síntomas del tracto urinario inferior.

En TC se observó una neoplasia renal derecha de 6 cm, con trombo nivel II en vena cava inferior. Se decidió realizar nefrectomía radical laparoscópica con apoyo de ecografía endocavitaria, con la siguiente técnica quirúrgica: decúbito lateral izquierdo, identificación ecográfica de la morfología y límites del trombo, control de cava y vena renal izquierda y cavotomía con extracción del trombo, finalización de la nefrectomía y sutura continua de vena cava.

El tiempo de neumoperitoneo fue 175 minutos, con un sangrado intraoperatorio de 350 ml aproximadamente. El paciente fue dado de alta a los 2 días.

En el estudio anátomo-patológico se observó carcinoma de células claras de 6 cm, Fuhrman III, categoría pT3b.

En la primera revisión el paciente se encontraba asintomático y en el TC no se observaron datos de recidiva y la vena cava inferior estaba permeable.

Conclusiones:

El abordaje laparoscópico de la neoplasia renal con afectación vascular es factible y el apoyo ecográfico intraoperatorio permite determinar los límites del trombo y controlar con seguridad la vena cava en su porción más craneal.

V14- 3D - EXÉRESIS LAPAROSCÓPICA DE RECIDIVA PARIETO-COSTAL Y DIAFRAGMÁTICA DE NEOPLASIA RENAL

Rodríguez Alonso, A; Rey Rey, J; Molinos Mayo, J; Mosquera Seoane, T; Freire Calvo, J; Pereira Beceiro, J; González Blanco, A; Bonelli Martín, C; Rodríguez Souto, P; Abeijón Piñeiro, C; Lojo Romero, J; Fernández Docampo, J

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Introducción:

El carcinoma renal es uno de las neoplasias en las que la cirugía citorreductora puede aportar beneficios en supervivencia y control sintomático, tanto en lo que se refiere a la exéresis del riñón, como la de las metástasis, en el caso de que estas sean poco numerosas y accesibles quirúrgicamente.

Material y Métodos:

Paciente mujer de 56 años a la que se había practicado nefrectomía radical derecha laparoscópica y linfadenectomía retroperitoneal para-aórtica e inter-aorto-cava, siendo el informe anatómo-patológico de carcinoma de células claras, Fuhrman IV, pT3a pN0 (15 ganglios).

Durante el seguimiento se desarrollaron metástasis pulmonares y recidiva en fosa renal, con mal control analgésico. Fue tratada en primera línea con Sunitinib, obteniendo una respuesta parcial pulmonar y progresión de la recidiva local. La recidiva local mostró un crecimiento rápido y ocasionó un dolor de difícil control. En TC se observó una masa en fosa renal, que infiltraba la pared abdominal lateral, la 12ª costilla y la pleura. Se propone exéresis laparoscópica de la masa.

La técnica quirúrgica consistió en una posición en decúbito lateral derecho, realizando exéresis completa de la masa, con resección costal y pleuro-diafragmática. Se realizó colocación de drenaje torácico y sutura de defecto pleuro-diafragmático.

El tiempo de neumoperitoneo fue de 180 minutos. La pérdida hemática intraoperatoria fue de 200 ml. El drenaje torácico se mantuvo durante 9 días, que fueron también los días de ingreso. No presentó ninguna complicación.

En el estudio anatómo-patológico se observó una lesión metastásica de carcinoma de células claras de 12 x 11 x 6 cm, Fuhrman IV.

La paciente presentó una respuesta pulmonar completa con Nivolumab en 2ª línea, con desaparición del dolor. En TC de control se constató la completa desaparición de la recidiva local.

Conclusiones:

La exéresis de la recidiva local de partes blandas es una indicación poco común en cirugía laparoscópica, que aporta los beneficios de la mínima invasión, además de los beneficios oncológicos y clínicos de la citorreducción.

V15- 3D - LINFADENECTOMÍA RETROPERITONEAL LAPAROSCÓPICA

Abeijón Piñeiro, C.; Mosquera Seoane, T.; Molinos Mayo, J.; Lojo Romero, J.;
Fernández Docampo, J.; Bonelli Martín, C.; Freire Calvo, J.; González Blanco, A.; Pereira Beceiro, J.;
Rey Rey, J.; Rodríguez Souto, P.; Rodríguez Alonso, A.

Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Introducción:

Las lesiones residuales de tumores testiculares de células germinales no seminomatos tras quimioterapia requieren tratamiento mediante cirugía exéretica. De estas masas, el 6-10% incluirán tumor viable, el 50% contendrán teratoma maduro y el 40%, tejido fibrótico-necrótico.

La extensión de la linfadenectomía es un tema controvertido. Tradicionalmente, se consideraba la linfadenectomía bilateral extendida como técnica indicada, pero hoy se reserva para pacientes con extensas masas residuales o una localización que no corresponde con la literalidad del tumor primario. En pacientes con lesiones bien definidas y menores de 5 cm., una linfadenectomía modificada permite obtener resultados similares, con menor morbilidad. La resección exclusiva de la lesión residual no está indicada.

Material y Método:

Presentamos el caso de un paciente de 32 años, con antecedente de orquiectomía derecha por carcinoma embrionario de testículo, con metástasis pulmonares y múltiples conglomerados adenopáticos retroperitoneales de 3,7 cm de diámetro mayor. Tras quimioterapia presenta desaparición de las lesiones pulmonares y una disminución superior al 20% del tamaño de las adenopatías retroperitoneales, pero con persistencia de lesiones residuales. Se propone realizar linfadenectomía retroperitoneal y exéresis de cordón espermático. Realizamos la cirugía por vía laparoscópica por medio de abordaje transperitoneal. La exéresis de tejido ganglionar está limitada inferiormente por el cruce del uréter con la bifurcación de los vasos ilíacos comunes derechos, lateralmente por el uréter derecho, cranealmente por la vena renal derecha y medianamente por la aorta hasta la mesentérica inferior. Durante la cirugía se observa intensa fibrosis que dificulta la disección vascular.

Resultados:

El tiempo quirúrgico fue de 230 minutos. Pérdida sanguínea menor de 100 cc. El paciente fue dado de alta al tercer día postoperatorio. El estudio anatomopatológico describe 4 ganglios linfáticos infiltrados por neoplasia necrosada, compatible con metástasis de carcinoma embrionario, 16 ganglios linfáticos sin evidencia de depósitos metastásicos y cordón espermático sin infiltración neoplásica.

Conclusiones:

La linfadenectomía retroperitoneal laparoscópica es una cirugía técnicamente compleja, que requiere de experiencia y destreza en el abordaje laparoscópico para obtener resultados oncológicos y quirúrgicos seguros.

V16- 3D - LINFADENECTOMÍA PÉLVICA Y RETROPERITONEAL LAPAROSCÓPICA DE RESCATE POR RECIDIVA GANGLIONAR TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL

Rodríguez Alonso, A; Rey Rey, J; Mosquera Seoane, T; Freire Calvo, J; Pereira Beceiro, J; González Blanco, A; Bonelli Martín, C; Rodríguez Souto, P; Abeijón Piñeiro, C; Molinos Mayo, J; Lojo Romero, J; Fernández Docampo, J

Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Introducción:

El tratamiento estándar de la recidiva ganglionar tras prostatectomía radical es la hormonoterapia de rescate, porque no existe ningún otro tratamiento que haya demostrado beneficio en supervivencia en esta fase y porque la identificación del lugar de la recidiva tras prostatectomía radical, con bajos niveles de PSA, está limitada por la sensibilidad de las pruebas de imagen.

La linfadenectomía de rescate es un tratamiento experimental, cuyo desarrollo está asociado a la aceptable sensibilidad del PET/TC colina en la identificación de la progresión ganglionar, con bajos niveles de PSA.

Material y Métodos:

Paciente varón de 60 años al que se había practicado prostatectomía radical laparoscópica y linfadenectomía pélvica (Adenocarcinoma de próstata Gleason 8 (4+4), pT3b R1 pN0 en 24 ganglios). Durante el seguimiento se produjo elevación progresiva de PSA. 17 meses tras la cirugía, con un PSA de 0,68 ng/ml se realizó PET/TC colina (hipermetabolismo en adenopatía ílica interna izquierda de 1,3 cm, con SUV más 4,2). Se propone linfadenectomía de rescate, tras la explicación y consentimiento informado, donde se recogía la ausencia de evidencia sobre este procedimiento.

La técnica quirúrgica se desarrolló en dos fases. 1ª fase en decúbito supino y Trendelenburg, con 5 trocares de trabajo, realizando linfadenectomía pélvica de los territorios de vasos ilíacos comunes, externos, internos, obturatrices y presero. 2ª fase en decúbito supino y Trendelenburg moderado, con 2 nuevos trocares, realizando, en sentido cauda-craneal, linfadenectomía de los territorios paracavo, para-aórtico, inter-aortocavo, precavo y preaórtico, hasta el nivel de la vena renal izquierda.

El tiempo de neumoperitoneo fue 190 minutos (110+80) y la pérdida hemática de 150 ml.

La estancia postoperatoria fue de 2 días, sin complicaciones inmediatas.

En el estudio anatomopatológico se aislaron 9 ganglios en territorio ílio-obturatriz (1 metastásico en lado izquierdo), 9 ganglios presacros y 18 ganglios retroperitoneales, sin malignidad.

A los 3 meses el paciente se encuentra asintomático, con un PSA de 0,05 ng/ml.

Conclusiones:

La linfadenectomía pélvica y retroperitoneal laparoscópica de rescate es un procedimiento que puede lograr remisión bioquímica. El impacto en los distintos parámetros de supervivencia requiere de estudios prospectivos aleatorizados, pero hasta la fecha es desconocido.

V17- 3D - REIMPLANTE URÉTERO-NEOVESICAL LAPAROSCÓPICO BILATERAL.

Rodríguez Alonso, A; Pereira Beceiro, J; Molinos Mayo, J; Rey Rey, J; Mosquera Seoane, T; Freire Calvo, J; González Blanco, A; Bonelli Martín, C; Rodríguez Souto, P; Abeijón Piñeiro, C; Lojo Romero, J; Fernández Docampo, J

Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Introducción:

La estenosis de la anastomosis urétero-ileal es una de las complicaciones a medio plazo más frecuentes tras la cistectomía con derivación urinaria intestinal, tanto conducto ileal, como neovejiga y una de las que más insatisfacción genera a pacientes y urólogos, por la dificultad para realizar su reparación de forma satisfactoria. La estenosis del uréter izquierdo es la más frecuente, aunque en algunos casos se observan estenosis bilaterales, sincrónicas o metacrónicas.

Material y Métodos:

Paciente varón de 62 años, con antecedente de cistectomía radical laparoscópica con linfadenectomía pélvica y neovejiga Studer, categoría pT3a pN0.

Durante su evolución, el paciente desarrolló insuficiencia renal aguda secundaria a uropatía obstructiva bilateral, que requirió colocación de nefrostomía percutánea bilateral.

En TC se observó ureterohidronefrosis bilateral, secundaria a estenosis de anastomosis urétero-intestinal.

Se realizó reimplantación urétero-neovesical bilateral laparoscópica, con la siguiente técnica quirúrgica: En un primer tiempo, en decúbito lateral derecho, se realizó liberación del uréter izquierdo, hasta sobrepasar la bifurcación aórtica. En un segundo tiempo, en decúbito lateral izquierdo, se realizó liberación de uréter derecho y reanastomosis urétero-neovesical bilateral. El tiempo de neumoperitoneo fue de 215 minutos, con una pérdida hemática de 300 ml. El paciente fue alta a los 4 días y los catéteres ureterales fueron retirados a los 10 días, mediante cistoscopia.

En el estudio anátomo-patológico se observó una pared ureteral con hiperplasia muscular y fibrosis, sin evidencia de neoplasia.

En el TC de control se comprobó la desaparición de la urétero-hidronefrosis bilateral y resolución de la estenosis.

Conclusiones:

El abordaje laparoscópico constituye una opción excelente en el tratamiento quirúrgico de la estenosis urétero-ileal, aunque resulta dificultoso desde el punto de vista técnico, sobre todo en la localización y aislamiento de la neovejiga y del segmento terminal de ambos uréteres.

V18- 3D - REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE FÍSTULA VÉSICO-VAGINAL TRAS COLPOSACROPEXIA

Rey Rey, Jorge; Abeijón Piñeiro, Carla; Molinos Mayo, Jessica; Lojo Romero, Javier;
Fernández Docampo, José; Bonelli Martín, Carlos; González Blanco, Alfonso;
Rodríguez Souto, Pilar; Freire Calvo, Jacobo; Pereira Beceiro, Javier; Mosquera Seoane, Teresa;
Rodríguez Alonso, Andrés

Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

Presentamos el caso de una mujer de 58 años sometida a Colposacropexia laparoscópica y colocación de malla suburetral TOT. Tras intervención quirúrgica refiere sintomatología de llenado de tracto urinario inferior y dispareunia, por lo que se realiza cistoscopia objetivándose intrusión de la malla en área retrotrigonal.

Tras fracaso de tratamiento conservador, se decide realizar de RTU vesical para extracción de malla.

Tras la intervención acude a urgencias por incontinencia urinaria, se realiza cistoscopia objetivándose fistula vésico-vaginal de aproximadamente 2 cm.

Se decide reparación laparoscópica de la fistula vesico-vaginal.

Técnica quirúrgica: Apertura de cara posterior vesical, identificación de trayecto fistuloso y malla intruída, exéresis de trayecto fistuloso y malla, reparación de fistula con interposición de epiplon entre vejiga y vagina.

El tiempo de neumoperitoneo fue de 130 minutos, alta a las 72 horas, la cistografía muestra corrección de la fistula. Actualmente la paciente se encuentra asintomática.