



**SOCIEDAD GALLEGA  
DE UROLOGÍA**

# XXIX

# CONGRESO

de la Sociedad Gallega  
de Urología

**A CORUÑA**

31 de mayo / 1 de junio  
2019

**PROGRAMA**

Auspiciado por la Asociación Española de Urología  
Declarado de Interés Sanitario por la Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia

**ORGANIZA**

Sociedad Gallega de Urología / Servicio de Urología del C.H.U.A.C.



**SOCIEDAD GALLEGA  
DE UROLOGÍA**



**SERVIZO  
GALEGO  
de SAÚDE** | **Xerencia de Xestión Integrada  
de A Coruña**



# VÍDEOS

## V1- CIRUGÍA RETROPERITONEAL POR PUERTO ÚNICO: DESCRIPCIÓN PASO A PASO

Dario Vazquez-Martul, Damián Villegas, Alicia López, J. Roberto Iglesias, Venancio Chantada Abal.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña,*

### Introducción

La reducción del calibre o número de accesos es la máxima de la cirugía mínimamente invasiva, sumado a minimizar la iatrogenia dentro de cualquier procedimiento; dentro de este último criterio, la retroperitoneoscopia permite un acceso directo al compartimento retroperitoneal evitando la cavidad abdominal y la manipulación intestinal.

Recientemente la implementación del puerto único en diversas especialidades y últimas plataformas de cirugía robótica ahondan en este concepto, dentro del cual presentamos los pasos, material y técnica para aplicarlo en cirugía renal y suprarrenal de forma extraperitoneal.

### Material

Presentamos 2 casos demostrativos dentro de nuestra casuística reciente en el que describimos cómo realizar el acceso, el material necesario y pasos quirúrgicos para la realización de una tumorectomía renal izquierda tras hallazgo incidental de un nódulo de 20 mm y la exéresis de un adenoma suprarrenal izquierdo de 45 mm. En el segundo caso la paciente presentaba cirugía abdominal previa por patología ginecológica.

### Resultados

Las cirugías realizadas no excedieron los 90 minutos en ningún caso, el sangrado intraoperatorio fue <150 cc y las cirugías se desarrollaron con normalidad a través de una única incisión de 4 cm. En uno de los casos se presentó un sangrado postoperatorio no relacionado con la elección del acceso, con resolución del mismo sin otras incidencias.

### Conclusiones

En casos bien seleccionados el abordaje retroperitoneal por puerto único supone una menor agresión de pared con unos tiempos inicialmente asumibles si bien es una cirugía técnicamente más demandante que implica ciertas limitaciones.

### V2- RESOLUCIÓN DE COMPLICACIONES VASCULARES POR LAPAROSCOPIA.

López Fernández, A; Vázquez-Martul Pazos, D; García Expósito, M; García Sobrino, R; Iglesias Alvarado, JR; Rodríguez González, A; Rodríguez Rey, S; Chantada Abal, V.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña,*

#### Introducción:

Una de las complicaciones potenciales en toda cirugía laparoscópica urológica es el sangrado por lesión de estructuras anatómicas vasculares. En el caso de la suprarrenalectomía existe tanto riesgo de lesión de vasos renales o suprarrenales, como lesión de grandes vasos (arteria aorta o vena cava). Estos riesgos se ven incrementados en la exéresis de masas voluminosas.

En los inicios de la técnica, el control de estas complicaciones conllevaba la reconversión a cirugía abierta, sin embargo, actualmente con la mayor experiencia son muchos los casos que pueden resolverse endoscópicamente.

#### Material y Métodos:

Presentamos el caso de un varón de 37 años remitido a nuestras consultas desde Endocrinología tras diagnóstico en TC y confirmación mediante metanefrinas en orina de gran feocromocitoma suprarrenal derecho de 60\*90 mm. Se decide realización de suprarrenalectomía derecha laparoscópica.

#### Resultados:

Se realiza suprarrenalectomía derecha laparoscópica transperitoneal. Durante la disección de masa suprarrenal íntimamente adherida a vena cava a nivel de crura derecha, se produce incidentalmente rasgado de vena cava a dicho nivel, que se controla y repara endoscópicamente. El tiempo quirúrgico total fue de 120 minutos.

La estancia postoperatoria fue de 48 horas sin complicaciones ni necesidad de transfusión de hemoderivados.

La anatomía patológica de la pieza mostró como resultado un feocromocitoma de 10 cm de diámetro, de comportamiento potencialmente agresivo (PASS SCORE 4) con márgenes quirúrgicos libres.

#### Conclusiones:

La resolución de complicaciones vasculares por laparoscopia es posible y viable en manos de cirujanos con experiencia, evitando así una eventual reconversión y favoreciendo una mejor recuperación postoperatoria.

### V3- SUPRARRENALECTOMÍA RETROPERITONEOSCÓPICA UNIPUERTO

García Expósito, M.A.; Vázquez-Martul Pazos, D.; García Sobrino, R.; Iglesias Alvarado, J.R.; López Fernández, A.; Chantada Abal, V.

*Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.*

#### Introducción:

El abordaje retroperitoneal de la glándula suprarrenal, aunque con una dificultad técnica considerable debido sobre todo a un espacio operativo reducido, es un acceso reproducible en tanto a un área anatómica muy circunscrita, con baja morbilidad debido a una ínfima iatrogenia quirúrgica con respecto al acceso transperitoneal; y, en consecuencia, un abordaje con buenos resultados. Minimizar los accesos podría suponer una ventaja añadida en este tipo de abordaje.

#### Material y Método:s

Presentamos el caso de un varón de 74 años cuyos antecedentes son HTA, FA anticoagulada con acenocumarol, ERC secundaria a agenesia renal izquierda en seguimiento por el servicio de Nefrología. Adenoma suprarrenal izquierdo no funcionante de 35 mm que en ecografía de control presenta un crecimiento significativo, posteriormente confirmado en estudio tomográfico (55\*53 mm) y remitido por servicio de endocrinología para exéresis quirúrgica.

#### Resultados:

Tiempo quirúrgico: 90 minutos. Sangrado: < 250 cc. Diámetro máximo de la pieza: 70 mm. Incisión retroperitoneal única de apenas 50 mm. No se deja drenaje percutáneo. Alta hospitalaria a las 48 horas sin incidencias.

#### Conclusiones:

El acceso retroperitoneal con un solo puerto supone un beneficio añadido con menor agresión del pared abdominal, posiblemente menor dolor postoperatorio y mejor resultado cosmético.

### V4- NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA PARA EL TRATAMIENTO DE ANGIOMIOLIPOMA DE GRAN TAMAÑO CON SOSPECHA DE ESTIRPE MALIGNA.

Cambón Bastón, Eva M.<sup>1</sup> ; Gamarra Quintanilla, M.; Pereira Arias, J. G.<sup>2</sup>; Sánchez Vázquez, A.<sup>2</sup>; Mora Christian, J.; <sup>2</sup> Astorbieta Odriozola, A.<sup>2</sup>; Ibarlucea González, G.<sup>2</sup>; Urdaneta Salegui, F.<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. <sup>2</sup>Clínica IMQ Zorrotzaurre, Bilbao.

#### Introducción:

Los angiomiolipomas son tumores benignos que en cierta ocasiones pueden presentar comportamientos más agresivos con el riesgo de metástasis a distancia y de recurrencia local que estos presentan. La presencia de variantes epitelioides aparecen en un 10% de los angiomiolipomas malignos. Ante la sospecha de estas variantes y en ausencia de datos que lo contraindiquen, se debería ofrecer a estos pacientes tratamiento con intención curativa.

Presentamos el caso de una mujer de 26 años que consulta por episodio de pielonefritis aguda izquierda. En pruebas de imagen, se observa lesión sugestiva de angiomiolipoma en polo renal inferior izquierdo de 2.5 cm. En el control realizado al año, se observa crecimiento de dicha masa renal, situándose entorno a los 8cm. Ante el rápido crecimiento y la posibilidad de malignidad, se decide intervención quirúrgica.

#### Material y Métodos:

Se coloca a la paciente en decúbito lateral derecho con hiperflexión lumbar bajo anestesia general. Se colocan 4 trócares y neumoperitoneo a 12mmHg. Se localiza el tumor en polo inferior y se disecciona el pedículo renal para la realización de la nefrectomía parcial. Se sutura defecto en dos capas: la interior con sutura barbada y la exterior con 5 puntos sueltos de Vycril® y refuerzo con hem-o-locks. Se colocan hemostáticos en lecho (TachoSeal® y Surgicel®). Se realiza extracción de pieza por orificio umbilical.

#### Resultados:

El tiempo de isquemia caliente fue de 14 minutos. El tiempo quirúrgico total fue de 120 minutos. La pérdida sanguínea aproximada fue de 200mL. No hubo complicaciones intra ni postoperatorias. Fue alta al cuarto día de hospitalización.

El resultado de la anatomía patológica fue de angiomiolipoma de 7.5cm con signos epitelioides, con bordes quirúrgicos libres.

En el control de imagen postoperatorio con ecografía al mes no se evidencian signos de recidiva.

#### Conclusiones:

Aunque se trata de un tumor con baja probabilidad de malignización, ante la sospecha clínica de que esto ocurra (rápido crecimiento en un corto espacio de tiempo), se debe ofrecer un tratamiento radical.

La nefrectomía parcial laparoscópica es una técnica factible y segura para el tratamiento de dichas masas renales, sobretodo en pacientes jóvenes en los que interesa preservar el mayor número de nefronas posibles.

### V5- NEFRECTOMÍA PARCIAL ROBÓTICA POR RETROPERITONEOSCOPIA

Villegas Piguave, Damián; Villar Vázquez, Nuria; Garcia-Terente Fernández, Virginia; Pellegrinelli Francesco; Salinas Duffo, David; Peña Gómez, Juan Antonio; Castañeda Argaiz, Roberto; Tarragón Gabarro, Sandra; Martos Calvo, Raul.

*Uros Associats, Centro Medico Teknon, Barcelona*

#### Introducción:

La guías europeas recomiendan realizar la nefrectomía parcial en tumores renales pT1. La nefrectomía parcial robótica ha demostrado el mismo resultado oncológico que la técnica laparoscópica. Algunas series reportan una reducción de la estancia hospitalaria, del número de transfusiones, de reconversión a cirugía abierta y de tiempo de isquemia caliente a favor de la técnica robótica. En centros con experiencia, la nefrectomía parcial robótica por retroperitoneoscopia puede presentar los mismos resultados oncológicos con reducción del íleo, del sangrado, de la estancia hospitalaria y menor tiempo operatorio debido a su acceso directo al pedículo vascular.

#### Caso Clínico:

Presentamos el caso de un paciente de 56 años con antecedentes médicos de diabetes mellitus y hipertensión arterial, diagnosticado de forma incidental de tumor renal derecho de 30 mm localizado en la valva posterior. Se realizó una nefrectomía parcial robótica por retroperitoneoscopia.

Con el paciente en decúbito lateral izquierdo, se realizó una incisión de 15 mm 2 cm por encima de la cresta iliaca derecha a través de la cual se creó una cavidad retroperitoneal mediante un balón de Gaur. El puerto para el brazo robótico derecho se colocó 3 cm por debajo del ángulo entre la 12ª y el músculo paravertebral; el puerto para el brazo robótico izquierdo se colocó en la línea subcostal lo más anterior posible sin entrar en el peritoneo. El trocar del ayudante fue colocado a 7 cm por debajo del trocar del brazo izquierdo. Previa colocación de tourniquet sin clampar, se identificó el tumor renal. Se realizó tumorectomía con clampaje a demanda. Se realizó una sutura intraperitoneal con V lock 3/0.

#### Resultados:

El tiempo quirúrgico fue 180 minutos, el tiempo de isquemia caliente de 26 minutos. No hubo complicaciones post-operatorias. El paciente fue dado de alta el tercer día post-operatorio. La anatomía patológica mostró un carcinoma de células renales pT1 con márgenes libres.

#### Conclusión:

En centros con experiencia, la nefrectomía parcial robótica por retroperitoneoscopia permite obtener los mismos resultados oncológicos que la vía transperitoneal, evitando la entrada en el peritoneo y permitiendo un acceso directo al hilo renal.

### V6- PIELOPLASTIA TRANSMESOCOLICA LAPAROSCOPICA

Pineda Munguía, Alvaro; Novas, Serafín; Blanco Carballo, Ovidio; Fernández Yáñez, Antonio; García Freire, Camilo; Chaves Santamaria, Miriam; Diz Gil, Rita; Martínez Corral, María Elena.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario universitario de Santiago, de Compostela.*

#### Introducción:

El diagnóstico de obstrucción de la unión ureteropielica describe un deterioro funcionalmente significativo del transporte urinario desde la pelvis renal hasta el uréter.

El enfoque laparoscópico de la pieloplastia se ha desarrollado en todo el mundo como una alternativa viable mínimamente invasiva a la pieloplastia abierta y la endopielotomía.

#### Objetivos:

Presentamos el caso de paciente femenina de 69ª sin antecedentes de interés que se remite a nuestra consulta por hallazgo incidental de dilatación pielocalicial izq. en eco. Se completan estudios con TAC que reporta dilatación pielocalicial izq. Con ausencia de opacificación de uréter ipsilateral en fase tardía; hallazgos sugestivos de estenosis de la unión pieloureteral izq.

Renograma: Riñón derecho: 57.23%

Riñón izq. 42.77% con patrón obstructivo.

#### Material y Métodos:

Bajo anestesia general en decúbito lateral derecho, se colocan 4 trocaras 1 de 12mm para la óptica y 3 mas de 5mm. Se instaura neumoperitoneo a 12mm de Hg y al explorar cavidad abdominal se observa la pelvis renal a través del mesocolon izquierdo. Decidimos diseccionar a través del mesocolon hasta llegar a la pelvis renal. Se expone la pelvis renal y se libera hasta llegar a la unión pieloureteral. Se realiza pieloplastia según técnica de Anderson Hynes. Se deja drenaje Blake del 15 y se retiran trocates bajo visión directa. Se cierra incisión de trocar por planos.

#### Resultados:

Tiempo quirúrgico:100min. Estancia Hospitalaria 4 días (paciente presenta febrícula en el primer día post cirugía por lo que prolonga estancia). Retirada de catéter doble J a las 3 semanas. En la revisión a los 3 meses paciente se encuentra asintomática y con disminución del a dilatación. Renograma a los 6 meses post cirugía que reporta: Mejoría con respecto al estudio previo por resolución del patrón obstructivo.

#### Conclusión:

La paciente presenta resolución de la obstrucción de salida de la pelvis renal sin presentar complicaciones. El abordaje transmesocolico es viable, en nuestro caso sin complicaciones y menor disección intraabdominal al no realizar el decolaje del colon.

### V7- DIVERTICULECTOMÍA VESICAL LAPAROSCÓPICA ENDOVESICAL

Rodríguez González, Arlene; Fernández Rosado, Enrique; Iglesias Alvarado, Julio Roberth; López Fernández, Alicia; Rodríguez Rey, Susana; Chantada Abal, Venancio.

*Servicio de Urología – Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña*

#### Obejtivos:

Presentación de técnica quirúrgica laparoscópica con abordaje endovesical.

#### Material y Métodos:

Se presenta el caso clínico de un varón de 61 años con un gran divertículo vesical en cara lateral derecha de la vejiga que condiciona clínica miccional e ITUs de repetición, realizándose una diverticulectomía vesical laparoscópica con abordaje endovesical con tres puertos. Presentación en formato vídeo de intervención quirúrgica, pruebas complementarias y resultados postoperatorios.

#### Resultados:

El abordaje laparoscópico endovesical en el tratamiento de este paciente ha resultado ser una técnica válida y segura, sin complicaciones ni intra ni postoperatorias y con un buen resultado funcional y recuperación precoz.

#### Conclusiones:

La diverticulectomía vesical laparoscópica endovesical es una alternativa poco utilizada para el abordaje quirúrgico de la patología diverticular vesical que debe ser considerada como una opción válida en el abordaje de divertículos vesicales que requieren tratamiento quirúrgico.

### **V8- REIMPLANTE URETERAL LAPAROSCÓPICO SOBRE BRICKER TRAS FRACASO DE LA TÉCNICA DE LOVACO: VENTAJAS DE LA POSICIÓN EN DECÚBITO SUPINO CON ABORDAJE ABDOMINAL ALTO**

López García, Daniel; Álvarez Castelo, Luis Manuel; Osorio Cabello, María Lucía\*; Villar Vázquez, Nuria; Villegas Piguave, Anselmo Damián\*; Cimadevila García, Antón\*\*

*Urología Hospitalaria, Hospital HM Modelo (A Coruña), \*Urología Hospitalaria, Hospitales HM La Rosaleda y HM Nuestra Señora de la Esperanza (Santiago de Compostela) y \*\*Servicio de Urología Hospital HM Nuestra Señora de La Esperanza (Santiago de Compostela)*

#### **Objetivos:**

Comunicar la alternativa de la posición supina con Trendelenburg y la ubicación casi subcostal de los trócares en cirugías laparoscópicas reconstructivas sobre una derivación urinaria tipo Bricker.

#### **Material y Métodos:**

Varón de 58 años, exfumador, sin antecedentes personales de interés, diagnosticado durante estudio de hematuria de gran masa vesical no resuelta con RTU en 2 tiempos (pT1G3).

Se indica cistectomía radical laparoscópica y derivación tipo Bricker sin incidencias; estancia postoperatoria de 7 días; pT2N0.

Seguimientos correctos hasta el 6º mes, cuando en UroTAC y renograma isotópico existe uropatía obstructiva izquierda de novo.

Tras tratamiento según técnica de Lovaco, persiste la obstrucción al retirar el catéter ureteral.

Se coloca NPC y se realiza reimplante ureteral con abordaje transperitoneal en decúbito supino con Trendelenburg y 4 trócares en abanico a unos 4 cm de las últimas costillas:

Se identifica el uréter izquierdo en el Bricker: estenosis larga que impide la resolución en este campo. Decolación e identificación del inicio de la estenosis en posición retrosigma. Sección proximal y reimplante sobre Bricker con puntos sueltos sobre sonda en J.

#### **Resultados:**

Tiempo quirúrgico: 90 minutos. Estancia postoperatoria: 48 horas. Control con UroTAC tras la retirada del catéter ureteral: resolución de la uropatía obstructiva izquierda

#### **Conclusiones:**

El fracaso de medidas menos invasivas hace necesaria la cirugía reconstructiva en casos como el presentado. El abordaje en decúbito supino frente a lateral y la colocación casi subcostal de los trócares aportan un control amplio de la cavidad abdominal que permite el acceso a ambos uréteres hasta sus segmentos más proximales, lo cual facilita el manejo de estenosis más proximales, más largas y bilaterales.

### V9- CONSIDERACIONES PRÁCTICAS EN LA PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA EN CÁNCER DE PROSTATA LOCALMENTE AVANZADO

García-Terente, V.; Vázquez-Martul, D.; Cambón Bastón, E.; Villegas Piguave, D.; Villar Vázquez, N.; Barbagelata López, A.; Ponce Díaz-Reixa, J.; Chantada Abal, V.

*Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña*

#### Introducción:

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

En este video mostramos consideraciones prácticas para la realización de la exéresis con seguridad en casos con gran carga tumoral.

#### Material y Métodos

Presentamos un video demostrativo con secuencias de casos de prostatectomía radical laparoscópica en cáncer de próstata localmente avanzado (cT3-4; PSAs 30-39 ng/mL; afectación masiva del 80-100% de cilindros) con las consideraciones técnicas y prácticas a la hora de realizar estas cirugías.

Estas incluyen el abordaje del plano posterior y liberación de vesículas, separación del plano vesíco-prostático y liberación de la glándula con márgenes de seguridad tanto laterales como posteriores. También incluimos abordaje para la realización de la linfadenectomía íleo-obturatriz.

#### Resultados:

En nuestra experiencia este tipo de cirugías se ven más comprometidas por la infiltración local, fundamentalmente a nivel del plano vesíco-prostático y posterior/rectal lo que supone mayor dificultad técnica y por ende, más tiempo quirúrgico.

Los pacientes intervenidos recientemente en nuestro centro han presentado una estancia media inferior a las 48 horas, sin aumento de complicaciones perioperatorias y con buenos resultados de continencia precoz.

#### 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 bloqueo hormonal.

Sin embargo, en casos de adenocarcinoma de próstata localmente avanzado podría ser una indicación en pacientes seleccionados y formando parte de un tratamiento multimodal con el fin de un mayor control de la enfermedad local.

### V10- PROSTATECTOMÍA RADICAL SIN ANASTOMOSIS

Darío Vázquez-Martul; Alfonso Barbagelata López; Alicia López Fernández;  
Jose Ponce Díaz-Reixa; Venancio Chantada Abal.

*Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña*

#### Introducción y Objetivo:

La prostatectomía radical desde su descripción hace más de un siglo ha conllevado la sección uretral y posterior anastomosis.

Describimos por primera vez la realización de prostatectomía radical con preservación uretral íntegra (PR-US) que evita la necesidad de realizar una anastomosis vésico-uretral (AVU)

#### Material y Métodos:

Un paciente de 62 años previamente en vigilancia activa por carcinoma de próstata de muy bajo riesgo con resonancia nuclear magnética sin datos de neoplasia clínicamente significativa y candidato a PR laparoscópica fue seleccionado para completar la cirugía.

El abordaje realizado fue un acceso extraperitoneal convencional a través de 4 incisiones.

#### Resultados:

La cirugía se realizó sin incidencias en un tiempo total de 110 minutos, obviando la realización de AVU y con una pérdida sanguínea mínima. La retirada de sonda vesical se realizó en el 3º día postoperatorio observando continencia urinaria completa inmediata, confirmada en cistouretrografía permiccional. El resultado anatomo-patológico fue de adenocarcinoma grado 2 confinado a próstata con márgenes quirúrgicos libres de afectación (capsulares y uretrales) y un PSA postoperatorio de 0.05 ng/mL.

#### Conclusiones:

Documentamos por primera vez una técnica en PR-US que omite la realización de una AVU evitando así posibles efectos secundarios y con unos resultados iniciales favorables sin impacto en los resultados oncológicos.

### V11- CISTOPROSTATECTOMÍA RADICAL CON LINFADENECTOMÍA ILIOOBTURATRIZ EN BLOQUE Y NEOVEJIGA ILEAL ORTOTÓPICA POR VÍA LAPAROSCÓPICA

Rodríguez Rey, Susana; Vázquez-Martul Pazos, Darío; García Expósito, Marco A.; García Sobrino, Rubén; Iglesias Alvarado, Julio R.; López Fernández, Alicia; Rodríguez González, Arlene; Chantada Abal, Venancio.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.*

#### Introducción:

La cistectomía radical es el tratamiento de elección en el carcinoma urotelial de vejiga con alto riesgo de progresión, siendo la linfadenectomía ilio-obturatriz un elemento mandatorio.

En muchos de estos casos, teniendo en cuenta tanto el status del paciente y sus comorbilidades como los hallazgos oncológicos, es posible realizar una reconstrucción neovesical ortotópica con el fin de mantener la micción uretral habitual y evitar la necesidad de un estoma cutáneo.

La realización de esta técnica por completo mediante un abordaje puramente laparoscópico es de elevada complejidad quirúrgica, si bien permite mantener los estándares de la cirugía mínimamente invasiva.

#### Material y métodos:

Se presenta un ejemplo demostrativo basado en el caso clínico de un paciente varón de 69 años de edad con diagnóstico de carcinoma urotelial infiltrante (pT2) en resección transuretral de vejiga previa, sin datos de afectación locoregional o a distancia en pruebas de imagen.

Se decide realización de cistectomía radical con preservación de bandeletas neurovasculares, linfadenectomía ilio-obturatriz en bloque y neovejiga ileal ortotópica.

#### Resultados:

Se realizó intervención quirúrgica sin complicaciones, con sangrado intraoperatorio inferior a 250 cc y tiempo quirúrgico de aproximadamente 270 min (90 minutos correspondientes a la parte exerética). El reestablecimiento del tránsito intestinal se realizó mediante anastomosis látero-lateral con endograpadora. Se optó por una reconstrucción con neovejiga bordalesa, con reimplante ureteral independiente mediante técnica de LeDuc y exteriorización de catéteres ureterales.

El postoperatorio cursó sin incidencias, resultando el paciente en alta hospitalaria al 6º día tras la intervención.

#### Conclusiones:

La cistectomía radical con linfadenectomía en bloque es una opción viable y oncológicamente segura, en aras de ampliar inicialmente la disección del tejido linfático y lograr reducir los tiempos quirúrgicos.

### V12- TRATAMIENTO MULTIMODAL DEL ADENOCARCINOMA DE URACO: EXÉRESIS LAPAROSCÓPICA COMO PRIMERA FASE TERAPÉUTICA.

Osorio Cabello, Maria Lucia; Villar Vázquez, Nuria; Villegas Piguave, Damian; Alvarez Castelo, Luis; Curiel García María Teresa, Lopez Garcia, Daniel.

*Servicio Urología HM Galicia, Hospital HM Modelo, HM La Rosaleda, HM La Esperanza. La Coruña y Santiago de Compostela*

#### Introducción:

La patología maligna del uraco es extremadamente infrecuente, representando menos del 2% de los tumores vesicales. El 90% corresponden a la estirpe de Adenocarcinomas de los cuales la mitad presentan una diferenciación entérica, más comparable histopatológicamente al cáncer de colon que al vesical. Debido a su baja incidencia y sus peculiaridades histológicas, no existe consenso en el manejo terapéutico de este tipo de tumores.

#### Material y Métodos:

Presentamos el caso de una mujer de 54 años con dolor en hipogastrio remitida desde ginecología por hallazgo en RMN pélvica de lesión de 4 cm en cara anterior vesical con extensión a grasa perivesical y que infiltra el musculo recto abdomen. En el TAC que describen tumoración adyacente a la pared anterosuperior vesical con extensión hacia la musculatura abdominal a descartar tumor de uraco, sin afectación metastásica. Se realiza RTU-Vesical de lesión de 3 cm en cara anterior vesical solida con resultado anatomopatológico de Adenocarcinoma Entérico moderadamente diferenciado que infiltra la capa muscular propia vesical. Se presenta el caso en Comité de Tumores Uro-Oncologicos y se decide tratamiento con intención curativa mediante cirugía y adyuvancia con quimioterapia y radioterapia.

#### Resultados:

Se realiza Onfalectomía con Cistectomía Parcial y linfadenectomía iliobturatriz laparoscópica sin complicaciones con alta al 3º día postoperatorio. Se retira sonda vesical a la 3ª semana. El análisis anatomopatológico de la muestra Adenocarcinoma de Uraco con diferenciación intestinal de 2,5 cm, en contacto en zonas focales con los márgenes de resección laterales y 26 ganglios sin infiltración de infiltración tumoral, Estadío IIIb de Sheldon. En la actualidad se encuentra en tratamiento quimioterápico adyuvante con esquema de FOLFOX6 modificado cada 14 días por 12 ciclos. Una vez finalizado la quimioterapia, se administrará tratamiento con Radioterapia local adyuvante.

#### Conclusión:

El estándar de tratamiento de los tumores de uraco es la exéresis quirúrgica mediante cistectomía parcial con resección del ligamento de uraco, ombligo y linfadenectomía. El abordaje laparoscópico nos aporta minimizar la morbilidad quirúrgica, mejor control analgésico y menos días de ingreso manteniendo los principios oncológicos. En nuestro caso dada la agresividad local se decidió consolidar el tratamiento con quimioterapia y radioterapia adyuvante.

### V13- PECTOPEXIA LESS

J. Roberto Iglesias Alvarado, Darío Vázquez-Martul, Marcos Aller Rodríguez, Manuel Bohorquez Cruz, Jose M<sup>a</sup> Sanchez Merino, Venancio Chantada Abal.

*Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña*

#### Introducción:

Los prolapsos de órganos pélvicos es una patología frecuente en la población femenina causantes de morbilidad y con impacto en la calidad de vida.

La colposacropexia laparoscópica ha sido considerado como el nuevo gold-estandar para el tratamiento de esta patología, si bien nuevas variantes técnicas como la pectopexia laparoscópica descrita por el Dr. Noé parecen aportar beneficios, sobre todo a nivel de síntomas intestinales.

#### Material y Métodos:

Paciente de 61 años que consulta por sensación de bultoma vaginal e incontinencia de esfuerzo. Antecedentes de dislipemia, un parto vía vaginal. IMC de 26.2 kg/m<sup>2</sup>

A la exploración física se objetiva cistocele grado III y rectocele grado I.

En el estudio urodinámico se observa urgencia sensitiva e incontinencia oculta con una presión de fuga de 76 cmH<sub>2</sub>O. Se incluye para pectopexia laparoscópica y colocación de cabestrillo suburetral transobturador (TOT).

#### Resultados:

Se realizó histerectomía subtotal con pectopexia laparoscópicas a través de una única incisión periumbilical. El tiempo quirúrgico total incluyendo la colocación del TOT fue de 180 minutos con escaso sangrado, no se dejó drenaje.

La paciente fue dada de alta en 48 horas sin incidencias.

En la revisión a las 5 semanas de la intervención se objetiva desaparición de sensación de bultoma vaginal, corrección del cistocele (grado II en Valsalva) y ausencia de pérdidas urinarias.

#### Conclusiones:

La pectopexia es una alternativa a la colposacropexia laparoscópica. El abordaje LESS arroja unos resultados cosméticos superiores sin un incremento importante de los tiempos aunque sí implica un incremento de la dificultad de la técnica.

### V14- RETIRADA DE MALLA DE IUE INTRAVESICAL CON LÁSER HOLMIUM.

Martínez Corral, M<sup>a</sup> Elena; Pineda Munguía, Álvaro; Chaves Santamaría, Miriam; Diz Gil, Rita; Fernández Yáñez, Antonio; Tato Rodríguez, Javier; Lema Grillé, José; García Freire, Camilo.

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

#### Introducción:

La corrección quirúrgica de la IUE mediante cabestrillo suburetral por vía transobturatriz está considerado el gold estándar por su facilidad de uso, seguridad y alta tasa de éxito. A pesar de que la tasa de complicaciones es baja, éstas existen y siempre deben ser tenidas en cuenta.

#### Material y Métodos:

Presentamos el caso de dos pacientes a las que se practicó retirada endoscópica de malla con láser Holmium.

El primer caso es una mujer de 76 años con antecedente de histerectomía vaginal + colocación de Sling Ophira en Oct'17 remitida desde Ginecología por polaquiuria e incontinencia desde la cirugía. Se realiza ecografía abdominal en la que se visualiza imagen de 2 cm intravesical que se confirma con imagen cistoscópica (intrusión de malla en cavidad vesical desde hemitriángulo izquierdo hasta cara lateral izquierda).

El segundo caso es una mujer de 60 años, con antecedentes de Enfermedad de Addison y colocación de cabestrillo suburetral en 2002, remitida desde su MAP por ITUs de repetición. Se realiza cistoscopia en la que se identifica extrusión de malla en uretra proximal con formación secundaria de litiasis.

En ambos casos se realiza retirada endoscópica transuretral de malla con láser Holmium con una fibra de 365 mcr suministrando una energía de 1,2 Julio y una frecuencia de pulso de 12 Hz y litofragmentación completa de la litiasis en el segundo.

#### Resultados:

El tiempo medio quirúrgico fue de 50 minutos. La estancia postoperatoria fue de 1 día en el primer caso y de 12 días en el segundo (ingreso en UCI por inestabilidad hemodinámica secundaria a shock séptico urinario precisando antibioterapia intravenosa y corticoides a dosis altas). El tiempo de sonda vesical fue de 10 días.

La cistoscopia de control a los 4 meses en la segunda paciente objetiva litiasis incrustada a nivel de cuello vesical sin visualizarse la malla. El control cistoscópico en la primera paciente se encuentra pendiente de realizar.

#### Conclusiones:

La colocación de cinta suburetral transobturatriz es una técnica segura aunque se ha de prestar especial atención a la extrusión o erosión de la malla, sobre todo en pacientes con incontinencia de novo e ITUs de repetición. La incidencia de perforación vesicouretral tras TOT es baja pero hay que tenerla presente. La retirada de malla con láser Holmium representa una primera línea de tratamiento mínimamente invasivo para el manejo de esta complicación.

### V15- RESECCION ENDOSCOPICA CON LASER HOLMIUM DE MALLA PARA INCONTINENCIA URINARIA FEMENINA CON EROSION URETRAL

Müller Arteaga, C., Novoa Martín, R., Portela Pereira, P., Sabell Pérez-Salgado, F., López Bellido, D.

*Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.*

#### Introducción:

Se presenta un video de la eficacia y seguridad del laser Holmium en el tratamiento de los cuerpos extraños intravesicales/uretrales

#### Material y Métodos:

Caso clínico: Paciente de 76 años con antecedentes de Colocación de cabestrillo suburetral y posterior plicatura de Kelly con Prolene por persistencia de Incontinencia urinaria de esfuerzo en el 2011 quien es referida a nuestro Servicio por dolor uretral persistente e ITUR.

En seguimiento por Unidad del dolor con diagnóstico de vulvodinia y Síndrome uretral, ha recibido tratamiento con Amitriptilina, Gabapentina y bloqueo del nervio pudendo bilateral por radiofrecuencia con mejoría inicial pero posterior reinicio de síntomas.

Anamnesis: Disuria. Dolor que empeora con la micción y al sentarse, vaciado incompleto, prensa ocasional para el vaciado.

Se presentan hallazgos de cistoscopia.

Se realiza Resección de malla expuesta en uretra calcificada con laser Holmium + Litotricia laser de calcificación intravesical.

Presenta ITU en postoperatorio mediato con adecuada respuesta a tratamiento antibiótico. Se mantiene sonda vesical durante 2 semanas

Evolución: Mejoría completa del dolor, no recidiva de incontinencia de esfuerzo, presenta incontinencia de urgencia actualmente tratada con Mirabegron. Uretrocistoscopia de control: sin evidencia de patología

Flujometría 9/110/25

#### Conclusión:

El uso del láser Holmium para el tratamiento de las mallas extruidas/expuestas en uretra/vejiga representa una opción eficaz.

### V16- NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA MINIATURIZADA EN RIÑÓN TRASPLANTADO

Sánchez Ramos, Jorge; Sánchez García, Juan Francisco; Díaz Álvarez, Jose María; Pérez Schoch, Miguel; Montero Fabuena, Rubén; Almuster Domínguez, Sheila; López Díez, María Elena; Carballo Quintá, Manuel; Barros Rodríguez, Jose Manuel; Ojea Calvo, Antonio.

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

#### Introducción:

La incidencia de la litiasis en injerto renal es baja, oscilando entre el 0,7-1,2%. El tratamiento debe buscar la resolución completa con la menor morbilidad posible. Presentamos el caso de un varón tratado mediante cirugía minipercutánea.

#### Material y Métodos:

Varón de 35 años trasplantado de donante cadáver en 2005 por nefropatía médica de causa no filiada. Realizada NPL estándar en 2016 por litiasis renal. Las pruebas de imagen de control evidencian la presencia de 3 litiasis. La mayor ubicada en pelvis renal de 12 x 8 mm asociada a uropatía obstructiva, y otras 2 menores en grupo calicial superior de 3 x 2 mm. No existe repercusión en la función renal del paciente. Se propone para tratamiento endourológico.

#### Resultados:

Paciente en posición de litotomía modificada. Cistoscopia flexible observando meato de riñón trasplantado en cúpula vesical. Intento infructuoso de cateterización retrógrada. Punción ecoguiada pura sobre litiasis de grupo calicial superior y pielografía anterógrada. Dilatación progresiva con set de Amplatz hasta 16Ch y paso de vaina minipercutánea. Paso de mininefroscoPIO, lasertricia con fibra de 365 micras y extracción de fragmentos con cesto de nitinol de 1.9 Fr. Revisión endoscópica con ureteroscopia flexible digital de resto de cavidades, uréter y vejiga. Drenaje mediante catéter doble J de 4.5 Ch y nefrostomía de 12Fr. Tiempo quirúrgico de 100 minutos y estancia hospitalaria de 72 horas. Retirada de nefrostomía a las 48 horas y catéter doble J a las 3 semanas.

#### Conclusiones:

Dada la localización y la dificultad en muchas ocasiones de un abordaje retrógrado, la cirugía percutánea miniaturizada es una excelente alternativa que minimiza las complicaciones y repercusión renal de una cirugía percutánea convencional en pacientes en donde una buena reserva funcional es clave para la supervivencia futura.

### V17- MININEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA EN RIÑÓN EN HERRADURA

Bellas Pereira A; Díaz Álvarez JM; Sánchez Ramos J; Pérez Schoch M; Montero Fabuena R; Sánchez García JF; Ojea Calvo A.

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

#### Introducción:

El riñón en herradura es una malformación con una incidencia de entre 1/400 y 1/800 casos, se trata una variante anatómica común, incrementando el riesgo de litiasis, hidronefrosis e infección.

Presentamos el caso de un paciente con riñón en herradura tratado mediante mininefrolitotomía percutánea (miniNLP)

#### Material y Métodos:

Varón 53 años que en el contexto de una microhematuria es diagnosticado de riñón en herradura con una litiasis piélica izquierda de 2.5 cm, parcialmente obstructiva, con una densidad 1.200 UH, junto a cambios secundarios inflamatorios en la vía excretora.

El paciente es incluido para realización de miniNLP.

Se realiza cateterismo ureteral izquierdo y pielografía retrógrada. Punción eco-Rx guiada de grupo calicial medio. Dilatación con set de Amplatz hasta 17Fr y paso de vaina de mini nefroscopio.

Se realiza lasertricia con fibra de 600 micras y evacuación de fragmentos.

Revisión de cavidades con ureteroscopio flexible.

La cirugía se finaliza tubeless.

Tiempo quirúrgico: 120 minutos, tiempo de escopia: 6:58 min, dosis: 14,7 mGy

#### Resultados:

No existieron complicaciones en el postoperatorio inmediato, dándose el alta a las 48 horas tras la intervención. El análisis de la litiasis fue descrita como oxalato cálcico monohidrato. Pendiente de realización TAC de control para la evaluación de restos litiásicos.

#### Conclusiones:

La mininefrolitotomía percutánea es un procedimiento efectivo y seguro para el tratamiento de litiasis en paciente con riñón en herradura.

Palabras clave: mininefrolitotomía, herradura, litiasis

### V18- MINI-ECIRS EN PACIENTE CON DERIVACIÓN TIPO BRICKER.

Díaz Álvarez JM; Bellas Pereira A; Sánchez Ramos J; Pérez Schoch M; Montero Fabuena R; Sánchez García JF; Ojea Calvo A.

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

#### Introducción:

La incidencia de litiasis en paciente que se han sometido a una cistectomía radical (CR) y derivación intestinal varía entre un 3% a un 43%.

Los pacientes con derivaciones urinarias tienen un riesgo aumentado de formación de litiasis en la vía urinaria; esto es debido a factores que promueven la formación de litiasis como es el caso de bacteriuria crónica, estasis urinaria, alteraciones metabólicas, cuerpos extraños, etc.

#### Material y Métodos:

Paciente de 82 años intervenido en 1989 de CR con derivación ileal tipo Bricker + radioterapia intraoperatoria por cáncer vesical. A seguimiento en consultas externas por bacteriuria crónica y litiasis en vía urinaria.

En TAC de control se visualizan 2 cálculos en polo inferior del riñón izquierdo de 5mm y 4mm y otro cálculo de 8mm en pelvis renal; además de múltiples litiasis en asa ileal, por lo que se tratamiento endoscópico.

Paciente en posición de valdivia bajo anestesia general. Se introduce cistoscopio flexible desde asa de bricker hasta visualizar meato ureteral izquierdo. Introducción de guía Sensor 0.035 y paso de catéter ureteral hasta cavidades renales y pielografía. Punción ecoradioguiada grupo calicial inferior posterior. Dilatación y paso de mininefroscoPIO. Lasertricia de litiasis renales y evacuación. Migración de numerosas litiasis a ureter distal y asa de bricker. Paso de ureteroscopia flexible Pusen hasta ureter y asa intestinal. Lasertricia. Extracción de fragmentos con cesto de nitinol 1,9Fr de forma retrógrada con cistoscopio flexible desde asa intestinal. Revisión de cavidades. Cateter monoJ 6Fr. Exposición: 2,18mGy. Tiempo de escopia: 1:26.

#### Resultados:

El tiempo quirúrgico fue de 90 minutos. Fue dada de alta al día siguiente a la intervención sin complicaciones, portaba catéter mono J 6Fr que fue retirado en consultas externas en el plazo de 1 mes. La composición de la litiasis en el análisis fue de fosfocarbonato cálcico. Pendiente TAC de control postintervención.

#### Conclusiones:

La realización de técnicas mínimamente invasivas son técnicas reproducibles, factibles y eficaces que proporcionan muy buenos resultados con un tiempo inferior de ingreso hospitalario y una rápida recuperación.

### V19- LINFADENECTOMÍA EN CÁNCER DE PENE MEDIANTE INGUINOSCOPIA.

García Sobrino, Rubén; Barbagelata López, Alfonso; Iglesias Alvarado, Julio Roberth; Vázquez-Martul Pazos, Darío; Ponce Díaz -Reixa Jose Luis; Chantada Abal, Venancio.

*Servicio Urología. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña*

#### Objetivo:

Valoración de la técnica inguinoscópica en el tratamiento de adenopatías inguinales avanzadas.

#### Material y Métodos:

Presentamos el caso de un paciente varón referido desde otro centro, al que se le realizó penectomía parcial con hallazgo de carcinoma escamoso de pene de 4,1 cm pt1a. Presentando adenopatías inguinales que se confirman en TAC abdomen.

En exploración física preoperatoria se aprecian adenopatías en región inguinal izquierda, la región inguinal derecha había sido previamente vaciada y con presencia de bypass femoropopliteo.

Se realiza linfadenectomía mediante inguinoscopia.

#### Resultados:

La anatomía patológica revela: 3 de 16 ganglios metastatizados por carcinoma epidermoide queratinizante compatible con enfermedad primaria de pene.

Es alta en el 3er día postoperatorio portando drenaje en su domicilio.

El drenaje se cae en 6º día postoperatorio de manera accidental.

#### Conclusiones:

La inguinoscopia reduce potenciales complicaciones derivadas de pérdida de integridad cutánea pero debe ser empleada con cautela cuando las lesiones se fijan a estructuras fasciales o cutáneas.