



VIDEOS

VI- ABORDAJE LAPAROSCÓPICO EN RIÑÓN ECTÓPICO PÉLVICO

García Catalán, Alba; Martínez Corral, M^a Elena; Fernández Yáñez, Antonio; Castillo Mejías, Carlota; Rey Rey, Jorge; Martínez Couceiro, Saturnino; Valero Gómez, Manuel(1); García Freire, Camilo.

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

(1) *Servicio de Anestesiología y Reanimación.*

OBJETIVOS

Aproximadamente entre el 20 y el 30% de las anomalías congénitas afectan a riñones y uréteres. La ectopia renal ocurre entre la sexta y octava semana intraútero al detenerse el ascenso entre la 3^a vértebra sacra y la 2^a lumbar. El riñón pélvico es el tipo más común de ectopia renal y se asocia a hidronefrosis y nefrolitiasis. En los casos en los que está indicada la nefrectomía, ésta supone un reto por las diferencias en sus relaciones anatómicas y vascularización.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un varón de 45 años remitido por molestias en hipocondrio izquierdo y masa en hipogastrio.

A la exploración física destacaba la palpación de masa no pulsátil y ligeramente dolorosa en hipogastrio con extensión a fosa iliaca izquierda.

Se realizó el estudio de dicha masa mediante TC abdomino-pélvico que mostró la presencia de riñón izquierdo localizado en fosa iliaca izquierda con marcada dilatación piélica y parénquima adelgazado. El estudio se completó con gammagrafía renal que objetivó contribución de un 6.4% de dicho riñón a la función renal global sin respuesta a estímulo diurético ni cambio postural.

RESULTADOS

Para el abordaje quirúrgico laparoscópico se optó por la posición en decúbito supino con trendelemburg forzado y trocización pélvica habitual.

VIDEOS

Tiempo de neumoperitoneo: dos horas.

Estancia hospitalaria de tres días sin incidencias ni complicaciones inmediatas.

La anatomía patológica de la pieza quirúrgica informó de pielonefritis crónica con esclerosis glomerular subcapsular y atrofia tubular.

CONCLUSIONES

El abordaje quirúrgico laparoscópico de los riñones ectópicos pélvicos supone un desafío por las diferencias en cuanto a las relaciones anatómicas y vascularización aberrante. Es por ello fundamental la adecuada planificación quirúrgica mediante el correcto estudio anatómico y vascular para ofrecer la técnica más segura y eficaz posible en cada caso.

VIDEOS

V2- HEMINEFRECTOMÍA ASISTIDA POR ROBOT: UN RETO QUIRÚRGICO

González Dacal, JA; Zarraonandia Andraca, A; Medina González, A; Camapanario Pérez, R; Ruibal Moldes, R.

GRUPO SUTURO Cirugía Urológica

INTRODUCCIÓN

La nefrectomía parcial (NP) es el tratamiento estándar de referencia en tumores renales cT1a. En masas renales estadio clínico cT2 debemos discutir los riesgos y beneficios de NP en pacientes con riñón único, tumores renales bilaterales o enfermedad renal crónica. Si es técnicamente factible, con suficiente volumen parenquimatoso conservable para permitir una función renal posoperatoria suficiente, se debe considerar la NP como una opción terapéutica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un mujer de 58 años con hallazgo casual en TAC de presencia de dos tumoraciones renales de aspecto sólido sugestivos de carcinoma de células renales de 7 y 3 cm en riñón derecho y otra lesión renal de 10 cm en polo inferior de riñón izquierdo con una puntuación en la escala nefrométrica RENAL de 10p.

RESULTADOS

Se realiza nefrectomía radical en un primer acto quirúrgico al no ser técnicamente posible por comprometer resultados oncológicos. En un segundo acto quirúrgico realizamos heminefrectomía parcial robótica sobre unidad renal izquierda. Isquemia arterial con bulldogs laparoscópicos. Incisión sobre el parénquima renal e identificación de pseudocápsula tumoral para poder enuclear la lesión. Apertura de vía urinaria. Hemostasia selectiva y renorrafia por planos siendo preciso reforzar la hemostasia con pinza bipolar. Tiempo quirúrgico total de 160 minutos con isquemia de 38 minutos. Sangrado de 300cc. No necesario transfusión inmediata. El paciente no precisa de sesión de hemodiálisis manteniendo función renal. Estancia hospitalaria de 4 días. Anatomía Patológica: carcinoma de células renales pT2, bordes quirúrgicos negativos. Seguimiento: 20 meses, sin recidiva.

CONCLUSIONES

La nefrectomía parcial robótica (NP) es más favorable que la NP laparoscópica en términos de menor tasa de conversión a cirugía radical, mejor preservación de masa nefronal, menor

VIDEOS

duración de la estancia hospitalaria y un tiempo de isquemia caliente más corto. La NP representa una opción de tratamiento viable para los tumores renales más grandes, ya que proporciona un control equivalente del cáncer y una mejor preservación de la función renal, con potencial para una mejor supervivencia a largo plazo. En el manejo de masas renales en pacientes monorrenos siempre y cuando podemos garantizar unos resultados oncológicos óptimos debemos optar por una cirugía conservadora de nefronas para evitar que el paciente entre en un programa de diálisis y ofrecer una mejor calidad de vida.

VIDEOS

V3- TUMORECTOMIA RENAL POR RETROPERITONEOSCOPIA EN T1B

Zarraonandía, Anton(1); Plaza, Cristina(1); Sanz, Mónica(2); Ruibal, Leticia(1); Sousa, Angela(1); González-Dacal, Juan(1); Rodríguez, Higinio(1).

(1) *Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.*

(2) *Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.*

OBJETIVOS

Siempre que sea posible se debe ofrecer a un paciente con tumor renal una cirugía conservadora sin importar la vía de acceso. Actualmente la cirugía de mínima invasión como la laparoscopia o robótica se ha desarrollado mucho, permitiéndonos realizar procedimientos complejos. La vía de acceso mas utilizada es la transperitoneal, siendo menos frecuente la retroperitoneal. La retroperitoneoscopia es una herramienta muy útil para realizar este tipo de procedimiento en tumores de valva posterior.. Presentamos el caso de una tumorectomía por retroperitoneoscopia.

MATERIAL Y METODOS

Paciente de 48 años con hallazgo en TAC: Masa en tercio medio de cara posterior de riñón derecho, de 4,2x5,2cm, protruyendo en borde y contactando con fascia posterior. Renal score calculado de 10p.

RESULTADOS

El paciente es colocado en decúbito lateral izquierdo. A nivel de punta de 12va costilla se realiza incisión de 10mm y disecan planos hasta acceder a retroperitoneo. Con balón echo con dedo de guante y 400cc de SF se crea espacio y colocación de trocares bajo visión directa. Se identifica pedículo y procede a liberación de grasa perirrenal para identificar tumor. Se comienza tumorectomía sin isquemia. Al presentar sangrado que dificulta visualización se realiza clampaje arterial. Exéresis de tumor por planos de clivaje. Renorrafia en 2 planos y desclampaje con isquemia de 31 minutos. El paciente evoluciona sin complicaciones siendo dado de alta alta 3er día. La anatomía patológica muestra carcinoma renal de células claras de 5,4cm , grado 3 de WHO/ISUP con margenes negativos, T3AN0MO.

En control a los 3 meses no se aprecian recidivas con creatinina de 0,89mg/dl

CONCLUSIONES

La retroperitoneoscopia es un procedimiento de mínima invasión factible y seguro, con resultados equiparables a otras técnicas. Debe ser una herramienta más en las diferentes vías de acceso quirúrgicas para cualquier urólogo. Para poder realizar este tipo de procedimiento complejo es necesario conocer la anatomía y estar familiarizado con técnicas de disección y sutura laparoscópicas avanzadas.

VIDEOS

V4- TUMORECTOMÍA RENAL RETROPERITONEOSCÓPICA POR PUERTO ÚNICO

López Fernández, A; Vázquez-Martul D; Barbagelata Lopez, A; Iglesias Alvarado, JR; Ponce Díaz-Reixa JL; Fndiño Argibay, A.; Chantada Aval, V.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La retroperitoneoscopia es una técnica quirúrgica mínimamente invasiva que nos ofrece ciertas ventajas en el tratamiento de la patología renal frente a la laparoscopia transperitoneal como son el control rápido y directo de la arteria renal, mantener la inviolabilidad intraperitoneal e intestinal así como un acceso más directo a los neoformaciones con localización renal posterior. Estos conceptos sumados a la reducción de accesos suponen el mayor exponente de la cirugía mínimamente invasiva en el abordaje de los tumores renales.

Es nuestro objetivo describir gráficamente el primer caso descrito de tumorectomía renal retroperitoneoscópica por puerto único incluyendo todos los pasos técnicos de la cirugía conservadora de nefronas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una paciente de 45 años de edad con antecedentes quirúrgicos de apendicectomía y anexectomía izquierda laparoscópica por enfermedad benigna. En TC de abdomen previo se identifica lesión sólida de 28 mm en polo inferior de riñón izquierdo, (RENAL score 6p). Tras la valoración conjunta con la paciente se decide realizar tumorectomía renal por retroperitoneoscopia, comentando la posibilidad de un abordaje mediante un único acceso.

Con la paciente en decúbito lateral derecho con ligera flexión se realiza una única incisión de 35 mm a nivel subcostal en donde situamos el trocar multicanal. Es indispensable también el uso de material precurvado para mantener los principios de triangulación y lateralidad.

Resultados

El tiempo quirúrgico total fue de 120 minutos realizando tumorectomía anatómica del tumor mediante corte frío y disección roma con posterior renorrafia del parénquima en dos planos. El tiempo de isquemia caliente fue de 23 minutos con un sangrado intraoperatorio inferior a 200 cc. No fue necesaria la colocación de ningún trocar accesorio.

La paciente fue dada de alta a las 48 horas manteniendo un dolor postoperatorio EVA 1 sin necesidad de analgesia intravenosa. La anatomía patológica informa de un angiomiolipoma renal de 3 cm con bordes quirúrgicos libres.

VIDEOS

CONCLUSIONES

La tumorectomía renal mediante un abordaje retroperitoneal por puerto único es una técnica posible aunque técnicamente demandante, si bien aúna todos los principios de la cirugía mínimamente invasiva, induciendo un mínimo dolor postoperatorio y con unos resultados cosméticos óptimos.

VIDEOS

V5- COMO TRATAR MEDIANTE CIRUGIA MINIMAMENTE INVASIVA UN ANGIOMILIPOMA RENAL GIGANTE DE 13 CM.

Autores: Zarraonandia Andraca, A (1,2) ; Hernández Escobar, S(3); González Dacal, J.A(1,2).; Plaza Alonso, C(1); Ruibal Gago, L(1); Sousa Iglesias, A(1); Novo Gómez, N(1); López López, B(1); Rodríguez Núñez, H(1); Ruibal Moldes, M(2).

(1) *Complejo Hospitalario de Pontevedra*

(2) *SutURO Cirugía Urológica*

(3) *Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín*

OBJETIVOS

El angiomiolipoma es la tumoración sólida renal benigna más frecuentemente observada en la práctica clínica. El manejo clásico es conservador, recomendándose la cirugía como tratamiento de elección, fundamentalmente en aquellas lesiones con tamaño por encima de 4 cm, debido fundamentalmente a riesgo de sangrado y rotura espontánea. La embolización arterial selectiva es mencionada en nuestras guías de actuación clínica como una opción de tratamiento en angiomiolipomas de gran tamaño previo a la cirugía.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una mujer de 44 años sin antecedentes de interés, valorada en consulta por macrohematuria intermitente de varios meses de evolución. En el TAC de abdomen se objetiva una masa retroperitoneal derecha de 13 cm de diámetro máximo, que parece depender del polo inferior renal, sugiriendo angiomiolipoma como primera posibilidad. Dado el tamaño y morfología de la lesión, se decide embolización previo a la cirugía.

RESULTADOS

Cateterización y embolización selectiva de los diferentes vasos nutricios de la lesión con buenos resultados angiográficos.

Segundo tiempo: exéresis de la lesión vía laparoscópica sin necesidad de clampaje arterial sin incidencias. Tiempo de cirugía: 55 min. Sangrado estimado: 200 cc. Alta hospitalaria: 48 horas. Tamaño de la pieza: 13 cm diámetro máximo. Anatomía Patológica: compatible con angiomiolioma

CONCLUSIONES

La embolización previa a la cirugía en angiomiolipomas gigantes, podría ser una técnica segura y eficaz tal y como sugieren nuestras guías de actuación clínica, no sólo para disminuir el riesgo de sangrado espontáneo hasta que tenga lugar la cirugía, sino para realizar la exéresis de la lesión con mayor seguridad y menor riesgo de sangrado durante la misma.

VIDEOS

V6- EXÉRESIS LAPAROSCÓPICA DE RECIDIVA LOCAL DE TUMOR RENAL DERECHO TRAS NEFRECTOMÍA PARCIAL PRIMARIA.

Sanz del Pozo, Mónica.(1,3); González Dacal, Juan Andrés.(2); Ruibal Gago, Leticia (2); Zarraolandia Andraca, Antón (2); López Pérez, Borja (2); García-Riestra, Vicente. (2); Rodríguez Nuñez, Higinio (2).

(1) *Servicio de Urología. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.*

(2) *Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.*

(3) *Instituto de Investigación Sanitaria Aragón (IIS Aragón). Zaragoza.*

INTRODUCCIÓN

La recidiva local aislada tras nefrectomía parcial es una entidad rara, que ocurre en un 0.7-1.8% de casos, siendo más frecuente si se han hallado márgenes quirúrgicos afectos en la pieza quirúrgica inicial o también por multifocalidad tumoral. A pesar de su pequeño porcentaje, resulta necesario su identificación precoz mediante seguimiento con pruebas de imagen. La resección quirúrgica de las recidivas aumenta la supervivencia a largo plazo.

OBJETIVOS

Dar a conocer una entidad relativamente poco frecuente, como es la recidiva local del cáncer de células renales (CCR), poniendo de manifiesto el papel de la cirugía laparoscópica en su manejo, con posibilidad de realización de una segunda cirugía conservadora de nefronas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un varón de 72 años, con antecedente de colecistectomía laparoscópica y apendicectomía, intervenido de nefrectomía parcial derecha laparoscópica en el año 2017 en otro centro (no consta protocolo quirúrgico) con Anatomía Patológica de CCR Furhman 2, con margen quirúrgico positivo. En un TAC de control de su enfermedad, realizado 3 años tras la intervención, se encuentra lesión de 1.5 cm compatible con recidiva de tumor renal derecho.

RESULTADOS

Se realiza abordaje laparoscópico, objetivando adherencias entre asas de delgado y ángulo hepático del colon, procediéndose a su liberación. Se identifica la masa en polo superior renal, sobre los hem-o-loks de la nefrectomía parcial previa. Impresiona de infiltración hepática, por lo que se realiza resección en bloque de recidiva y segmento hepático.

La anatomía patológica resulta un nódulo fibrocolagenizado y calcificado, tejido hepático con esteatosis macrovacuolar. Sin malignidad.

VIDEOS

CONCLUSIONES

El abordaje laparoscópico de las recidivas de tumor renal resulta seguro y resolutivo, aportando ventajas en la morbilidad postoperatoria del paciente; debe realizarse por manos expertas dado que, al tratarse de un campo quirúrgico reintervenido, resulta técnicamente más complejo.

BIBLIOGRAFÍA

- García Galistgeo, E.; Morales Jiménez, P.; Hernández Alcaraz, D.; Baena González, V. Recidiva local del tumor renal. *Actas Urol. Esp.* 2009;33(5):603-608.
- Itano NB, Blute ML, Spotts B, Zincke H. Outcome of isolated renal cell carcinoma fossa recurrence after nephrectomy. *J Urol.* 2000;164(2):322-325.
- Schrodte S, Hakenberg OW, Manseck A, Leike S, Wirth MP. Outcome of surgical treatment of isolated local recurrence after 928 radical nephrectomy for renal cell carcinoma. *J Urol.* 2002;167(4):1630-1633.
- B. Ljungberg, L. Albiges, J. Bedke, A. Bex, U. Capitanio, R.H. Giles et al. Renal Cell Carcinoma. EAU Guideline. ISBN 978-94-92671-13-4.

VIDEOS

V7- PIELOPLASTIA DERECHA ITERATIVA POR MINILAPAROSCOPIA.

López Fernández, A.; Vázquez- Martul, D.; Rodríguez Rey, S.; Iglesias Alvarado, J. R.; Altez Fernández, C.; Rollón Prieto, G.; Ponce Díaz-Reixa, J. L.; Chantada Abal, V. *Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña*

INTRODUCCIÓN

Intervenciones posteriores tras el fracaso del primotratamiento en las estenosis de la unión pieloureteral (UPU) son siempre un reto por el incremento en la dificultad técnica y menores tasas de éxito. A pesar de ello, mantener los principios de mínima invasión sigue siendo posible a través de la reducción en el calibre de los accesos e instrumental.

Presentamos el caso de una pieloplastia derecha por miniLaparoscopia tras fracaso de intervención previa sobre dicha unidad renal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una mujer de 36 años con realización de pieloureterolisis laparoscópica en 2012 y con persistencia de dolor cólico lumbar derecho. En TC de control se evidencia dilatación pielocalicial sin paso de contraste a uréter proximal con una eliminación enlentecida en el renograma. La paciente presenta además colecistectomía laparoscópica los meses previos. Dados hallazgos y clínica se decide intervención quirúrgica.

RESULTADOS

Con paciente en decúbito lateral izquierdo se realiza pieloplastia derecha tipo Anderson-Hynes por miniLaparoscopia empleado 3 trocares de 3 mm y trocar óptico de 5 mm. El tiempo quirúrgico total fue de 165 minutos sin sangrados o incidencias relevantes ni necesidad de dejar drenaje.

La paciente fue dada de alta en menos de 48 horas con (dolor postoperatorio EVA 1), con retirada de cateter ureteral a las 5 semanas de la intervención.

El resultado A-P evidencia un engrosamiento fibroinflamatorio del segmento de la UPU. En controles posteriores se objetiva mejoría de la ectasia renal y ausencia de sintomatología local.

CONCLUSIONES

La cirugía iterativa siempre supone un reto, pero en casos de cirugía reconstructiva no exéretica podemos seguir apostando por accesos de calibres reducidos.

VIDEOS

V8- ESTENÓSIS DE LA UNIÓN PIELO URETERAL- RESOLUCIÓN MEDIANTE CIRUGÍA ROBÓTICA.

R. Campanario, A. Medina ,J.A. González Dacal , A. Zarranonandía, M. Ruibal
SutURO Cirugía Urológica

INTRODUCCIÓN

La obstrucción de la unión pélvico-ureteral corresponde a una alteración del transporte urinario que puede conducir a una disfunción renal si no se trata. Varios mecanismos pueden causar la obstrucción del uréter, incluidos factores intrínsecos o factores extrínsecos como la presencia de vasos polares. El tratamiento de la enfermedad se basa en abordajes quirúrgicos, siendo la pieloplastia el tratamiento “gold standard”. La técnica consiste en extirpar el segmento ureteral patológico y transponerlo a los vasos anómalos.

La cirugía robótica gracias a su gran precisión supone una ventaja en el tratamiento de esta compleja patología.

MATERIAL Y MÉTODO

Presentamos un vídeo donde se describen los recursos técnicos necesarios para poder desarrollar esta técnica:

- 1) Acceso transperitoneal.
- 2) Identificación de estructuras: uréter/ vaso polar
- 3) Trasposición uretral

RESULTADOS

Se visualiza en este vídeo como con una disección vascular completa y una adecuada transposición ureteral es posible realizar una cirugía reconstructiva cumpliendo los principios de precisión y seguridad.

CONCLUSIONES

Una técnica quirúrgica exigente que consiga una disección vascular completa asociada a una adecuada espatulación y transposición ureteral, serán la clave para poder solventar con éxito una compleja situación como es la estenosis de la unión piel- ureteral.

PALABRAS CLAVE

Estenosis de la unión piel-ureteral, cirugía robótica.

VIDEOS

V9- RECONSTRUCCION LAPAROSCOPICA DE LESION URETERAL PROXIMAL MEDIANTE TECNICA DE YANG-MONTI.

Zarraonandia, Anton (1,2); López, Eduardo(3); Ruibal, Leticia (1); Sousa, Angela(1); González-Dacal, Juan(1,2); Rodríguez, Higinio(1); Ruibal, Manuel(2).

(1) *Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra*

(2) *SutURO CIRUGÍA UROLÓGICA*

(3) *Hospital Universitario La Paz*

OBJETIVOS

La reparación de lesiones ureterales altas supone un gran desafío. El reemplazo mediante un uréter ileal se considera por lo general como uno de los últimos recursos para defectos muy extensos que no son susceptibles de reconstruirse por otros medios.

El objetivo es describir la reparación realizada íntegramente mediante cirugía laparoscópica de una lesión de uréter proximal que precisó interposición intestinal.

MATERIAL / MÉTODO

Mujer de 42 años de edad, que presentó una lesión iatrogénica de uréter proximal post cirugía de otro servicio

El TAC muestra lesión ureteral proximal izquierdo y un gran urinoma. Se coloca nefrostomía, la pielografía anterógrada confirma lesión uréter proximal a 3 cm de la pelvis renal. Se propone cirugía reconstructiva laparoscópica.

RESULTADO

Primer tiempo: paciente en decúbito supino. Colocación de 4 trocares en abanico a nivel umbilical. Liberación completa de la vejiga. Se realiza vejiga psóica y Flap de Boari.

Segundo tiempo: Colocación de la paciente en decúbito lateral derecho. Colocación de 4 trocares a nivel paramediano izquierdo. Se identifica uréter en cruce iliaco y ascendente hasta lesión a 3 cm de pelvis renal. Disección de pelvis renal dilatada, uréter proximal y liberación de riñón. Exéresis de la masa inflamatoria/fibrosa y sección de uréter zona viable. Selecciona asa de íleon de 5 cm y reconstrucción de tránsito intracorporeo.

Siguiendo principio de Yang-Monti se secciona asa de forma longitudinal y realiza anastomosis termino-terminal del extremo uréter/íleon e íleon/flap de Boari. El tiempo quirúrgico fue de 240 minutos. La paciente presentó buena evolución post operatoria, siendo dada de alta al 5to día PO. A los 45 días PO se realiza pielografía anterógrada sin evidenciarse fugas

VIDEOS

CONCLUSIONES

Las lesiones ureterales proximales son siempre un reto quirúrgico. En este caso se han utilizado diversas técnicas quirúrgicas mediante el abordaje laparoscópico para poder lograr un resultado satisfactorio, evitando complicaciones, estancia hospitalaria prolongada y aportando un resultado estético excepcional.

VIDEOS

V10- ASPECTOS TÉCNICOS DE LA PROSTATECTOMÍA RADICAL: ¿PODEMOS MEJORAR NUESTRA TÉCNICA QUIRÚRGICA?

González Dacal, JA(1,2); Zarraonandía Andraca(1,2), A; Plaza Alonso, C(1); Rodríguez Nuñez, H(1); Medina González A(1,2); Campanario Pérez(1,2), R; Ruibal Moldes, M(2)

(1) *CHU Pontevedra.*

(2) *Grupo SUTURO Cirugía Urológica*

La precisión de la cirugía laparoscópica con visión 3D y el uso cada vez más extendido del robot Da Vinci, unido a un mejor conocimiento de las estructuras anatómicas, nos ha permitido obtener mejores resultados funcionales en la cirugía del cáncer de próstata sin comprometer los resultados oncológicos.

Presentamos en el siguiente vídeo los distintos puntos críticos que podemos encontrarnos durante la prostatectomía radical y cómo podemos superarlos obteniendo los mejores resultados en cuanto continencia, función sexual y prevención de eventuales complicaciones.

Un adecuado conocimiento de la anatomía prostática y de las estructuras implicadas en su disección es fundamental para permitir la obtención de unos resultados óptimos que mejoren la calidad de vida de nuestros pacientes.

VIDEOS

V11- PRESERVACIÓN DE LOS HACES NEUROVASCULARES DURANTE LA PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA

González Dacal JA, Zarraonandía Andraca A, Medina González A, Campanario Pérez R, Ruibal Moldes M.

SutURO Cirugía Urológica

INTRODUCCION

La prostatectomía radical asistida por robot es una opción para el tratamiento quirúrgico del cáncer de próstata clínicamente localizado.

La precisión de la cirugía laparoscópica con visión 3D y el uso cada vez más extendido del robot Da Vinci, unido a un mejor conocimiento de las estructuras anatómicas, nos ha permitido obtener mejores resultados funcionales en la cirugía del cáncer de próstata sin comprometer los resultados oncológicos.

Presentamos en el siguiente vídeo donde mostramos el paso a paso de los puntos críticos que podemos encontrarnos durante la prostatectomía radical con preservación de bandeletas neurovasculares con el fin de intentar obtener los mejores resultados en cuanto continencia y función sexual.

Los nervios cavernosos son de tamaño milimétrico y recorren la próstata dentro de un haz de tejido graso y componentes vasculares. Partiendo de este conocimiento anatómico microscópico y con la ayuda del aumento y la visualización mejorados que proporciona la plataforma robótica, algunos autores han propuesto utilizar la vasculatura prostática como punto de referencia para realizar una disección con conservación de nervios.

Esta red vascular es extremadamente difícil de identificar durante la cirugía convencional, pero se puede identificar fácilmente durante enfoques mínimamente invasivos, lo que permite la preservación selectiva de los tejidos circundantes e incluso la elección del porcentaje específico de capa que se conservará.

Nuestra técnica de RRP ha incorporado, en los últimos años, muchas modificaciones basadas en la comprensión de la anatomía precisa y variaciones de la misma. El grado de conservación de los haces neurovasculares se asocia a una mejora en los resultados en continencia urinaria y función sexual.

VIDEOS

V12- TÉCNICA DE PRESERVACIÓN DE CUELLO VESICAL DURANTE LA PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA

González Dacal JA, Zarraonandía Andraca A, Medina A, Campanario R, Ruibal Moldes M.

GRUPO SUTURO Cirugía Urológica

INTRODUCCIÓN

La prostatectomía radical (PR) es el tratamiento quirúrgico estándar para el cáncer de próstata localizado (CaP) obteniendo excelentes resultados oncológicos. Sin embargo se asocia con una importante morbilidad postoperatoria como es la incontinencia urinaria y la disfunción eréctil pudiendo causar una disminución significativa en la calidad de vida de los pacientes.

Aunque la recuperación de la continencia urinaria depende de varios factores, la técnica quirúrgica parece ser la más importante.

La precisión de la cirugía laparoscópica con visión 3D y el uso cada vez más extendido del robot Da Vinci, unido a un mejor conocimiento de las estructuras anatómicas, nos ha permitido obtener mejores resultados funcionales en la cirugía del cáncer de próstata sin comprometer los resultados oncológicos.

MATERIAL Y MÉTODOS

La técnica de preservación del cuello de la vejiga se desarrolló en un intento de preservar el esfínter interno. Varios autores han informado que esta técnica facilitó la recuperación de la continencia urinaria sin comprometer el control oncológico de la PR.

RESULTADOS

Presentamos en el siguiente vídeo la técnica de preservación de cuello vesical realizada por nuestro grupo durante la prostatectomía radical robótica con el fin de obtener los mejores resultados en cuanto a continencia y prevención de eventuales complicaciones.

A través de la visión ampliada, podemos ver claramente las distintas capas de fibras musculares descritas por anatomistas. La identificación clara de estas capas permite una meticulosa preservación de un tracto largo del cuello intraprostático mediante disección con tijera fría de planos tisulares naturales, evitando el cauterio para crear el plano quirúrgico.

VIDEOS

CONCLUSIONES:

Estudios recientes muestran que durante la PR robótica la técnica de preservación de cuello vesical acelera la continencia sin comprometer los resultados oncológicos. La preservación del cuello también ha mostrado varias otras ventajas, incluido un menor riesgo de contractura del cuello de la vejiga, menores tasas de lesión uretral y reducción de la fuga urinaria anastomótica.

VIDEOS

V13- ACCIDENTE VASCULAR EN LINFADENECTOMÍA EXTENDIDA ROBÓTICA- RESOLUCIÓN PASO A PASO

R. Campanario, A. Medina , A. Zarraonandía, J. González Dacal M. Ruibal
SutURO Cirugía Urológica

INTRODUCCIÓN

La linfadenectomía en el Carcinoma prostático (CaP) no aporta un incremento en supervivencia únicamente información pronóstica. Mediante esta técnica quirúrgica conseguimos el vaciamiento ganglionar del eje ilíaco externo, la fosa obturatriz y la arteria ilíaca interna; regiones en las cuales se localizan el 75% de las potenciales metástasis en CaP. Los accidentes vasculares son situaciones estresantes normalmente consecuencia de un progreso quirúrgico sub óptimo. Mostramos en video ilustrativo los diferentes pasos quirúrgicos para la realización de una linfadenectomía estandarizada, así como los recursos técnicos necesarios para la reparación de un accidente vascular severo.

MATERIAL Y MÉTODO

Presentamos un vídeo donde se describen los recursos técnicos necesarios para poder desarrollar esta técnica:

- 1) Identificación de estructuras anatómicas
- 2) Linfadenectomía extendida
- 3) Accidente vascular (Sección de arteria iliaca)
- 4) Clampaje vascular/ Sutura

RESULTADOS

Se visualiza en este vídeo como con una disección vascular completa es posible solventar un posible accidente vascular con garantías de seguridad mediante acceso robótico.

CONCLUSIONES

Una técnica quirúrgica exigente que consiga una disección vascular completa asociada a un adecuado clampaje, serán la clave para poder solventar con éxito una situación estresante como es un accidente vascular.

PALABRAS CLAVE

Cáncer de próstata, cirugía robótica, accidente vascular

VIDEOS

V14- CISTECTOMÍA RADICAL EN MUJER: PRESERVACIÓN DE ESTRUCTURAS ANATÓMICAS Y DERIVACIÓN URINARIA ORTOTÓPICA

González Dacal, JA(1,2); Zarraonandía Andraca(1,2), A; Plaza Alonso, C(1); Rodríguez Nuñez, H¹; Medina González A(1,2); Campanario Pérez(1,2), R; Ruibal Moldes, M(2)

(1) *CHU Pontevedra.*

(2) *Grupo SUTURO Cirugía Urológica*

INTRODUCCIÓN

La Cistectomía con preservación de órganos pélvicos femeninos con el fin de mantener la función sexual, es un procedimiento aceptado y recomendado en las guías clínicas, teniendo en cuenta una selección óptima de las pacientes basada en la localización del tumor y su extensión.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 44 años con episodio de hematuria macroscópica y antecedente de fumadora habitual de 40 cigarrillos/día. Realizado estudio ecográfico con hallazgo de tumoración vesical de aproximadamente 2 cm. Que se confirma su diagnóstico y localización mediante cistoscopia.

Estudio anatomopatológico tras realizarse RTU de vejiga que informa de carcinoma de células transicionales de alto grado con afectación de la capa muscular (T2).

Estudio de extensión negativo para metástasis a distancia.

RESULTADOS

Se realiza Cistectomía Radical con preservación de órganos pélvicos femeninos, linfadenectomía ilio-obturatriz bilateral y derivación urinaria tipo neovejiga ileal.

Tiempo quirúrgico: 270 minutos

Estancia hospitalaria: 6 días.

Estudio anatomo patológico: carcinoma de células transicionales de alto grado pT2N0M0

CONCLUSIONES

Una disección minuciosa permitirá la preservación del útero y sus ligamentos, estrategia óptima para la prevención de un prolapso del compartimento anterior. Así mismo, la conservación de la vagina permite conservar la función sexual.

VIDEOS

V15- PRESERVACIÓN NEUROVASCULAR ROBÓTICA EN CISTECTOMÍA CON DERIVACIÓN INTRACORPÓREA

Medina González, Antonio; Campanario Pérez, Rubén; González Dacal, Juan; Zarraonandía Andraca, Anton; Ruibal Moldes, Manuel.

SutURO Cirugía Urológica

INTRODUCCIÓN

La cistectomía robótica se ha convertido en el tratamiento de referencia en el carcinoma vesical infiltrante.

MATERIAL Y MÉTODOS

Nuestro objetivo al presentar este vídeo es mostrar las ventajas que aporta la cirugía robótica en la realización de la preservación neurovascular al realizar una cistectomía robótica con posterior derivación intracorpórea.

Se muestran los planos de disección para una correcta realización de una preservación neurovascular en la cistectomía.

RESULTADOS

Para la preservación neurovascular adecuada de las bandeletas neurovasculares se realiza una disección intrafascial con buen control de los pedículos vesicoprostáticos. Las ventajas que nos aporta la cirugía robótica tales como una visión aumentada, en 3 dimensiones, instrumentos de muy pequeño tamaño con una capacidad de movimiento de mas de 360° nos permiten poder realizar en todo momento una disección cuidadosa y completa de los pedículos neurovasculares hasta llegar al ápex prostático.

CONCLUSIÓN

El abordaje robótico para la realización de la cistectomía robótica intracorpórea con preservación aporta grandes ventajas permitiendo una preservación completa de las bandeletas neurovasculares aumentando las posibilidades de mejorar los resultados funcionales postoperatorios siempre que sea realizada por un urólogo experto.

VIDEOS

V16- CISTECTOMÍA SUBTOTAL LAPAROSCÓPICA CON NEOVEJIGA ILEAL INTRACORPÓREA POR PARAGANGLIOMA VESICAL

Rodríguez González, Arlene; Vázquez-Martul Pazos, Darío; Aller Rodríguez, Marcos; Rodríguez Rey, Susana; Fandiño Argibay, Ana; Salgado Novoa, Jorge; Iglesias Alvarado, Julio Roberth; López Fernández, Alicia; Chantada Aval, Venancio.

Servicio de Urología C.H.U de A Coruña.

INTRODUCCIÓN

El paraganglioma es una neoplasia de origen neuroendocrino poco frecuente que puede aparecer en diversas localizaciones del organismo. Su presentación a nivel vesical es rara y representa aproximadamente el 0,06% de todos los tumores de vejiga. Sus manifestaciones clínicas más frecuentes son la hipertensión, palpitaciones, sudoración y cefalea. Es característico de la presentación vesical la aparición de síncope o hipotensión postmiccional. Su tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica siempre que sea posible.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una mujer de 50 años con un paraganglioma vesical que cursa con clínica de hematuria macroscópica, dolor pélvico e hipertensión arterial mal controlada. Tras una RTU de vejiga con muestra histológica sin evidencia de malignidad, el diagnóstico se realiza mediante una biopsia percutánea ecoguiada de la masa pélvica dependiente de la pared vesical. Para su tratamiento, tras un estudio de extensión negativo y bloqueo alfa y beta adrenérgico, se realiza una cistectomía subtotal laparoscópica e histerectomía con preservación de cuello vesical, trigono y vagina y realización de neovejiga ileal intracorpórea con el fin de mejorar los resultados funcionales en este tipo de intervención.

RESULTADOS

La cirugía se lleva a cabo sin complicaciones intraoperatorias ni aparición de complicaciones postquirúrgicas. La anatomía patológica definitiva muestra un paraganglioma de pared vesical de 6cm estadio pT3a con bordes quirúrgicos libres. Ante la aparición de dolor en miembro inferior izquierdo a las dos semanas de la intervención se repite estudio con TC abdomino-pélvico evidenciándose una lesión metastásica ósea a nivel de L5-S1, no presente en estudios de imagen previos, que se trata con radioterapia y quimioterapia. La paciente muestra una buena respuesta al tratamiento y actualmente, tras dos años de seguimiento, presenta estabilidad de la enfermedad metastásica y ausencia de recidiva local. Desde el punto de vista funcional tiene continencia urinaria completa desde la retirada de la sonda vesical.

VIDEOS

CONCLUSIONES

A pesar de tratarse de una técnica con escasas referencias en la literatura, la cistectomía subtotal laparoscópica con reconstrucción posterior intracorpórea es un procedimiento viable y seguro de cara a mejorar los resultados funcionales en pacientes con tumores vesicales seleccionados.

VIDEOS

V17- URETERECTOMÍA IZQUIERDA CON REIMPLANTE URETERAL DERECHO ROBÓTICO EN PACIENTE CISTECTOMIZADO

Medina González, Antonio; Campanario Pérez, Rubén;zarraonandía Andraca, Anton; González Dacal, Juan; Ruibal Moldes, Manuel.

SutURO Cirugía Urológica

INTRODUCCIÓN

La cistectomía robótica se ha convertido en uno de los tratamientos de elección en el carcinoma vesical infiltrante.

Está es una cirugía compleja que debe ser realizada por urólogos con experiencia ya que presenta un porcentaje no desdeñable de posibles complicaciones.

Nuestro objetivo es mostrar la realización de una ureterectomía izquierda con reimplante de uréter derecho realizada por cirugía robótica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos un varón de 78 años con antecedente de cistectomía laparoscópica con derivación bricker vía abierta por carcinoma vesical infiltrante hace 6 años.

Durante el seguimiento el paciente presenta varios episodios de hematuria de forma aislada siendo diagnosticado tras realización de pruebas de imagen y ureterorrenoscopia de tumor urotelial izquierdo distal y proximal.

RESULTADOS

Tras valorar el caso se decide la realización de una nefroureterectomía izquierda, siendo la nefrectomía realizada por vía laparoscópica y el ureterectomía izquierda, el desmontaje del asa de bricker y el reimplante ureteral derecho mediante abordaje robótico.

Tras localizar el uréter izquierdo que se libera completamente hasta localizar su inserción en el asa de bricker, resecano un trozo del mismo y realizando posteriormente el reimplante del uréter derecho.

Las pérdidas hemáticas durante la intervención fueron de menos de 100 cc. El paciente fue dado de alta sin presentar complicaciones inmediatas ni durante el seguimiento. El diagnóstico anatomopatológico fue de carcinoma urotelial. Actualmente tras 7 meses desde la intervención el paciente se encuentra asintomático sin presentar recidiva tumoral.

CONCLUSIÓN

El abordaje robótico nos permite la realización de una técnica mínimamente invasiva en cirugías muy complejas como es la realización de una ureterectomía tras para la realización de una cistectomía con derivación bricker de una forma muy segura gracias a todas las ventajas que nos aporta la cirugía robótica.

VIDEOS

V18- HOLEP EN PACIENTE CON CIRUGIA DE LASER VERDE PREVIA.

Zarraonandía, Anton; González-Dacal, Juan; Campanario, Rubén; Medina, Antonio; Ruibal, Manuel

SutURO Cirugía Urológica.

OBJETIVOS

El objetivo de todas las técnicas de la cirugía de hiperplasia benigna de próstata es quitar la mayor cantidad de tejido prostático de la zona transicional para evitar recidivas. En la actualidad las técnicas más eficaces para poder realizar esto son aquellas donde es posible identificar el plano entre el adenoma y la capsula prostática. Estas técnicas son: la adenomectomía y las técnicas de enucleación anatómica endoscópica de la próstata.

Presentamos el caso de un paciente operado mediante HoLEP por presentar STUI secundarios a un crecimiento de restos adenomatosos luego de una cirugía de fotovaporización con laser verde.

MATERIALES Y MÉTODOS

Paciente de 72 años con antecedentes de cirugía de fotovaporización prostática con laser verde hace 5 años. Presenta mala evolución con recidiva. El IPSS era 17+4, flujometría con Q_{max} de 11ml/seg, vol miccional de 122cc y residuo de 80cc y PSA de 1,2ng/dl. La ecografía muestra una próstata de 55cc. En la uretrocistoscopia se aprecia una próstata reseca con crecimiento de ambos lóbulos prostáticos obstructivos. La vejiga es de lucha.

RESULTADOS

El paciente es colocado en posición de litotomía con anestesia regional. Se utilizó un resector de 24fch, laser de Holmio con setting 2J 30Hz pulso corto para disección y 1J 40Hz pulso largo para hemostasia y morcelador Pirahna. Se realizó una liberación precoz de esfínter y técnica EnBlock. El tiempo total de cirugía fue de 48 minutos (38 de enucleación y 8 minutos de morcelación). El peso en fresco del tejido fue de 40gr. El paciente es dado de alta al segundo día sin sonda vesical y presentando continencia inmediata. En la revisión a los 3 meses el paciente presenta un IPSS de 5+1, flujometría de 33ml/seg con residuo negativo y un PSA de 0,24ng/dl.

CONCLUSIONES

En la cirugía de la HBP es importante no dejar restos adenomatosos para evitar recidivas. La cirugía mediante la técnica de HoLEP es una opción adecuada, ofreciendo beneficios como tiempo quirúrgico reducido, estancia hospitalaria y tiempo de sonda cortos.

VIDEOS

V19- MILLIN ROBÓTICO, DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

Zarraonandia, Anton; González-Dacal, Juan; Campanario, Rubén; Medina, Antonio; Ruibal, Manuel

SutURO Cirugía Urológica.

OBJETIVOS

Hace 20 años solo se podía ofrecer la prostatectomía simple a pacientes con una próstata > a 80cc que necesitaran cirugía por sus síntomas. Actualmente se han desarrollado otras técnicas de cirugía de mínima invasión que buscan disminuir tiempo quirúrgico, complicaciones, estancia hospitalaria y días con sonda vesical (entre otras). Una de estas técnicas es la prostatectomía simple robótica.

Presentamos el caso clínico de un paciente con STUI secundarios a HBP refractario a tratamiento medico, operado mediante esta técnica.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente 67 años con antecedentes de apendicectomía, HTA y cardiopatía coronaria estable. Valorado en consultas por STUI con IPSS de 24 y que no ha respondido a tratamiento medico con tamsulosina.

Las pruebas muestran: ecografía abdominal una próstata de 95cc con lóbulo medio, flujometría con Qmax de 9ml/seg y 115 cc de residuo post miccional. El PSA de 2,5ng/dl (35%L/T).

Se propone realizar un Millin Robótico.

RESULTADOS

El paciente es posicionado en decúbito supino con Trendelenburg forzado. Se colocan 4 trocares de 8mm en línea a la altura del ombligo. Un 5to trocar accesorio para el asistente se coloca entre los trocares 1 y 2 a derecha.

La técnica consiste en reproducir mediante cirugía robótica la técnica descrita por Millin, et.al. El sangrado durante la intervención < a 50cc. El tiempo quirúrgico fue de 63 minutos, sin presentar complicaciones en el post operatorio. El paciente fue dado de alta sin sonda vesical al 3er día.

En la revisión de los 3 meses presenta IPSS de 5, flujometría con Qmax de 25ml/seg sin RPM. PSA de 0,23ng/dl.

VIDEOS

CONCLUSIONES

Esta técnica demuestra una visualización del campo quirúrgico superior aprovechando toda la libertad de movimientos del robot para realizar una cirugía mas precisa. Todo esto sin aumento de del tiempo quirúrgicos, disminución de las complicaciones post operatorias, disminución de estancia hospitalaria y tiempo de sondaje vesical.

Millin T. Retropubic prostatectomy a new extravesical tecnique.. The Lancet , 1945. 246, 6379;693–6.

VIDEOS

V20- LINFADENECTOMÍA INGUINAL BILATERAL POR VIDEOENDOSCOPIA CON APOYO DE FLUORESCENCIA

Iglesias Alvarado, J. R.; Vázquez-Martul, D.; Aller Rodríguez, M.; López Fernández, A.; Rodríguez González, A.; Barbagelata López, A.; Ponce Díaz-Reixa, J. L.; Chantada Abal, V.
Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

INTRODUCCIÓN

El abordaje mediante videoinguinoscopia para la realización de la linfadenectomía inguinal fue introducido hace 10 años demostrando buenos resultados oncológicos y una disminución de la morbilidad de hasta un 30% respecto a la cirugía abierta. La implementación de nuevas tecnologías como la fluorescencia en el campo de la videocirugía pueden ser de utilidad en diferentes escenarios, su uso en el tratamiento quirúrgico del cáncer de pene puede ser de utilidad para aumentar la eficacia del procedimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un varón de 49 años con datos clínicos de obesidad, tabaquismo y antecedente de herniorrafia inguinal y con diagnóstico previo tras penectomía parcial de carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado pT3cN0. Se decide realizar linfadenectomía inguinal bilateral de estadificación mediante inguinoscopia apoyada por fluorescencia (ICG).

Resultados Con el paciente en decúbito supino y flexión en mariposa de miembros inferiores se realiza linfadenectomía inguinal bilateral a través de 3 accesos en cada muslo. Empleamos fluorescencia como soporte para una completa exéresis del tejido linfograso; por hallazgos de adenomegalias en templates superficiales se realiza linfadenectomía profunda bilateral. El tiempo quirúrgico total fue de 220 minutos. El paciente fue dado de alta en menos de 48 horas con control domiciliario de drenajes que fueron retirados con posterioridad sin incidencias relevantes. El resultado histopatológico confirmó la afectación de un ganglio de forma bilateral para la linfadenectomía superficial (pT1).

CONCLUSIONES

La videoinguinoscopia es una técnica que disminuye la morbilidad de la cirugía abierta con resultados oncológicos superponibles y que permite el uso de técnicas complementarias como la fluorescencia con el fin de aumentar la eficacia de la linfadenectomía de estadificación en el cáncer de pene.

VIDEOS

V21- RESECCIÓN DE MASA RETROPERITONEAL POSTQUIMIOTERAPIA ROBÓTICA MEDIANTE LINFADENECTOMÍA RETROPERITONEAL

Medina González, Antonio; Campanario Pérez, Rubén; González Dacal, Juan; Zarraonandía Andraca, Antón; Ruibal Moldes, Manuel.

SutURO Cirugía Urológica

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de los tumores testiculares ha avanzado de forma importante en los últimos años logrando unas altas tasas de curación.

En aquellos casos en que persiste masa tumoral residual retroperitoneal tras tratamiento con quimioterapia existe indicación de resección de la misma, habiéndose impuesto en los últimos años las técnicas mínimamente invasivas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 37 años sin antecedentes médicos de interés.

Tras diagnóstico de tumor testicular derecho se orquiectomía derecha con diagnóstico de tumor testicular estadio IIIB. Al diagnóstico el paciente presenta marcadores tumorales elevados y una masa retroperitoneal de gran tamaño.

Tras tratamiento con quimioterapia con esquema BEP_x4 se normalizan los marcadores tumorales y en el TC presenta persistencia de masa de 4,5 cm que comprime la vena cava.

RESULTADOS

Tras valoración detallada del caso se decide la realización de resección de masa residual postquimioterapia robótica mediante linfadenectomía retroperitoneal.

El tiempo quirúrgico fue de 130 minutos y la estancia hospitalaria de 72 horas sin que el paciente presentase complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias.

CONCLUSIÓN

La cirugía robótica, gracias a todas las ventajas que aporta, representa actualmente el mejor abordaje quirúrgico en la resección de masas residuales retroperitoneales siempre que sea realizada por un cirujano con experiencia ya que permite la extirpación completa de la masa y disminuir de forma importante las agresividad de la cirugía abierta sin comprometer la curación del paciente.

VIDEOS

V22- RESOLUCIÓN DE COMPLICACIONES: REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE FÍSTULA ILEO-NEOVESICAL

Vázquez-Martul D.; Salgado Novoa, J.; Ponce Díaz, J.L.; Bohorquez Cruz, M; Barbagelata López, A.; Iglesias Alvarado, J. R.; Chantada Abal, V.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

INTRODUCCIÓN

Las fistulas entero-neovesicales son una complicación infrecuente tras cistectomía radical con derivación ortotópica, con una incidencia menor al 2% y suelen estar relacionadas con tratamientos o alteraciones previas como radioterapia o diverticulosis colónica. Solo en aquellos casos con ausencia de síntomas y fistulas de escasa cuantía se puede plantear un manejo conservador, en cualquier otro caso la reparación quirúrgica es mandatoria.

En muchos de los casos reportados, el tratamiento quirúrgico suele ser mediante cirugía abierta y comprende la reparación de la fistula, precisando en ocasiones la conversión a una derivación urétero-ileal o la realización de colostomía, entre otras.

Presentamos un caso en donde realizamos una reparación laparoscópica de fistula ileo-neovesical en un paciente sometido previamente a cistectomía radical con realización de neovejiga intracorpórea.

MATERIAL Y MÉTODOS

El caso presentado es un varón de 65 años de edad sometido a cistectomía radical laparoscópica con realización de neovejiga ileal intracorpórea tras diagnóstico de carcinoma urotelial infiltrante con CIS asociado en RTU previa. En la cistografía de control previa a la retirada de sonda vesical se observa fistula ileo-neovesical a alta presión a nivel de ileon distal. Dado que el paciente presentaba buen estado general con ausencia de sintomatología se optó en un primer momento por manejo semiconservador y cierre con clips mediante endoscopia digestiva baja en donde no se logra identificar ni demostrar claramente trayecto fistuloso.

En nueva cistografía se observa persistencia de la fistula a pesar de clips endoscópicos por lo que se decide reparación quirúrgica.

Con el paciente en decúbito supino con trendelenburg se utilizan los mismos accesos que en intervención laparoscópica previa. Se realiza disección de cara anterior neovesical, individualización de asa ileal (anastomosis mecánica previa) y sección de la misma procediendo a realizar nueva anastomosis ileal término-terminal con sutura así como reparación y cierre a nivel neovesical.

VIDEOS

RESULTADOS

El tiempo quirúrgico fue de 190 minutos. El paciente no presentó ninguna complicación perioperatoria siendo alta al 5o día.

En cisto-TC de control se observa completa integridad neovesical sin fugas así como ausencia de recidivas locales o enfermedad a distancia.

Tras la retirada definitiva de la sonda vesical el paciente presenta continencia precoz a las 4 semanas.

CONCLUSIONES

Las fistulas entero-neovesicales son una complicación infrecuente pero en la mayoría de casos requiere un tratamiento quirúrgico. El abordaje laparoscópico es posible permitiendo un bajo impacto en la recuperación de los pacientes y manteniendo los principios de la cirugía mínimamente invasiva.

VIDEOS

V23- SUPRARRENALECTOMÍA IZQUIERDA POR METÁSTASIS ÚNICA DE CÁNCER DE PULMÓN

Casas Nebra, Javier; Blanco Gómez, Benito; Carrillo Zamora, Cesar; Naveiro Flores, Amaia

Hospital Universitario Lucus Augusti

INTRODUCCIÓN

Las metástasis suprarrenales en el cáncer de pulmón son relativamente frecuentes, un importante número de pacientes con un carcinoma de pulmón pueden presentar metástasis de glándula suprarrenal.

Si la enfermedad metastásica se encuentra localizada en ciertos órganos tales como la glándula suprarrenal y el cerebro, la evidencia científica ha demostrado que su abordaje con intención radical dentro de un tratamiento multidisciplinar puede aumentar la supervivencia.

CASO CLÍNICO

Presentamos el vídeo de una mujer de 59 años, fumadora de 2 paquetes / día sin otros antecedentes personales a destacar.

Diagnosticada en septiembre 2019 mediante PET-TAC de masa pulmonar parahiliar izquierda con metástasis en glándula suprarrenal izquierda.

En octubre 2019 fue sometida a lobectomía izquierda mas linfadenectomía con el diagnóstico anatomopatológico de carcinoma neuroendocrino de célula grande (pT2b N0 M1).

En noviembre 2019 se decide en comité multidisciplinar de tumores suprarrenalectomía izquierda laparoscópica.

CONCLUSIÓN

La suprarrenalectomía laparoscópica como técnica aplicada para la realización de una metasectomía por carcinoma de pulmón representa una mayor complejidad desde el punto de vista técnico ya que los planos anatómicos de disección puede encontrarse muy adheridos y se pudiera producir un sangrado con mayor facilidad de las estructuras vasculares a disecar.

VIDEOS

V24- SUPRARRENALECTOMIA POR RETROPERITONEOSCOPIA

Autores: Bellas Pereira, Alejandro; Carballo Quintá, Manuel; Pérez Schoch, Miguel; Díaz Álvarez, Jose María; Sánchez Ramos, J; Freire Rodríguez, A; Ojea Cavo, A.

Servicio de Urología, Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo

OBJETIVOS

El feocromocitoma representa una entidad poco frecuente en la población pero su secreción de catecolaminas y el riesgo de malignización puede requerir su exéresis. El abordaje retroperitoneal de la glándula suprarrenal es una técnica reproducible en cirujanos con experiencia y alternativa a la vía transperitoneal, evitando la manipulación intestinal y disminuyendo la morbilidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta el caso de un varón de 72 años derivado desde Endocrinología con antecedentes de hipertensión arterial con difícil control médico, DM2 e intervenido de adenocarcinoma de colon. Presenta elevación de metanefrinas en plasma y orina y en TC se observa nódulo adrenal derecho de 3x4x4cm, confirmando feocromocitoma tras MIBG. Se decide realización de suprarrenalectomía derecha por retroperitoneoscopia previo bloqueo adrenérgico. Se recogen diferentes datos quirúrgicos como tiempo operatorio, sangrado, estancia hospitalario o presencia de complicaciones.

RESULTADOS

Se realiza suprarrenalectomía por retroperitoneoscopia a través de 4 trócares y posterior desarrollo de espacio con balón de Gaur. Tiempo quirúrgico: 130 minutos, sangrado intraoperatorio: 60 ml, retirada de drenaje a las 24 horas. No existieron complicaciones Clavien-Dindo en el postoperatorio, dándose el alta a las 72h. El análisis de la pieza fue descrito como feocromocitoma de 3.8 cm, márgenes quirúrgicos sin evidencia de afectación. Puntuación de la escala de PASS: 6.

CONCLUSIONES

El abordaje retroperitoneal es un procedimiento seguro y con baja morbilidad en la patología suprarrenal. Se trata de una técnica reproducible en urólogos con experiencia en laparoscopia. Esta vía de acceso supone una ventaja en pacientes con antecedentes quirúrgicos en pared abdominal anterior.

VIDEOS

V25- SUPRARRENALECTOMÍA RETROPERITONEOSCÓPICA POR PUERTO ÚNICO: TÉCNICA Y RESULTADOS

Vázquez-Martul, D.; Barbagelata López, A.; Iglesias Alvarado, J. R.; López Fernández, A.; Rodríguez Rey, S.; Janeiro Pais, J.; Freire Calvo, J.; Chantada Abal, V.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El abordaje mínimamente invasivo es el más empleado actualmente en el tratamiento de la patología adrenal en donde la retroperitoneoscopia ocupa un lugar a tener en cuenta; no obstante la evolución de esta técnica hacia abordajes todavía menos invasivos como el acceso único es anecdótico. El objetivo de este video es describir los pasos y nuestra experiencia inicial en la cirugía retroperitoneal mediante puerto único (SPORS) para el tratamiento de la patología suprarrenal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos dos ejemplos (adrenal izda. y dcha.) de SPORS en el tratamiento de patología suprarrenal (feocromocitoma y metástasis de carcinoma pulmonar) dentro de nuestra serie inicial con un total de 8 casos consecutivos. Todos los procedimientos se realizaron a través de una única incisión subcostal de 3-4 cm a través de un puerto multicanal. Usamos instrumental precurvado en la mano izquierda del cirujano y material recto convencional en la mano dominante. Todas las cirugías se realizaron con el paciente en decúbito lateral. Recogemos los datos del tiempo quirúrgico, sangrado intraoperatorio, estancia o presencia de complicaciones. Empleamos la escala visual analgésica (EVA) para puntuar el dolor postoperatorio.

RESULTADOS

Entre Diciembre de 2018 y Abril de 2021 un total de 8 pacientes con patología suprarrenal fueron intervenidos en nuestra Unidad por el mismo cirujano mediante SPORS. Todas las cirugías fueron realizadas sin requerir la colocación de trócares accesorios o reconversión a cirugía abierta. El tiempo quirúrgico total fue 90.4 ± 16.1 minutos con un sangrado inferior a 150 mL en todos los casos (10-150), una estancia media de 29.2 ± 12.5 horas y un dolor postoperatorio cuantificado EVA ≤ 3 (mediana de 0.5) El tamaño medio de las piezas quirúrgicas fue de 59.1 ± 17 mm. No se registró ninguna complicación según la escala Clavien-Dindo.

CONCLUSIONES

La adrenalectomía mediante SPORS es una técnica viable y segura incluso en casos complejos con buenos resultados cosméticos y postoperatorios.

VIDEOS

V26- ABORDAJE QUIRÚRGICO INICIAL DE LA ESTENOSIS URETRAL PENEANA BULBAR SECUNDARIA A AMILOIDOSIS

Iglesias Alvarado, Julio R; Bohórquez Cruz, Manuel A; Novo Gómez, Nerea; Janeiro País, Jose; Rollon Prieto, Gema; Chantada Aval Venancio.

Servicio de Urología del Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

La amiloidosis es una enfermedad poco frecuente, la amiloidosis uretral debe sospecharse siempre que se evalúe a un paciente con un tumor uretral, los pacientes suelen experimentar hematuria, disuria u obstrucción uretral. Presentamos el caso clínico de un varón de 40 años de edad que acude por sintomatología de vaciado descrita como chorro miccional fino y goteo postmiccional, al examen físico se palpa área indurada de aproximadamente 5 cm en uretra peneana media, la flujometría informa un Q_{max} de 6 curva obstructiva, la CUMS informa estenosis abollonada peneana de aproximadamente 5 cm, en la uretoscopia flexible no se logra sobrepasar uretra peniana media por presencia de abollonamientos que orientan a pensar en compresión extrínseca, por lo que se plantea cirugía. Se realiza incisión peno-escrotal y disección de cuerpo esponjoso, se libera uretra peneana bulbar identificando un segmento de 8 cm completamente indurado, se realiza apertura ventral de uretra evidenciando infiltración completa por un tejido de color pardo de consistencia dura que respeta cuerpo esponjoso, se extrae todo el segmento. Se realiza extracción de dos injertos de mucosa oral y se colocan mediante vicryl 4/0 en defecto uretral, sobre cuerpo esponjoso y albuginea peniana se dan puntos de capitoné sobre el injerto y se suturan bordes de esponjoso e injertos a piel peno-escrotal (Johanson primer tiempo). Se coloca sonda vesical 16 Ch. El resultado de la patología confirma amiloidosis primaria. Meses después se le programa para segundo tiempo de Johanson, encontrando dificultad para la calibración uretral a nivel proximal por fibrosis y sospecha de remanente amiloidótico, se realiza ampliación de los extremos tanto proximal y distal calibrando hasta 30 Ch y se sutura uretra a piel, el resultado de este nuevo tejido es fibrosis no identificando en estudio inmunohistoquímico cadenas ligeras Kappa y Lambda. Actualmente el paciente se encuentra a la espera de cierre definitivo uretral.

VIDEOS

V27- MANEJO QUIRÚRGICO DEL DOBLE DIVERTÍCULO URETRAL COMO SECUELA DE URETROPLASTIA CON COLGAJO PREPUCCIAL

Iglesias Alvarado, Julio R; Bohorquez Cruz, Manuel A; López Fernandez, Alicia; Rollon Prieto, Gema; Chantada Aval, V.

Servicio de Urología del Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

INTRODUCCIÓN

Los divertículos de pared uretral pueden ser congénitos o adquiridos, el divertículo uretral masculino adquirido secundario a una uretroplastia previa es una entidad infrecuente, su formación se debe a una estenosis distal, flujo urinario turbulento o la capacidad de los tejidos usados en la uretroplastia para expandirse.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso clínico de un varón de 66 años de edad con antecedentes de fotovaporización láser de próstata y uretroplastia con colgajo prepucial pediculado por estenosis uretral hace 7 años, acude a consulta por clínica de infecciones urinarias de repetición, goteo postmiccional y abultamiento ventral en pene tras la micción, se le realiza una flujometría presentando un Q_{max} de 22.3 ml/seg con mínimo residuo, una CUMS que informa la presencia de dos divertículos de aprox 2.5cm cada uno en cara ventral de uretra esponjosa sin estenosis asociadas. Se realiza uretroscopia flexible corroborando dichos divertículos de cuello ancho sin observar áreas estenóticas asociadas ni litiasis en su interior.

RESULTADOS

Previa instilación de azul de metileno vía uretral se realiza abordaje perineal hasta disecar cuerpo esponjoso, aislamiento de uretra e identificación de divertículos uretrales, disección y sección de los divertículos conservando remanente uretral lateral de aprox 5cm. Obtención de injerto de mucosa oral, fijación de injerto con vicryl 4/0 a albugínea peneana, puntos de capitoné y lateralmente anastomosis a remanente uretral previa colocación de sonda 16 Ch. Cierre por planos. Se realiza CUMS de control al mes evidenciando cambios postquirúrgicos y un mínimo divertículo de < 1cm, el paciente presenta buena calidad miccional sin goteo tras la retirada de la sonda vesical una flujometría con un Q_{max} similar al previo y no ha vuelto a tener infecciones.

CONCLUSIÓN

La uretroplastia con injertos de mucosa bucal tienen una superficie luminal más regular y son menos susceptibles de distenderse que la piel del pene, siendo la mejor opción para evitar formar nuevos divertículos.

VIDEOS

V28- URETROPLASTIA DE AVANCE EN ESTENOSIS DE URETRA DISTAL FEMENINA

Bohórquez Cruz M; Janeiro Pais J; Novo Gómez Nerea; López Fernandez A; Iglesias Alvarado J; Chantada Aval V.

Hospital universitario A Coruña

La estenosis uretral femenina se presenta de manera menos frecuente que en el varón y muchas veces su clínica lleva a diagnósticos erróneos o es infra diagnosticada debido a su baja prevalencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una mujer de 67 años, que se sigue en nuestras consultas por presentar clínica miccional de vaciado. Tras el diagnóstico de estenosis de uretra es programada para dilataciones uretrales, en las que se mantiene varios meses, posteriormente la paciente se valora en la unidad de cirugía reconstructiva decidiéndose realizar uretroplastia.

Se somete a la paciente a uretroplastia tras la realización de cistoscopia intraoperatoria para identificar el nivel de la estenosis. Dado que la estenosis se presenta a nivel distal se decide por uretroplastia de avance sin necesidad de colgajos o injertos.

RESULTADOS

Tras la intervención la paciente presenta mejoría en su calidad miccional con la subsecuente mejoría en la calidad de vida; manteniéndose este bienestar en el tiempo, durante el seguimiento, hasta la actualidad.

CONCLUSIONES

La uretroplastia femenina es una intervención factible en la practica clínica urológica, obviando procedimientos temporales consecutivos como las dilataciones uretrales y mejorando de manera importante la calidad de vida de las pacientes.

VIDEOS

V29- URETROPLASTIA PENEANA CON INJERTO DORSO-LATERAL DE MUCOSA ORAL TIPO KULKARNI

Fandiño Argibay, Ana María; Bohorquez Cruz, Manuel Alejandro; Salgado Novoa, Jorge; Rodríguez González, Arlene; Rodríguez Rey, Susana; Iglesias Alvarado, Julio Roberth; López Fernández, Alicia; Chantada Aval, Venancio.

Servicio de Urología, C.H.U. A Coruña.

INTRODUCCIÓN

La estenosis de uretra puede aparecer a consecuencia de diferentes causas, incluyendo la instrumentación uretral, infecciones, patología inflamatoria, entre otras. Inicialmente se produce daño epitelial que posteriormente acabará desembocando en fibrosis y resultando en una reducción del calibre de la uretra, dificultando la salida de la orina.

El abordaje de estas estenosis depende de la localización y la longitud de las mismas. Para el tratamiento de las estenosis de uretra contamos con diferentes técnicas, como las dilataciones, la uretrotomía interna o las uretroplastias con injertos ó colgajos pediculados. Presentamos la técnica de la uretroplastia con injerto de mucosa oral realizada en nuestro servicio en un paciente con re -estenosis tras una uretroplastia con colgajo prepucial previo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta el caso de un varón de 37 años, con una malformación urinaria compleja al nacimiento, trasplantado renal en 1993 por nefropatía crónica, hiperinmunizado y en rechazo crónico del injerto renal, segundo trasplante renal en 2010 (donante vivo), actualmente también en disfunción crónica por rechazo crónico, que es remitido a las consultas de Urología por infecciones urinarias de repetición, con diagnóstico de estenosis de uretra peneana proximal y realizándose en 2010 una uretroplastia con colgajo pediculado prepucial tipo Duckett, y protocolo de dilataciones uretrales posterior en 2013. Tras una pérdida de seguimiento hasta 2019, el paciente vuelve a consultas remitido por infecciones de repetición junto con clínica obstructiva y se diagnostica a través de CUMS nueva estenosis de uretra, distal al colgajo previo y que afecta uretra peneana y bulbar, por lo que se programa una nueva uretroplastia, en esta ocasión con injerto de mucosa oral.

Se realizó la uretroplastia con denudación peneana el 03/03/2020.

RESULTADOS

No surgieron incidencias postoperatorias salvo pequeño hematoma en lecho que se resolvió espontáneamente sin precisar intervención. El paciente actualmente presenta micciones satisfactorias, sin mas episodios de ITUs, con flujo urinario adecuado.

VIDEOS

V30- RECAMBIO LAPAROSCÓPICO DE ESFÍNTER URINARIO ARTIFICIAL FEMENINO.

Casas Nebra, Javier; Blanco Gómez, Benito; Cambón Bastón, Eva María; Arnejo Pereiro, Carmen.

Hospital Universitario Lucus Augusti

INTRODUCCIÓN

El esfínter urinario artificial (EUA) permite el tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo asociada con incompetencia esfinteriana.

En 1947, Foley diseñó el primer esfínter artificial, que consistía en un manguito que se inflaba alrededor del pene y se podía desinflar para orinar accionando una bomba escondida en el bolsillo del paciente; poco después desarrolló una técnica quirúrgica para implantar el manguito alrededor de la uretra (Foley FE 1947). En 1983 American Medical Systems (AMS) patentó el modelo que se utiliza hoy en día, el esfínter AMS-800 (Kaufman JJ 1978).

El modelo AMS-800 es un dispositivo hidráulico, oclusivo, que comprime la uretra conteniendo así la orina y permite su salida voluntaria al descomprimir la uretra. Está compuesto de un elastómero de silicona sólida y constituido por 3 componentes interconectados: 1) Reservorio, 2) Manguito uretral, 3) Bomba de control

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso clínico de una mujer de 57 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, síndrome ansiosodepresivo y con los siguientes antecedentes quirúrgicos de Marshall – Marchetti (1998) con posterior colocación de esfínter urinario artificial (2000) por incontinencia urinaria de esfuerzo.

En 2018 acude a consultas externas de urología por incontinencia urinaria de esfuerzo con necesidad de emplear 3 pañales al día.

Se realiza estudio urodinámico donde se objetiva incontinencia urinaria esfuerzo por incompetencia esfinteriana intrínseca y detrusor hipocontráctil.

En cistoscopia se descarta extrusión de dispositivo.

Se decide realizar recambio laparoscópico de esfínter urinario artificial femenino.

CONCLUSIÓN

La implantación de EUA puede realizarse a través del abordaje laparoscópico, aunque es una técnica reproducible, debe ser realizada por cirujanos con experiencia previa en abordaje de las patologías del suelo pélvico por vía laparoscópica.

VIDEOS

V31-LIBERACIÓN ROBÓTICA BILATERAL DEL NERVIPO PUDENDO

Medina González, Antonio; Campanario Pérez, Rubén; Zarraonandía Andraca, Antón; González Dacal, Juan; Ruibal Moldes, Manuel.

SutURO Cirugía Urológica

INTRODUCCIÓN

El síndrome de atrapamiento del nervio pudendo es un problema de salud que en la mayoría de las ocasiones afecta de forma muy importante la calidad de vida de los pacientes presentando un dolor pélvico crónico que se produce por un atrapamiento del nervio pudendo o de alguna de sus ramas. El objetivo de nuestro vídeo es mostrar una liberación completa bilateral del nervio pudendo que se realiza mediante cirugía robótica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de una mujer de 57 años con antecedente de hernias discales de años de evolución. La paciente acude a consulta refiriendo dolor pélvico crónico de 6 años de evolución manifestándose fundamentalmente con importante clínica vesical y dolor anal que le alteraban de forma muy importante su calidad de vida. Tras realizar una adecuada anamnesis y una exploración minuciosa se llegó al diagnóstico de sospecha del atrapamiento del nervio pudendo. Inicialmente se realizó tratamiento conservador sin que la paciente presentase mejoría, posteriormente se realizaron pruebas complementarias entre las que se encontraba la electromiografía y la infiltración del nervio confirmándose el diagnóstico de sospecha de atrapamiento del pudendo.

RESULTADOS

Tras comentar el caso y confirmar la ausencia de mejoría clínica con tratamiento conservador se decide la realización de liberación bilateral del nervio pudendo mediante cirugía robótica. El tiempo quirúrgico fue de 55 minutos y la estancia hospitalaria de 48 horas sin que la paciente presentase complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias. A las 24 horas de la intervención la paciente refería encontrarse completamente asintomática, actualmente tras más de 6 meses desde la realización de la intervención la paciente realiza vida normal sin presentar dolor.

CONCLUSIÓN

La cirugía robótica, gracias a todas las ventajas que aporta, representa actualmente el mejor abordaje quirúrgico para lograr la liberación del nervio en pacientes con síndrome de atrapamiento del nervio pudendo logrando muy buenos resultados sin complicaciones siempre que sea realizado por un cirujano experto.