



V1 - PIELOPLASTIA ROBÓTICA EN ESTENOSIS DE UNIÓN PIELOURETERAL COMPLICADA CON FUNGUS BALL

Siles Hinojosa, P.; Zarraonandia Andraca, A.; González Dacal, J. A.; Ruibal Gago, L.; Sousa Iglesias, Á.; Echeverría Cruz, C.; Rodríguez-Rivera, J.; Núñez Otero, J.; Chaves Santamaría, M.; Plaza Alonso, C.; Fernández Baltar, C.; López López, B.; Novo Gómez, N.; Díaz Bermúdez, J.; Fernández Yáñez, A.; Díaz Bermúdez, J.; Osorio Cabello, M. L.; Mosquera Seoane, L.; Rodríguez Núñez, H.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

Introducción

La estenosis de la unión pieloureteral (UPU) secundaria a vaso polar aberrante es una causa reconocida de obstrucción del tracto urinario superior. La presencia concomitante de infección urinaria complicada por colonización fúngica constituye un escenario infrecuente y supone un reto diagnóstico y terapéutico, pudiendo condicionar el momento del tratamiento definitivo.

Objetivos

Describir el manejo quirúrgico robótico y los resultados perioperatorios de una estenosis de UPU derecha secundaria a vaso polar, complicada con infección fúngica.

Material y Métodos

Mujer de 71 años con antecedentes de infecciones urinarias de repetición, diagnosticada de estenosis de UPU derecha secundaria a vaso polar inferior. Presentó episodios de obstrucción urinaria e infección asociada, precisando derivación mediante catéter doble J y posterior nefrostomía percutánea. Durante la evolución desarrolló colonización fúngica del sistema colector con formación de “fungus ball”. Se realizó tratamiento combinado con antifúngicos sistémicos y desobstrucción mediante nefrolitotomía percutánea con aspiración del material fúngico previo a la cirugía definitiva. Finalmente, se realizó pieloplastia derecha asistida por robot Da Vinci Xi.

Resultados

Se realizó cirugía transabdominal robótica. Tiempo quirúrgico total: 110 minutos. Retirada de nefrostomía percutánea previa durante procedimiento. La paciente fue dada de alta a las 48h sin complicaciones postoperatorias. Retirada de catéter doble J a las 2 semanas sin incidencias. El renograma control a los 6 meses no mostró uropatía obstructiva.

Conclusiones

La cirugía robótica es una opción segura y eficaz en el tratamiento de la estenosis de UPU compleja. En casos asociados a infección fúngica, el control previo mediante drenaje y tratamiento antifúngico resulta clave para optimizar los resultados. Un abordaje escalonado permite realizar la reconstrucción en condiciones óptimas, con excelentes resultados funcionales a corto plazo.

V2 - NEFRECTOMÍA PARCIAL ROBÓTICA EN QUISTE HIDATÍDICO RENAL

Fandiño Argibay, A.; Sendín Martín, R.; Medina González, A.; Zarraonandía Andraca, A.; González Dacal, J.; Plaza González, C.; Ruibal Moldes, M.

SUTURO

La preservación de la unidad renal es recomendable durante cirugías en patología renal. La conservación renal se asocia no solo con una mejor preservación de la función renal así como con menor incidencia de eventos cardiovasculares.

La nefrectomía parcial es actualmente el tratamiento de elección para los tumores renales T1, optativo en T2. Menos habituales es la indicación en lesiones benignas como quistes renales, patologías infecciosas, duplicidades ureterales.

La Hidatidosis de localización renal constituye menos del 5% de las formas viscerales. La ecografía permite sospechar la naturaleza hidatídica de la lesión en más del 50% de los casos; la tomografía computarizada y la resonancia magnética son útiles si existe duda diagnóstica. El tratamiento del quiste hidatídico renal es quirúrgico

Presentamos un vídeo de una nefrectomía parcial robótica en una paciente con una lesión de 10 cm en riñón derecho sospechosa radiológicamente de quiste hidatídico renal.

V3 - ANGIOMIOLIPOMA GIGANTE: NEFRECTOMÍA RADICAL CON PRESERVACIÓN DE SUPRARRENAL ASISTIDA POR ROBOT

Hernández Calama, E.; Arnejo Pereiro, C.; Rodriguez Molina, D.; Vilariño Sobrado, A.; Caramés Masana, F.; Iglesias Alvarado, J.L.; Casas Nebra, F.J.
Servicio de Urología, Hospital Universitario Lucus Augusti

Introducción

El angiomiolipoma renal es una neoplasia benigna que hasta el 60% de los casos se diagnostica de forma incidental y, aunque la mayoría son esporádicos, una proporción se asocia a enfermedades hereditarias como la esclerosis tuberosa. El manejo terapéutico depende fundamentalmente del volumen tumoral, ya que la principal complicación es la hemorragia espontánea (50–60% de los casos) siendo potencialmente grave.

Los angiomiolipomas renales gigantes, definidos por un diámetro superior a 10 cm, representan un importante desafío terapéutico debido a su elevado riesgo hemorrágico y a la complejidad en la toma de decisiones clínicas.

Material y Métodos

Se presenta el caso de un varón de 39 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia y obesidad, diagnosticado mediante tomografía computarizada de un angiomiolipoma renal derecho de 13 cm. Como tratamiento inicial se realizó una embolización selectiva, complicada por la migración de coils a la arteria femoral profunda. Ante la persistencia de una rama arterial nutricia en el estudio de control, se decidió realizar una nefrectomía radical derecha.

La intervención se llevó a cabo por vía transperitoneal mediante cirugía robótica, con el paciente en decúbito lateral izquierdo. Se evidenció una tumoración friable y muy vascularizada, con múltiples neovasos que fueron controlados mediante coagulación bipolar y dispositivos de sellado vascular. Se identificaron y ligaron la arteria y vena renal. Se completó la liberación de la glándula suprarrenal y del polo superior. El uso intraoperatorio del modo Firefly con verde de indocianina permitió confirmar la perfusión tumoral. La pieza se liberó completamente sin sangrado activo. El tiempo quirúrgico fue de 255 minutos, con un sangrado estimado inferior a 400 cc.

Resultados

El postoperatorio cursó sin complicaciones y siendo alta el sexto día. El estudio anatomopatológico confirmó un angiomiolipoma de 16 cm. El control radiológico y analítico al mes descartó complicaciones y mostró una función renal conservada. El paciente se encuentra asintomático desde el punto de vista urológico.

Conclusión

La cirugía robótica constituye una opción segura y eficaz en el tratamiento de tumoraciones de gran tamaño como el angiomiolipoma gigante.

El sistema firefly permite una adecuada visualización de la irrigación de masas hipervascularizadas.

V4 - PIELOPLASTIA ROBÓTICA DE RESCATE EN PACIENTE MONORRENO

Sousa Iglesias, Á.; Fernández Baltar, C.; Ruibal Gago, L.; Siles Hinojosa, P.; Echeverría Cruz, C.; Rodríguez- Rivera Sánchez, J.; Chaves Santamaría, M.; Núñez Otero, J. J.; Rodríguez Núñez, H.
Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

Objetivos

Presentar la técnica quirúrgica y los resultados perioperatorios de una pieloplastia robótica de rescate en un paciente monorreno con estenosis de la unión pieloureteral y sospecha de urinoma encapsulado frente a quiste parapiélico. Se trata de un escenario tras cirugía previa fallida, caracterizado por distorsión anatómica, fibrosis e inflamación, en el que la preservación de la unidad y de la función renal constituyen el objetivo principal y la presencia de colecciones parapiélicas incrementa la complejidad diagnóstica y quirúrgica.

Métodos

Se presenta el caso de un paciente de 43 años, monorreno, con estenosis de la unión pieloureteral y formación quística que engloba el uréter proximal. El estudio preoperatorio con TC y renograma diurético confirma la obstrucción de vaciado, con leve deterioro de función renal asociado. Objetivándose además, una lesión quística parapiélica sugestiva de urinoma encapsulado versus quiste parapiélico. Se ha realizado un abordaje robótico transperitoneal. Los pasos clave incluyeron liberación cuidadosa de los tejidos con identificación de estructuras anatómicas y preservación ureteral; asociando manejo de la lesión quística y posterior resección del segmento estenótico y reconstrucción ureteropiélica sin tensión sobre catéter doble J.

Resultados

Tiempo quirúrgico 315 minutos con sangrado no significativo. Sin complicaciones intraoperatorias. Preservación de función renal basal. Alta hospitalaria a los 3 días postoperatorios. En el seguimiento se retira catéter de nefrostomía y DJ persistiendo paso de contraste en pielografía anterógrada, con ausencia de dilatación pieloureteral y estabilidad funcional renal. El paciente persiste asintomático desde el punto de vista urológico.



VIDEOS

Conclusiones

La pieloplastia robótica de rescate es una alternativa segura y eficaz en escenarios complejos. La tecnología robótica facilita la disección en campos fibróticos y el manejo simultáneo de patología asociada, lo que resulta especialmente relevante en pacientes monorrenos.

V5 - LINFADENECTOMÍA LUMBOAÓRTICA ROBÓTICA EN SUPINO POSTQUIMIOTERAPIA EN TUMOR TESTICULAR NO SEMINOMATOSO

Filigrana, C.; Loyola, M.; Parada, F.; Kerkebe, M.; Hassi, M.; Orellana, S.

Servicio de Urología, Hospital Félix Bulnes, Santiago de Chile

Introducción

La linfadenectomía retroperitoneal lumboaórtica abierta (LRLA-A) ha sido el estándar en pacientes con tumores testiculares no seminomatosos y masa residual tras quimioterapia. No obstante, la reacción desmoplástica secundaria al tratamiento convierte esta cirugía en un procedimiento de elevada complejidad. La cirugía mínimamente invasiva ha demostrado resultados comparables a la abierta, y la asistencia robótica, al aportar visión tridimensional, mayor rango de movimiento y reducción del temblor, se consolida como una alternativa atractiva en escenarios de alta dificultad técnica.

Material y Métodos

Se presenta el caso de un varón de 26 años con tumor testicular derecho de células germinales no seminoma, sometido previamente a orquiectomía y tres ciclos de BEP, que desarrolló recidiva en forma de nódulo retroperitoneal intercavo-aórtico de 13 mm. Tras discusión en comité oncológico, se indicó linfadenectomía lumboaórtica asistida por robot en decúbito supino. Se utilizó un abordaje transperitoneal con cuatro trocares robóticos infraumbilicales y uno auxiliar. La disección se extendió desde la bifurcación aortoiliaca hasta las venas renales, con preservación de estructuras vasculares críticas y del uréter. La pieza se extrajo en bolsa y se remitió a anatomía patológica.

Resultados

El tiempo quirúrgico fue de 352 minutos, con sangrado estimado de 200 ml y sin complicaciones intraoperatorias ni necesidad de drenajes. El paciente fue dado de alta a las 24 horas. A las tres semanas, permanecía asintomático, con erecciones conservadas y aneyaculación transitoria. El estudio anatomopatológico informó cinco ganglios negativos, un teratoma quístico maduro mucinoso de 6 mm y cordón espermático sin neoplasia. Marcadores tumorales en rango normal. Se planificó seguimiento con TC TAP y marcadores a los cuatro meses.

Conclusiones

La linfadenectomía lumboaórtica robótica en posición supina ofrece un acceso óptimo al retroperitoneo, evitando la movilización intestinal extensa y facilitando la disección bilateral. La asistencia robótica aporta precisión, ergonomía y seguridad en cirugías complejas postquimioterapia, mostrando menor morbilidad que la vía abierta. Este abordaje se perfila como una alternativa eficaz y reproducible en centros con experiencia en cirugía robótica avanzada.

V6 - SIMPATECTOMIA LUMBAR BILATERAL ROBÓTICA EN PACIENTE CON HIPERHIDROSIS PLANTAR INVALIDANTE

Siles Hinojosa, P.; Ruibal Gago, L.; Núñez Otero, J.J.; Chaves Santamaria, M.; Sousa iglesias, A.; Echeverría Cruz, C.; Rodríguez-Rivera Sánchez, J.; Rodríguez Núñez, H.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario De Pontevedra

Introducción

La hiperhidrosis plantar primaria es una entidad incapacitante que afecta de forma significativa la calidad de vida. En casos refractarios a tratamiento conservador, la simpatectomía lumbar puede constituir una opción terapéutica eficaz. Presentamos un caso clínico y la técnica quirúrgica mediante abordaje robótico.

Material y Métodos

Mujer de 43 años con hiperhidrosis plantar invalidante refractaria a tratamiento conservador. Entre sus antecedentes destacan tabaquismo activo, disfonía secundaria a nódulos en cuerdas vocales y laparoscopia exploradora. Tras valoración multidisciplinar se indica simpatectomía lumbar bilateral. Se realiza procedimiento mediante abordaje robótico transperitoneal. Colocación de la paciente en decúbito lateral derecho, colocación de trócares y localización de cadena simpática lumbar izquierda sobre cuerpo vertebral, medial al músculo psoas. Se realiza disección de dos ganglios que se seccionan para análisis anatomopatológico. Se realiza mismo proceso en el lado contralateral.

Resultados

La intervención duró 240 minutos, no hubo complicaciones postoperatorias, siendo dada de alta hospitalaria a las 48 horas de la intervención. La paciente presentó mejoría clínica significativa a las 72 horas de la intervención.

Conclusiones

La simpatectomía lumbar robótica es una técnica factible y segura en pacientes seleccionados con hiperhidrosis plantar refractaria. El conocimiento detallado de la anatomía retroperitoneal y una técnica quirúrgica meticulosa son fundamentales para minimizar complicaciones.

V7 - TUMORECTOMÍA RENAL RETROPERITONEOSCÓPICA ASISTIDA POR ROBOT EN ISQUEMIA CERO

Siles Hinojosa, P.; Zarraonandia Andraca, A.; Rodríguez Núñez, H.; Ruibal Gago, L.; Sousa Iglesias, Á.; Echeverría Cruz, C.; Rodríguez-Rivera, J.; Núñez Otero, J.; Chaves Santamaría, M.; González Dacal, J. A.; Plaza Alonso, C.; Fernández Baltar, C.; López López, B.; Novo Gómez, N.; Díaz Bermúdez, J.; Fernández Yáñez, A.; Díaz Bermúdez, J.; Osorio Cabello, M. L.; Mosquera Seoane, L.
Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

Introducción

El abordaje retroperitoneal asistido por robot se postula como una alternativa ventajosa en tumores renales posteriores, al evitar la movilización de estructuras intraabdominales y permitir un acceso directo al plano renal posterior. Su implementación en cirugía conservadora renal ha demostrado eficacia y seguridad en centros con experiencia.

Objetivos

Describir los aspectos técnicos y los resultados perioperatorios de una tumorectomía renal izquierda por vía retroperitoneal asistida por robot en isquemia cero, en un paciente con lesión renal próxima a seno renal.

Material y Métodos

Varón de 71 años en seguimiento por masa renal izquierda de 3cm. Se decide intervención por crecimiento desde 2022. La TC muestra un tumor de 3 cm de localización posterior en el polo superior del riñón izquierdo, próxima a seno renal; renal score: 8p. Se realizó tumorectomía renal retroperitoneoscópica asistida por robot Da Vinci Xi.

Resultados

Tiempo quirúrgico total: 90 minutos. Hb postoperatoria 14,5g/dl. El paciente fue dado de alta a las 72 horas sin complicaciones postoperatorias. El estudio anatomopatológico confirmó un carcinoma renal de células claras grado 3 de 2,9cm, estadio pT1a.

Conclusiones

La cirugía retroperitoneal asistida por robot representa una excelente opción para el abordaje de tumores renales posteriores; siendo posible su realización en isquemia cero si el sangrado es manejable intraoperatoriamente. Proporciona acceso anatómico directo, reduce el riesgo de complicaciones intraabdominales y permite un control preciso del hilio renal, manteniendo resultados oncológicos y funcionales óptimos.

Palabras clave: Cirugía robótica, retroperitoneoscopia, isquemia cero, tumorectomía renal, neoplasia renal posterior.

V8 - TUMORECTOMÍA RENAL RETROPERITONEAL EN PACIENTE CON RIÑÓN EN HERRADURA

Martins Dos Santos, E. F.; Vázquez-Martul Pazos, D.; Díaz Pedrouzo, A.; González-Manso Rodríguez, A.; Delgado García, E.; García del Arco, L.; Fernández Rodríguez, E.; León, N.; Mata Pose, L.; Núñez Serrano, C.; Chantada Abal, V.
Servicio de Urología. Hospital Universitario de A Coruña.

Introducción

El manejo quirúrgico de los tumores en riñones en herradura representa un desafío técnico debido a las frecuentes anomalías anatómicas y vasculares asociadas. En tumores de localización posterior, el abordaje retroperitoneal puede ofrecer ventajas al permitir un acceso más directo a la lesión y al pedículo renal, evitando la movilización visceral y reduciendo la complejidad quirúrgica.

Caso clínico

Varón de 64 años, con antecedente de riñón en herradura, remitido a consultas de Urología por hallazgo incidental de una tumoración renal de 4,5 cm localizada en la valva posterior del hemirriñón izquierdo. En la tomografía computarizada se objetivó además la presencia de una disección aórtica y un doble sistema arterial para el hemirriñón izquierdo. La disección residual fue valorada por Cirugía Cardíaca, no presentando indicación de tratamiento quirúrgico. Se decidió realizar nefrectomía parcial asistida por robot mediante abordaje retroperitoneal.

Resultados

La intervención se desarrolló sin incidencias, con un tiempo de isquemia caliente de 25 minutos y sin sangrado significativo. El paciente fue dado de alta a las 48 horas de la cirugía. El estudio anatomopatológico informó de carcinoma de células claras pT1bN0 con márgenes quirúrgicos negativos.

En los controles posteriores, el paciente presentaba muy buen estado general, vida activa y tomografía computarizada sin evidencia de recidiva tumoral.



VIDEOS

Conclusiones

El abordaje retroperitoneal en tumores renales posteriores en pacientes con riñón en herradura constituye una alternativa segura y eficaz. Permite un acceso más directo al pedículo renal y a la lesión, facilita el control vascular precoz y evita la movilización de vísceras abdominales. Este abordaje puede reducir la complejidad quirúrgica y ser especialmente útil en presencia de anomalías anatómicas y vasculares.

V9 – CIRUGÍA ROBÓTICA MÍNIMAMENTE INVASIVA: NEFRECTOMÍA PARCIAL POR VÍA RETROPERITONEAL GUIADA POR ECOGRAFÍA INTRACAVITARIA.

Trujillo Marín, M.; Carballo Quintá, M.; Castro Iglesias, A.M.; Almuster Domínguez, S.; López Díez, E.; Cespón Outeda, E; Castro Jul, M.; Goiri Noguera, A; Moledo Lamela, M.
Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

Introducción/Objetivo

La nefrectomía parcial mediante acceso retroperitoneal, ofrece acceso directo a la arteria renal y reduce el riesgo de lesión intestinal. Así mismo, permite una mejor visualización de los tumores posteriores, especialmente, los que se encuentran posteriores al hilio, lo que evita la necesidad de rotación renal.

Materiales y Métodos

Presentamos el caso de un paciente de 67 años, en seguimiento por el hallazgo incidental en una tomografía de una lesión quística de 2cm en la cara posterior del tercio superior del riñón derecho, con un polo parcialmente calcificado que podría corresponder a un Bosniak IV. Se amplía el estudio con una resonancia, en la cual se confirma el diagnóstico.

Posteriormente se decide realizar una nefrectomía parcial robótica por abordaje retroperitoneal, que se lleva a cabo de la siguiente manera: Con el paciente en decúbito lateral izquierdo, se incide en la punta de 12ª costilla, accediendo al espacio retroperitoneal y desarrollándolo con balón de disección. Se colocan 3 trócares robóticos de 8mm en línea subcostal y el trocar Airseal sobre cresta iliaca. Una vez dentro, se inicia con la apertura de fascia de Zuckerkandl. Se continúa con la identificación de la vena cava, el uréter y el pedículo vascular. Tras liberarse grasa perirrenal, no se observa neoplasia exofítica por lo que se introduce ecógrafo intracavitario, consiguiendo identificar un tumor endofítico en región interpolar. Se procede a realizar el clampaje de la arteria previo a la exéresis del tumor. A continuación, se realiza hemostasia con sutura continua de PDS cerrada sobre hem-o-locks y la aproximación del parénquima con sutura continua de v-lock, asegurándose con hem-o-locks de cierre. Al retirar el clampaje, el tiempo de isquemia fue de 22 minutos. Finalmente se coloca agente hemostático sobre lecho.

Resultados

El tiempo de intervención fue de 2 horas, no se presentaron complicaciones postoperatorias y la estancia hospitalaria fue de 72 horas. La anatomía patológica reveló un tumor papilar de células claras (T1a).

Conclusiones

El abordaje retroperitoneal ha demostrado resultados perioperatorios superiores en cuanto a estancias hospitalarias, pérdida sanguínea y tiempos quirúrgicos, sin comprometer los resultados oncológicos, en comparación con el abordaje transperitoneal.

V10 - VENTAJAS DEL ABORDAJE RETROPERITONEAL ROBÓTICO EN DECÚBITO PRONO.

Mata Pose, L.; Vázquez-Martul, D.; Martins dos Santos, E.; Fernández Rodríguez, E.; García del Arco, L.; Ponce Díaz, J. L.; Suárez Pascual, G.; Barbagelata López, A.; Chantada Abal, V.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Introducción y Objetivos

La nefrectomía parcial retroperitoneal asistida por robot (NPRR) ofrece varias ventajas en el tratamiento de tumores renales localizados, como un control arterial más rápido o un abordaje más anatómico al evitar la disrupción peritoneal. La posición lateral sigue siendo la estándar para la NPRR, pero puede resultar algo incómoda al abordar tumores muy posteriores y se ha descrito daño al plexo braquial. Las referencias sobre nefrectomías parciales retroperitoneales en decúbito prono en Europa son escasas. Gracias a nuestra experiencia previa en laparoscopia, desarrollamos la posibilidad de realizar un abordaje robótico retroperitoneal para tumores renales posteriores y mediales con pacientes en decúbito prono.

Materiales y Métodos

Esta cohorte incluyó a 5 pacientes consecutivos (una mujer y 4 hombres) sometidos a cirugía entre mayo y septiembre de 2025 con diagnóstico previo de tumor renal en estudios de imagen. Se decidió realizar la NPRR en decúbito prono debido a la localización muy posterior de las lesiones. Las puntuaciones R.E.N.A.L. de los tumores se situaban entre 7 y 9. La edad de los pacientes osciló entre 59 y 74 años. Los pacientes se colocaron en decúbito prono (jack knife) tomando como referencia las últimas costillas, los músculos paravertebrales y las crestas ilíacas. Se colocaron tres trócares robóticos alineados debajo de la duodécima costilla y se colocó un puerto de asistencia entre ellos. Se utilizó un balón de disección para crear espacio retroperitoneal a través de la primera incisión, debajo de la punta de la duodécima costilla.

Resultados

Todas las cirugías se completaron sin conversión, con los pacientes en decúbito prono. Los tiempos quirúrgicos oscilaron entre 90 y 120 minutos, con isquemias calientes inferiores a 24 minutos en todos los casos (8-22); en un caso se realizó un clampaje selectivo por ERC. El sangrado intraoperatorio fue inferior a 150 cc en todas las cirugías. No se dejó drenaje en ningún caso y las estancias fueron inferiores a 72 horas (48-68). No se reportaron complicaciones perioperatorias y todos los casos se confirmaron como carcinomas renales con márgenes quirúrgicos negativos.

Conclusiones

La NPRR puede realizarse con seguridad en decúbito prono, lo que la convierte en una opción a considerar que podría facilitar la disección y sutura en casos de tumores muy posteriores.

V11 - NEFRECTOMÍA PARCIAL ROBÓTICA COMPLEJA

Sendín Martín, R.; Medina González, A.; Zarranonandia Andraca, A.; González Dacal, J.; Fandiño Argibay, A.; Plaza Alonso, C.; Ruibal Moldes, M.

Suturo Cirugía Urológica

Introducción

La nefrectomía parcial es actualmente el tratamiento de referencia para tumores renales cT1a. Su papel pudiera llegar a ser comprometido suponiendo un debate en tumores cT2 o de masas complejas, sin embargo la preservación de la función renal frente a la realización de la nefrectomía radical siempre debería de tenerse en cuenta por los beneficios que podemos aportarle a los pacientes.

Objetivos

El objetivo es presentar una nefrectomía parcial en tumor complejo de gran tamaño.

Material y Método

Presentamos el caso de un hombre de 44 años que acude a consulta tras diagnóstico incidental de tumor renal izquierdo mediante ecografía. Tras realización de TC se visualizaba masa renal izquierda heterogénea de gran tamaño.

Resultados

Dada la edad del paciente, presentando importante patología concomitante y tras explicarle con claridad tanto los riesgos de la intervención como las altas opciones de tener que realizar nefrectomía radical se decide intento de realización de nefrectomía parcial robótica. El tiempo quirúrgico fue de 155 minutos con una isquemia de 33 minutos. Las pérdidas hemáticas durante la intervención fueron de menos de 100 cc. No fue preciso realizar transfusión, hemoglobina postoperatoria 14,7. El diagnóstico anatomopatológico fue de carcinoma cromóforo.

Conclusiones

La nefrectomía parcial es debería de tenerse en cuenta en tumores renales aunque presenten gran tamaño o sean casos complejos, ya que ofrecen un buen control oncológico pudiendo preservar el órgano sano. Para ello, el robot nos aporta innumerables ventajas durante la cirugía siendo la experiencia del cirujano el aspecto fundamental para poder obtener los mejores resultados y disminuir el riesgo de complicaciones.

V12 - TUMORECTOMIA RENAL DERECHA TRANSPERITONEAL DE RESCATE ASISTIDA POR ROBOT

Echeverría Cruz, C.; González Dacal, J. A.; Zarraonandia Andraca, A.; Ruibal Gago, L.; Sousa Iglesias, Á.; Siles Hinojosa, P.; Chaves Santamaría, M.; Núñez Otero, J. J.; Fernández Baltar, C.; Plaza Alonso, C.; Fernández Yáñez, A.; Novo Gómez, N.; López López, B.; Diaz Bermúdez, J.; Osorio Cabello, M. L.; Mosquera Seoane, L.; Rodríguez Núñez, H.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

Objetivos

Presentar la técnica quirúrgica y los resultados clínicos de una tumorectomía renal derecha transperitoneal asistida por robot de rescate tras cirugía renal conservadora previa.

Material y Métodos

Varón de 52 años con antecedente de TEP en tratamiento anticoagulante. El estudio inicial mediante TAC evidenció dos lesiones en la región posterior del riñón derecho, una de ellas sugestiva de tumor renal.

Se realizó tumorectomía renal derecha por vía retroperitoneal asistida por robot (diciembre 2025), con exéresis de una de las lesiones. El estudio anatomopatológico informó de lesión quística. El paciente presentó fuga urinaria postoperatoria, requiriendo colocación de catéter doble J y reingreso hospitalario. Durante dicho ingreso, se realizó TC, que evidenció persistencia de masa renal sólida de 4,5 cm en región interpolar posterior, asociando colección retroperitoneal compatible con urinoma.

Ante la persistencia de lesión tumoral y en contexto de cirugía renal previa, se indicó tumorectomía renal derecha de rescate por vía transperitoneal asistida por robot.

Resultados

Se realizó abordaje transperitoneal con liberación renal en contexto de importante reacción inflamatoria y adherencias perirrenales. La localización tumoral se efectuó mediante ecografía intraoperatoria, realizándose enucleación completa de la lesión. El tiempo quirúrgico fue de 170 minutos, con un tiempo de isquemia de 35 minutos. El postoperatorio cursó favorablemente, con retirada precoz de drenaje y sonda vesical.

El paciente fue dado de alta al quinto día postoperatorio. La anatomía patológica informó de carcinoma de células claras, grado 2 (WHO/ISUP), pT1a, con márgenes quirúrgicos libres.

Conclusiones

La tumorectomía renal robótica de rescate es una técnica factible y segura en pacientes seleccionados, incluso en escenarios complejos con cirugía previa. La asistencia robótica facilita una disección precisa y resección completa, permitiendo adecuados resultados oncológicos y funcionales.

V13 - NEFRECTOMÍA PARCIAL DERECHA ROBÓTICA ASISTIDA. PROGRESIÓN DE LESIÓN QUÍSTICA PARAHILIAR.

Goicoechea Rey, M.; Montero Gómez, E.; Bianchi Stilman, R.; Antequera Granados, A.; Requeijo Cendán, A.; da Cruz Soage, N.; Iglesias Fresco, L.; Molinos Mayo, J.; Diz Gil, R.; Abeijón Piñeiro, C.; Montero Fabuena, R.; Pereira Beceiro, J.M.; González Blanco, A.A.; Bonelli Martín, C.; Rodríguez Alonso, A.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Introducción

Los tumores próximos al hilio renal representan un reto quirúrgico por el riesgo aumentado de lesión vascular y/o de la vía urinaria.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón 66 años con antecedentes de hipertensión, dislipemia y hematomas espontáneos en 2023. A seguimiento en urología por cáncer vesical no musculo-invasivo de alto riesgo desde 2025. Sin intervenciones quirúrgicas abdominales previas.

En UROTC diagnóstico, se objetiva dependiente de valva anterior en polo superior del riñón derecho una masa quística tabicada de 55*45mm compatible con quiste Bosniak IV. Renal Score: 8 puntos. Creatinina basal: 0.68 mg/dL (FGe >90).

Se propone nefrectomía parcial derecha robótica asistida.

Técnica Quirúrgica

Colocación de 4 trócares robóticos 8 mm, 12 mm para Airseal y 5mm para luxación hepática. Docking robótico. Decolación derecha y acceso a retroperitoneo. Identificación de vena cava y pedículo renal, compuesto por dos venas y dos arterias (se referencian de manera independiente con vessel loop). Identificación y exéresis de adenopatía parahiliar. Disección de grasa renal e identificación de masa quística en valva anterior de polo superior del riñón, muy próxima a hilio. Dada su localización retrohiliar, se hace necesaria la luxación renal total para continuar liberación de borde medial.

Clampaje selectivo de arteria más craneal. Exéresis de quiste renal con disección roma y tijera.

Renorrafia interna incluyendo vía urinaria con dos suturas continuas de Monocryl 2/0.

Renorrafia externa con sutura barbada 2/0.

Se desclampa sin evidencia de sangrado significativo. Recolocación renal y sujeción del mismo a fascia de Gerota con sutura barbada 2/0.

Tiempo de isquemia: 13 minutos y 9 segundos. Tiempo quirúrgico: 140 minutos.

Creatinina postquirúrgica:

Anatomía patológica: carcinoma renal de células claras pT1a (2,9cm diámetro máximo), bajo grado, sin márgenes quirúrgicos. NO.

Postoperatorio sin incidencias, pérdida de 1.5ng/mL de hemoglobina. Creatinina postquirúrgica: 1.06mg/dL.

Estancia hospitalaria: 4 días.

Conclusiones

La luxación renal total puede hacerse necesaria para el abordaje de lesiones renales retrohiliares. La experiencia quirúrgica es esencial para evitar complicaciones operatorias.

V14 - TUMORECTOMÍA HILIAR DERECHA LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR DA VINCI EN TUMOR cT1b

Fernández Rodríguez, E.; Ponce Díaz-Reixa, J.; García del Arco, L.; Delgado García, E.; González Manso, A.; Martins Dos Santos, E.F.; Díaz Pedrouzo, A.; Mata Pose, L.; León, N.; Núñez Serrano, C.; Vazquez-Martul Pazos, D.; Barbagelata López, A.; Martínez Breijo, S.; Suárez Pascual, G.; Rodríguez Gómez, I.; Chantada Abal, V .
Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

Introducción

El tratamiento del carcinoma de células renales pT1b, debe equilibrar el control oncológico con la máxima preservación de nefronas. La nefrectomía parcial se ha consolidado como el tratamiento de elección cuando es factible, al demostrar resultados oncológicos equiparables a la nefrectomía radical y un beneficio funcional significativo, con menor riesgo de progresión a enfermedad renal crónica y mejores resultados metabólicos y cardiovasculares a largo plazo.

La cirugía robótica ha supuesto un avance respecto a la laparoscopia convencional, aportando mejoría en la visión, mayor precisión y estabilidad durante la sutura, lo que facilita la resección tumoral y la reconstrucción renal en escenarios complejos. Estas ventajas son especialmente relevantes en tumores de localización hiliar, donde la mínima distancia entre el tumor y el pedículo renal incrementa el riesgo de hemorragia, fístulas urinarias y márgenes quirúrgicos positivos, esta intervención implica retos técnicos significativos,

En este trabajo se presenta un caso de nefrectomía parcial robótica transperitoneal para un tumor pT1b de localización hiliar, destacando los pasos críticos de la técnica y la contribución del abordaje robótico para optimizar seguridad, precisión y resultados funcionales en tumores de alta complejidad anatómica.

Material y Métodos

Se presenta el caso de un varón de 43 años sin antecedentes personales relevantes con hallazgo incidental en Ecografía de una tumoración de 7 cm en el hilio renal. Se solicita TAC en el que se visualiza un desplazamiento de los vasos del hilio renal y vasos segmentarios. Renal Score 11. Sin adenopatías ni trombosis venosa. Se decide realizar nefrectomía parcial asistida por robot Da Vinci.

Resultados

La intervención se lleva a cabo sin incidencias. La anatomía patológica confirma la presencia de un carcinoma renal de células claras de 6,5 cm con bordes de resección libres. Tiempo de isquemia caliente: 25 minutos. No se reportaron complicaciones postoperatorias, el paciente fue dado de alta tras cuatro días de ingreso. Adecuada preservación de función renal en analítica de control.

Conclusiones

La nefrectomía parcial constituye una opción factible y segura incluso en tumores de localización hiliar, pese al reto técnico que supone. En este caso se consiguió una resección completa con bordes quirúrgicos negativos, sin incidencias postoperatorias y con preservación funcional renal. Esto refuerza la eficacia de la técnica en tumores pT1b con localización compleja y subraya la importancia de individualizar el tratamiento.

V15 - NEFRECTOMÍA PARCIAL IZQUIERDA ASISTIDA POR ROBOT DA VINCI EN TUMOR pT2

Fernández Rodríguez, E.; Vazquez Martul Pazos, D.; García del Arco, L.;
Martins Dos Santos, E.; Díaz Pedrouzo, A.; Mata Pose, L.; León, L.; Núñez Serrano, C.;
Delgado García, E.; González Manso, A.; Ponce Díaz-Reixa, J.; Barbagelata López, A.;
Martínez Breijo, S.; Suárez Pascual, G.; Rodríguez Gómez, I.; Chantada Albal, V.
Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

Introducción

La nefrectomía parcial en tumores renales pT2 debe considerarse en pacientes con tumores renales bilaterales, monorrenos o con enfermedad renal crónica, siempre y cuando sea factible técnicamente y se pueda preservar un volumen de parénquima suficiente para mantener una función renal adecuada. En estos escenarios, la preservación de nefronas es crucial para evitar la progresión de la enfermedad renal y reducir la morbimortalidad cardiovascular asociada. El tamaño y localización de estos tumores es un factor limitante para la realización de esta cirugía, sin embargo, ha experimentado un notable avance gracias a la cirugía robótica.

La evidencia actual sobre el tratamiento óptimo para estos tumores es limitada, con una adecuada selección de pacientes la nefrectomía parcial puede ofrecer resultados funcionales y oncológicos similares a la radical, con baja tasa de complicaciones intraoperatorias y un perfil aceptable de complicaciones postoperatorias, así como tiempos de isquemia dentro de rangos seguros y recurrencias poco frecuentes en el seguimiento temprano.

Material y métodos

Se presenta el caso de un varón de 69 años que presenta como hallazgo incidental en TAC una masa renal en el polo inferior del riñón izquierdo, exofítica de 8x7,5x10,7cm, que se extiende hacia el seno renal contactando con el cáliz menor del grupo inferior, puntuación renal Score 8x. En RM abdominal, presenta hallazgos altamente sugestivos de carcinoma renal. Como antecedente personal relevante el paciente presenta una enfermedad renal crónica estadio 3a. En este contexto se decide realizar Nefrectomía parcial izquierda asistida por Da Vinci. Se realiza abordaje transperitoneal con el paciente en decúbito lateral derecho. Dada apertura incidental de la vía urinaria durante la intervención se deja drenaje Blake en lecho quirúrgico.

Resultados

La intervención transcurre sin incidencias, con una duración de 140 minutos, con tiempo de isquemia caliente de 23 minutos. No se reportaron complicaciones postoperatorias, siendo dado de alta a los tres días. La anatomía patológica confirma la presencia de un carcinoma renal papilar de bajo grado limitado a riñón, sin invasión linfovascular y con bordes quirúrgicos libres. No presenta deterioro de la función renal respecto a análisis previos.

Conclusiones

La nefrectomía parcial robótica izquierda para un tumor renal pT2 demostró ser una opción segura y eficaz en este caso, obteniéndose una resección completa y con preservación de la función renal en un paciente que previamente presentaba ERC. Esto refuerza la viabilidad de esta intervención para tumores pT2 cuando son tratados en centros con experiencia, confirmando que puede ofrecer un adecuado control oncológico sin comprometer la seguridad ni la función renal.

V16 - NEFRECTOMÍA PARCIAL DERECHA ROBÓTICA ASISTIDA CON CLAMPAJE SELECTIVO EN TUMOR PRÓXIMO AL HILIO RENAL

Montero Gómez, E.; Bianchi Stilman, R.; Goiecochea Rey, M.; Antequera Granados, A.; Requeijo Cendán, A.; Fresco Iglesias, L.; da Cruz Soage, N.; Molinos Mayo, J.; Abeijón Piñeiro, C.; Diz Gil, R.; Montero Fabuena, R.; Pereira Beceiro, J.; González Blanco, A.; Bonelli Martín, C.; Rodríguez Alonso, A.
Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Introducción

Los tumores próximos al hilio renal representan un reto quirúrgico por el riesgo aumentado de lesión vascular y/o de la vía urinaria.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón 80 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, dislipemia y adenocarcinoma de próstata de riesgo intermedio tratado con prostatectomía radical en 2004. No otras intervenciones. IMC 27,3.

Hallazgo casual en TAC de lesión heterogénea de 38*45*33 mm en valva anterior del polo inferior del riñón derecho, parcialmente exofítica y con compromiso del seno renal. Creatinina basal: 0,97 mg/dL (FGe 71).

Se propone nefrectomía parcial derecha robótica asistida tras explicar la probabilidad de reconversión a nefrectomía radical.

Técnica Quirúrgica

Colocación de 4 trócares robóticos 8 mm, 12 mm para Airseal y 5mm para luxación hepática. Docking robótico. Decolación derecha y acceso a retroperitoneo. Identificación de vena cava y pedículo renal, compuesto por 2 arterias y una vena, se referencian de manera independiente con vessel loop. Disección de grasa renal e identificación de masa renal en valva anterior del polo inferior muy próxima al hilio.

Clampaje selectivo de arteria más caudal. Tumorectomía con disección roma y tijera, ligadura de arterias en lecho con hem-o-locks y vena con Monocryl 2/0.

Lesión en vena polar inferior que se repara mediante sutura con Prolene 3/0. Renorrafia interna incluyendo vía urinaria con Monocryl 2/0. Renorrafia externa con sutura barbada.

Se desclampa sin evidencia de sangrado significativo.

Tiempo de isquemia: 24 minutos. Tiempo quirúrgico: 105 minutos.



VIDEOS

Creatinina postquirúrgica: 0,79 mg/dL (FGe > 90).

Anatomía patológica: carcinoma renal cromóforo pT1b (4,8cm diámetro máximo).

Contacto con margen de resección parenquimatoso.

Durante primer día postoperatorio el paciente presenta hipotensión y anemización que precisa soporte vasoactivo. Se solicita TAC urgente, identificando sangrado activo de la arteria epigástrica derecha. Se realiza hemostasia laparoscópica urgente y extracción de coágulos.

Estancia hospitalaria: 6 días.

Conclusiones

La nefrectomía parcial en tumores endofíticos y próximos al hilio renal constituye un reto quirúrgico. La experiencia quirúrgica es esencial para evitar complicaciones operatorias.

V17 - EXPERIENCIA INICIAL CON PLATAFORMA ROBÓTICA EDGE MP 1000/OMNIBOT EN CIRUGÍA UROLÓGICA

Filigrana Valle, C.; Escudero, A; Schalper, M; Hinrichs, A; Marchant, F; Canales, R; Orellana Sepúlveda, S.

Clínica Las Condes, Santiago de Chile

Introducción

La cirugía robótica ha transformado el abordaje quirúrgico mínimamente invasivo en urología, ofreciendo mayor precisión y ergonomía, manteniendo los mismos beneficios de la cirugía laparoscópica convencional. La plataforma EDGE MP 1000 representa una nueva alternativa tecnológica recientemente introducida en Chile. El objetivo de este estudio es presentar la experiencia inicial con la implementación del sistema EDGE MP 1000 en procedimientos urológicos realizados en el país. Cabe destacar que esta tecnología también ha comenzado a introducirse recientemente en Europa, incluyendo España, donde ya se han llevado a cabo los primeros casos clínicos. En este contexto, la presente serie adquiere especial relevancia al aportar una de las primeras experiencias clínicas publicadas con esta plataforma, contribuyendo al conocimiento inicial sobre su desempeño y seguridad.

Material y Métodos

Se realizó un análisis de una serie de 22 pacientes sometidos a cirugías urológicas con el sistema robótico EDGE MP 1000 entre abril y septiembre de 2025. Los procedimientos incluyeron: 10 nefrectomías parciales (45,5%), 8 prostatectomías radicales (36,3%), 2 nefrectomías radicales (9,1%), 1 cistectomía radical (4,5%) y 1 pieloplastia (4,5%). Se registraron variables demográficas, clínicas, operatorias y postoperatorias.

Resultados

La media de edad de los pacientes fue de 60.5 años. El tiempo operatorio medio fue de 163 minutos, con un sangrado estimado de 103 ml. No se requirieron conversiones a cirugía abierta ni laparoscópica en ninguno de los casos. La mediana de estancia hospitalaria fue de 2 días. En el seguimiento a 30 días, se reportó 1 complicación Clavien-Dindo grado I (4,5%) y 1 reingreso hospitalario (4,5%). No se reportó mortalidad perioperatoria. En relación al desempeño técnico, se reportó un caso



VIDEOS

[4,5%] de falla irrecuperable que requirió reiniciar el sistema. En el 95,5% de los casos no se reportaron fallas.

Conclusiones

La introducción de la plataforma robótica EDGE MP 1000 en Chile ha demostrado ser factible y segura, con resultados perioperatorios comparables a lo reportado con otras plataformas. Este reporte constituye la primera experiencia nacional publicada con la plataforma robótica Omnibot y sienta las bases para futuros estudios con mayor número de casos y seguimiento a largo plazo.

V18 - ABORDAJE PERCUTÁNEO DE LITIASIS EN PACIENTE CON DERIVACIÓN URINARIA TIPO MITROFANOFF.

Goiri Noguera, A.E.; Sánchez García, J.F.; Trujillo Marín, M.; Castro Jul, M.; Moledo Lamela, M.; Bellas Pereira, A.; López García, S.; Almúster Domínguez, S.; Pérez Schoch, M.; Sánchez Ramos, J.; Rodríguez Iglesias, B; Cespón Outeda, E.
Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

Introducción

Las derivaciones urinarias continentes, como el conducto de Mitrofanoff o apendicovesicostomía, se asocian a un mayor riesgo de litiasis renales y vesicales debido al estasis urinario, infecciones recurrentes y alteraciones metabólicas. El tratamiento endourológico en estos pacientes representa un desafío por la dificultad del acceso retrógrado.

Objetivos

1. Describir el abordaje percutáneo como alternativa terapéutica para el tratamiento de litiasis vesicales en pacientes con derivación urinaria tipo Mitrofanoff.
2. Evaluar la seguridad y viabilidad técnica del procedimiento percutáneo evitando el acceso retrógrado y la manipulación del conducto de Mitrofanoff con instrumentos rígidos.
3. Contribuir a la estandarización de la técnica, aportando evidencia y experiencia clínica en el manejo endourológico de pacientes con derivaciones urinarias complejas.

Materiales y Métodos

Presentamos el caso de un paciente varón de 44 años intervenido en la infancia por extrofia vesical con derivación urinaria tipo Mitrofanoff al que se le diagnostican por TAC múltiples litiasis vesicales y renales. Se plantea un abordaje percutáneo de las litiasis vesicales (en un primer tiempo) dada imposibilidad de acceso por vía retrógrada.

Resultados

Paciente en posición decúbito supino, se introduce cistoscopio flexible a través de Mitrofanoff y se procede a realizar punción suprapúbica ecoguiada para introducción de guía de seguridad, siempre bajo visión directa con el cistoscopio flexible. Dilatación del trayecto hasta un calibre de 18FR para permitir el paso de vaina minipercutánea.



VIDEOS

Realización de lásertricia con fibra de 550 micras y extracción de fragmentos con evacuador de Elik y cesto de nitinol. Se evita en todo momento el paso de materiales rígidos a través del Mitrofanoff.

Conclusiones

Existe poco material audiovisual y poca estandarización de técnicas de abordaje percutáneo en pacientes con derivaciones urinarias complejas. El abordaje percutáneo en estos pacientes permite minimizar las complicaciones asociadas a la manipulación del conducto de Mitrofanoff.

V19 - ANASTOMOSIS TÉRMINO-TERMINAL URETRAL DIFERIDA TRAS DISRUPCIÓN URETRAL COMPLETA SECUNDARIA A FRACTURA PÉLVICA: PRESENTACIÓN DE VIDEO QUIRÚRGICO

Fernández Duque, A.; Garrido Darriba, A.; Tarrio Vecino, M.; Wrzeszczynska, M.; Martínez Corral, R.; Garcia Freire, C.; Saavedra Golán, A.; Tato Rodríguez, J.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

Introducción

El daño uretral por fractura pélvica suele ser secundario a traumas pélvicos de alta energía, asociando inestabilidad pélvica y daño concomitante, precisando un manejo multidisciplinario. Dentro del manejo precoz, se incluye la colocación de sonda suprapúbica. El tratamiento de primera elección para la disrupción uretral sigue siendo la reparación diferida, aunque existen nuevas tendencias enfocadas al tratamiento precoz [24-96 horas] como el realineamiento uretral primario.

Objetivo

Presentar el caso clínico de un paciente varón con disrupción uretral completa secundaria a un traumatismo pélvico complejo. A través de un video, se intenta mostrar tanto el caso clínico como la intervención realizada en dicho paciente, consistiendo en una uretroplastia termino-terminal diferida.

Material y Métodos:

Se presenta el caso de un varón de 52 años, sin antecedentes relevantes, atendido de urgencia el 14/09/24 tras sufrir un traumatismo por caída accidental desde una altura de 2 metros. El paciente presentaba fractura pélvica multifragmentaria de ambas ramas iliopúbicas y acetábulo posterior, así como fractura ligeramente desplazada de ambas ramas isquiopúbicas. Asociaba disrupción completa de uretra bulbar (AAST IV-V), precisando colocación de sonda suprapúbica. Intervenido el 23/09/24 por Traumatología para osteosíntesis de fracturas pélvicas.

El 17/06/2025 se realiza la reconstrucción uretra a través de un abordaje perineal, realizar anastomosis termino-terminal de uretral. Fue preciso la disección uretral desde uretra peneana media hasta nivel bulbar llegando al borde inferior del pubis, respetándolo. Se realizó cistoscopia anterógrada a través del trayecto suprapúbico para identificar el trayecto de uretra proximal, observándose cierre completo de la luz

uretral inmediatamente distal al vérum prostático. El extremo proximal uretral fue seccionado guiado por la luz cistoscópica y la exposición de una guía coaxial. Finalmente, se realizó liberación uretral bilateral para la movilización y la aproximación de ambos cabos uretrales para la posterior anastomosis término-terminal mediante sutura directa con puntos sueltos.

Resultados

El realineamiento uretral fue satisfactorio, permitiendo una anastomosis sin tensión y el paso de una sonda vesical 20Ch. El video muestra de forma detallada los puntos anatómicos clave y los pasos técnicos fundamentales para la reconstrucción uretral en este contexto.

Conclusiones

La anastomosis término-terminal uretral diferida sigue siendo el tratamiento de 1º elección en los pacientes con disrupción completa uretral y poca distancia entre los extremos. El abordaje perineal, combinado con el acceso suprapúbico, permite un realineamiento más seguro y una reconstrucción anatómica adecuada.

V20 - LESIÓN URETRAL COMPLEJA: REPARACIÓN CON MUCOSA ORAL

Fandiño Argibay, A.; Orlandi, W.; Campanario Pérez, R.; Sendín Martín, R.;
Medina González, A.; Plaza González, C.; Zarraonandía Andraca, A.; González Dacal, J.;
Ruibal Moldes, M.

SUTURO

Las estenosis ureterales complejas representan un reto quirúrgico para el Urólogo. La etiología, localización, longitud son factores que definen su complejidad y por lo tanto la dificultad quirúrgica.

El conocimiento de las diferentes alternativas así como de los principios que determinan el éxito de la cirugía son esenciales para lograr óptimos resultados.

En lesiones de uréter medio, largas constituyen un subgrupo de mayor complejidad. En ocasiones se requieren recurrir a injertos para solventar la lesión ureteral.

Presentamos un vídeo de un ureteroplastia robótica con injerto de mucosa oral en un paciente con estenosis de uréter medio de 5 cm de longitud secundario a litiasis y varias ureteroscopias fallidas.

V21 - URETROPLASTIA CON INJERTO DE MUCOSA ORAL Y ABORDAJE PENOESCROTAL EN ESTENOSIS PENEANA DISTAL.

Mata Pose, L.; Bohorquez Cruz, M.; León, N. M.; Fernández Rodríguez, E.;
García del Arco, L.; Díaz Predrouzo, A.; Martins do Santos, E.; González- Manso, A.;
Delgado García, E.; Ponce Díaz-Reixa, J. L.; Chantada Abal, V.
Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Introducción

Las estenosis uretrales post-hipospadias representan un desafío reconstructivo particular debido a la fibrosis, distorsión anatómica y pobre vascularización tisular. La uretroplastia con injerto de mucosa oral y abordaje peno-escrotal es una alternativa quirúrgica eficaz para el manejo de este tipo de estenosis. Las ventajas reportadas por esta técnica incluyen un menor tiempo quirúrgico, menor sangrado intraoperatorio, estancia hospitalaria corta y menores tasas de complicaciones en comparación con otras técnicas.

Material y Métodos

Presentamos el caso de un varón de 29 años con trastorno del espectro autista intervenido de hipospadias en la infancia. Acude a consulta con una CUMS donde se evidencia una estenosis de al menos 2 cm de uretra peneana. Se decide realizar una uretroplastia con injerto de mucosa oral hasta meato uretral y abordaje penoescrotal en un tiempo.

Resultados

El paciente es dado de alta al día siguiente tras la intervención quirúrgica con sonda vesical durante 3 semanas. Como única incidencia, en el séptimo día postoperatorio, el paciente acude a Urgencias por sección completa accidental de sonda vesical. Se decide recambio de sonda vesical ese mismo día. Posteriormente, tras retirada de sonda vesical el paciente se muestra satisfecho con el calibre miccional y con una flujometría con un Qmax de 19.



VIDEOS

Conclusiones

La técnica de uretroplastia con injerto de mucosa oral y abordaje penoescrotal representa una opción reconstructiva eficaz para estenosis uretrales penianas cortas secundarias a cirugía de hipospadias. En pacientes neurodivergentes se debería prestar especial atención a la adecuada comprensión y aprendizaje de los cuidados postoperatorios de cara a optimizar los resultados.

V22 - URETROPLASTIA COMBINADA EN UN SOLO TIEMPO EN PACIENTE CON COLGAJO PREVIO

Martins Dos Santos, E. F.; Bohórquez Cruz, M. A.; Vázquez-Martul Pazos, D.; Díaz Pedrouzo, A.; González-Manso Rodríguez, A.; Delgado García, E.; García del Arco, L.; Fernández Rodríguez, E.; León, N.; Mata Pose, L.; Núñez Serrano, C.; Chantada Abal, V.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

Objetivos

Mostrar la técnica y resultados quirúrgicos en dos estenosis sincrónicas, una bulbar proximal de novo y la otra sobre colgajo previo prepucial en uretra peneana.

Material y Métodos

Varón de 48 años con antecedentes de estenosis uretral peneana distal tratada previamente mediante meatoplastias y dilataciones sin éxito, realizándose posteriormente una uretroplastia con colgajo pediculado de prepucio.

En el seguimiento, el paciente presenta empeoramiento del flujo urinario. La cistoscopia tras dilatación de uretra peneana evidencia estenosis bulbar proximal no franqueable. La cistografía retrógrada confirma una estenosis anular en la unión bulbo-membranosa.

Por abordaje perineal se realiza uretroplastia termino-terminal sobre estenosis proximal mediante abordaje ventral con conservación de esponjoso y la estenosis distal se trata utilizando injerto de mucosa oral en posición dorso-lateral.

Resultados

El procedimiento se completó sin incidencias intraoperatorias. No se registraron complicaciones inmediatas. El paciente fue dado de alta a las 48 horas con una evolución favorable, sin presencia de dolor refractario a analgesia convencional. Se mantuvo sonda vesical 12 CH durante 3 semanas.

Conclusiones

La realización de uretroplastias sincrónicas es posible y reproducible incluso en estenosis uretrales complejas recidivadas permitiendo tratar simultáneamente varios segmentos estenóticos.

V23 - VARIANTE TÉCNICA DE HOLEP EN BLOQUE: ABORDAJE APICAL ANTERIOR PRECOZ

Altez Fernández, C. ; Fernández Rodríguez, E.; Orosa Andrada, A.; Aller Rodríguez, M.; Bohorquez Cruz, M.; Mosquera Seoane, T; Freire Calvo, J.; Novoa Martín, R.; Ponce Díaz-Reixa, J. L.; Chantada Abal, V.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Objetivos

Presentar el paso a paso de una variante de la enucleación prostática con láser holmium (HoLEP) en bloque. Esta modificación optimiza la fase inicial de la técnica: tras el marcaje anatómico de la "línea blanca", se profundiza selectivamente a nivel del ápex anterior hasta identificar la cápsula prostática. Este acceso temprano facilita la disección del plano capsular y asegura la liberación precoz del complejo esfinteriano, minimizando su tracción mecánica.

Material y Métodos

Como respaldo a esta técnica, presentamos un estudio bicéntrico, observacional y retrospectivo de 49 pacientes intervenidos por un mismo cirujano. Se evaluaron variables quirúrgicas y funcionales. La eficacia se midió mediante IPSS, flujometría (Qmax), incontinencia transitoria y grado de satisfacción, con un seguimiento medio de 5.0 ± 2.8 meses.

RESULTADOS DE LA SERIE (N=49)

Para un volumen prostático medio de 86.1 ± 30.0 cc, la mediana del tiempo operatorio global fue de 120 min con un tejido enucleado de 58.4 g. Se logró una recuperación ultrarrápida: retirada de sonda a los 2 días y alta hospitalaria en 24 horas (medianas). El 89.8% cursó sin complicaciones (10.2% de complicaciones tempranas: Clavien-Dindo I [n=2], II [n=2] y IVa [n=1]).

Funcionalmente, el IPSS medio se redujo de 19.3 a 5.0, y el Qmax mejoró de 9.2 a 20.3 ml/s. Al minimizar el trauma esfinteriano, la incontinencia transitoria temprana se limitó a un 8.16% (4/49), logrando que un 87.2% de los pacientes se declaren "muy satisfechos" o "encantados".

Caso Clínico Del Vídeo

- **Paciente:** Varón de 68 años con síntomas del tracto urinario inferior (STUI) moderados.
- **Datos preoperatorios:** Volumen prostático de 70 gramos , IPSS 15, PSA de 2.1 ng/ml. Qmax preoperatorio: 7ml/s
- **Datos quirúrgicos:** Tiempo operatorio de 75 minutos.
- **Equipamiento:** Láser Holmium de 70 W Richard Wolf® [configuración de enucleación: 2 J x 30 Hz] y Morcelador Piranha® de Richard Wolf.

Conclusiones

La técnica de HoLEP en bloque con abordaje apical temprano de la cápsula anterior es un procedimiento seguro y reproducible. Garantiza una excelente desobstrucción anatómica mientras prioriza evitar la tracción del esfínter, lo que se traduce en una mínima tasa de incontinencia transitoria y viabiliza la estancia hospitalaria de 24 horas.

V24 - HOLEP EN LA PRÁCTICA REAL: ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA FRENTE A LA ADVERSIDAD

García del Arco, L.; Bohórquez Cruz, M.; Aller Rodríguez, M.; Altez Fernández, C.; Díaz Pedrouzo, A.; Martins dos Santos, E.; Fernández Rodríguez, E.; Delgado García, E.; González-Manso, A.; Mata Pose, L.; León, N.; Ponce Díaz-Reixa, P.; Chantada Abal, V.
Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Objetivos

Demostrar la eficacia y seguridad de la enucleación prostática con láser de holmio (HoLEP) en próstatas de gran volumen. Asimismo, poner en valor la práctica quirúrgica real, resaltando la capacidad del urólogo para afrontar incidencias intraoperatorias ajenas a su actividad y mantener resultados óptimos.

Material y Métodos

Varón de 76 años con síntomas del tracto urinario inferior. Flujometría con micción en dos tiempos y residuo postmiccional elevado (hasta 600 ml). Ecografía abdominal: próstata de 267 cc, sin otras alteraciones.

Se realiza HoLEP empleando fibra láser de 550 μm , se realiza enucleación en bloque respetando verumontanum y esfínter uretral. Posteriormente, morcelación mediante nefroscopio y morcelador Piraña

El procedimiento se ve condicionado por incidencias técnicas relevantes: personal nuevo de enfermería, defecto en la vaina externa del receptor que limita la visión del campo y falta del adaptador de la óptica del cable de luz. A pesar de estas limitaciones, se completa la enucleación de forma segura, manteniendo referencias anatómicas y adecuada hemostasia.

Resultados

Tiempo de enucleación: 70 minutos (2.5 J / 45 Hz). Morcelación (1400 rpm / 3.5 Hz) en 15 minutos, sin complicaciones.

Se coloca sonda vesical 22 Ch, con salida de orina clara al finalizar la cirugía. El paciente presenta evolución favorable, retirándose la sonda y siendo dado de alta al día siguiente con micción espontánea y orina clara.

Conclusiones

El HoLEP es una técnica eficaz, reproducible y segura incluso en próstatas de gran volumen. Este caso pone de manifiesto la importancia de la experiencia quirúrgica para adaptarse a incidencias intraoperatorias no dependientes del cirujano, permitiendo completar el procedimiento con éxito. Asimismo, destaca el esfuerzo de los urólogos en el entorno quirúrgico real, donde factores externos pueden condicionar la intervención sin comprometer los resultados clínicos.

V25 - RESOLUCIÓN ROBÓTICA DE FÍSTULA VESICO-UTERINA

Fandiño Argibay, A.; Sendín Martín, R.; Medina González, A.; Zarraonandía Andraca, A.; González Dacal, J.; Plaza Alonso, C.; Ruibal Moldes, M.

SUTURO

Durante procedimientos ginecológicos pueden presentarse complicaciones urológicas. Lesiones ureterales o vesicales pueden suceder con cierta frecuencia durante cirugías uterinas, ováricas, o cesáreas.

El Urólogo debe tener conocimiento y recursos para resolver dichas lesiones tanto si se detectan en la propia cirugía como si se desarrollan más tardíamente.

Menos habituales son las lesiones vesicales durante los partos vaginales.

Presentamos el caso de una paciente que tras parto instrumental vaginal, comienza con importante pérdidas de orina siendo diagnosticada de fístula vesico-vaginal. No resolución del cuadro tras tratamiento conservador con sonda vesical.

En estudios de imagen posteriores se aprecia paso de contraste de vejiga a vagina y cavidad uterina.

Presentamos el vídeo de reparación robótica de una fístula vesico-uterina.

V26 - DIVERTICULECTOMIA VESICAL ASISTIDA POR ROBOT

Echeverría Cruz, C.; Fernández Baltar, C.; Ruibal Gago, L.; Sousa Iglesias, Á.; Siles Hinojosa, P.; Chaves Santamaría, M.; Núñez Otero, J. J.; Zarraonandia Andraca, A.; González Dacal, J. A.; Plaza Alonso, C.; Fernández Yáñez, A.; Novo Gómez, N.; López López, B.; Diaz Bermúdez, J.; Osorio Cabello, M. L.; Mosquera Seoane, L.; Rodríguez Núñez, H.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

Objetivos

Presentar el caso, la técnica quirúrgica y los resultados clínicos de un caso de diverticulectomía vesical asistida por robot en un paciente diagnosticado de un divertículo de gran tamaño.

Material y Métodos

Varón de 57 años, derivado a consultas externas por hallazgo incidental de divertículo vesical. En el TAC se visualiza vejiga lateralizada con gran divertículo de 18 x 10cm. En EUD se evidencia RPM de 2 litros con obstrucción infravesical, detrusor contráctil y volumen prostático de 27cc, por lo que se decide realización de ITUP con diverticulectomía asistida por robot.

Resultados

La intervención tuvo una duración de 190 minutos. Se realizó tiempo endoscópico con ITUP y tutorización de divertículo con guía y de uréter derecho con catéter mono J. En el tiempo robótico, se localiza y disecciona el divertículo en su totalidad, con cierre de defecto posterior. El postoperatorio fue de 72 horas, sin incidencias. La flujometría a los 4 meses demostró una excelente calidad miccional.

Conclusiones

La diverticulectomía robótica es una alternativa segura y eficaz en el manejo del divertículo vesical de gran tamaño. Una adecuada valoración preoperatoria, que incluya el estudio urodinámico y las pruebas de imagen, resulta fundamental para identificar patología obstructiva asociada y planificar un tratamiento integral, permitiendo la realización concomitante de procedimientos desobstructivos.

Palabras clave

Cirugía robótica, diverticulectomía, estudio urodinámico, cirugía combinada.

V27 - LINFADENECTOMÍA ILIOBTURATRIZ BILATERAL DURANTE PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA: ESTANDARIZACIÓN DE UNA TÉCNICA ESENCIAL

Vilariño Sobrado, A.; Iglesias Alvarado, J. R.; Naveiro Flores, A.; Arnejo Pereiro, C.; Rodríguez Molina, D.; Hernández Calama, E.; Morillas de Diego, M.; Casas Nebra, F. J.
Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario Lucus Augusti, Lugo

Objetivos

Mostrar de forma sistemática la técnica de linfadenectomía iliobturatriz bilateral durante la prostatectomía radical robótica, resaltando los límites anatómicos, los principios técnicos de la disección y los puntos críticos que permiten realizar una linfadenectomía completa, segura y reproducible. Asimismo, se pretende subrayar la importancia de ejecutar de forma rigurosa los pasos fundamentales de la cirugía oncológica, frecuentemente presentes en la práctica diaria pero a veces eclipsados por la atención a innovaciones técnicas.

Material y Métodos

Se presenta el vídeo de una prostatectomía radical asistida por robot con linfadenectomía iliobturatriz bilateral en un paciente con adenocarcinoma de próstata localizado y riesgo alto de afectación ganglionar. El procedimiento se realiza mediante abordaje transperitoneal. El vídeo ilustra de manera estructurada los pasos clave de la disección linfática, incluyendo la exposición de la vena ilíaca externa, la identificación y preservación del nervio obturador y la movilización completa del paquete linfático obturador. Se enfatizan los límites anatómicos clásicos de la linfadenectomía (arteria ilíaca común, ganglio de Cloquet, nervio genitofemoral, nervio obturador, arteria umbilical) y los aspectos técnicos que facilitan una disección precisa y hemostática.

Resultados

El vídeo pone de manifiesto los hitos anatómicos y los planos de disección necesarios para una linfadenectomía adecuada, destacando maniobras técnicas que permiten optimizar la seguridad del procedimiento y la integridad de las estructuras nobles. Se muestra una disección meticulosa y completa del territorio obturador, con adecuada identificación y preservación del nervio obturador.



VIDEOS

Conclusiones

La linfadenectomía iliobturatriz sigue siendo un componente fundamental de la prostatectomía radical robótica en pacientes seleccionados. La estandarización técnica y la atención a los principios básicos de la disección quirúrgica continúan siendo determinantes para una correcta estadificación ganglionar y para mantener altos estándares de calidad en cirugía urológica oncológica.

V28 - PRESERVACIÓN NEUROVASCULAR EN PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA: PASO A PASO

Fandiño Argibay, A.; Sendín Martín, R.; González Dacal, J.; Zarraonandía Andraca, A.; Medina González, M.; Ruibal Moldes, M.

SUTURO

La preservación de la potencia sexual representa un reto para los Urólogos, en los pacientes intervenidos de cáncer de próstata.

Actualmente se dan dos circunstancias que pueden mejorar estos resultados de potencia sexual. Por una lado el mejor conocimiento de las estructuras neurovasculares y su relación con la próstata. Por otro la precisión que nos permite alcanzar la cirugía robótica, incrementan las posibilidades de realizar una mejor preservación neurovascular.

Presentamos un vídeo de nuestra técnica de preservación neurovascular paso a paso durante una prostatectomía radical robótica.

V29 - URETERECTOMÍA DISTAL Y REIMPLANTE URETERAL DERECHO ROBÓTICO ASISTIDO POR ENDOMETRIOSIS PROFUNDA

Montero Gómez, E.; Bianchi Stilman, R.; Goiecochea Rey, M.; Antequera Granados, A.; Requeijo Cendán, A.; Fresco Iglesias, L.; da Cruz Soage, N.; Molinos Mayo, J.; Diz Gil, R.; Abeijón Piñeiro, C.; Montero Fabuena, R.; Pereira Beceiro, J.P.; González Blanco, A.A.; Rodríguez Alonso, A.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Introducción

La endometriosis ureteral es una rara pero significativa manifestación de la endometriosis profunda. La exéresis quirúrgica del implante y la terapia hormonal son los pilares terapéuticos.

Caso clínico

Mujer de 31 años sin antecedentes médicos de interés ni hábitos tóxicos.

Consulta por episodios recurrentes de hematuria macroscópica monosintomática y autolimitada desde hace un año.

Se realiza estudio con cistoscopia, ecografía abdominal y citología, sin hallazgos relevantes. En UROTAC, leve dilatación pielocalicial y ureteral derecha hasta su entrada en pelvis secundaria a posible cruce con vasos ováricos, sin poder descartar lesión ureteral. Se realiza control radiológico a los 3 meses, presentando empeoramiento de la dilatación (30mm) con lesión en uréter distal de 23*12*17mm compatible con carcinoma urotelial localmente avanzado, endometrioma o carcinoma de ovario. Creatinina 1,19 mg/dL (FGe 63).

Se realiza ureteroscopia diagnóstica derecha con hallazgo de lesión sólida ocupando la luz ureteral. Citología uréter distal: insatisfactoria. Anatomía patológica: compatible con endometriosis ureteral.

Se propone ureterectomía distal derecha y reimplante ureteral robótico asistido como opción terapéutica.

Técnica

Docking robótico. Apertura de peritoneo e identificación de uréter derecho. Disección caudal hasta anillo Waldeyer muy dificultosa por intensa fibrosis y masa ureteral.

Uso de ecógrafo endocavitario para identificación de límite proximal y distal del implante. Liberación craneal ureteral y de cara lateral derecha y anterior vesical para mayor movilización.

Sección de masa ureteral tras colocación de hem-o-lock. Se realiza anastomosis sin tensión en cúpula con dos hemisuturas de Maxon 4/0 y colocación de catéter JJ 4,8Ch.

Mecanismo antireflujo con sutura continua Monocryl 3/0.

Se toma muestra de área con intensa fibrosis a nivel periovárico derecho.

Tiempo quirúrgico: 180 minutos. Sangrado estimado: 150ml

Anatomía patológica: endometriosis ureteral, márgenes libres. Tejido periovárico sin hallazgos patológicos relevantes.

Creatinina postquirúrgica: 1,01 mg/dL. Pendiente de control radiológico.

Conclusiones

La endometriosis ureteral es una causa infrecuente de obstrucción ureteral e hidronefrosis. Es necesario una alta sospecha clínica para no demorar el diagnóstico y evitar la potencial pérdida de la unidad renal. La cirugía robótica y la ecografía endocavitaria son herramientas útiles en el tratamiento quirúrgico del implante.

V30 - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL ADENOCARCINOMA DE URACO: ONFALECTOMÍA + CISTECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA

Siles Hinojosa, P.; Plaza Alonso, C.; Novo Gómez, N.; Ruibal Gago, L.; Sousa Iglesias, Á.; Echeverría Cruz, C.; Rodríguez, Rivera, J.; Núñez Otero, J.; Chaves Santamaría, M.; González Dacal, J. A.; Zarraonandia Andraca, A.; Fernández Baltar, C.; López López, B.; Díaz Bermúdez, J.; Fernández Yáñez, A.; Osorio Cabello, M, L.; Mosquera Seoane, L.; Rodríguez Núñez, H.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

Introducción

El adenocarcinoma de uraco es una neoplasia infrecuente y de comportamiento agresivo, habitualmente diagnosticada en estadios localmente avanzados. El tratamiento quirúrgico con intención curativa se basa en la resección en bloque del uraco, ombligo y vejiga adyacente, asociando linfadenectomía pélvica en casos seleccionados. El abordaje laparoscópico permite reproducir los principios oncológicos de la cirugía abierta con menor morbilidad.

Objetivos

Describir los aspectos técnicos y los resultados perioperatorios de una onfalectomía asociada a cistectomía parcial laparoscópica para el tratamiento quirúrgico del adenocarcinoma de uraco.

Material y Métodos

Presentamos el caso de una mujer de 56 años, monorrena izquierda, con hallazgo incidental de masa supravesical en estudio ecográfico. El TC toracoabdominopélvico mostró una lesión quística con calcificaciones groseras, de 6,9 x 7 x 6,2 cm, localizada en la línea media anterior, sugestiva de adenocarcinoma de uraco. La RTU vesical confirmó la anatomía patológica. Se realizó onfalectomía asociada a cistectomía parcial laparoscópica.

Resultados

Tiempo quirúrgico total: 270 minutos. Estancia hospitalaria: 5 días. El postoperatorio inmediato transcurrió sin complicaciones. Alta con sonda vesical y retirada al mes tras cistografía. El estudio anatomopatológico confirmó un adenocarcinoma uracal



VIDEOS

subtipo mixto de 5,5 cm, con implante tumoral en plica vesical y afectación ganglionar bilateral clasificándose como pT3N2M0. El remanente umbilical fue negativo. En comité multidisciplinar se decide quimioterapia adyuvante con esquema FOLFOX.

Conclusiones

La onfalectomía combinada con cistectomía parcial laparoscópica constituye una alternativa mínimamente invasiva, segura y reproducible para el tratamiento del adenocarcinoma de uraco. Este abordaje permite una resección oncológica completa respetando los principios de la cirugía radical, reduce la morbilidad postoperatoria y facilita una recuperación precoz, siendo especialmente recomendable en centros con experiencia en cirugía laparoscópica avanzada.

Palabras clave: adenocarcinoma uraco, cistectomía parcial, onfalectomía, laparoscopia.

V31 - RESOLUCIÓN DE COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS EN CIRUGÍA PÉLVICA ASISTIDA POR ROBOT

Díaz Pedrouzo, A.; Vázquez-Martul, D.; Martins Dos Santos, F.E.; Delgado Garcia, E.; González-Manso Pedrosa, A.; García del Arco, L.; Fernandez Rodríguez, E.; Mata Pose, L.; León, N.; Núñez Serrano, C.; Ponce Díaz-Reixa, J.; Rodriguez Gomez, J.I.; Barbagelata López, A.; Suárez Pascual, G.; Chantada Abal, V.
Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Introducción

La cirugía robótica ha transformado el abordaje de la patología pélvica, ofreciendo ventajas en visión y precisión. Sin embargo, no está exenta de complicaciones intraoperatorias.

El objetivo de este vídeo es presentar la resolución paso a paso de cuatro incidentes durante procedimientos urológicos, destacando la versatilidad del sistema da Vinci para el rescate quirúrgico.

Material y Métodos

Se presentan cuatro casos clínicos seleccionados por su relevancia técnica:

1. Reparación neural: Sección accidental del nervio obturador durante una linfadenectomía ilioobturatriz.
2. Hemorragia vascular mayor: Sangrado de la arteria sacra media durante una linfadenectomía extendida en el contexto de una cistectomía radical.
3. Lesión visceral: Apertura vesical accidental durante la disección del espacio extraperitoneal mediante balón de Gaur.
4. Hemorragia de pedículo prostático: Sangrado activo de la bandeleta neurovascular durante una prostatectomía radical con preservación nerviosa.

Resultados

En el primer caso, se realizó una neurorrafia primaria con sutura monofilamento de 7-0 sin tensión, sin clínica motora en el postoperatorio.

En el segundo, se logró el control mediante liberación del vaso afectado, aplicación de clips hemostáticos y hemostasia bipolar.

El tercer caso se resolvió con cistorrafia con sutura barbada tras la identificación precoz de la lesión. Finalmente, en el cuarto caso, se realizó hemostasia selectiva mediante la colocación de clips hemostáticos y hemostasia con bipolar.



VIDEOS

Todos los procedimientos finalizaron por vía robótica, sin necesidad de reconversión a cirugía abierta o por laparoscopia convencional y con una evolución postoperatoria favorable en todos los pacientes.

Conclusiones

La visión 3D magnificada y la destreza de los instrumentos articulados del sistema da Vinci permiten la resolución segura y eficaz de complicaciones intraoperatorias.

La identificación precoz, el conocimiento de la anatomía quirúrgica y la experiencia del cirujano, permiten la resolución de complicaciones de este tipo sin necesidad de conversión a vía abierta ni adición de trocares accesorios.

V32 - ENTEROCISTOPLASTIA DE AMPLIACIÓN ROBÓTICA ASOCIADA A REIMPLANTE URETERAL TIPO POLITANO-LEADBETTER EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON VEJIGA NEURÓGENA

Wrzeszczynska, M.; Cortegoso Gonzalez, M.; Toucedo Caamaño, V.; Novás Castro, S.; Saavedra Golán, A.; Martínez Corral, R.; Fernandez Duque, A.; Rincón Gonzalez, L.; García Freire, C.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

Objetivo

Los avances en cirugía mínimamente invasiva han permitido ampliar las indicaciones de la cirugía reconstructiva vesical en pacientes complejos, reduciendo la morbilidad asociada. Presentamos un caso de enterocistoplastia de ampliación asistida por robot asociada a reimplante ureteral tipo Politano Leadbetter en un paciente pediátrico con vejiga neurógena y enfermedad renal crónica.

Material y Métodos

Varón de 12 años con antecedente de mielomeningocele intervenido en la infancia, vejiga e intestino neurógeno, agenesia renal derecha y enfermedad renal crónica estadio II. Presenta reflujo vesicoureteral izquierdo persistente a pesar de dos tratamientos endoscópicos con Deflux y reimplante ureteral tipo Cohen. Precisa sondaje vesical intermitente frecuente, tratamiento anticolinérgico y profilaxis antibiótica. Tras fracaso de tratamiento con toxina botulínica intravesical y ante el riesgo de progresión de la insuficiencia renal, para permitir eventual trasplante renal en el futuro, se indica ampliación vesical asistida por robot DaVinci.

Resultados

El 06/11/2025 se realizó enterocistoplastia de ampliación laparoscópica asistida por robot DaVinci asociada a reimplante ureteral izquierdo tipo Politano-Leadbetter. El abordaje fue transperitoneal, realizándose cistotomía longitudinal amplia, disección y reimplante intravesical del uréter izquierdo con tutorización mediante catéter doble J. Posteriormente se seleccionó un segmento ileal de 30 cm, se realizó destubulización y anastomosis entero-vesical mediante suturas continuas interrumpidas de V-lock 00. La intervención se completó íntegramente por vía robótica sin complicaciones intraoperatorias ni conversión. A pesar de la fibrosis secundaria a cirugía previa, la



VIDEOS

disección ureteral fue satisfactoria. Se obtuvo una adecuada ampliación vesical con anastomosis estanca. En el control postoperatorio mediante cistografía no se evidenció fuga de contraste. Al 26º día tras la intervención se retiraron sonda vesical y catéter doble J sin incidencias.

Conclusión

La enterocistoplastia de ampliación asistida por robot asociada a reimplante ureteral es una opción factible y segura en pacientes pediátricos con vejiga neurógena y patología renal compleja. El abordaje robótico facilita la cirugía reconstructiva en contextos de anatomía alterada, permitiendo preservar la función renal y optimizar el manejo vesical a largo plazo.

V33 - ABORDAJE COMBINADO MÍNIMAMENTE INVASIVO: EXÉRESIS LAPAROSCÓPICA DE MASA INTERAORTOCAVA ASOCIADA A VIDEOINGUINOSCOPIA DERECHA.

Trujillo Marín, M.; Pérez Schoch, M.; Carballo Quintá, M.; Castro Jul, M.; Goiri Noguera, A; Moledo Lamela, M; Sánchez Ramos, J.; Cespón Outeda, E.
Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

Introducción y Objetivos:

El 25-30% de los pacientes con tumores de células germinales no seminomatosos presentan masas residuales tras el tratamiento con quimioterapia, siendo en mayor proporción de localización retroperitoneal. La linfadenectomía está indicada si existen uno o más ganglios mayores a 1cm.

Ilustramos un abordaje combinado mínimamente invasivo para la exéresis laparoscópica de masa residual interaortocava asociada a resección de adenopatía inguinal mediante videoinguinoscopia, destacando los pasos clave de la técnica quirúrgica.

Materiales y Métodos:

Presentamos a un paciente de 36 años con antecedente de un tumor mixto de células germinales no seminomatoso. Tras recibir tres ciclos de quimioterapia, se realiza PET-TC que evidencia una adenopatía retroperitoneal (interaortocava de 1.4cm) con hipermetabolismo intenso en relación con patología tumoral. Por otro lado, se visualiza una adenopatía inguinal derecha (0.7 cm) con leve captación.

Se comenta en comité de tumores y se decide realizar la exéresis de masa residual asociado a una videoinguinoscopia. Previo a la intervención, se realiza marcaje de la adenopatía inguinal mediante colocación de arpón.

El procedimiento se llevó a cabo en posición decúbito supino con perneras y Trendelemburg.

Se inicia con una minilaparotomía infraumbilical para la óptica y colocación de 4 trócares en abanico. Apertura del peritoneo posterior sobre promontorio y disección sobre aorta y vena cava hasta localizar masa residual. Se procede a su liberación respetando arteria mesentérica inferior y finalizando la exéresis a nivel de las arterias y venas renales.



VIDEOS

Se continúa con la linfadenectomía inguinal, realizando una incisión sobre el cruce del músculo sartorio y aductor largo, disecando sobre cuádriceps para introducción de tres trocares. Se procede a la disección de la vena safena hasta su cayado, identificando la adenopatía referida con arpón, logrando la liberación de la misma así como de una adenopatía adyacente.

Resultados:

Tiempo quirúrgico de 4 horas, sin complicaciones post-operatorias y alta a las 72 horas. La patología reveló reacción histiocitaria sin infiltración neoplásica tanto en el conglomerado interaortocavo (10 ganglios), como en los dos inguinales marcados.

Conclusiones:

El abordaje combinado laparoscópico y videoinguinoscópico, nos permitió una exéresis completa de la enfermedad con buenos resultados oncológicos y baja morbilidad.