



SIMPOSI SCU

DISSABTE 1 D'ABRIL DE 9:00 A 10:30 H

AUDITORI

**VÍDEOS 1
(V01-V10)**

**Moderadors:
M.A. Barranco
T. Pont**

ID: 00165

Manejo del priapismo mediante prótesis de pene: cirugía precoz versus tardía

LAIA PUJOL¹, JOSEP TORREMADÉ¹, BEGOÑA ETCHEVERRY¹, CRISTINA FERREIRO¹, XAVIER BONET¹, LLUÍS RIERA¹, FRANCESC VIGUÉS¹

1) Hospital Universitari de Bellvitge

Objetivos

La colocación de una prótesis de pene (PP) después del priapismo es siempre un reto. La implantación tardía requiere una importante dilatación de los cuerpos cavernosos (CC) y suele ir asociada al acortamiento del pene así como a una alta tasa de complicaciones.

En 2002, Dr. Ralph propuso la implantación precoz y desde entonces muchos grupos han optado por este abordaje dado que es más sencillo técnicamente y asocia menos complicaciones.

Método

Comparamos dos casos de priapismo de bajo flujo.

El primero, es un varón de 43 años con priapismo isquémico de 6 días de evolución. El lavado de los CC y la inyección de fenilefrina fueron infructuosos. Se realizó una biopsia del músculo liso que evidenciaba necrosis extensa y 14 días después se implantó la PP.

El segundo, es un varón de 58 años con un priapismo isquémico de 24 horas de evolución. Fue tratado mediante shunt proximal bilateral. Posteriormente presentó disfunción eréctil refractaria al tratamiento con IPDE-5 por lo que se implantó la PP 10 meses después.

Resultados

En el primer caso el procedimiento fue similar a un caso virgen. Después de la implantación de la PP, corregimos una mínima curvatura lateral mediante modeling.

En el segundo caso, fue necesario realizar deglobing y transposición escrotal para permitir un mejor control. Abrimos las corporotomías más distalmente para realizar la dilatación de forma más segura y, debido a la importante fibrosis, la completamos gracias a los cavernotomos de Rosselló. Corregimos también una curvatura dorsal de 30º mediante modeling.

Conclusiones

En casos seleccionados, la implantación precoz de una PP en pacientes con priapismo simplifica la técnica. La implantación tardía es técnicamente más exigente y suele requerir maniobras accesorias.

ID: 00170

Reintervención en pacientes con prótesis de pene por fallo mecánico. Trucos y consejos

CRISTINA FERREIRO¹, JOSEP TORREMADÉ¹, LAIA PUJOL¹, MARIA FIOU¹, LLUÍS RIERA¹, FRANCESC VIGUÉS¹

1) Hospital Universitari de Bellvitge

Introducción

La cirugía protésica de pene es un tratamiento eficaz con mínimas complicaciones y una supervivencia mecánica larga. A pesar de ello, un gran número de pacientes consultarán años después por fallo mecánico del implante. El conocimiento de que en este escenario existen una serie de complejidades, hace necesario un abordaje quirúrgico peculiar.

Objetivo

A propósito de un caso de fallo mecánico, queremos dar algunos trucos y consejos para la cirugía de recambio.

Material y métodos

El abordaje quirúrgico previo nos condicionará el acceso para su extracción. Una disección adecuada es importante para identificar cualquier conector que nos hará de guía para localizar el punto de acceso a la corporotomía previa.

Retiraremos siempre cilindros y bomba, pero en ocasiones pueden quedar extensores. Si no es factible su retirada, dado que no se trata de un caso de infección, pueden dejarse y así evitar una mayor disección.

Un gran porcentaje de los implantes están colonizados. Realizar un procedimiento de lavado, disminuye la carga bacteriana y parece disminuir la tasa de infección, pero no existe consenso en el procedimiento a realizar. Actualmente realizamos el lavado con sistemas de agua a presión para ahorrar tiempo quirúrgico.

Es importante comprobar la integridad de los cuerpos cavernosos y realizar nuevas mediciones. Tomaremos mediciones con Furlow lo que nos permitirá en muchos casos hacer un "up-sizing" de 1 a 2 cm. Podemos identificar zonas de debilidad que son potencialmente reparables.

En casos de recambio sin infección, podemos dejar el reservorio previo y alojar el nuevo en el espacio laterovesical contralateral.

Conclusiones

Los casos de recirugía plantean más dificultades técnicas pero siendo sistemáticos en su abordaje podemos reducir las complicaciones y disminuir el riesgo de infección.

Àrea temàtica: Andrologia

Tipus: Vídeo

Número: V03

Dia: DISSABTE 1 D'ABRIL

Sala:

Sessió: VÍDEOS 1

Horari: de 9:00 A 10:30 h

ID: 00176

Corporoplastia con escisión de placa e injerto de surgisis

SERGI BEATO GARCIA¹, JOSEP TORREMADE¹, ANDREU ALABAT¹, JAIME FERNÁNDEZ-CONCHA¹, RAUL COCERA¹, MARIA FIOL¹, LLUIS RIERA¹, FRANCESC VIGUÉS¹

1) Hospital Universitari de Bellvitge

Introducción

Las corporoplastias penianas con injerto son el tratamiento de elección para la enfermedad de Peyronie en fase estable, en curvaturas complejas o de >60°. La técnica más común utilizada consiste en la incisión de placa, pero en algunos casos con placa osificada puede ser necesario la escisión de la misma.

Caso clínico

Presentamos el caso de un paciente de 45 años de edad, fumador activo de ½ paq/d y pneumotórax espontáneo que acude a nuestra consulta por incurvación dorsal de 90° de 1 año de evolución, en fase estable desde hace 6 meses, con buena función eréctil e imposibilidad para la penetración. A la exploración física destaca la presencia de una gran placa osificada dorsal de 2 cm x 3cm por lo que se propone para escisión de placa e injerto de Surgisis.

Se realiza postectomía, deglobing del pene y apertura de la fascia de Buck parauretral.

Liberación cuidadosa del haz neurovascular dorsal. Test de Gittes: Incurvación dorsal de 100°. Se procede a la escisión de la placa calcificada con posterior cubrimiento del defecto con injerto de Surgisis. Nuevo test de Gittes con corrección completa de la incurvación. Cierre de la fascia de Buck, dartos y piel.

Conclusiones

En curvaturas complejas o severas, la incisión de la placa e injerto suele ser el tratamiento de elección. Pero en ocasiones, como por ejemplo en casos de os penis, la escisión de la placa suele ser necesaria. A pesar de tratarse de una técnica algo más agresiva, se trata de un procedimiento que presenta resultados funcionales y estéticos similares a las técnicas de incisión.

ID: 00190

Manejo quirúrgico de la obstrucción de los conductos eyaculadores secundario a quiste prostático medial

ANDREU ALABAT ROCA¹, JOSEP TORREMADE BARREDA¹, SERGI BEATO GARCÍA¹, MARIO ALONSO NARVAEZ BARO¹, MARIA FIOL RIERA¹, LLUIS RIERA CANALS¹, FRANCISCO VIGUÉS JULIÀ¹

1) Hospital Universitari de Bellvitge

Introducción

La obstrucción de los conductos eyaculadores secundario a un quiste de línea media prostática es una causa infrecuente de infertilidad en los hombres, aunque debe sospecharse en pacientes con azoospermia obstructiva pues existe un tratamiento quirúrgico eficaz.

Caso

Presentamos el caso de un varón de 40 años que acude a consulta por infertilidad primaria de 2,5 años, sin antecedentes médicos de interés de interés. A la exploración física presenta testículos de 20cc bilateral, con deferentes palpables sin otras alteraciones. Semionograma que muestra criptozoospermia con volumen de eyaculado de < 1ml con pH ácido de 6,5. Se completa estudio con analítica hormonal con testosterona, FSH y LH dentro de la normalidad. En la ecografía transrectal se se observa dilatación de los conductos eyaculadores, de las vesículas seminales y un quiste en línea media prostático de 14x12 mm por lo que se propone para resección transuretral de conductos eyaculadores (TURED). Previa disección de ambos conductos deferentes se procede a la realización de deferentovesiculografía (ver imagen) y posterior TURED guiada por la instilación de índigo carmín por deferentes. Postoperatorio sin incidencias dado de alta a las 24h, con seminograma de control a los 7 días con un total de $3,4 \times 10^6$ espermatozoides (movilidad a+b: 14,3%). Pendiente de nuevo control con seminograma a los 3 meses.

Conclusiones

En la azoospermia/oligozoospermia obstructiva secundaria a quistes de línea media prostáticos, la TURED es una técnica endoscópica sencilla y reproducible que permite el tratamiento etiológico de la misma.

Àrea temàtica: Andrologia

Tipus: Vídeo

Número: V05

Dia: DISSABTE 1 D'ABRIL

Sala: AUDITORI

Sessió: VÍDEOS 1

Horari: de 9:00 A 10:30 h

ID: 00191

Corporoplastia con injerto de mucosa oral

ANDREU ALABAT ROCA¹, JOSEP TORREMADE BARREDA¹, SERGI BEATO GARCÍA¹, MARIO ALONSO NARVAEZ BARO¹, MARIA FIOL RIERA¹, LLUÍS RIERA CANALS¹, FRANCISCO VIGUÉS JULIÀ¹

1) Hospital Universitari de Bellvitge

Introducción

Existe un consenso generalizado en que las corporoplastias penianas con injerto son el tratamiento de elección de las incurvaciones complejas. Pero no existe consenso en cual es el mejor injerto a utilizar. Una alternativa es el uso de mucosa oral autóloga, descrito en el año 2005 y con posteriores series que muestran unos resultados satisfactorios.

Caso

clínico

Presentamos un varón de 60 años con incurvación peneana dorsal de 90° de 12 meses de evolución en fase estable. Presenta una función eréctil preoperatoria correcta pero una imposibilidad total a la penetración por el grado de curvatura. A la exploración física destaca la presencia de una placa dorsal de 1 cm en el 1/3 medial sobre un pene no postectomizado y elongable. Se procede a su corrección quirúrgica mediante corporoplastia con incisión de placa e injerto de mucosa oral.

Conclusiones

Los resultados favorables a corto-medio plazo convierten a esta técnica en una alternativa a los injertos tradicionales, con una baja tasa de complicaciones y buenos resultados en satisfacción de los pacientes desde el punto de vista estético y funcional.

ID: 00224

CAVERNOROTACIÓ TIPUS SHAEER III: ROTACIÓ DE COSSOS CAVERNOSOS AJUSTABLES I SENSE CORPOROTOMIES

MARIA FIOL RIERA¹, JOSEP TORREMADE BARREDA¹, LAIA PUJOL GALARZA¹, CRISTINA FERREIRO PAREJA¹, LLUÍS RIERA CANALS¹, FRANCESC VIGUÉS JULIÀ¹

1) Hospital Universitari de Bellvitge

Introducció

Les corporoplàsties com a tractament quirúrgic comporten una pèrdua de longitud de penis, pel que clàssicament s'han buscat alternatives quirúrgiques que minimitzin aquesta pèrdua.

L'any 2006, el Dr. Shaeer va introduir el concepte de cavernorotació sense pèrdua de longitud per a pacients amb corbatures congènites ventrals i, posteriorment s'han realitzat diverses modificacions de la tècnica original.

Recentment s'ha descrit una nova tècnica de rotació tipus Shaeer III sense corporotomies i ajustable.

Caso clínic

Pacient de 18 anys d'edat sense antecedents medicoquirúrgics d'interès que presenta una corbatura congènita ventral de 80°. A l'exploració física presenta un penis elongable, amb frenet curt, sense plaques ni altres alteracions als cossos cavernosos. Es programa per a tècnica de cavernorotació tipus Shaeer III.

Es realitza una postectomia simple, denudació del penis i obertura de la fàscia de Buck parauretral amb posterior mobilització del feix neurovascular dorsal.

Referenciem el septe intercavernós i marquem dues línies de punts a uns 3 – 5 mm a cada costat del septe.

Deixem fixats els punts de cavernorotació distals i proximals amb sutura de Ti-Cron 2/0. Realitzem els distints punts de cavernorotació amb Ti-Cron 2/0.

Realitzem un nou test de Gittes objectivant una mínima corbatura distal, pel que es completa la cavernorotació amb el punt més distal fiat prèviament i retirem el punt proximal no necessari.

Reforcem la cavernorotació amb punts simples de Vicryl 3/0. Tancament de dartsos i pell.

Conclusions

La Cavernorotación tipo Shaeer III sembla una alternativa quirúrgica que minimitza la pèrdua de longitud de penis, evita l'ús de corporotomies, permet ajustar-se segons el grau de corbatura del pacient i simplifica el seu abordatge. A pesar d'això, són necessaris estudis que validin la seva eficàcia a llarg plaç.

Àrea temàtica: Andrologia

Tipus: Vídeo

Número: V07

Dia: DISSABTE 1 D'ABRIL

Sala: AUDITORI

Sessió: VÍDEOS 1

Horari: de 9:00 A 10:30 h

ID: 00228

CORPOROPLÀSTIA AMB INCISIÓ DE PLACA I COL·LOCACIÓ D'EMPELT DE TACHOSIL

MARIA FIOL RIERA¹, JOSEP TORREMADE BARREDA¹, LAIA PUJOL GALARZA¹, CRISTINA FERREIRO PAREJA¹, LLUÍS RIERA CANALS¹, FRANCESC VIGUÉS JULIÀ¹

1) Hospital Universitari de Bellvitge

Introducció

La tècnica d' incisió de placa i col·locació d'empelts és considerada avui en dia gold standard en el tractament de la malaltia de Peyronie per a curvatures de més de 60º o complexes. Dins dels materials usats per als empelts estan descrits l'ús de mucosa oral, el pericardi boví o la submucosa intestinal porcina entre d'altres. Presentem un cas de corporoplàstia amb incisió de placa i col·locació d'empelt de Tachosil, com a experiència inicial en el nostre centre.

Cas clínic

Pacient de 58 anys amb antecedent de dislipèmia, sense altres factors de risc cardiovasculars. Consulta per curvatura dorsal de 90º de més d'un any d'evolució, estable, que li impedeix penetrar. No disfunció erèctil associada. A l'exploració física presenta un penis elongable, i es palpa placa d'1.7 x 0.8 cm a terç superior distal del penis. Test de Kelami que evidencia una curvatura dorsal de 90º, motiu pel qual es programa per a corporoplastia amb incisió de placa.

Postectomia simple, denudació del penis i obertura de la fàscia de Buck parauretral per a mobilització posterior del feix neurovascular dorsal. Test de Gittes, confirmant curvatura de 90º dorsal. Identificació de la placa a nivell dorsal. Incisió de la placa transversalment en doble Y invertida, quedant solució de continuïtat a l'albugínia de 2x5 cm aproximadament. Col·locació d'empelt de Tachosil fixada amb 4 punts simples de Vicryl 3/0. Tancament de Buck amb dues contínues de Vicryl 3/0. Nou test de Gittes amb erecció parcial sense progressar amb l'erecció per no comprometre la fixació de l'empelt, objectivant correcció completa de la incurvació. Tancament de dartos i pell.

Postoperatori sense incidències, realitzant rehabilitació peniana amb tadalafil 5mg diari, stretching penis a partir de la 3a setmana de la cirurgia i extensor penià a partir de les 6 setmanes de la cirurgia. Bona funció erèctil postoperatòria, hipostèsia de gland que recupera als 3 mesos i mínima curvatura residual lateral de 20º que no limita les relacions sexuals.

Conclusions

La corporoplàstia amb incisió de placa i col·locació d'empelt de Tachosil representa una tècnica factible, reproduïble, ràpida i eficaç per a la correcció de curvatures complexes.

Dia: DISSABTE 1 D'ABRIL

Sala: AUDITORI

Sessió: VÍDEOS 1

Horari: de 9:00 A 10:30 h

ID: 00147

REPARACION LAPAROSCOPICA DE FISTULA VESICO- VAGINAL COMPLEJA CON OBSTRUCCION URETERAL DISTAL IZQUIERDO

JOSE ANTONIO BELLIDO PETTI¹, NELLY JANETH RODRIGUEZ VILLAMIL¹, ALEJANDRO GARCIA NAVARRO¹, IVANNA VALVERDE VILAMALA¹, JUAN URÍA GONZALEZ-TOVA¹

1) Consorci Hospitalario de VIC / Hospital Universitario de VIC

INTRODUCCION La fístula vesico – vaginal corresponde a la comunicación entre los epitelios de ambos órganos, resultando con fuga continua de orina a través de la vagina. Representan el grupo más frecuente entre las fístulas urogenitales. Suele ser resultado de una complicación ginecológica; con alta tasa de resolución por una vía mínimamente invasiva, siendo poco usual el compromiso de ureter distal .

OBJETIVO En el siguiente video mostramos el abordaje laparoscópico de una fístula vesicovaginal compleja con obstrucción ureteral distal izquierdo , al cual compromete y obliga a realizar un reimplante ureteral extravesical en el mismo tiempo quirúrgico.

MATERIAL Y METODO En este vídeo presentamos el caso de una paciente de 53 años diagnosticada de fístula vesicovaginal compleja con obstrucción ureteral distal izquierda 10 semanas después a histerectomía Abdominal.

RESULTADOS Se procede a la cateterización ureteral derecha vía endoscópica. Tiempo laparoscópico usando dos trocares de 10 mm y dos de 5 mm disposición en abanico, liberación de vagina y vejiga se identifica el defecto y se realiza reparación con sutura continua con Vlock del 3/0 en vagina a 1 plano y en vejiga a dos planos, con interposición de epiplón. Reimplante ureteral izquierdo directo en cara anterior de vejiga con creación de pezón y colocación de Catéter Doble J, se confirma estanqueidad, se deja drenaje en lecho.

CONCLUSION El tratamiento laparoscópico de las fístulas vesicovaginales complejas es un procedimiento con alta tasa de éxito siendo necesaria una adecuada familiarización con la anatomía pélvica y conocimiento técnicas reconstructivas laparoscópicas .

ID: 00182

REPARACION LAPAROSCOPICA DE FISTULA VESICO - UTERINA

JOSE ANTONIO BELLIDO PETTI¹, NELLY RODRIGUEZ VILLAMIL¹, ALEJANDRO GARCIA NAVARRO¹, IVANNA VALVERDE VILAMALA¹, JUAN URÍA GONZALEZ TOVA¹

1) Consorci Hospitalario de VIC/ Hospital Universitario de VIC

INTRODUCCION: Una fístula vesicouterina es una comunicación anormal entre la vejiga y el útero. La causa más común es la lesión vesical posterior a la cesárea de segmento inferior. La cirugía laparoscópica es una opción, con buenos resultados funcionales, para la reparación de este tipo de patología

OBJETIVOS: En el siguiente video mostramos el abordaje laparoscópico de una fístula vesico uterina, posterior a una cesarea segmentaria inferior, que además comprometía la pared anterior de la vagina.

Paciente de 32 años multipara, que fue intervenida de urgencias de una cesárea segmentaria inferior en la semana 41 de embarazo.

3 días después de la intervención la paciente cursa con pérdidas de orina a través de la vagina. Diagnosticada de fístula vesico uterina por cistoscopia y vaginoscopia. En TC con contraste se evidencia el trayecto fistuloso

MATERIAL Y METODO : En un primer tiempo endoscópico se cateterizó ambos uréteres y se tutorizó trayecto fistuloso con un catéter ureteral de 7F, Posteriormente se coloca a paciente en posición de Lloyd Davis y se realiza el tiempo laparoscópico a través de un trocar de 10mm a nivel de cicatriz umbilical y 3 puertos accesorios de 5 mm. El tiempo quirúrgico se dividió en: 1.Desarrollo de espacio Vesico Uterino y Vesico vaginal, exponiendo trayecto fistuloso 2.Cistotomía longitudinal 3. Cierre transversal de vagina con Vlock 2/0 sutura continua 4. Cierre de defecto uterino (Cuello) con Vlock del 3/0 sutura continua 5. Creación de un parche de Epiplon 6. Cierre longitudinal de la vejiga a dos planos con Vlock del 3/0 y 2/0. Se confirma cierre de la vejiga. Tiempo operatorio de 240 min, hospitalización 3 días, retirada de catéteres ureterales a las 48h, retirada del drenaje a las 72h, retirada de sonda vesical a los 21 días previa cistografía retrograda

CONCLUSION:. Este abordaje es una excelente alternativa mínimamente invasiva para cirugías reconstructivas uroginecológicas. La experiencia del equipo es importante para el manejo de estos casos.

Dia: DISSABTE 1 D'ABRIL

Sala: AUDITORI

Sessió: VÍDEOS 1

Horari: de 9:00 A 10:30 h

ID: 00183

DESCOMPRESSIÓ LAPAROSCÒPICA DE NERVI PUDEND BILATERAL EN PACIENT AMB DOLOR PÈLVIC CRÒNIC

LETICIA DE VERDONCES ROMAN¹, EDUARDO VICENTE PALACIO¹, RAUL MARTOS CALVO², ARTURO DOMINGUEZ GARCIA¹, CLARA CENTENO ALVAREZ¹, JESUS MUÑOZ RODRIGUEZ¹, ANGEL PRERA VILASECA¹, JOSE LUIS GONZALEZ SALA¹, YOUNES FADIL HECHADI¹, MARTA CAPDEVILA GONZALEZ¹, VICTOR PAREJO CORTÉS¹, MARIO ANDRÉS ROSADO URTEAGA¹, PAULA PLANELLES SOLER¹, DARIO GARCIA ROJO¹, CARLOS ABAD GAIRIN¹, JOAN PRATS LOPEZ¹

1) Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell 2) Hospital Clínic Barcelona

OBJECTIUS:

Presentar la tècnica de descompressió laparoscòpica en la neuropatia pudenda.

MÈTODES:

Presentem el cas d'una pacient de 52 anys amb dolor pèlvic crònic i diagnòstic clínic mitjançant els criteris de Nantes de neuropatia pudenda (3 criteris majors i 3 menors) que va presentar fracàs al tractament analgèsic avançat i a la neuromodulació farmacològica i elèctrica, però que va respondre favorablement al bloqueig anestèsic ecodirigit del nervi pudend, amb recaiguda posterior.

Davant la refractarietat dels múltiples tractaments, es decideix descompressió laparoscòpica de nervi pudend bilateral.

Al vídeo es detalla la tècnica quirúrgica empleada, així com la descripció anatòmica de totes les estructures veïnes al nervi pudend a la regió pèlvica, constituïdes principalment per les diverses branques de la artèria ilíaca interna.

RESULTATS:

El temps quirúrgic va ser de 3 hores aproximadament i no es van objectivar incidències intraoperatories ni en el postoperatori immediat.

La estància hospitalària va ser de 3 dies.

DISCUSSIÓ:

La neuropatia del nervi pudend és la expressió clínic d'una compressió crònica del mateix.

La majoria de les vegades, l'atrapament del nervi pudend es produeix en el seu trajecte anatòmic entre els lligaments sacroespínols i sacrotuberós (68%), seguit de l'atrapament durant el seu pas pel canal de Alcock (20%), o bé per un atrapament mixt d'ambdues zones (12%).

Entre les opcions de maneig de la neuropatia pudenda s'inclouen el tractament mèdic amb analgèsics, la neuromodulació farmacològica (antidepressius i anticomicials), la injecció percutània d'anestèsics i corticoides depot i la descompressió quirúrgica.

Els diferents abordatges quirúrgics inclouen l'accés transgluti, transvaginal, transperineal i, més recentment, s'ha descrit l'accés laparoscòpic amb prometedors resultats preliminars.

CONCLUSIÓ:

L'abordatge laparoscòpic en la neuropatia pudenda és un abordatge factible que requereix un important coneixement de l'anatomia pèlvica.

Aquest ens permet la visualització del nervi pudend, així com la seva relació amb la vascularització i estructures fibroligamentoses pelvianes, permetent la seva descompressió i alliberació de forma segura.