

# XXI SIMPOSI SCU

BARCELONA, 13 I 14 D'ABRIL DE 2018

## VÍDEOS 1

(V01 - V09) + V14

**DIVENDRES 13 / 17:00-18:30 / AUDITORI**

**Moderadors:** Anna Agut i Xavier Bonet

**Àrea temàtica: Tumor germinal i retroperitoni**

**Número: V01**

Dia: DIVENDRES, 13 D'ABRIL

Sala: AUDITORI

Sessió: VÍDEOS 1

Horari: 17:00-18:30

ID: 00330

**MANEIG LAPAROSCÒPIC D'ASCITIS QUILOSA MASSIVA SECUNDÀRIA A BIÒPSIA RETROPERITONEAL RESISTENT A TRACTAMENT CONSERVADOR.**

BALANÀ LUCENA JOSEP<sup>1</sup>, SALAMANCA BUSTOS JUAN JOSÉ<sup>2</sup>, FAGETTI FRANCO JAVIER<sup>3</sup>, SUBIELA HENRIQUEZ JOSÉ DANIEL<sup>1</sup>, ABU-SUBOH ABADIA AMAD<sup>1</sup>, SALVADOR BAYARRI JOSEP<sup>1</sup>, ROSALES BORDES ANTONI<sup>1</sup>

1) Unitat d'Uro-Oncologia, Servei d'Urologia, Fundació Puigvert, Barcelona, Espanya 2) Servicio de Urología, Hospital Reina Sofia, Córdoba, España 3) Centro de Salud Zenón Santillán, Tucumán, Argentina

**INTRODUCCIÓ:** L'ascitis quilosa postoperatòria és una complicació infreqüent. En un 80% dels casos és deguda a una cirurgia retroperitoneal. La patogènia és secundària a la lesió inadvertida de la cisterna del quilo o d'una de les seves aferents. El maneig inicial es realitza amb mesures conservadores, ús de somatostatina o derivats o nutrició parenteral. En casos severes, aquestes mesures poden ser insuficients, precisant cirurgia.

**PACINET I MÈTODES:** Es presenta el cas d'un pacient de 33 anys, sotmès 3 setmanes prèvies a biòpsia diagnòstica de teixit limfovascular retroperitoneal per a estudi de síndrome constitucional amb presència d'adenopaties al TAC. A partir del 5è dia postoperatori presenta distensió abdominal amb dèbit per ferida quirúrgica i de drenatge abdominal de líquid d'aspecte "lletós". L'anàlisi del líquid era compatible amb quilo. Amb el diagnòstic d'ascitis quilosa postquirúrgica, s'inicia tractament inicial amb NPT i dieta hiperproteica pobre en greixos, restricció de sal i diürètics i octeòtrida sense milloria del quadre. El resultat de la biòpsia va ser inconcloent. Es realitza limfografia isotòpica (99mTc) que evidencia extravasació a nivell lumbar esquerre compatible amb fístula limfàtica d'alt dèbit. Davant d'aquesta situació es decideix maneig mitjançant laparoscòpia exploradora amb nova biòpsia ganglionar retroperitoneal i tancament de fístula limfàtica.

**RESULTATS:** Accés transperitoneal amb 4 ports laparoscòpics. Decol·lació de colon esquerre i dissecció de retroperitoneu fins altura d'íli renal, sota del qual s'identifica limfocel que es drena. Cateterització ecodirigida de gangli limfàtic inguinal esquerre, amb injecció de blau de metilè, evidenciant sortida de colorant a través de gangli i conducte limfàtic de gran volum situat inferior a la vena renal esquerre. Punt de transfixió amb sutura reabsorbible en gangli fistulitzat i col·locació de clips metàl·lics en els vasos limfàtics circumdants fins al cessament del dèbit de colorant. Dissecció de ganglis limfàtics de mida i consistència augmentada a nivell latero i preaòrtic que es remeten per a anàlisi anatomopatològic. Col·locació de drenatge aspiratiu. El temps quirúrgic va ser de 95 minuts, sense complicacions. La pèrdua hemàtica va ser menor de 60cc. A les 48 hores, 7 i 10 dies postoperatoris el dèbit del drenatge abdominal en 24 hores va ser respectivament de 600cc, 400cc i 300cc, amb desaparició de l'ascitis. El resultat anatomopatològic va ser de tumor germinal extragonadal seminomatós, iniciant-se QT als 12 dies des de la intervenció.

**CONCLUSIÓ:** L'ascitis quilosa ha de considerar-se en pacients sotmesos a cirurgia retroperitoneal per la morbiditat que pot generar. L'abordatge quirúrgic laparoscòpic és una opció factible i mínimament invasiva que pot valorar-se en casos severes en els que el maneig conservador inicial ha fracassat.

Àrea temàtica: Tumor germinal i retroperitoni

Número: V02

Dia: DIVENDRES, 13 D'ABRIL

Sala: AUDITORI

Sessió: VÍDEOS 1

Horari: 17:00 A 18:30

ID: 00264

### ABORDATGE RETROPERITONEAL LAPAROSCÒPIC EN L'ESTENOSI PIELOURETERAL. A PROPÒSIT D'UN CAS

VÍCTOR PAREJO CORTÉS<sup>1</sup>, ÀNGEL PRERA VILASECA<sup>1</sup>, JESÚS MUÑOZ RODRÍGUEZ<sup>1</sup>, NAIM HANNAOUI HADI<sup>1</sup>, ARTURO DOMÍNGUEZ GARCÍA<sup>1</sup>, JOSE LUIS GONZÁLEZ SALA<sup>1</sup>, DARÍO GARCÍA ROJO<sup>1</sup>, LETICIA DE VERDONCES ROMAN<sup>1</sup>, EDUARDO VICENTE PALACIO<sup>1</sup>, CLARA CENTENO ÁLVAREZ<sup>1</sup>, CARLOS ABAD GAIRIN<sup>1</sup>, MARIO ANDRÉS ROSADO URTEAGA<sup>1</sup>, PAULA PLANELLES SOLER<sup>1</sup>, ANNA FERRAN CARPINTERO<sup>1</sup>, MARTA CAPDEVILA GONZALO<sup>1</sup>, JOAN PRATS LÓPEZ<sup>1</sup>

1) Hospital Universitari Parc Taulí

#### OBJECTIUS:

Anderson i Hynes, descriuen l'any 1949 l'abordatge obert per a pieloplastia desmembrada, establerta des d'aleshores com a mètode de referència en el tractament de l'estenosi pieloureteral amb una taxa d'èxit major al 90%. Amb l'aparició de tècniques mínimament invasives, l'abordatge robòtic i laparoscòpic tant per via transperitoneal com retroperitoneal s'ha imposat en l'actualitat. Descriuim la tècnica quirúrgica, via retroperitoneal, així com les referències anatòmiques d'un cas d'estenosi pieloureteral dreta.

#### MÈTODES:

Pacient dona de 20 anys que en estudi d'imatge per TC i renograma arran d'infeccions urinàries de repetició es diagnòstica d'estenosi pieloureteral dreta; es proposa tractament quirúrgic correctiu mitjançant pieloplastia laparoscòpica via retroperitoneal.

#### RESULTATS:

El temps quirúrgic va ser de 145 min; No es van presentar complicacions immediates intraoperatòries i va ser alta a les 48 h de l'intervenció. El resultat de la peça anatomopatològica va resultar negatiu per a displàsia, amb fibrosis lleu de còrion subepitelial.

#### CONCLUSIONS

L'abordatge retroperitoneal laparoscòpic en pieloplastia, malgrat ser un procediment complex, associat a major temps quirúrgic i de menor ús, es presenta com a tècnica mínimament invasiva, segura i efectiva en el tractament de l'estenosi a l'unió pieloureteral amb baixa taxa de complicacions i amb espai suficient de maniobra quirúrgica.

**Àrea temàtica: Tumor germinal i retroperitoni**

**Número: V03**

Dia: DIVENDRES, 13 D'ABRIL

Sala: AUDITORI

Sessió: VÍDEOS 1

Horari: 17:00 A 18:30

ID: 00242

### **TUMORECTOMÍA PARARRENAL CON SUPRARRENALECTOMÍA IZQUIERDA: BAZO ACCESORIO ATÍPICO**

DANIEL ROBERTO SALAS CHAVEZ<sup>1</sup>, DANIEL EDUARDO RODEZNO ELVIR<sup>2</sup>, JOAQUÍN MARTÍ MESTRE<sup>2</sup>, DANIEL CAÑÍS SÁNCHEZ<sup>2</sup>, JOSE RAMÓN ALEMAN CRUZ<sup>2</sup>, NATALIA NAVAS GARCIA<sup>2</sup>, JORGE DANILLO DELAGNEAU RIVAS<sup>2</sup>

1) Fundació Puigvert 2) Hospital de Tortosa Verge de la Cinta

#### **OBJETIVO:**

Presentar caso de varón de 61 años con hipertensión y hernia discal lumbar. Debido a apendicectomía con post operatorio complicado, se describe en TAC abdominal, de forma incidental 2 tumoraciones: nódulo suprarrenal izquierdo inespecífico de 25mm y Tumoración renal izquierda en polo superior de 4.5cm, que impresiona tener vascularización propia .

Ecografía Doppler describe el tumor renal hipoecoico, sólido y ecoestructura diferente al bazo, sin vascularización aparente. Resonancia magnética informa de lesión nodular sólida que parece depender de tercio superior renal izquierdo, con amplio contacto, que muestra restricción a la difusión y captación heterogénea de contraste, sugestivos de proceso neofornativo renal y nódulo suprarrenal izquierdo no caracterizable como adenoma . Se decide nefrectomía parcial con suprarrenalectomía izquierda.

#### **METODO**

Pneumoperitoneo abierto y posicionamiento de trócares. Decolación de colon izquierdo, disección disección de polo superior. Identificación y disección de vena renal y suprarrenal, procediendo a Suprarrenalectomía. Vase loop en arteria renal.

Se apertura gerota y grasa perirrenal, desde polo superior, para delimitación tumoral, encontrándose plano infratumoral, que se disecciona hasta completar resección tumoral, objetivando integridad de cápsula renal . Se embolsan piezas. Sangrado 100cc. Tiempo quirúrgico de 120min. Post operatorio sin incidencias, con alta al 3º día.

#### **RESULTADOS:**

Anatomía patológica de Glándula suprarrenal describe a nivel cortical, cuatro formaciones nodulares no encapsuladas de tejido adrenocortical normal, sugestiva de hiperplasia multinodular

La tumoración pararenal se describe como lesión bien encapsulada, constituida por agregados linfoides periarteriolas de linfocitos B y T, con una rica y compleja red vascular capilar sinusoidal de contenido linfocitario intraluminal, sugestiva de bazo accesorio.

#### **CONCLUSIÓN:**

El bazo accesorio es una variante anatómica común presente en casi 15% de la población general, y en un 30% en pacientes con purpura trombocitopénica idiopática, siendo único en el 80% de los casos.

Los bazos accesorios habitualmente son estructuras redondas u ovals de 1 a 3cm con una media de 1.5cm, frecuentemente localizada en el hilio esplénico o en la cola pancreática.

Reportes de bazos accesorios simulando tumores renales son raros, pero es importante incluir pseudo-tumores de origen esplénico en el diagnóstico diferencial de tumores renales , adrenales y retroperitoneales, siendo la actitud conservadora la más recomendable.

Número: V04

Dia: DIVENDRES, 13 D'ABRIL

Sala: AUDITORI

Sessió: VÍDEOS 1

Horari: 17:00 A 18:30

ID: 00239

## **SUPRARENALECTOMIA LAPAROSCÒPICA RETROPERITONEAL EN POSICIÓ DE DECÚBIT PRON**

LETICIA DE VERDONCES ROMAN<sup>1</sup>, ANGEL PRERA VILASECA<sup>1</sup>, JESUS MUÑOZ RODRIGUEZ<sup>1</sup>, JOSE LUIS GONZALEZ SALA<sup>1</sup>, ARTURO DOMINGUEZ GARCIA<sup>1</sup>, CARLOS ABAD GAIRIN<sup>1</sup>, DARIO GARCIA ROJO<sup>1</sup>, CLARA CENTENO ALVAREZ<sup>1</sup>, NAIM HANNAOUI<sup>1</sup>, MARTA CAPDEVILA GONZALO<sup>1</sup>, VICTOR PAREJO CORTES<sup>1</sup>, MARIO ANDRES ROSADO URTEAGA<sup>1</sup>, PAULA PLANELLES SOLER<sup>1</sup>, ANNA FERRAN<sup>1</sup>, EDUARDO VICENTE PALACIO<sup>1</sup>, JOAN PRATS LOPEZ<sup>1</sup>

1) HOSPITAL PARC TAULI DE SABADELL

### **INTRODUCCIÓ**

Actualment la cirurgia mínimament invasiva és el gold estàndar en el maneig de la patologia oncològica i d'hiperplàsia suprarenal. L'abordatge laparoscòpic de la glàndula suprarenal pot realitzar-se mitjançant diferents vies d'accés (transperitoneal o retroperitoneal directa).

La glàndula suprarenal és un òrgan retroperitoneal, pel que l'accés per via retroperitoneal directa (en decúbit lateral o pron) ens ofereix una molt bona accessibilitat a la mateixa. Aquest abordatge ens permet l'exèresi de la glàndula en cas d'adenomes únics, però també ens ofereix un espai suficient per realitzar casos més complexos com ara tumors, metàstasis o adenomes polilobulats.

L'objectiu del vídeo es mostra una suprarenalectomia esquerra i una dreta en posició de decúbit pron.

### **MATERIAL I MÈTODES**

S'han realitzat dues suprarenalectomies mitjançant la via laparoscòpica retroperitoneal directa en posició de decúbit pron.

Ambdues cirurgies s'han realitzat amb un pneumoretroperitoneu entre 20-25mmHg i s'han utilitzat 3 tròcars.

La suprarenalectomia esquerra és un adenoma no funcionant de 5cm mentre que la suprarenalectomia dreta és una metàstasi única d'un adenocarcinoma pulmonar.

Es detalla la tècnica empleada, les principals referències anatòmiques i les diferències en els pedicles vasculars en funció de la lateralitat.

### **RESULTATS**

La durada de les cirurgies va ser de 55 i 125 minuts, respectivament, i el sagnat en ambdós casos va ser inferior a 100ml.

Els pacients van ser donats d'alta a les 24 i 48h i no van presentar complicacions postoperatòries.

L'anatomia patològica va confirmar un adenoma suprarenal en el primer cas i la metàstasi de l'adenocarcinoma pulmonar en l'altre.

### **CONCLUSIÓ**

L'abordatge laparoscòpic retroperitoneal directe en posició de decúbit pron per realitzar una suprarenalectomia és un procediment efectiu, segur i viable que ens ofereix un accés molt directe al pol superior renal i a la glàndula suprarenal sense necessitat de visualitzar ni movilitzar els òrgans intrabdominals.

Àrea temàtica: Andrologia

Número: V05

Dia: DIVENDRES, 13 D'ABRIL

Sala: AUDITORI

Sessió: VÍDEOS 1

Horari: 17:00 A 18:30

ID: 00250

## **CAPSULOTOMÍA Y MOVILIZACIÓN DE RESERVORIO DE PRÓTESIS PENEANA POR AUTOACTIVACIÓN**

JAIME FERNÁNDEZ-CONCHA SCHWALB<sup>1</sup>, JOSEP TORREMADE BARREDA<sup>1</sup>, CRISTINA FERREIRO PAREJA<sup>1</sup>, ANDREU ALABAT ROCA<sup>1</sup>, SERGI BEATO GARCÍA<sup>1</sup>, LLUIS RIERA CANALS<sup>1</sup>, FRANCESC VIGUÉS JULIA<sup>1</sup>

1) Hospital Universitari de Bellvitge

### Introducción:

La disfunción eréctil es un padecimiento muy frecuente en los pacientes con antecedente de prostatectomía radical, en muchos casos requiriendo tratamiento quirúrgico con el implante de una prótesis de pene (PP). Las infecciones y los problemas mecánicos son las complicaciones más habituales de esta cirugía, presentándose estas últimas en <5% de casos a los 5 años. Presentamos el caso de una complicación mecánica temprana peculiar en un paciente con una PP de 3 componentes.

### Objetivo:

Se trata de un hombre de 45 años con antecedente de cáncer de próstata tratado con cirugía radical laparoscópica en abril/2014, con diagnóstico histopatológico de adenocarcinoma pT3b Gleason 4+3. Actualmente libre de enfermedad con PSA indetectable. A raíz de disfunción eréctil total refractaria a tratamiento médico, se le colocó una PP de 3 componentes en marzo/2017. Al mes de la cirugía empezó a presentar un mal funcionamiento de la prótesis, caracterizado autoactivación de la misma con mínimos esfuerzos. Se realizó una resonancia magnética en donde se evidencia la válvula del reservorio en íntimo contacto con la rama iliopubiana derecha, motivo por el cual se sometió al paciente a una exploración laparoscópica del reservorio, realizando una capsulotomía y reposicionamiento.

### Resultados:

Se realiza un abordaje laparoscópico extraperitoneal con 3 puertos. Se desarrolla el plano extraperitoneal y localiza el reservorio de la PP, con apertura de la cápsula e identificación de la válvula en disposición posterior, por lo que se reposiciona con orientación anterior y se moviliza el reservorio cranealmente. El paciente es dado de alta el mismo día en régimen de cirugía mayor ambulatoria, con evolución favorable y correcto funcionamiento de la prótesis posteriormente.

### Conclusiones:

La tasa de disfunción mecánica precoz de las PP es baja, siendo la autoactivación una de las más frecuentes. La exploración laparoscópica del reservorio con capsulotomía y movilización del mismo es una opción terapéutica con resultados aceptables.

Àrea temàtica: Cirurgia reconstructiva

Número: V06

Dia: DIVENDRES, 13 D'ABRIL

Sala:

Sessió: VÍDEOS 1

Horari: 17:00 A 18:30

ID: 00326

## **IMPLANT DE PRÒTESI DE PENIS CONCOMITANT A LA REALITZACIÓ DE PROSTATECTOMIA RADICAL LAPAROSCÒPIA**

ANDREU ALABAT ROCA<sup>1</sup>, JOSEP TORREMADE BARREDA<sup>1</sup>, SERGI BEATO GARCÍA<sup>1</sup>, RAUL COCERA RODRÍGUEZ<sup>1</sup>, LAIA PUJOL GALARZA<sup>1</sup>, LLUÍS RIERA CANALS<sup>1</sup>, FRANCESC VIGUÉS JULIÀ<sup>1</sup>

1) Hospital Universitari de Bellvitge. Servei d'Urologia

### **Introducció:**

La prostatectomia radical (PR) en qualsevol forma (oberta, laparoscòpia o robòtica) és un procediment àmpliament realitzat per pacients amb càncer de pròstata (PCa). Però a pesar de les millories tècniques realitzades en els últims anys, la taxa de disfunció erèctil continua sent elevada.

### **Objectiu:**

Descriure la tècnica quirúrgica del implant de pròtesi de penis concomitant a la realització de prostatectomia radical via laparoscòpia.

### **Material i mètodes:**

Presentem el cas d'un home de 54 anys, ex-fumador, hipertens, dislipèmic, diabètic tipus II amb tractament mèdic i vasculopatia perifèrica que va requerir la realització d'un by-pass aortobifemoral. En tractament substitutiu amb testosterona per un síndrome de dèficit de testosterona. DE amb mala resposta a dosis plenes amb inhibidors de la fosfodiesterasa tipus 5.

Es diagnòstica, arrel d'un PSA de 3.83 ng/ml i tacte rectal patològic, de PCa Gleason 3+3 bilateral, amb afectació del 15% del teixit en lòbul dret (en 5 de 6 cilindres, amb invasió perineural intraprostàtica) i un 15% del teixit en lòbul esquerre (en 4 de 6 cilindres sense invasió perineural intraprostàtica). RMN que descarta afectació extracapsular.

### **Resultats:**

Es realitza una prostatectomia radical laparoscòpia amb implantació concomitant de pròtesi de penis de tres components AMS 700 LGX, amb col·locació de reservori ectòpic submuscular de localització alta. La localització ectòpica del reservori permet aïllar tots els components i connexions de la pròtesis de penis del llit quirúrgic de la prostatectomia. El postoperatori va cursar sense incidències i el pacient va ser donat d'alta a les 48 hores. L'estudi anatomopatològic va mostrar un PCa pT2c segons classificació TNM, Gleason 3+4 en lòbul dret amb marges negatius. Activació de la pròtesi als 15 dies i inicia autoactivació segons pauta habitual.

### **Conclusió:**

La prostatectomia radical es una tècnica amb un gran impacte en l'esfera sexual dels pacients. En alguns casos, on la funció erèctil està compromesa prèviament, l'implant simultani de pròtesi de penis pot ser una alternativa que permeti un mínim impacte en l'esfera sexual. La implantació ectòpica submuscular alta del reservori es una opció quirúrgica que individualitza ambdós camps quirúrgics i probablement disminueixi el risc de possibles complicacions.

Àrea temàtica: Cirurgia reconstructiva

Número: V07

Dia: DIVENDRES, 13 D'ABRIL

Sala: AUDITORI

Sessió: VÍDEOS 1

Horari: 17:00 A 18:30

ID: 00245

### REIMPLANTE URETERAL TRAS IATROGENIA GINECOLÓGICA

BEGOÑA JUANEDA CASTELL<sup>1</sup>, MARC CREGO TAPIAS<sup>1</sup>, PERE PUIG DURAN<sup>1</sup>, JOAN SEGURA FORCADA<sup>1</sup>, ANAT MELNICK<sup>1</sup>, LLUÍS CORTADELLAS ANGEL<sup>1</sup>

1) Hospital General de Granollers. Universitat Internacional de Catalunya

#### Introducción:

Las lesiones ureterales son posibles complicaciones en cirugías retroperitoneales o pelvianas. Lo importante es un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado.

La incidencia de lesiones quirúrgicas o iatrogénicas del segmento inferior del uréter se sitúa en torno al 0.9%.

#### Material y métodos

Presentamos el caso de una mujer de 38 años con antecedentes de histerectomía y anexectomía izquierda laparoscópica por miomas y quiste ovárico, que a los 15 días de la intervención acude al servicio de urgencias por dolor suprapúbico y distensión abdominal.

El Tac realizado demuestra fuga de contraste fuera de la vía urinaria sin poder localizar la solución de continuidad. Se realiza pielografía retrograda: El Chevassu izquierdo demuestra que el uréter izquierdo permanece indemne. El cateterismo ureteral derecho resulta imposible por la no progresión del mismo. La cistografía demuestra vejiga ilesa.

#### Resultados

Se procede a la revisión quirúrgica, evidenciando sección a nivel del tramo distal de uréter derecho y se realiza a un reimplante ureteral directo derecho laparoscópico y colocación de catéter JJ de 6F..

Aspiración de 2100 ml de urinoma. Tiempo quirúrgico de 160 minutos. La estancia hospitalaria fue de 3 días y no hubieron complicaciones en el postoperatorio

La anatomía patológica del segmento resecaado de uréter informó de cambios isquémicos .

El Tac abdominal de control demuestra buen paso de contraste hasta vejiga.

#### Conclusiones

El reimplante ureteral por vía laparoscópica es una cirugía segura, efectiva y permite obtener los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva.



Àrea temàtica: Cirurgia reconstructiva

Número: V08

Dia: DIVENDRES, 13 D'ABRIL

Sala: AUDITORI

Sessió: VÍDEOS 1

Horari: 17:00 A 18:30

ID: 00244

## REIMPLANTE URÉTERO ILEAL LAPAROSCÓPICO POR ESTENOSIS

BEGOÑA JUANEDA CASTELL<sup>1</sup>, MARC CREGO TAPIAS<sup>1</sup>, PERE PUIG DURAN<sup>1</sup>, JOAN SEGURA FORCADA<sup>1</sup>, ANAT MELNICK<sup>1</sup>, LLUÍS CORTADELLAS ANGEL<sup>1</sup>

1) Hospital General de Granollers. Universitat Internacional de Catalunya

### INTRODUCCIÓN

La estenosis de la anastomosis urétero-ileal es la complicación más frecuente después de cistectomía radical. Se diagnostica entre el 3-11% de los casos según las series, y la mayoría de ellas son diagnosticadas durante el primer año de la cirugía.

### MATERIAL Y METODOS

Paciente de 64 años con antecedentes de cistoprostatectomía radical laparoscópica por tumor vesical infiltrante y derivación tipo conducto ileal, que a los 2 meses de la cirugía presentó cuadro de pielonefritis obstructiva bilateral por estenosis de la unión uretero-ileal. La anastomosis urétero-ileal fue tipo Wallece II.

Se colocó sonda de nefrostomía bilateral. La pielografía por nefrostomía evidenció estenosis bilateral en tramo ureteral distal con paso filiforme de contraste a conducto ileal. Se realizó dilatación con catéter balón, persistiendo estenosis ureteral izquierda.

El paciente se sometió a un reimplante urétero-ileal izquierdo laparoscópico según la técnica descrita por el Dr. Rosales (Laparoscopic management of ureteroileal anastomosis strictures: Initial experience. Eur Urol. 2016 Sep;70(3):493-8)

### RESULTADOS:

El tiempo quirúrgico fue de 5 horas, la estancia hospitalaria fue de 4 días y no hubieron complicaciones en el postoperatorio.

A 15 meses de la cirugía el paciente se mantiene asintomático, sin catéteres, y con cifras de creatinina de 1,3 mg/dl. El Uro tac realizado demuestra buen paso de contraste al conducto ileal.

### CONCLUSIÓN:

El abordaje laparoscópico en pacientes con estenosis ureteral tras conducto ileal, es una opción válida y segura para grupos con experiencia laparoscópica.

(aquest vídeo s'ha inclòs en aquesta sessió per qüestions horàries)

**Àrea temàtica: Càncer renal**

**Número: V14**

Dia: DIVENDRES, 13 D'ABRIL

Sala: AUDITORI

Sessió: VÍDEOS 1

Horari: 17:00 a 18:30

ID: 00301

## **ABORDATGE LAPAROSCÒPIC DE CARCINOMA RENAL AMB PRESENCIA DE TROMBUS TUMORAL A VENA CAVA INFERIOR ESTADI II.**

ASIER MERCADÉ<sup>1</sup>, JUAN JOSÉ SALAMANCA<sup>2</sup>, FRANCO FAGETTI<sup>3</sup>, JOSEP BALANÀ<sup>1</sup>, JOSÉ DANIEL SUBIELA<sup>1</sup>, JOSÉ SALVADOR<sup>1</sup>, ANTONIO ROSALES<sup>1</sup>

1) Servei d'Urologia, Fundació Puigvert, Barcelona, Espanya 2) Servei d'Urologia, Hospital Universitario Reina Sofía, Còrdova, Espanya 3) Servei d'Urologia, Hospital Centro de Salud Zenón Santillán, Tucuma, Argentina

### **INTRODUCCIÓ**

Una de les característiques del carcinoma de cèl·lules renals (CCR) és el seu trofisme i el creixement en el sistema venós. El trombus tumoral venós es desenvolupa en un 4-10% dels pacients amb CCR, classificant-se en 4 nivells segons la seva localització d'acord amb el sistema de Neves i Zincke. Malgrat que l'afectació venosa tumoral per se té impacte en la supervivència del pacient, entre un 45-70% dels pacients es poden curar seguint un maneig quirúrgic radical mitjançant nefrectomia i trombectomia, essent l'abordatge obert el més emprat tradicionalment.

### **MATERIALS I MÈTODES**

Es presenta el cas d'una dona de 60 anys, amb antecedent d'apendicectomia, que presenta en un estudi amb TC, realitzat per dolor toràcic atípic, una massa renal dreta sòlida de 7cm suggestiva de neoplàsia renal amb extensió a vena cava inferior (VCI). La RMN confirma la troballa de trombus tumoral fins a VCI infrahepàtica (nivell II), sense signes d'infiltració de la paret venosa (cT3a/N0/M0). Després del diagnòstic es decideix tractament mitjançant nefrectomia radical més adrenalectomia dreta amb cavotomia i trombectomia mitjançant abordatge laparoscòpic complet.

### **RESULTATS**

Abordatge transperitoneal, col·locació de 5 tròcars laparoscòpics. Decolació de colon dret i maniobra de Kocher. Dissecció i Rumel de vena renal esquerra i vena cava inferior en posició cranial i caudal a vena renal dreta. Clampatge d'artèria renal dreta. Cavotomia i tumorectomia amb exèresi en bloc de ronyó i glàndula suprarenal drets i de trombus tumoral. Sutura de vena cava amb Prolene. El temps de cirurgia fou de 130 minuts. El sagnat intraquirúrgic estimat fou de 300cc. La pacient va ser donada d'alta al tercer dia postoperatori sense complicacions ni necessitat de transfusió. A l'alta l'hemoglobina era de 100mg/dL i el filtrat glomerular de 40ml/min. Al setè dia postoperatori l'hemoglobina era de 112mg/dL i el filtrat glomerular de 55ml/min. El resultat anatomopatològic fou de carcinoma de cèl·lules clares estadi pT3a, grau nucleolar ISUP 3, amb invasió de vena renal per trombus sense infiltració de paret, amb marge quirúrgic lliure.

### **CONCLUSIONS**

L'abordatge laparoscòpic en carcinomes renals amb afectació per trombus tumoral a vena cava és factible, segur i amb bons resultat oncològics en casos seleccionats i cirurgians experts en laparoscòpia.