



BARCELONA, 31 DE MARÇ I 1 D'ABRIL DE 2017

# SIMPOSI SCU

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

**SALA 2**

**PÒSTERS 4  
(P33-P42)**

**Moderadors:  
A. Domínguez  
M. Piqueras**

ID: 00152

**NEFRECTOMIA RADICAL AMB TROMBE EN VENA CAVA INFERIOR AMB CONTROL CRANIAL DEL TROMBE AMB SISTEMA CAPTUREX®**

ROGER BOIX ORRI<sup>1</sup>, AITOR OMAR ANDRES NAVARRO<sup>2</sup>, SANTIAGO LÓPEZ-BEN<sup>3</sup>, RAMON DOMINGO FARRARONS<sup>1</sup>, VICENÇ MONTSERRAT ORRI<sup>1</sup>, NICOLAU CARRASCO CÀNOVAS<sup>1</sup>, MARIA TAPIA GARCIA<sup>1</sup>, ANDREU PONCE CAMPUZANO<sup>1</sup>, HELENA VILA REYES<sup>1</sup>, JOSEP COMET BATLLE<sup>1</sup>

1) SERVEI D'UROLOGIA, HOSPITAL JOSEP TRUETA 2) SERVEI D'ANGIOLOGIA I CIRURGIA VASCULAR, HOSPITAL JOSEP TRUETA 3) SERVEI DE CIRURGIA GENERAL, HOSPITAL JOSEP TRUETA

**OBJECTIUS:**

Mostrar una manera pràctica i fàcil de prevenir la migració cranial del trombe en aquest tipus de cirurgia, on utilitzem un dispositiu temporal totalment per-operatori de filtre de vena cava mòbil i manipulable durant la cirurgia.

**MATERIAL**

Pacient de 50 anys d'edat que arran d'un procés inflamatori pulmonar se li practica TAC toràcic i com troballa s'aprecia massa exofítica a ronyó dret amb trombosi tumoral a cava. Es completa estudi amb RMN que confirma aquesta gran massa tumoral localitzada a ronyó dret amb presència de trombe tumoral a vena cava inferior retrohepàtica.

**METODOLOGIA**

Sota anestèsia general, primer per punció de vena jugular interna dreta eco guiada, es cateteritza vena cava inferior (VCI) i es desplega filtre per operatori de recuperació immediata a nivell de venes suprahepàtiques sota control fluoroscòpic. Es practica incisió en J a abdomen dret, es realitza maniobra de Langenbuck seccionant lligament falciforme i triangular del fetge, lligadura i secció de venes del caudat, lligadura i secció de vena suprarenal, amb l'objectiu d'exposar i controlar la VCI. Posteriorment es practica lligadura i secció d'artèria renal, lligadura i secció de venes lumbars, referenciació i clampatge de vena renal esquerra, de VCI infrarenal i retrohepàtica. Mitjançant cavotomia s'extreu el trombe a cava. Es tanca la cavotomia i es realitza desclamatge. Un cop acaba la intervenció es retira el filtre de recuperació immediata sota fluoroscòpia.

**RESULTAT I CONCLUSIONS.**

Diagnòstic: carcinoma renal de cèl·lules clares.

A pacients amb tumor renal amb trombus a la vena cava, sense malaltia a distància, la cirurgia radical és el tractament d'elecció. Les maniobres quirúrgiques impliquen un risc de migració cranial del trombe amb risc de tromboembolisme pulmonar amb un elevat risc de mortalitat.

La utilització de dispositius de filtre en cava manipulable amb opció de recuperació immediata pot prevenir aquesta greu complicació i podria ajudar a realitzar aquest tipus d'intervencions amb mètodes menys invasius com la laparoscòpia o la cirurgia robòtica.

ID: 00171

### **Quadre neurològic resolt mitjançant nefrectomia radical**

ORIO CALAF PERISÉ<sup>1</sup>, JOAN AREAL CALAMA<sup>1</sup>, MAURO ERNESTO SBRIGLIO<sup>1</sup>, GUEYSI DELGADO ORTEGA<sup>1</sup>, SILVIA PRESAS RODRÍGUEZ<sup>2</sup>, LUIS IBARZ SERVIO<sup>1</sup>

1) Dept Urologia, Hospital Germans Trias i Pujol 2) Dept Neurologia, Hospital Germans Trias i Pujol

#### **Objectius:**

El carcinoma de cèl·lules renals és la neoplàsia urològica més freqüentment associada a síndrome paraneoplàsica (13,5%-30%). Es defineix com la constel·lació de signes i símptomes en un pacient amb una neoplàsia no explicables per l'efecte local del tumor. Els més freqüents són hipercalcèmia, policitèmia i disfunció hepàtica no metastàsica (síndrome d'Stauffer). Algunes menys freqüents inclouen alteracions reumatològiques i dermatològiques. La presència de síndromes paraneoplàsiques amb afectació neurològica és extremadament infreqüent, existint descripcions d'afectació de motoneurona i cerebel.

#### **Material i mètodes:**

Presentem el cas d'un pacient de 53 anys sense antecedents patològics d'interès que és traslladat a urgències per hemihipoestèsia fascio-braquio-crural dreta, pèrdua de força extremitat superior i inferior dreta i trastorn conductual. Explica també moviments anòmals a hemicos dret i dolor de distribució radicular a extremitat inferior dreta. A l'exploració mostra també defecte visual campimètric dret. Es realitza punció lumbar, TC craneal i Resonància magnètica cerebral i de columna vertebral sense cap troballa. A TC d'abdomen destaca tumoració renal esquerra d'11x8cm, amb captació de contrast i necrosis, sense imatges suggestives de disseminació metastàsica.

Des del servei de neurologia s'orienta el cas com a encefalitis autoimmune secundària a síndrome paraneoplàsica per tumor renal, amb possible poliradiculitis paraneoplàsica associada. L'estudi del líquid cefaloraquídi descarta etiologia infecciosa i mostra absència d'anticossos d'encefalitis autoimmune primària i dels anticossos més freqüents d'encefalitis autoimmune secundària. Tampoc es van detectar en sang perifèrica.

Es decideix nefrectomia radical esquerra.

#### **Resultats:**

Es realitza nefrectomia esquerra laparoscòpica, procediment sense incidències i postoperatori immediat correcte. L'anatomia patològica és compatible amb Carcinoma de Cèl·lules Renals Fuhrman I, pT2b.

A les 4 setmanes el pacient presenta una pràctica desaparició de la hemihipoestèsia i ha recuperat la força en extremitats dretes. Desaparició del dolor radicular.

#### **Discussió:**

La síndrome paraneoplàsica amb clínica neurològica és secundària a una encefalitis autoimmune contra epítops antigènics cerebrals semblants als presents al tumor. El tumor que més freqüentment associa síndrome paraneoplàsica neurològica és el microcític de pulmó; i rarament descrit en carcinoma renal i encara menys amb afectació encefalítica i poliradicular. Malgrat l'absència d'anticossos diagnòstics, la desaparició de la clínica després de la cirurgia fa aquest diagnòstic força plausible.

És important conèixer aquesta entitat ja que la clínica pot precedir l'aparició de la neoplàsia, no sembla conferir un pitjor pronòstic de la malaltia i no sempre ha de millorar després de l'exèrcis quirúrgica.

ID: 00184

## **NEFRECTOMIA PARCIAL LAPAROSCÒPICA: ESTUDI COMPARATIU ENTRE LA VIA TRANSPERITONEAL vs RETROPERITONEAL**

LETICIA DE VERDONCES ROMAN<sup>1</sup>, ANGEL PRERA VILASECA<sup>1</sup>, JESÚS MUÑOZ RODRIGUEZ<sup>1</sup>, ARTURO DOMINGUEZ GARCIA<sup>1</sup>, JOSE LUIS GONZALEZ SALA<sup>1</sup>, NAIM HANNAOUI<sup>1</sup>, CLARA CENTENO ALVAREZ<sup>1</sup>, YOUNES FADIL HECHADI<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>, DARIO GARCIA ROJO<sup>1</sup>, EDUARDO VICENTE PALACIO<sup>1</sup>, CARLOS ABAD GAIRIN<sup>1</sup>, JOAN PRATS LOPEZ<sup>1</sup>

1) Corporació Sanitària Parc Tauli Sabadell

### **Introducció:**

La nefrectomia parcial laparoscòpica és el tractament recomanat en aquells tumors renals amb estadiatge T1, en els quals sigui tècnicament viable.

### **Objectiu:**

Comparar les nefrectomies parcials laparoscòpiques via transabdominal (VTP) i via retroperitoneal (VRP) realitzades al nostre centre.

### **Material i mètodes:**

S'ha realitzat un estudi retrospectiu de 71 pacients sotmesos a nefrectomia parcial VTP (42 pacients) i VRT (29 pacients). S'han avaluat les diferències en el sexe, edat, índex de Charlson, índex de massa corporal (IMC), presència de cirurgia prèvia major abdominal, lateralitat, mida tumoral, complexitat (scores PADUA, RENAL i C-index), temps operatori, presència i temps d'isquèmia calenta, necessitat de sutura hemostàtica, obertura de la via urinària, canvis en la hemoglobina a les 24h i en el filtrat glomerular a les 24h i 6 mesos, així com les complicacions en ambdues vies.

### **Resultats:**

No hem trobat diferències en l'edat, gènere, Charlson ni IMC. Hem evidenciat una major proporció de pacients amb cirurgia major abdominal prèvia en la VRP (7.1 vs 24.1 %;  $p=0.043$ ). No s'han trobat diferències en la mida tumoral, lateralitat ni polaritat, ni tampoc en la complexitat dels tumors en cap dels scores avaluats. S'han objectivat diferències significatives en la localització del tumor (anterior/línea mitja/posterior) entre la VTP i la VRP (54.8/31/14.3% vs 3.4/13.8/82.8 %;  $p<0.001$ ). No s'han observat diferències significatives en el temps quirúrgic ni en els dies d'estància. En la VTP s'ha objectivat diferències significatives en quant a una menor obertura de la via urinària (4.8 vs 27.6%;  $p=0.007$ ) i un major percentatge de pacients en els quals es va realitzar una renorràfia (47.6 vs 17.2 %;  $p=0.008$ ). No s'han vist diferències en els canvis en la hemoglobina ni en el filtrat glomerular. La taxa de complicacions és similar en ambdós grups.

### **Conclusió:**

Ambdues vies mostren resultats similars en quant a preservació de la funció renal, complicacions i resultats oncològics. Tot i així, considerem que és recomanable conèixer ambdues vies i adaptar el tipus d'accés a cada cas clínic.

ID: 00232

## **RESULTADOS ONCOLÓGICOS Y FACTORES PREDICTIVOS PARA LA RECURRENCIA DESPUES DE NEFRECTOMÍA PARCIAL EN CARCINOMA DE CELULAS RENALES pT1**

FIGURELLA LIZZETH ROLDAN CHAVEZ<sup>1</sup>, ANTONI VILASECA CABO<sup>1</sup>, JORGUE HUGUET<sup>1</sup>, MIREIA MUSQUERA FELIP<sup>1</sup>, MARIA JOSE RIBAL CAPARROS<sup>1</sup>, ANTONIO ALCARAZ ASCENSIO<sup>1</sup>

1) HOSPITAL CLINIC DE BARCELONA

**Objetivos:** Analizar los resultados oncológicos después de nefrectomía parcial por carcinoma de células renales pT1 e identificar los factores asociados con la progresión.

**Pacientes y métodos:** Realizamos un estudio retrospectivo de todos los pacientes con carcinoma de células renales pT1 tratados con nefrectomía parcial (NP) entre enero de 2009 y marzo de 2016 en nuestra institución. El tiempo libre de progresión (TLP) se estimó utilizando el método de Kaplan-Meier y los factores asociados se evaluaron utilizando el modelo de regresión de Cox.

**Resultados:** Se incluyeron 218 pacientes para su análisis, con una edad media de 62 años. Las etapas clínicas fueron pT1a 179 (82,1%) y pT1b 39 (17,9%). 206 (94,5%) pacientes fueron sometidos a NP laparoscópica y 12 (5,5%) NP abiertos. El informe histológico reveló carcinoma de células claras (54,1%), carcinoma papilar (23,8%) y cromóforo (20,2%). Los márgenes quirúrgicos positivos (7,8%) y la necrosis tumoral (8,3%) fueron significativamente mayores en los tumores pT1b comparados con los tumores pT1a ( $p < 0,05$ ). La mediana de seguimiento fue de 33 meses (media 35,89) y la media de TLP fue de 83,60 meses. Hubo 12 recurrencias (5,5%), 3 de las cuales tuvieron recurrencia local, 6 metástasis únicas y 3 lesiones múltiples. La tasa estimada de TLP de 1 y 5 años fue de 97% y 93,2%, respectivamente. Grado nuclear de Furhman 3-4 (Hazard Ratio [HR] 8,36, 95% CI 2,1-32,9) y necrosis tumoral (HR 7,07 IC 95% 1,6-30,5) fueron los únicos factores independientes asociados con el tiempo libre de progresión.

**Conclusión:** En la era de expansión de la NP hacia tumores T1b, los hallazgos patológicos siguen siendo los factores más importantes para predecir la progresión.

Dia: DISSABTE 1 D'ABRIL

Sala: SALA 2

Sessió: PÒSTERS 4

Horari: de 9 a 10:30 h

ID: 00174

## TUMOR TESTICULAR MACROCÍTIC CALCIFICANT DE CÈL·LULES DE SERTOLI

FERNANDO AGREDA CASTAÑEDA<sup>1</sup>, CARLOS CASTILLO PACHECO<sup>1</sup>, ROBERTO HUGO MARTINEZ RODRIGUEZ<sup>1</sup>, GEMMA GARCIA DE MANUEL<sup>1</sup>, MAURO ERNESTO SBRIGLIO<sup>1</sup>, ANNA COLOMER GALLARDO<sup>1</sup>, ROGER FREIXA SALA<sup>1</sup>, LUIS IBARZ SERVIO<sup>1</sup>

1) Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

1.Introducció: El tumor testicular macrocític calcificant de cèl·lules de Sertoli(LCCSCT) va ser descrit al 1980 per Proppe i Scully com una variant del tumor de cèl·lules de Sertoli. S'han descrit dues variants, l'ha d'inici tardà(més freqüent) i la d'inici precoç(associada al complexa de Carney o Peutz-Jegher).

2.Cas clínic: Home de 29 anys sense antecedents mèdics personals ni familiars rellevants. Consulta a urologia per infertilitat, amb azoospermia ja diagnosticada per un altre centre. ecografia escrotal que informa com "imatge hiperecogènica a pol inferior del testicle esquerra, amb important refoç posterior, compatible amb calcificació de morfologia pseudonodular, de 10x9mm, que en estudi eco-doppler mostra vascularització perifèrica". El seminograma confirma l'azoospermia, el seminocultiu, sediment d'orina i estudi hormonal no mostra alteracions. Es realitza una resecció del nòdul i biòpsia del teixit testicular sà amb preservació testicular.

3.Anatomia patològica: Biòpsia testicular amb absència de cèl·lules germinals. Orquiectomia parcial: Perfil immunohistoquímic compatible amb Tumor macrocític calcificant de cèl·lules de Sertoli

4.Discussió: El tumor de cèl·lules de Sertoli correspon al 1% dels tumors testiculars. El LCCSCT es una variant rara del tumor de cèl·lules de Sertoli. S'han descrit 70 casos a la literatura. El comportament benigne es el més freqüent, més del 75% dels casos no van presentar dades d'invasió tumoral al control. A l'estudi histològic, les característiques que orienta'n a l'agressivitat son la mida del tumor (>4cm), la presència de necrosis, invasió extracapsular y la alta tasa de mitosis(5). L'estudi immunohistoquímic es fonamental per al diagnòstic.

El nostre pacient a data d'avui no presenta recidiva local o a distancia

En conclusió, el LCCSCT es una variant rara de tumor testicular no germinal, amb dos tipus diferenciats, de pronòstic incert i que requereix d'immunohistoquímica per al diagnòstic

Dia: DISSABTE 1 D'ABRIL

Sala: SALA 2

Sessió: PÒSTERS 4

Horari: de 9 a 10:30 h

ID: 00194

**TROBALLA CASUAL DE GRAN MASSA INTRABDOMINAL EN UN PACIENT JOVE AFECTE DE LA SÍNDROME DE DENYS-DRASH.**

IGNASI GALLARDO ANDRÉS<sup>1</sup>, FERNANDO DÍAZ FERNÁNDEZ<sup>1</sup>, CARLOS GASANZ SERRANO<sup>1</sup>, RICARDO LÓPEZ DEL CAMPO<sup>1</sup>, ALBERT CARRIÓN PUIG<sup>1</sup>, LUCAS REGIS PLACIDO<sup>1</sup>, DAVID LORENTE GARCÍA<sup>1</sup>, ENRIQUE TRILLA HERRERA<sup>1</sup>, JUAN MOROTE ROBLES<sup>1</sup>

1) Hospital Vall d'Hebrón

La síndrome de Denys-Drash és una rara afecció (només 200 casos descrits a la literatura) causada per una mutació en el gen supressor del tumor de Wilms 1 (WT1). La seva tríada característica consta de malaltia renal crònica, pseudohermafroditisme masculí i tumor de Wilms; tot i que pot presentar altres manifestacions clíniques urològiques.

Es presenta el cas d'un home de 21 anys afecte de la síndrome de Denys-Drash amb antecedents de nefrectomia bilateral, transplantament renal en dues ocasions, criptorquídia bilateral i hipospàdies escrotal intervinguda en dos temps durant la infància.

Fou derivat al nostre servei per troballa de massa intrabdominal de 8,5 cm a mesogastri dret en ecografia de control. Es va realitzar ampliació de l'estudi amb TC i PET-TC abdominal on es va plantejar el diagnòstic diferencial entre procés limfoproliferatiu i neoformació d'estirp germinal. Els nivells d'AFP,  $\beta$ -HCG i LDH van resultar normals. Finalment en comitè uro-oncològic es va decidir realització de biòpsia ecodirigida de la massa que va otorgar el diagnòstic de seminoma intrabdominal. El 19/07/2016 es va realitzar l'exèresis de la gran massa mesogàstrica (Tumor germinal seminoma amb cèl·lules sincitiotrofoblàstiques pT2N1). Va realitzar quimio-radioteràpia adjuvant. Actualment lliure de malaltia en controls pels serveis de Nefrologia, Urologia i Oncologia.

L'objectiu d'aquest treball és donar a conèixer una patologia tan poc coneguda com és la Síndrome de Denys-Drash, així com descriure les seves manifestacions clíniques en diversos camps de l'Urologia a través d'un cas clínic. També pretén ressaltar el paper del metge especialista en Urologia d'adults alhora d'afrontar el cas d'un pacient amb manifestacions clíniques urològiques iniciades en la infància.

ID: 00177

## **LITIASIS URETERAL EN ECTOPIA RENAL CRUZADA CON FUSIÓN**

LAIA SABIOTE<sup>1</sup>, LUCIA MOSQUERA<sup>1</sup>, LUIS FLORES<sup>1</sup>, VIOLETA CATALÀ<sup>1</sup>, ESTEBAN EMILIANI<sup>1</sup>, FRANCISCO SÁNCHEZ MARTÍN<sup>1</sup>, ORIOL ANGERRI<sup>1</sup>, FÉLIX MILLÁN<sup>1</sup>, HUMBERTO VILLAVICENCIO<sup>1</sup>

1) FUNDACIÓ PUIGVERT

### **INTRODUCCIÓ**

La ectopia renal cruzada es la segunda anomalía renal congénita más frecuente, encontrándose los riñones en el mismo lado y fusionados en el 85-90% de los casos. Debido a las alteraciones anatómicas, supone un reto para los urólogos acceder y tratar los cálculos urinario en estos pacientes.

### **CASO CLINICO**

Paciente varón de 65 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, hepatitis. Afecto de ectopia renal cruzada izquierda con fusión con ureterohidronefrosis secundaria a litiasis de 15 mm en uréter proximal derecho. Se realiza Gammagrafía con DMSA con captación del 26% riñón derecho (atrófico) y 74% riñón izquierdo. Se realiza TC y reconstrucción 3D para establecer las alteraciones anatómicas: pelvis y uréter derechos de localización anterior, en contacto con la musculatura de la pared abdominal anterior derecha (recto anterior); Microlitiasis calcilar inferior derecha y media e inferior izquierda. El uréter izquierdo cruza la línea media con desembocadura vesical ortotópica y retraso funcional de riñón derecho.

Previa colocación de Sonda de Nefrostomía (SNF) derecha y en posición Galdakao modificada, se realiza cistoscopia semirrígida y se realiza Chevassu bilateral confirmando los hallazgos previamente estudiados. Se procede a la realización de ureteroscopia semirrígida (9 Ch) que no permite el acceso a litiasis por estenosis de uréter medio a nivel de cruce de los ilíacos. Se coloca guía terumo pudiendo posicionar sobre la misma fibroureteroscopio Storz 7.5 Ch hasta litiasis, de aspecto oxalato cálcico monohidratado. Con fibra láser 200 µ, se pulveriza litiasis (0.8J/30 Hz /24 W). Se coloca catéter doble J y se retira SNF en 24h.

### **CONCLUSIONES**

El tratamiento endourológico de las nefrolitiasis en ectopia renal cruzada es una opción válida. Es necesario un estudio radiológico preoperatorio detallado para planificar las posibilidades terapéuticas según las alteraciones anatómicas.



ID: 00198

**DISMINUCIÓN DE LA CURVA DE APRENDIZAJE EN UN PROGRAMA TUTORIZADO DE CIRUGÍA PERCUTÁNEA RENAL .  
EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL COMARCAL.**

JACOBO ARCE GIL<sup>1</sup> , CARLOS BALLESTEROS TORRES<sup>1</sup> , JOSEP MARIA BARTRINA ROSSELL<sup>1</sup> , MAGÍ ROIG SANZ<sup>1</sup>

1) HOSPITAL COMARCAL DE L'ALT PENEDÈS

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

La curva de aprendizaje de la nefrolitotomía percutánea está definida en un mínimo de 20-25 casos. Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento percutáneo de la litiasis renal en un programa tutorizado por un experto y compararla con nuestra experiencia en el período de cirugía sin tutor.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se revisan retrospectivamente los primeros 24 casos de nefrolitotomía percutánea en los períodos comprendidos entre el 2014-2015 (10 casos tutorizados) y 2015-2016 (14 casos no tutorizados) realizados en nuestro centro por el mismo urólogo. Las variables analizadas fueron las características antropomórficas de los pacientes, lateralidad, localización, número y tamaño litiásico, tiempo quirúrgico, posición así como la presencia de complicaciones, días de ingreso y litiasis residual medidas por TAC de abdomen.

**RESULTADOS:**

La edad media fue de 57.8 (25-84) años; la frecuencia mujer/hombre fue de 11/13 casos; lateralidad derecha/izquierda de 11/13 casos; litiasis piélica única/piélica única + caliculares múltiples 13/11 casos; tamaño medio de la litiasis piélica de 2.03 (1-4) cm y caliculares de 0.78 (0.3-1.5) cm; tiempo quirúrgico medio de 164 (65-310) minutos; posición prono/supino 12/12 casos. Se recogieron 4 complicaciones Clavien I,II y III en 3 pacientes. La estancia media fue de 4.35 (3-5) días. En 4 pacientes quedaron microlitiasis residual calicular de <0.5cm que no precisaron tratamiento posterior. Solo se observaron diferencias estadísticamente significativas en el mayor número de tratamientos sobre litiasis múltiple (p=0.032) y el uso de la posición supina (p=0.000) en el período de cirugía sin tutor.

**CONCLUSIÓN:**

La experiencia inicial en la implantación de un programa de cirugía percutánea renal tutorizada por un experto es favorable permitiendo disminuir la curva teórica de aprendizaje a 10 casos así como progresar en el manejo de pacientes con litiasis más complejas sin implicar un incremento de complicaciones.

ID: 00208

## **LITIASIS URETERAL EN ECTOPIA RENAL CRUZADA CON FUSIÓN**

LAIA SABIOTE<sup>1</sup>, LUCIA MOSQUERA<sup>1</sup>, LUIS DAVID FLORES<sup>1</sup>, VIOLETA CATALÁ<sup>1</sup>, ESTEBAN EMILIANI<sup>1</sup>, FERRAN ROUSAUD<sup>1</sup>, FRANCISCO SÁNCHEZ-MARTÍN<sup>1</sup>, ORIOL ANGERRI<sup>1</sup>, FÉLIX MILLÁN<sup>1</sup>, HUMBERTO VILLAVICENCIO<sup>1</sup>

1) Fundació Puigvert

### **INTRODUCCIÓN**

La ectopia renal cruzada es la segunda anomalía renal congénita más frecuente, encontrándose los riñones en el mismo lado y fusionados en el 85-90% de los casos. Suelen pasar desapercibidos hasta la cuarta o quinta década de la vida cuando, dada la dificultad de drenaje urinario, aparecen principalmente infecciones urinarias y litiasis. Debido a las alteraciones anatómicas supone un reto para los urólogos acceder y tratar los cálculos urinarios en estos pacientes, siendo necesario la individualización de cada caso

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Paciente, varón de 65 años de edad con antecedentes patológicos de hipertensión arterial, dislipemia, hepatitis C y artroplastia de cadera. Afecto de ectopia renal cruzada izquierda con fusión con ureterohidronefrosis secundaria a litiasis de 15 mm en uréter proximal derecho, diagnosticado a raíz de dolor abdominal

### **RESULTADOS**

Se coloca Sonda de Nefrostomía derecha previa cirugía con la finalidad de desobstruir la vía urinaria y asegurar un posible acceso combinado posterior

Se realiza Gammagrafía con DMSA estableciendo la funcionalidad renal (captación 26% riñón derecho con cierto grado de atrofia y 74% riñón izquierdo). Se realiza Tomografía Axial Computarizada y reconstrucción 3D para establecer de manera clara las alteraciones anatómicas: pelvis y uréter derechos de localización anterior, prácticamente en contacto con la musculatura de la pared abdominal anterior derecha (recto anterior); Microlitiasis calcilar inferior RD y media e inferior RI. Se objetivan uréteres únicos, el izquierdo cruzando la línea media pero con desembocadura vesical ortotópica; además se visualiza retraso funcional de riñón derecho por litiasis obstructiva ya conocida.

Bajo anestesia y en posición Galdakao modificada, se realiza cistoscopia semirrígida y se realiza Chevassu bilateral confirmando los hallazgos previamente estudiados. Se procede a la realización de ureteroscopia semirrígida (ureteroscopia largo Storz 9 Ch) que no permite el acceso a litiasis por estenosis de uréter medio a nivel de cruce de los ilíacos. Se coloca guía terumo pudiendo posicionar sobre la misma fibroureteroscopia Storz 7.5 Ch hasta litiasis, de aspecto oxalato cálcico monohidratado. Se utiliza fibra de 200 µ Láser Lumenis, pulverizando litiasis hasta fragmentos milimétricos (0.8J / 30 Hz /24 W). Se coloca catéter doble J pudiendo retirar sonda de nefrostomía al día siguiente. El paciente es dado de alta a las 48 horas sin sonda vesical con orina clara.

### **CONCLUSIONES**

El tratamiento endourológico de las nefrolitiasis en pacientes con ectopia renal cruzada es una opción válida debida a las alteraciones anatómicas descritas. Es necesario un estudio radiológico preoperatorio detallado para planificar las posibilidades endourológicas terapéuticas según cada caso.

ID: 00231

## **EXPERIÈNCIA INICIAL AMB L'URETEROSCOPI FLEXIBLE D'UN SOL ÚS LITHOVUE™ A L'HOSPITAL UNIVERSITARI DE BELLVITGE**

MARIA FIOL RIERA<sup>1</sup>, CARLOS TORRECILLA ORTIZ<sup>1</sup>, CRISTINA FERREIRO PAREJA<sup>1</sup>, SERGI COLOM FREIXAS<sup>1</sup>, JOSE MARÍA CUADRADO CAMPAÑA<sup>1</sup>, RAÚL COCERA RODRÍGUEZ<sup>1</sup>, FRANCESC VIGUÉS JULIÀ<sup>1</sup>

### 1) Hospital Universitari de Bellvitge

#### Introducció i objectius

L'ureteroscopi flexible és avui en dia una eina imprescindible per a l'estudi i tractament de la via urinària alta, permetent des de la realització de biòpsies, a lasetrípsia i extracció de litiasis en qualsevol localització. El desenvolupament d'aquests aparells ha evolucionat des dels ureteroscòps flexibles òptics, als digitals, amb un inconvenient comú, la fragilitat dels mateixos. Actualment, tenim accés a ureteroscòps flexibles d'un sol ús, que permeten desenvolupar les mateixes funcions que els ureteroscòps clàssics, amb els avantatges de ser materials fungibles.

L'objectiu de l'estudi és analitzar la nostra experiència inicial del Lithovue™ en termes d'aplicabilitat i indicació.

#### Material i mètodes

En un període de 2 mesos, s'han realitzat a la nostra institució 25 ureteroscòpies flexibles amb dispositiu Lithovue™. Com a característiques tècniques, destaca un diàmetre de 9,5F, i 7,7F a la punta, canal de treball de 3,6F i imatge digital; permetent una deflexió de 270° en dues direccions.

Les ureteroscòpies, tant anterògrades com retrògrades, es realitzen amb previ ascens de guia i beina ureterals amb control fluoroscòpic.

Hem realitzat un estudi retrospectiu d'aquests primers procediments en el nostre hospital, analitzant les seves indicacions i resultats finals.

#### Resultats

Les ureteroscòpies realitzades varen ser per tractament quirúrgic de litiasi, 7(28%) ureterals i 18(72%) renals. Amb una mitja d'edat de 57,12 dels pacients (IC95% 39,47 – 74,77), l'IMC mig és de 27,71 (IC95% 21,72 – 33,69). Mentre el tamany de les litiasis ureterals és de 7,57 (IC95% 3,66 – 11,48) mm, el de les renals és de 18,06 (IC95% 6,49 – 29,63) mm, tenint en compte que en un cas l'ureteroscòpia s'utilitzà conjuntament amb el nefroscopi rígid en una nefrolitotomia percutània amb triple accés. 6 (24%) pacients, portadors d'una derivació urinària i fins a 11 casos tractats (44%) tenien cultius positius prèviament a la intervenció, essent 4 (36%) resistents requerint mesures de prevenció de contacte.

Un 60% dels pacients tenien antecedents quirúrgics per a la resolució de litiasis, essent 9 (60%) nefrolitotomies percutànies.

Per a la fragmentació de les litiasis, ús de LASER Holmium en 88% de les intervencions, amb una taxa de Stone Free de 68%, en el primer control post-alta. En un 68% s'utilitzà un accés retrògrad (RIRS), mentre que en el 32% restant, l'accés utilitzat fou percutani-anterògrad.

El 32% dels pacients va complir criteris d'alta en règim de CMA, un 36% de curta estada (<24 hores posteriors a la intervenció).

#### Conclusions

Els ureteroscòps flexibles d'un sol ús en el nostre centre han permès la realització d'ureteroscòpies segures per a resolució de litiasis complexes en pacients amb vies urinàries anòmales, antecedents quirúrgics endourològics i colonitzacions per bacteries multiresistents.