



BARCELONA, 31 DE MARÇ I 1 D'ABRIL DE 2011

SIMPOSI SCU

DISSABTE 1 D'ABRIL DE 15:30 A 17:00 H

AUDITORI

**VÍDEOS 2
(V11-V20)**

Moderadors:

J.A. Bellido

M. Crego

Dia: DISSABTE 1 D'ABRIL

Sala: AUDITORI

Sessió: VÍDEOS 2

Horari: de 15:30 a 17:00 h

ID: 00205

PROSTATECTOMIA RADICAL CON NEUROPRESERVACIÓN BILATERAL INTRAFASCIAL Y PRESERVACIÓN METICULOSA DE LA URETRA POR LAPAROSCOPIA ASISTIDA CON ROBOT

JUAN PALOU¹, JORGE DAVID MAGAÑA RODRÍGUEZ¹, LLUÍS GAUSA¹, IVAN SCHWARTZMANN¹, HUMBERTO VILLAVICENCIO¹

1) Fundació Puigvert

Objetivo: Describir la técnica quirúrgica de la neopreservación y máxima preservación de la uretra en la prostatectomía radical laparoscópica asistida por robot.

Método: Paciente de 54 años de edad con antecedente de talasemia menor sin repercusión clínica. Por una determinación en sangre de un antígeno de 4ng/dL corroborado en 5ng/dL, tacto rectal normal, se le practicó una biopsia transrectal guiada por ultrasonido con el diagnóstico de adenocarcinoma de próstata Gleason 3+3 en la base izquierda, en el 60% de la longitud de 1 de 12 fragmentos, estudios de extensión negativo para metástasis.

Resultados: Se le realizó próstatectomía radical laparoscópica asistida por robot en donde se preservó de forma intrafascial ambas bandeletas así como la máxima longitud uretral, el tiempo quirúrgico fue de 55 minutos, el sangrado 50 mililitros, no se presentaron complicaciones perioperatorias, no dejó drenaje, solo sonda Foley, el tiempo de estancia hospitalaria fue de 3 días. La AP fue de un adenocarcinoma acinar de próstata multifocal bilateral, Gleason 3+4, ápex prostático con margen liso positivo de 3mm, resto negativo. Tiempo de seguimiento 3 meses con potencia y continencia urinaria normal, sin necesidad de fármaco.

Conclusiones: Se puede realizar una prostatectomía radical con neopreservación intrafascial bilateral y así como la disección de la máxima longitud de la uretra, hecho que favorece unos buenos resultados funcionales a muy corto plazo.

Àrea temàtica: Càncer urotelial

Tipus: Vídeo

Número: V12

Dia: DISSABTE 1 D'ABRIL

Sala: AUDITORI

Sessió: VÍDEOS 2

Horari: de 15:30 a 17:00 h

ID: 00204

CISTOPROSTATECTOMÍA RADICAL CON NEUROPRESERVACIÓN BILATERAL CON ABORDAJE LAPAROSCÓPICO ASISTIDO CON ROBOT

JUAN PALOU¹, JORGE DAVID MAGAÑA RODRÍGUEZ¹, LLUÍS GAUSA¹, ENVER MONCADA¹, JOSEP MARIA GAYA¹, HUMBERTO VILLAVICENCIO¹

1) Fundació Puigvert

Objetivo: Describir paso a paso la técnica quirúrgica de la neopreservación intrafascial en la cistectoprostectomía radical por laparoscópica asistida con robot da Vinci.

Método: Paciente de 64 años de edad, ex fumador, sin otro antecedente de interés, que presentó cuadro de hematuria macroscópica sin coágulos y en el abordaje diagnóstico, se le encontró un tumor vesical en la pared posterior de 3cm, se le realizó resección transuretral de vejiga y biopsia múltiple normatizada. La AP fue de carcinoma urotelial multifocal de alto grado con invasión a la submucosa, resto de estudios de estadificación negativos. Se le realizó cistoprostectomía radical con neopreservación bilateral intrafascial mas linfadenectomía con abordaje laparoscópico asistido con robot así como neovejiga tipo studer.

Resultados: El tiempo quirúrgico fue de 5:30 horas, el sangrado de 150 mililitros, como complicaciones presento íleo durante 3 días que se resolvió con medidas conservadoras, el tiempo de estancia hospitalaria fue de 10 días. AP: carcinoma urotelial multifocal de alto grado con infiltración a la submucosa, resto negativo. A los 7 meses de seguimiento el paciente refiere 0 protectores durante el día y solo uno en la noche, potencia sexual de 17 en la escala del índice internacional de función eréctil. Función renal conservada y estudios de seguimiento negativos para metástasis.

Conclusiones: La cirugía radical de vejiga puede realizarse con cirugía robótica y con buena preservación de la función sexual y obtener buenos resultados funcionales, gracias a la neopreservación bilateral intrafascial.

Àrea temàtica: Càncer renal

Tipus: Vídeo

Número: V13

Dia: DISSABTE 1 D'ABRIL

Sala: AUDITORI

Sessió: VÍDEOS 2

Horari: de 15:30 a 17:00 h

ID: 00145

**NEFRECTOMIA PARCIAL DE POLO SUPERIOR SIN ISQUEMIA CON DISECCIÓN VASCULAR SUPER-SELECTIVA.
PRESENTACION DE DOS CASOS COMPLEJOS**

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 indicación de nefrectomía parcial laparoscópica sin isquemia en tumores renales complejos, como los de polo superior y quísticos, se hace posible cuando realizamos una disección superselectiva de la vasculatura hiliar. Lo cual nos permite un mejor control de hemostasia, mejor exposición y preservación de la función renal.

OBJETIVO Exponer dos casos clínicos de tumores renales localizados en polo superior, tanto de lado derecho como izquierdo, enfatizando los beneficios y dificultades encontrados en este tipo de manejo laparoscópico de masas renales complejas

MATERIAL Y METODO En este vídeo presentamos dos casos clínicos de pacientes con tumor renal de localización en polo superior.

El primer paciente con una masa renal derecha irregular poco exofítica de 30mm

El Segundo paciente monorreno quirúrgico izquierdo con lesión quística compleja de 30 mm de diámetro en polo superior

RESULTADOS Presentamos la descripción quirúrgica de dos nefrectomías parciales laparoscópicas con disección vascular super selectiva, en ambos casos se colocó Cateter Doble J en un primer tiempo endoscópico, Se colocaron de tres trocares de 10 mm y dos de 5 mm en posición de diamante en el abordaje derecho y Tres trocares de 10mm y 1 de 5mm en el abordaje izquierdo, en el video describimos la disección super selectiva de los vasos que irrigan polo superior, realizamos una disección completa de los tumores, cerramos el defecto con dos suturas en doble plano con Vlock del 3/0 con Hemolocks deslizantes, confirmamos correcta hemostasia, colocamos hemostático en lecho. Se deja drenaje y se extrae la pieza en bolsa

CONCLUSION La nefrectomía parcial de masas de polo superior sin isquemia puede considerarse un procedimiento seguro cuando realizamos un control vascular superselectivo de las arterias del polo superior. Siendo importante una correcta planificación del procedimiento y una adecuada selección de los pacientes.

Dia: DISSABTE 1 D'ABRIL

Sala:

Sessió: VÍDEOS 2

Horari: de 15:30 a 17:00 h

ID: 00146

NEFRECTOMIA PARCIAL POR RETROPERITONEOSCOPIA SIN ISQUEMIA. PRESENTACION DE CASOS COMPLEJOS (Caso 1 Abordaje de Doble Tumor Ipsilateral y Caso 2 Tumor de Polo superior)

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 nefrectomía Parcial se ha convertido en el Gold estandar del tratamiento de los tumores renales de menos 4 cm. El abordaje retroperitoneal o lumboscópico ofrece algunas ventajas sobre la vía transperitoneal frente a los tumores posteriores, además permite el acceso más rápido al riñón y su hilio renal, menor movilización de órganos intraabdominales con menor íleo post quirúrgico. Este tipo de acceso además nos permite realizar casos complejos como una doble tumorectomía y abordaje de tumores posteriores de polo superior, sin isquemia

OBJETIVO Demostrar en el siguiente video como la cirugía retroperitoneoscópica ofrece posibilidades de abordaje seguro y preciso en masas renales múltiples y de polo superior.

MATERIAL Y METODO Presentamos dos casos abordados por retroperitoneoscópica sin isquemia.

1. El primer paciente con dos lesiones nodulares hipercaptantes localizados en la valva posterior en tercio medio (28 mm) y tercio inferior (8 mm) del riñón derecho.

2. El segundo paciente con una sola lesión nodular cortical exofítica de 20 mm a nivel de polo superior de riñón derecho.

RESULTADOS Se presenta la técnica con apertura del espacio retroperitoneal a través de globo de Gaur, colocación de dos trocares de 10 mm y tres de cinco mm en posición de diamante, desarrollo del espacio, localización de hilio en ambos casos 1 vena y 1 arteria, enucleación de nódulos, en el paciente con la doble lesión renal se enuclea primero la localizada en polo inferior y posteriormente la localizada en tercio medio, sin isquemia, sutura en dos planos con sutura hemostática de Vlock y Hemolocks deslizantes, se colocó sustancia hemostática en los dos casos, además de colocación de drenaje y extracción de piezas en bolsa.

CONCLUSION La retroperitoneoscopia es una vía de abordaje viable, eficaz y segura en masas renales pequeñas y localizadas de localización posterior. Pudiendo ofrecer a través de este tipo de abordaje una cirugía compleja sin isquemia.

Àrea temàtica: Càncer renal

Tipus: Vídeo

Número: V15

Dia: DISSABTE 1 D'ABRIL

Sala: AUDITORI

Sessió: VÍDEOS 2

Horari: de 15:30 a 17:00 h

ID: 00168

TUMOR RENAL COMPLEJO R.E.N.A.L. 9P: NEFRECTOMÍA PARCIAL ROBÓTICA GUIADA CON INDOCIANINA Y ECOGRAFÍA ENDOCAVITARIA

MIGUEL ÁNGEL LÓPEZ-COSTEA¹, JOSÉ IGNACIO PÉREZ-REGGETI¹, CRISTINA FERREIRO PAREJA¹, LAIA PUJOL GALARZA¹, MARIO ALONSO NARVÁEZ¹, JAIME JOAQUÍN FERNÁNDEZ-CONCHA¹, MANEL CASTELLS ESTEVE¹, JOSÉ FRANCISCO SUÁREZ NOVO¹, FRANCESC VIGUÉS JULIÀ¹

1) Hospital Universitari de Bellvitge

Los tumores próximos al hilio renal, en situación posterior y localización endofítica añaden especial dificultad a la cirugía parcial de las lesiones sólidas renales. El uso de la cirugía robótica unida a la fluorescencia con instilación endovenosa de verde indocianina y la ecografía intracavitaria, han permitido un manejo más seguro y preciso de las denominadas tumoraciones complejas renales.

Presentamos el video de un paciente con masa renal compleja (RENAL 9P), abordada mediante la combinación de estas tecnologías.

Dia: DISSABTE 1 D'ABRIL

Sala: AUDITORI

Sessió: VÍDEOS 2

Horari: de 15:30 a 17:00 h

ID: 00193

RESECCIÓN RADIOGUIADA POR LAPAROSCÓPICA DE UNA RECURRENCIA RETROPERITONEAL DESPUES DE NEFRECTOMÍA POR CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES

MARIO ANDRÉS ROSADO URTEAGA¹, JESÚS MUÑOZ RODRÍGUEZ¹, DARÍO GARCÍA ROJO¹, ANGEL PRERA VILLASECA¹, JOSÉ LUIS GONZÁLEZ SALAS¹, EVA BALLESTEROS GOMÍZ¹, JUAN MARTÍN MARTÍNEZ¹, NAIM HANNAOUI HADI¹, CARLOS ABAD GAIRIN¹, EDUARDO VICENTE PALACIO¹, ARTURO DOMÍNGUEZ¹, YOUNES FADIL HECHADI¹, CLARA CENTENO ÁLVAREZ¹, MARTA CAPDEVILLA GONZALO¹, LETICIA DE VERDONCES ROMÁN¹, VICTOR PAREJO CORTÉS¹, PAULA PLANELLES SOLER¹, JOAN PRATS LÓPEZ¹

1) Hospital Universitari ParcTauli

Objetivo

La localización radioguiada de lesiones ocultas puede ser útil en casos seleccionados en los que las lesiones sospechosas pueden ser difíciles de identificar intraoperatoriamente, debido a sus dimensiones o a su localización anatómica.

Método

Paciente mujer de 48 años con historia de nefrectomía parcial laparoscópica izquierda por carcinoma de células renales. La paciente presentó una recidiva local a los seis meses de la cirugía por lo que se realizó nefrectomía radical laparoscópica. A los seis meses de la reintervención, se realiza TC abdominal control que evidencia la presencia de masa retroperitoneal de 27mm, heterogénea e hipervascularizada, adherida al músculo psoas y pared lumbar. Por tanto, se decide realizar resección radioguiada laparoscópica de la masa retroperitoneal utilizando una gamma-sonda intracorpórea para detectar la lesión que previamente ha sido marcada con macroagregados de albumina - TC 99 guiado por TC.

Resultados

La masa retroperitoneal marcada se identificó intraoperatoriamente con una gamma-sonda y se resecó con márgenes de seguridad. La radioactividad del tejido se midió in vivo y después de la resección, así como la radioactividad del lecho quirúrgico, para confirmar que la lesión marcada había sido completamente resecada. La cirugía duró una hora y cuarenta minutos, y el alta ocurrió después de dos días sin complicaciones. El análisis histopatológico del espécimen quirúrgico confirmó la recurrencia del carcinoma renal de células claras.

Conclusión

La técnica de localización radioguiada de lesiones ocultas por laparoscópica permite resecciones más conservadoras y reduce la morbilidad relacionada con la cirugía.

Dia: DISSABTE 1 D'ABRIL

Sala: AUDITORI

Sessió: VÍDEOS 2

Horari: de 15:30 a 17:00 h

ID: 00148

AJUSTES DEL LASER HOLMIUM DURANTE LA LITOTRICA DE DISTINTOS TIPOS DE LITIASIS RENALES

ORIO ANGERRI¹, ESTEBAN EMILIANI¹, SILVIA GRACIA¹, SANCHEZ-MARTIN FRANCISCO¹, ROUSAUD FERRAN¹, MILLAN FELIX¹, VILLAVICENCIO HUMBERTO¹

1) FUNDACIO PUIGVERT

INTRODUCCION

La litotricia intracorporea mediante laser Holmium es actualmente la fuente de energía más versátil para tratar las litiasis intrarenales, al poderse utilizar con endoscopios flexibles y rígidos, pudiendo llegar a toda la anatomía renal. El láser de alta potencia permite destruir cualquier tipo de cálculo, pero quedan por definir las diferentes energías que se pueden utilizar según el tipo de cálculo a tratar.

MATERIAL Y METODOS

Utilizamos un pelvi trainer en quirófano, para introducir en el 6 subtipos distintos de cálculos urinarios extraídos de nuestra calculoteca.

Se realiza litotricia ex vivo mediante irrigación continua de suero con el laser de alta potencia Lumenis Versapulse 120 W, con fibra de 550 micras, cambiando los parámetros de energía, frecuencia y potencia, así como la variable pulso corto y largo, con los 6 diferentes subtipos de litiasis.

RESULTADOS

Se inicia la litotricia empezando en todos los casos por bajas energías des de 0,2 j y 10 Hz hasta llegar a las máximas energías de 3 J y 40 Hz según el tipo de litiasis, hasta conseguir potencias máximas cercanas a los 120 W.

Se realizan litotricia de cálculos de Acido Urico, Cistina, Estruvita, Brushita, Oxalato Calcico Monohidrato, Oxalato cálcico dihidrato

La dureza distinta de todos los tipos de cálculos marca distintos tipos de energía a utilizar según si se prefiere realizar fragmentación en trozos grandes o polvo.

Se describen las distintas energías utilizadas para los distintos tipos de litiasis descritos, valorando la fragmentación y la rapidez de acción del láser Holmium.

CONCLUSIONES

El láser de alta potencia sirve para destruir cualquier tipo de cálculo. A más dureza de la litiasis se precisará de más potencia sin importar tanto la frecuencia, y con litiasis blandas se consigue buenos resultados con baja energía, pudiendo pulverizar muy bien incrementando la frecuencia del pulso. El pulso largo es muy útil para disminuir la retropulsi3n del cálculo y aumentar la pulverizaci3n, sobre todo en litiasis más blandas

VÍDEO NO PRESENTAT PER PROBLEMES TÈCNICS

ID: 00209

TUMOR RENAL Y LITIASIS PIÉLICA IPSILATERAL: TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO SINCRÓNICO

LUIS MALCA¹, OLGA MAYORDOMO¹, ORIOL ANGERRI¹, ANTONIO ROSALES¹, ESTEBAN EMILIANI¹, FRANCISCO SÁNCHEZ-MARTÍN¹, FÉLIX MILLÁN¹, HUMBERTO VILLAVICENCIO¹

1) Fundació Puigvert

Introducción

El diagnóstico de tumor renal y litiasis piélica ipsilateral es un hallazgo diagnóstico muy poco frecuente. Presentamos la resolución quirúrgica simultánea vía laparoscópica.

Materiales y métodos

Paciente varón de 68 años con antecedente de tumor vesical infiltrante y hallazgo de tumor renal izquierdo de 27 mm en polo superior, cara anterior. Se le realiza cistoprostatectomía radical y conducto ileal (AP: pT2bN0M0), postoperatorio sin incidencias. Al mes del alta, el paciente ingresa por urgencias por pielonefritis obstructiva izquierda secundaria a litiasis piélica de 11 mm, por lo que se coloca sonda de nefrostomía y se decide tratamiento quirúrgico laparoscópico electivo.

Resultados

Se realiza abordaje laparoscópico para nefrectomía parcial y pielolitotomía laparoscopia, posición de lumbotomía. Tras colocación de puertos de laparoscopia, se realiza disección del pedículo vascular renal con colocación de vassel loops en arteria renal (doble arteria). Se realiza disección de pelvis renal tras inyección de suero más gentamicina por sonda de nefrostomía. Se realiza pielotomía de 1.5 cm, y con ayuda de cistoscopio flexible, se accede a pelvis renal evidenciando litiasis piélica. Se utiliza cestilla de Nitinol de 3Fr y se extrae litiasis. Cierre de pelvis renal con Monocryl 4/0 sutura continua. Posteriormente, se realiza apertura de gerota accediendo a cara anterior y polo superior, disecando todo el tumor renal. Tras clampaje arterial mediante clamps vasculares, se realiza tumorectomía con un tiempo de isquemia de 9 minutos. Doble sutura hemostática con Vlock 3/0 y posteriormente cierre con puntos de colchonero. Revisión hemostática, colocación de drenaje y extracción de pieza quirúrgica. Tiempo operatorio 120 minutos, Postoperatorio sin incidencias.

Conclusiones

En caso de diagnóstico de tumor renal y litiasis ipsilateral, es posible realizar un abordaje laparoscópico para solucionar en una única cirugía ambas patologías con escasa morbilidad.

Àrea temàtica: Litiasi

Tipus: Vídeo

Número: V19

Dia: DISSABTE 1 D'ABRIL

Sala: AUDITORI

Sessió: VÍDEOS 2

Horari: de 15:30 a 17:00 h

ID: 00233

SI NO ESPERAS LO INESPERADO NO LO RECONCERÁS CUANDO LLEGUE.

ROY RODRIGUEZ MALATESTA¹ , BLANCA GASA GALMES¹ , CRISTINA CAMARA MORENO¹ , JOSE MARIA ABASCAL JUNQUERA¹ , ALBERT FRANCES COMALAT¹ , LLUIS CECCHINI ROSELL¹

1) Hospital Del Mar

La patología litiasica es cada vez más prevalente, y la adaptación de nuestras técnicas quirúrgicas a la anatomía humana así como a la morfología de las litiasis, representa un papel primordial en cualquier quirófano de litiasis. La endourología busca adaptarse al paciente con la finalidad de lograr el tan ansiado "stone free" siendo lo menos invasivos pero al mismo tiempo lo más resolutivos, ajustándonos a nuestra realidad asistencial.

En esta ocasión presentamos el caso de una mujer de 49 años con antecedentes de patología litiasica, quien presenta hematuria microscópica en noviembre de 2015 por lo que se estudia y se diagnostica de litiasis de pelvis y GCI de 16mm, para la cual se le ofrece tratamiento activo, con cirugía intrarrenal retrograda +/- Nefrolitotomía percutánea. Al momento de la cirugía se realiza escopia a nivel renal no visualizando la litiasis, se introduce ureterorenoscopia visualizando gran litiasis a nivel de meato izquierdo, la cual se fragmenta con laser holmium. Posteriormente se asciende hasta pelvis renal y se realiza pielografía ascendente sin apreciar defectos de repleción.

Àrea temàtica: Altres

Tipus: Vídeo

Número: V20

Dia: DISSABTE 1 D'ABRIL

Sala: AUDITORI

Sessió: VÍDEOS 2

Horari: de 15:30 a 17:00 h

ID: 00164

Hematuria por insuficiencia venosa renal: Reimplante venocava laparoscópico

MIGUEL ÁNGEL LÓPEZ COSTEA¹, LAIA PUJOL GALARZA¹, JOSÉ IGNACIO PÉREZ REGGETI¹, MARIA FIOL RIERA¹, BEGOÑA ETCHEVERRY GIADROSICH¹, JAIME FERNANDEZ-CONCHA SCHWALB¹, FRANCESC VIGUÉS JULIÀ¹

1) Hospital Universitari de Bellvitge

La insuficiencia venosa renal por causas diversas no es una causa infrecuente de hematuria, siendo el manejo conservador la conducta a seguir en la mayoría de los casos; sin embargo la intensidad de la hematuria y el dolor lumbar asociado pueden constituir elementos para adoptar una resolución quirúrgica de dicha patología.

Presentamos el video del reimplante venocava mediante abordaje laparoscópico realizado a una paciente con hematuria anemizante secundario a anomalía valvular/cruce de arteria polar en vena renal derecha múltiple.