

LLIBRE D'ABSTRACTS

VÍDEOS

2020

XXIII

SIMPOSI

SCU



VIRTUAL

2, 8, 15 I 22 D'OCTUBRE

SESSIÓ VÍDEOS 1 >
ONCOLOGIA I LITIASIS
V01-V06

V01

PROSTATECTOMIA RADICAL ASSISTIDA PER ROBOT: PRIMER ANY D'EXPERIÈNCIA A L'HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA DE LLEIDA.

Marina Riera Ponsati^{1,2}, Agustí Marfany Pluchart^{1,2}, Meritxell Palomera Fernández^{1,2}, Carlota Sancho López^{1,2}, Cayo Augusto Estigarribia Benitez^{1,2}, Josep Maria Auguet Martin^{1,2}, Jaume Pelegrí Gabarró^{1,2}, David Garcia Belmonte^{1,2}, Joan Ramon Bordalba Gomez^{1,2}

1) Hospital Arnau de Vilanova de Lleida 2) Hospital de Santa Maria de Lleida

Objectius:

Presentar els resultats de la cirurgia robòtica a l'Hospital Arnau de Vilanova (HUAV) des d'abril de 2019 fins a gener de 2020.

Mètode:

Durant el període entre abril de 2019 i gener de 2020 s'han realitzat 50 prostatectomies radicals (PR) al HUAV, de les quals 18 amb limfadenectomia ilioobturatriu extensa (LDNe) en pacients afectes d'adenocarcinoma de pròstata. La mitjana d'edat ha estat de seixanta-set anys. Les intervencions han estat realitzades pel mateix equip quirúrgic utilitzant el robot Da Vinci Xi®.

Resultats:

No hi ha hagut complicacions intra-quirúrgiques significatives. El temps mitjà de cirurgia ha estat de 200 min per a les PR i de 270 min per a les PR amb LDN. La mitjana de temps hospitalari ha estat de 4 dies. 1 pacient ha precisat de suport transfusional en el postoperatori. Cap pacient ha precisat re-intervenció.

Pel que fa als resultats oncològics, en el 90% de les PR l'estadi anatomopatològic definitiu ha estat pT2cNx. Dels pacients als que s'ha realitzat PR amb LDN, l'estadi anatomopatològic definitiu ha estat pT3a en un 60%, tot i que només el 40% s'havien classificat inicialment com a T3 per proves d'imatge. La mitjana de ganglis extrets ha estat de 16 ganglis. Un 30% ha presentat marges positius o glàndules en contacte amb la tinta xinesa, tot i que aquesta dada es veu influïda per important artefacte per tracció en les peces quirúrgiques. El 96% presenta un PSA post-operatori indetectable.

S'ha proporcionat a tots els pacients exercicis de sòl pèlvic prèviament a la cirurgia. Durant la intervenció s'ha aplicat tècnica de preservació del coll vesical. Al primer mes després de la retirada de sonda vesical un 6% (3 casos) presenta incontinència urinària severa, i la resta dels pacients són continents o amb mínims escapes (<2 compreses diàries). 2 pacients han presentat esclerosi del coll.

Conclusions:

Actualment al HUAV es realitzen per part del servei d'Urologia 2-3 cirurgies assistides per robot a la setmana, de les quals el 75% són prostatectomies radicals. Això ha permès una bona corba d'aprenentatge i bons resultats tant en l'àmbit oncològic com funcional.

V02

NEFRECTOMIA PARCIAL ABIERTA EN TUMOR MIXTO EPITELIAL Y ESTROMAL (MEST) RENAL

Jose Vila¹, Xavier Ruiz¹, Josep Maria Santillana¹, Daniel Salas¹, Marta Alves¹, Helena Ascaso¹, Almudena Badenes¹, Ariadna Fabià¹, Mireia Fargas¹, Victor Iranzo¹, Manuel Prados¹, Rosa Sagrista¹, Josep Segarra¹

1) Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos caso de mujer 18 años de edad sin antecedentes de interés que en control ginecológico se evidencia masa pélvica asintomática.

Se realiza resonancia magnética pélvica, que describe masa pélvica que por bordes de contacto con riñón y útero sugestiva de tumor renal sólido, inespecífica radiológicamente, que en el diagnóstico diferencial podría incluirse tumores mesenquimales y primario.

En TAC toracoabdominal, no se observan adenopatías ni masas mediastínicas. Parénquima pulmonar normal. Riñón derecho de morfología normal. Gran masa hipodensa en hemiabdomen inferior que se extiende del polo inferior del riñón izquierdo y ocupa casi totalmente la cavidad pélvica, riñón izquierdo ptósico. La masa mide 15 x 10.8 x 15 cm, presenta calcificaciones periféricas y ligera y heterogénea captación de contraste endovenoso.

Se decide nefrectomía parcial abierta. Se inicia con incisión media infraumbilical. Disección por planos seccionando uraco y movilizándolo vejiga. Se incide parietocólico izquierdo rechazando sigma. Identificación y disección tumoral de mesocolon. Marcaje peritumoral y posterior clampaje parénquima con clamp laparoscópico intestinal. Se procede a nefrectomía parcial. Renografía en 2 planos, cierre de vía urinaria y parénquima renal con V Lock y Hem-o-locks. Cierre por planos. Tiempo quirúrgico de 121 minutos.

RESULTADOS

Paciente evoluciona sin incidencias. Alta al tercer día post-operatorio.

Hallazgos histopatológicos compatibles con tumor estromal y epitelial mixto (MEST) con márgenes de resección quirúrgica libres

CONCLUSIONES.

Se trata de un tumor renal raro, representa aproximadamente el 0.2% de los tumores renales en adultos, mayoritariamente de características y comportamiento benigna, cuya malignización y recurrencia puede ocurrir de forma excepcional. La actitud terapéutica inicial es la exéresis completa del mismo y seguimiento radiológico.

V03

INFUNDIBULOTOMÍA CON LÁSER HO:YAG EN PACIENTE CISTINÚRICO MONORRENO

Asier Mercadé Sánchez¹, José Daniel Subiela Henríquez¹, Josep Balañà Lucena¹, Andrés Koey Kanashiro Azabache¹, Esteban Emiliani Sanz¹, Francisco María Sánchez Martín¹, Félix Millán Rodríguez¹, Joan Palou Redorta¹, Oriol Angerri Feu¹

1) Fundació Puigvert

Introducción:

La cistinuria es una patología de herencia autosómica recesiva que condiciona la pérdida renal de aminoácidos y predispone a la formación de litiasis de cistina. El manejo médico ayuda a prevenir la formación de cálculos, sin embargo, cuando se forman litiasis no expulsables es necesaria la cirugía.

Material y Métodos

Presentamos un varón de 35 años cistinúrico, con síndrome de Marfan, monorroreño quirúrgico derecho por antecedente de litiasis coraliforme de cistina que es derivado a nuestro centro para tratamiento de múltiples litiasis renales. Se realiza mini nefrolitotomía percutánea y durante el seguimiento se aprecia litiasis residual de 13mm en grupo superior, por lo que se realiza ureterorrenoscopia flexible. Bajo anestesia general se coloca al paciente en posición de litotomía y se realiza uretrocistoscopia para pasar guía de seguridad paralela al catéter doble J, que se retira. Se realiza ureteroscopia con semirígido sin identificar alteraciones y se coloca camisa ureteral 10.7F/12.7F de 35 cm. Se realiza ureterorrenoscopia con flexible digital apreciándose estenosis franqueable a nivel pieloureteral y se exploran las cavidades renales hasta identificar infundíbulo de grupo superior al cual no se consigue alcanzar. Se cambia a dispositivo flexible analógico, se accede a infundíbulo estrecho sin conseguir pasar y se realiza infundibulotomía con láser holmio, fibra de 200um, 1J y 10Hz con pulso largo. Posteriormente se identifica en litiasis que se pulveriza con 1J y 50Hz, pulso largo, extracción de fragmentos con cestilla y colocación posterior de JJ.

Resultados:

La duración de la cirugía fue de 90 minutos. El paciente evolucionó favorablemente, siendo altado a las 16h de la cirugía. Se retira doble J de manera ambulatoria y se realizan urografía, ecografía y analítica de control donde se aprecia resolución de litiasis, sin hidronefrosis y con función renal conservada.

Conclusion:

La infundibulotomía endoscópica con láser holmio es una opción a valorar en casos seleccionados para el tratamiento de litiasis de difícil acceso durante el abordaje con instrumental flexible.

V04

LINFADENECTOMÍA INGUINAL MODIFICADA, VIDEO-ENDOSCÓPICA, PARA LA ESTADIFICACIÓN INGUINAL EN EL CÁNCER DE PENE

José María Gaya Sopena¹, Jorge Miguel Robalino Aldaz¹, Jose Daniel Subiela Henríquez¹, Antoni Rosales Bordes¹, Laia Sabiote Rubio¹, Joan Palou Redorta¹, Alberto Breda¹

1) Fundació Puigvert

OBJETIVOS

En el cáncer de pene de riesgo intermedio o alto riesgo sin ganglios inguinales palpables (cN0) es obligatorio realizar una estadificación inguinal, ya sea mediante ganglio centinela o linfadenectomía inguinal modificada. Las técnicas endoscópicas han demostrado respecto a las abiertas menor número de complicaciones graves (Clavien-Dindo ≥ 3) sin diferencias en cuanto al número de ganglios extirpados y a la supervivencia libre de enfermedad.

MÉTODOS

En este video se presenta el caso de un paciente de 61 años con cáncer de pene pT2 sin ganglios inguinales palpables y estudio de extensión negativo (cN0). Tras el tratamiento local de la lesión mediante glandectomía más reconstrucción tipo Bracka se decide realización de linfadenectomía inguinal modificada bilateral mediante abordaje endoscópico. Tras la colocación del paciente con piernas flexionadas se marcan los límites del triángulo de Scarpa y la localización del latido femoral. Se realiza incisión de 2cm en vértice inferior del triángulo y mediante disección roma se coloca trocar de 12 mm con balón. Insuflación y colocación de 2 trócares más en los laterales del triángulo. Sin abrir la fascia de Scarpa, se realiza exéresis completa de todo el tejido ganglionar localizado en el compartimiento superficial, preservando vena safena y la mayoría sus colaterales. Extracción de la pieza mediante bolsa de extracción tipo endobag y colocación de redón subcutáneo en aspiración.

RESULTADOS

No se observaron complicaciones intraoperatorias ni en el postoperatorio inmediato. Tiempo operatorio: 3h 05 min. Evolución postoperatoria favorable, alta a los 3 días con medias elásticas. Retirada del redón el 19 día postoperatorio. Informe patológico: 13 ganglios extraídos en el lado derecho, uno de ellos positivo y 16 negativos en el lado izquierdo.

CONCLUSIÓN

La linfadenectomía inguinal modificada endoscópica es una técnica segura que consigue disminuir la morbilidad postoperatoria respecto a la cirugía abierta, favoreciendo el alta precoz sin afectar el número de ganglios extraídos. Se debe considerar una alternativa al ganglio centinela en esos casos de pacientes cN0, donde este no es técnicamente posible.

V05

CISTOPROSTATECTOMIA RADICAL LAPAROSCÒPICA AMB RECONSTRUCCIÓ INTRACORPÒREA DE CONDUCTE ILEAL

Josep Maria Gaya Sopena¹, Isabel Sanz Gómez¹, Pavel Gavrilov¹, Jorge Huguet Pérez¹, Luis Gausa Gascón¹, Joan Palou Redorta¹, Alberto Breda¹

1) Fundació Puigvert

OBJECTIUS

La cistectomia radical oberta és el tractament quirúrgic d'elecció per al tumor vesical músculo-invasiu òrgan-confinat i per al tumor vesical no músculo-invasiu que fracasa al tractament amb BCG. La cistectomia laparoscòpica amb reconstrucció extracorpòrea ofereix els mateixos resultats oncològics que la cirurgia oberta amb menor sagnat, i menys temps d'hospitalització. Malgrat aquestes advantages no hem aconseguit amb la laparoscòpia ni tampoc amb la robòtica disminuir la tasa de complicacions Clavien>3. Una de les opcions per intentar minimitzar el número de complicacions majors és realitzar tota la cirurgia de forma mínimament invasiva, amb una reconstrucció intracorpòrea del trànsit intestinal y urinari.

MATERIAL I MÈTODES

Presentem el cas d'un home de 84 anys amb tumor vesical no músculo-invasiu refractari a BCG, al qual se li va practicar una cistoprostatectomia radical laparoscòpica amb reconstrucció intracorpòrea de conducte ileal. Es descriu pas a pas la tècnica quirúrgica, afegint suggeriments i consells per facilitar la cirurgia i millorar el temps quirúrgic i els resultats.

RESULTATS

El pacient va presentar un post-operatori correcte, sense complicacions. Amb una hemoglobina pre-quirúrgica de 124mg/dL i post-quirúrgica (24 hores) de 119mg/dL. El pacient va iniciar tolerància oral a les 12 hores de la cirurgia i va ser donat d'alta al seu domicili el sisè dia postoperatori sense complicacions (Clavien 0) als 90 dies. El resultat de l'anatomia patològica final va ser un pTis múltiple amb CIS a l'urèter distal dret. La ecografia als 3 mesos de la cirurgia no mostra dilatació del TUS i la funció renal es la mateixa que prèvia a la cirurgia.

CONCLUSIONS

La cistectomia radical laparoscòpica amb reconstrucció intracorpòrea és una tècnica segura i reproduïble, que presenta resultats oncològics comparables a la cistectomia oberta i además pot disminuir el risc de complicacions i oferir una més prompta recuperació, també en pacients majors de 80 anys. Tanmateix, per dur a terme aquesta cirurgia de forma existosa es requereix d'una tècnica estandaritzada i molta experiència en sutura intracorpòrea.

V06

CATÉTER URETERAL DOBLE J OLVIDADO. DOS CASOS CLÍNICOS CON DIFERENTE EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO

C. Marina Munarriz¹, Roy A. R. Malatesta¹, Cristina Camara¹, Marc Costa¹, Anna Sanromà¹, Laura Polaina¹, Carles Solà¹, Lluís Cecchini¹

1) Hospital del Mar

INTRODUCCIÓN

Los catéteres ureterales son fundamentales en el manejo de la obstrucción del tracto urinario superior. Sin embargo, su olvido y calcificación puede causar complicaciones graves. Su manejo supone un reto y puede requerir de técnicas endourológicas avanzadas y múltiples equipos de trabajo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos dos casos de catéteres ureterales con diferente evolución y manejo:

1) Mujer de 46 años que se presenta con pielonefritis aguda obstructiva derecha. Resulta ser portadora de un catéter ureteral izquierdo desde hace 14 años. Se deriva la vía urinaria derecha mediante catéter ureteral doble J y la izquierda mediante nefrostomía percutánea. Para la solución definitiva de la obstrucción se realiza un acceso combinado endourológico y percutáneo con dos equipos quirúrgicos.

2) Varón de 37 años portador de un catéter ureteral derecho olvidado durante 3 años. Aparece fragmentado y apenas calcificado. Se planifica un acceso combinado. Finalmente, se puede solventar completamente por vía endourológica.

RESULTADOS

Para el primer caso, el tiempo quirúrgico fue de 90 minutos; la estancia hospitalaria de 2 días; se pautó tratamiento antibiótico durante 10 días; el análisis del cálculo reveló una litiasis de fosfato tricálcico. En el segundo caso, el tiempo quirúrgico fue 120 minutos; 2 días de ingreso; tomó antibiótico durante 7 días; se retiró el catéter ureteral a los 15 días tras la intervención.

En los dos casos se logró la completa extracción de las litiasis y de los catéteres olvidados.

CONCLUSIONES

El manejo endourológico de los catéteres ureterales olvidados supone un reto. Requiere de una cuidadosa planificación, combinación de diferentes técnicas y de la participación de más de un equipo de trabajo. El seguimiento de los catéteres ureterales por parte de los profesionales puede resultar una tarea engorrosa; la implicación del paciente es fundamental, así como la individualización en cada caso.

SESSIÓ VÍDEOS 2 >
ANDROLOGIA I
UROLOGIA FUNCIONAL
V07-V12

V07

IMPLANTACIÓ SINCRÒNICA DE PRÓTESIS DE PENE Y ESFÍNTER URINARIO ARTIFICIAL TRANSCORPÓREO

Natàlia Picola Brau¹, Josep Torremadé Barreda¹, Narcís Camps Lloveras¹, Pedro De Pablos Rodríguez¹, Maria Fiol Riera¹, Lluís Riera Canals¹, Francesc Vigués Julià¹

1) Hospital Universitari de Bellvitge

Objetivos: La prostatectomía radical (PR) es uno de los tratamientos de elección para el cáncer de próstata localizado. Aún así, esta cirugía puede conllevar un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes, causando disfunción eréctil (DE) y/o incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE).

El objetivo principal de este vídeo es presentar el caso de un implante simultáneo de una prótesis hidráulica de 3 componentes (IPP) y esfínter urinario artificial (AUS) transcorpóreo en un paciente afecto de IUE severa y DE tras PR.

Material&Métodos: Presentamos el caso de un paciente de 64 años intervenido en 2008 de PR laparoscópica y linfadenectomía íleo-obturatriz bilateral por adenocarcinoma de próstata (Gleason 4+3, pT3a N0) seguido de radioterapia externa. En 2010, recibió un primer implante de AUS, que en 2013 debió retirarse tras su extrusión. Posteriormente, el paciente desarrolló estenosis de uretra requiriendo de uretroplastia terminal. Tras ello, presentó IUE severa ante mínimos esfuerzos, necesitando de 5-6 pañales/día y DE completa sin respuesta al tratamiento médico por lo que fue derivado a nuestro centro.

Resultados: Se realizó un implante simultáneo de IPP de 3 componentes junto a AUS transcorpóreo sin incidencias. La IPP se implantó vía escrotal y el AUS a través de incisión perineal. No presentó complicaciones intra o postoperatorias.

Conclusiones: El implante sincrónico de IPP y AUS es una opción segura y eficaz para el abordaje de IUE moderada-severa junto a DE refractaria al tratamiento médico. Esto permite un tratamiento definitivo de la DE e IUE en un mismo tiempo y una recuperación funcional más rápida sin retrasar el tratamiento quirúrgico de la DE o de la IUE.

V08

IMPLANTE DE PRÓTESIS PENEANA Y CORPOROPLASTIA CON INJERTO EN ENFERMEDAD DE PEYRONIE SEVERA: ABORDAJE SUBCORONAL, ESCROTAL O COMBINADO. ¿EXISTE UNA OPCIÓN IDEAL?

Pedro De Pablos Rodríguez¹, Josep Torremadé Barreda¹, Natalia Picola Brau¹, María Fiol Riera¹, Lluís Riera Canals¹, Francesc Vigués Julià¹

1) Hospital Universitari de Bellvitge

En este vídeo ilustramos tres abordajes quirúrgicos distintos acerca de una misma patología, la disfunción eréctil que no responde a tratamiento médico en pacientes con enf. Peyronie con grandes curvaturas. Resumimos las principales ventajas e inconvenientes de cada una de las técnicas.

V09

VAGINOPLASTIA DE INVERSIÓN DE PIEL PENEANA: TÉCNICA PASO A PASO

Pedro De Pablos¹, Josep Torremadé¹, Oriol Bermejo¹, Meritxell Sampera¹, Begoña Etcheverry¹, Ana López¹,
María Fiol¹, Ramón Tarragona¹, Albert Pi¹, Sara García¹, Marc Barahona¹

1) Hospital Universitari de Bellvitge

Mostramos en formato vídeo la cirugía genital de reasignación de sexo de hombre a mujer mediante la técnica de inversión peneana e injerto escrotal. Explicamos la técnica detalladamente.

V10

RECONSTRUCCIÓN PENEANA MEDIANTE COLGAJO ESCROTAL

Natàlia Picola Brau¹, Josep Torremadé Barreda¹, Pedro De Pablos Rodríguez¹, Pol Sanz Serra¹, Maria Fiol Riera¹, Begoña Etcheverry Giadrosich¹, Lluís Riera Canals¹, Francesc Vigués Julià¹

1) Hospital Universitari de Bellvitge

Objetivos: El *acquired buried penis* (o pene enterrado) es una patología adquirida que se manifiesta clínicamente por un pene poco visible, enterrado por las capas del prepucio, escroto y pared abdominal.

El objetivo principal de este vídeo es presentar un caso ilustrativo de esta patología corregido quirúrgicamente mediante reconstrucción peneana con colgajo escrotal.

Métodos: Presentamos el caso de un paciente varón de 56 años hipertenso, diabético insulino-dependiente y con antecedente quirúrgico a destacar postectomía por liquen esclero-atrófico en mazo 2019 (resultado de anatomía patológica: liquen sin signos de malignidad). Posteriormente el paciente presenta pene enterrado con longitud insuficiente para penetrar a pesar de mantener erecciones de rigidez suficiente, motivo por el que es derivado a nuestro centro.

Resultados: Por exploración física, el paciente presentaba pene enterrado con grasa púbica y estrías en área de piel peneana. Ante el cuadro, se procedió a corrección quirúrgica realizándose sección del ligamento suspensorio, liposucción abdominal y reconstrucción mediante colgajos escrotales de forma exitosa. El paciente pudo ser alta a las 48h sin presentar complicaciones postoperatorias.

Conclusiones: La reconstrucción quirúrgica del pene enterrado mediante el uso de colgajos escrotales es una técnica eficaz. Ésta permite un aumento de longitud peneana suficiente para conseguir resultados estéticos y funcionales satisfactorios.

V11

PECTOPEXIA LAPAROSCOPICA PARA EL TRATAMIENTO DEL PROLAPSO DE ORGANOS PELVICOS

Jorge Hidalgo Arroyo^{1,2}, Antonio Rodríguez Casado¹, Humberto Suárez Regardíz², Isabel Díaz Sánchez², Fernando Rodríguez Escovar², Gilberto Chéchile Toniolo², Stefano Boccasile²

1) Hospital de Figueres 2) Instituto Médico Tecnológico

Objetivo.

Presentar de manera retrospectiva la técnica, seguridad y eficacia de la Pectopexia Laparoscópica en el tratamiento del prolapso de órganos pélvicos

Método

De diciembre de 2016 a enero de 2019 fueron intervenidas 20 pacientes con diagnóstico de prolapso vaginal de órganos pélvicos (POP). La técnica empleada fue una Pectopexia Laparoscópica.

Resultados

Con un seguimiento medio de 21,8 meses con un rango de 13 a 38 meses, la técnica quirúrgica consiguió la corrección del prolapso en 19 pacientes. No se reportaron complicaciones intra ni postoperatorias.

Conclusiones

La Pectopexia laparoscópica con malla de polivinilideno parece ser una técnica efectiva, segura y reproducible que podría ofrecer una alternativa a la colposacropexia laparoscópica para el tratamiento del prolapso de órganos pélvicos.

ESTE RESUMEN ES UN BORRADOR.

EL RESUMEN COMPLETO SERÁ ENVIADO LA PROXIMA SEMANA

V12

REPARACIÓN DE FÍSTULA VESICOVAGINAL MEDIANTE ABORDAJE COMBINADO TRANSURETRAL-TRANSVAGINAL (NOTES).

Luis Castro¹, Ignacio Asiain¹, Juan López¹, Juan Felix¹, Blanca Gasa¹, Marta Piqueras¹, Francesco Pellegrinelli¹, David Salinas¹, Juan Peña¹, Jorge Saenz¹, Naim Hanaoui¹, Sandra Tarragon², Eduardo Vicente², Roberto Castañeda², José Bellido², Begoña Juaneda², Leticia Verdonces², José González², Andrés Kanashiro², Raúl Martos¹

1) UROS ASSOCIATS, CENTRO MÉDICO TEKNON 2) UROS ASSOCIATS, CLÍNICA SAGRADA FAMILIA

OBJETIVO.

La fístula vesicovaginal (FVV) consiste en una comunicación anormal de tejido fibrótico entre la vejiga y la vagina, que condiciona incontinencia urinaria continua, y que representa una situación debilitante desde el punto de vista físico, psicológico, sexual, emocional, económico, produciendo un estigma social en estas pacientes.

El objetivo de este video consiste en mostrar la eficacia y seguridad de la reparación de una FVV simple (refractaria al manejo conservador mediante sondaje vesical permanente), mediante un abordaje combinado transuretral-transvaginal (NOTES).

MÉTODO.

Paciente de 33 años, sin antecedentes médicos, quien 7 días posterior al parto asistido con forceps, comenzó a presentar incontinencia urinaria continua. La cistoscopia identificó un orificio hemitrigonal izquierdo <1cm (cercano al cuello vesical y >2cm del meato ureteral izquierdo). La exploración vaginal (llenando la vejiga con azul de metileno), evidenció salida del líquido a través de un orificio <1cm en cara vaginal anterior. Con el diagnóstico de FVV trigonal simple, y en consenso con la paciente, se decidió manejo conservador con sondaje vesical permanente. Pasadas 6 semanas, se realizaron cistografía miccional y cistografía-TAC, sin evidenciar paso de contraste a vagina, por lo que se decidió retirar la sonda vesical, reapareciendo inmediatamente la incontinencia. Se realizó nueva cistoscopia y exploración vaginal, evidenciando la persistencia del trayecto fistuloso permeable. Se decidió realizar tratamiento quirúrgico mediante un abordaje combinado transuretral-transvaginal (NOTES). En posición de litotomía, y bajo visión endoscópica 30º, se realizó tutorización de la fístula con catéter fogarty 3F (desde vagina hacia vejiga); la resección transuretral endoscópica se realizó con resector de flujo continuo 26ch, asa de Collins con energía bipolar y suero salino, resecano completamente el trayecto fistuloso. El cierre del defecto se realizó por vía transvaginal: mucosa vesical (continua 4-0 monocryl), detrusor (continua 3-0 vicryl), y mucosa vaginal (suelos 2-0 vicryl). El tiempo quirúrgico de resección transuretral y de cierre vaginal fué 10 y 15 minutos, respectivamente. Se colocó catéter vesical suprapúbico 12ch. Buena evolución postoperatoria, decidiendo alta médica a las 24hrs.

RESULTADOS.

No se objetivaron complicaciones claven-dindo ≥ 2 . El análisis patológico confirmó la resección completa del trayecto fistuloso. A las 4 semanas, se realizó cistografía, cistoscopia y exploración vaginal, objetivando completa resolución de la fístula, por lo cual se retiró el catéter suprapúbico. Reinició micciones normales, sin incontinencia, pudiendo retomar sus actividades de la vida diaria (laboral, social, recreativa, sexual).

CONCLUSIÓN.

En la era de la cirugía mínimamente invasiva, el abordaje combinado transuretral-transvaginal (NOTES), permite al cirujano una completa resección del tejido fistuloso, hemostasia selectiva, y la posterior reparación del defecto, por lo cual debe considerarse como una opción principal en el tratamiento de la FVV refractaria al manejo conservador.

SESSIÓ VÍDEOS 3 >
ABORDATGE
RETROPERITONEAL
V13-V18

V13

NERFECTOMÍA PARCIAL POR RETROPERINOSCOPIA: UNA NUEVA DISPOSICIÓN DE LOS TRÓCARES QUE MEJORA LOS CONFLICTOS DE ESPACIO Y LA ERGONOMÍA DE LOS MOVIMIENTOS

Josep Maria Gaya¹, Laia Sabiote¹, Lucia Mosquera¹, Jose Daniel Subiela¹, Julio Calderón¹, Jordi Huguet¹, Pavel Gavrilov¹, Francesca Pisano¹, Angelo Territo¹, Óscar Rodríguez Faba¹, Francesco Sanguedolce¹, Rubén Parada¹, Joan Palou¹, Alberto Breda¹

1) Fundació Puigvert

INTRODUCCIÓN:

El abordaje retroperitoneal es una vía ideal para el tratamiento de tumores renales de valva posterior disminuyendo las complicaciones habituales del acceso transperitoneal. Su principal limitación es la falta de espacio para la colocación de trócares que condiciona una ergonomía desfavorable para el cirujano que dificulta la sutura rápida y efectiva de la nefrectomía parcial. Debido a esto presentamos una nueva disposición de trócares que mejora estas limitaciones.

CASO CLÍNICO

Varón de 62 años diagnosticado de quiste Bosniak IV de 3 cm en valva posterior de tercio inferior de riñón derecho (RENAL score 4p). Con el paciente en decúbito lateral izquierdo se realiza una incisión de 15 mm, 2cm por encima de la cresta ilíaca derecha a través del cual se crea espacio retroperitoneal con balón de Gaur y se coloca trócar con balón de 12mm. Posteriormente se coloca segundo trócar de 5 mm en línea con el anterior paralelo a la musculatura paravertebral. Desde este trócar con una tijera laparoscópica se consigue separar el peritoneo de la musculatura abdominal anterior ganando espacio retroperitoneal suficiente para colocar 2 trócares más, anteriores al primer trócar y todos ellos separados por 4 dedos. El ayudante se coloca en un lado de la mesa y el cirujano en el otro, cruzando sus manos, y el monitor en la cabeza del paciente. Se realizó tumorectomía con clampaje a demanda. El tiempo quirúrgico fue de 115 minutos, el tiempo de isquemia de 9 minutos. No hubo complicaciones intra ni postoperatorias a los 90 días. Hb pre 149 g//Hb y post 137 g/Hb. El paciente fue dado de alta al tercer día postoperatorio. La anatomía patológica mostró un carcinoma renal de células claras ISUP 1 pT1a.

CONCLUSIONES:

Esta nueva disposición de trocares en el espacio retroperitoneal permite una mejor ergonomía de movimientos para el cirujano y el ayudante traduciéndose en un menor tiempo de isquemia y mejor calidad de la sutura renal durante nefrectomía parcial por retroperinoescopia.

V14

NEFRECTOMÍA RADICAL DERECHA POR VÍA RETROPERITONEAL DIRECTA EN PACIENTE CON VENA CAVA INFRARRENAL IZQUIERDA

Anna Ferran Carpintero¹, Àngel Prera Vilaseca¹, Arturo Domínguez García¹, Jesús Muñoz Rodríguez¹, José Luís González Sala¹, Clara Centeno Álvarez¹, Marta Capdevila Gonzalo¹, Leticia De Verdonces Román¹, Eduardo Vicente Palacio¹, Carlos Abad Gairín¹, Naim Hannaoui Hadi¹, Darío García Rojo¹, Mario Andrés Rosado Urteaga¹, Paula Planelles Soler¹, Carmina Pla Terradellas¹, Paula Azuara Invernon¹, Joan Prats López¹

1) Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell

Objetivo

Las anomalías de la vena cava presentan una prevalencia en la población sana entre el 0.3-0.5% y en los pacientes con anomalías cardiovasculares del 2%. La mayoría dichas anomalías son asintomáticas y se presentan como hallazgos incidentales en los estudios de tomografía computarizada de abdomen.

En el caso de la vena cava inferior izquierda, la vena cava infrarrenal transcurre a la izquierda de la arteria aorta y se une a la vena renal izquierda que usualmente drena a la vena cava inferior derecha suprarrenal. Esta anomalía es debida a la persistencia de la vena supracardinal izquierda y la regresión de la vena supracardinal derecha en el desarrollo embriológico. Su prevalencia es muy baja (0.2-0.3%).

Describimos nuestra experiencia realizando una nefrectomía radical derecha por abordaje endoscópico retroperitoneal directo en una paciente con quiste renal complejo Bosniak III y vena cava infrarrenal izquierda.

Métodos

Presentamos una mujer de 53 años que, tras ser estudiada por hematuria y leucocituria se diagnostica por tomografía computarizada de un quiste Bosniak III y anomalía de la vena cava con vena cava infrarrenal izquierda.

Se decide realizar nefrectomía radical derecha por vía endoscópica retroperitoneal directa.

En decúbito lateral, tras abrir la fascia de Zuckerkandl y disecar la grasa perirrenal se identifican de manera progresiva una arteria y vena polares inferiores, venas lumbares hacia la vena cava, la vena cava ortotópica a nivel suprarrenal y cruzando sobre la arteria Aorta a nivel infrarrenal, adenopatías paracava y la arteria y vena renal. La nefrectomía se completa sin incidencias.

Resultados

El estudio anatomopatológico reveló un tumor renal mixto epitelial y estromal localizado en la pelvis renal (6,5cm) y córtex renal (5cm) con márgenes libres, la adenopatía paracava no presentaba signos de metástasis.

A los 5 meses del procedimiento la paciente se encuentra asintomática.

Conclusiones

La vía retroperitoneal facilita un acceso directo al riñón y a su pedículo, sin manipulación de los órganos abdominales. Este abordaje nos ha permitido identificar con claridad la anatomía de la vena cava y realizar el procedimiento previsto de manera segura.

V15

SUPRARENALECTOMIA ESQUERRA VIA RETROPERITONEOSCÒPICA DIRECTA PER FEOCROMOCITOMA EN PACIENT AMB NEUROFIBROMATOSI TIPUS 1

Paula Azuara Invernon¹, Arturo Domínguez García¹, Jose Luis González Salas¹, Àngel Prera Vilaseca¹, Jesús Muñoz Rodríguez¹, Mario-Andrés Rosado Urteaga¹, Paula Planelles Soler¹, Carmina Pla Terradellas¹, Nuria Guilera Tebe², Naim Hannaoui Hadi¹, Darío García Rojo¹, Carlos Abad Gairin¹, Eduardo Vicente Palacio¹, Clara Centeno Álvarez¹, Marta Capdevila González¹, Leticia De Verdonces Román¹, Anna Ferran Carpintero¹, Joan Prats López¹

1) Servei d'Urologia, Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell 2) Servei d'Anestesiologia i Reanimació, Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell

Objectius

El feocromocitoma és un tumor productor de catecolamines procedent del sistema nerviós simpàtic, situant-se la gran majoria en la glàndula suprarenal. Poden ser espontanis o estar associats a síndromes genètics com la malaltia de von Hippel-Lindau, la neurofibromatosis tipus 1 (NF1) o la MEN 2. El tractament d'elecció és la suprarenalectomia radical. Aquest procediment, realitzat per via laparoscòpica, pot efectuar-se per un abordatge transperitoneal o retroperitoneoscòpic, cadascun amb els seus avantatges i les seves limitacions.

Amb el següent vídeo es pretén mostrar, a través d'un cas real, els aspectes tècnics de la suprarenalectomia laparoscòpica per via retroperitoneal directa, tot aclarint l'anatomia d'aquest espai, així com recordar les seves indicacions.

Mètodes

Presentem el cas d'una dona de 50 anys, natural de Romania, amb antecedents de Neurofibromatosis tipus 1, bronquitis crònica, hipertensió arterial i cifoescoliosi severa que va ser intervinguda d'úlcus gàstric per via oberta al 2013. Arran d'una síndrome constitucional i quadre de dolor abdominal es diagnostica per TC abdominal d'una massa suprarenal esquerra, heterogènia, d'uns 4.8x2.8x4.5 cm i d'atròfia renal ipsilateral. Degut a l'antecedent de NF1 es completa estudi amb metanefrines en orina, que es troben elevades, i una gammagrafia amb MIBG que capta a nivell de la massa suprarenal descrita, suggerint així el diagnòstic de feocromocitoma adrenal.

Resultats

Donat els antecedents de la cirurgia abdominal prèvia per úlcus gàstric perforat, l'hepatomegàlia i la cifoescoliosi severa, s'opta per realitzar una suprarenalectomia esquerra per via retroperitoneoscòpica directa en decúbit lateral dret amb flexió del flanc. Es realitza nefrectomia ipsilateral en el mateix acte quirúrgic per anul·lació funcional renal. La cirurgia va transcórrer sense incidències intraoperatories, mantenint-se hemodinàmicament estable en tot moment amb tractament hipopressor endovenós, mantenint xifres de tensió arterial sistòlica no superiors a 160mmHg fins al clampatge de la vena suprarenal.

El temps quirúrgic total va ser de 120 minuts, amb un sagnat intraoperatori de 30cc. El drenatge no va ser productiu, pel que es va retirar a les 24h. La pacient va ser donada d'alta després de 6 dies d'hospitalització (2 dies de preparació prequirúrgica i 4 dies de postoperatori), sense incidències ni complicacions postoperatories durant l'estada hospitalària, mantenint tensions correctes controlades per endocrinologia.

Conclusions

La suprarenalectomia laparoscòpica per via retroperitoneoscòpica és un procediment factible en pacients amb antecedents de cirurgia abdominal prèvia. No obstant, la limitació pel que fa a l'espai i els referents anatòmics fan que requereixi ser realitzada per un uròleg amb experiència i habituat amb la tècnica. Per a la cirurgia del feocromocitoma és necessari un tractament multidisciplinar per tal de reduir el risc quirúrgic i anestèsic que suposa la manipulació del tumor.

V16

NEFRECTOMIA RADICAL RETROPERITONEOSCÒPICA DAVANT UN ABDOMEN HOSTIL

Victor Parejo Cortes¹, Ramon Domingo Ferrerons¹, Andreu Ponce Campuzano¹, Nicolau Carrasco Cánovas¹, Roger Boix Orri¹, Gemma Garcia de Manuel¹, Rocío Jiménez Corro¹, María Tàpia García¹, Ernest Martínez Marsal¹, Miquel Closas Capdevila¹, Josep Comet Batlle¹

1) Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta

Objectius:

la nefrectomia radical laparoscòpica es realitza preferentment a través d'una via transperitoneal. Tot i les avantatges de l'aproximació directa retroperitoneal, aquesta via no ha trobat l'acceptació uniforme a causa del reduït espai de treball i dificultat d'orientació anatòmica inicialment. Presentem la nostra primera experiència mitjançant retroperitoneoscòpia en nefrectomia radical davant d'un cas de difícil abordatge transabdominal.

Mètode:

es realitza nefrectomia radical esquerra en ronyó atròfic amb fistulització ureterovaginal, mitjançant via retroperitoneoscòpica directa. Es tracta d'una pacient dona de 44 anys amb abdomen hostil secundari a cirurgia ginecològica previa amb quimioteràpia i radioteràpia adjuvant, requerint-se exanteració pèlvica finalment per abscess pèlvic crònic per fistula recto-uretro-vaginal, portadora de colostomia terminal i derivació urinària heterotòpica Bricker.

Via retroperitoneal, utilitzant quatre ports amb la pacient col·locada en posició de decúbit lateral i pillet. S'utilitza baló de Gaur per a la creació de l'espai de treball retroperitoneal i es realitza nefrectomia radical evidenciant-se adherències i teixit inflamatori que dificulta la dissecció- Es mostren referències anatòmiques útils per orientació anatòmica.

Resultats:

el temps quirúrgic va ser de 210 min amb una pèrdua sanguínea intraoperatòria de 150 ml de sang. L'estada de l'hospital va ser de 3 dies i no va patir complicacions en el període postoperatori immediat.

Conclusions:

l'abdomen hostil és una complicació severa resultat de múltiples intervencions quirúrgiques per al control de processos sèptics abdominals, fuites anastomòtiques i d'altres complicacions quirúrgiques que condueixen a la creació d'ostomies, i la formació de brides intraperitoneals. Aquesta situació dificulta el seu accés posterior per aquesta via. La Retroperitoneoscòpia és una alternativa viable, eficaç i segura proporcionant un accés directe a l'ili renal, sense necessitat de mobilitzar prèviament les estructures intraperitoneals. Obviar l'accés peritoneal promou la reducció de morbiditat i redueix el risc de lesió d'òrgans intraperitoneal així com la potencial disseminació infecciosa del focus renal.

V17

NEFRECTOMÍA PARCIAL POR RETROPERITONEOSCOPIA: UNA NUEVA DISPOSICIÓN DE LOS TRÓCARES QUE MEJORA LOS CONFLICTOS DE ESPACIO Y LA ERGONOMÍA DE LOS MOVIMIENTOS

Josep Maria Gaya Sopena¹, Isabel Sanz Gómez¹, Pavel Gavrilov¹, Laia Sabiote Rubio¹, Angelo Territo¹, Jorgue Huguet Pérez¹, Joan Palou Redorta¹, Alberto Breda¹

1) Fundació Puigvert

INTRODUCCIÓN

El abordaje retroperitoneal permite un acceso rápido al riñón y al pedículo vascular sin ser necesario la liberación de adherencias y la decolación, disminuyendo así el riesgo de íleo y lesiones intestinales. Por todo ello se convierte en una vía ideal para el tratamiento de los tumores de valva posterior. A pesar de ello, la falta de espacio para la colocación de los trócares conlleva a una dificultad para la triangulación y conflictos entre cirujano y ayudante que hace compleja la sutura que requiere una nefrectomía parcial. Por estos motivos muchos cirujanos no la contemplan como opción y prefieren incluso para el tratamiento de lesiones localizadas en valva posterior un abordaje transperitoneal. Presentamos una nueva disposición de los trócares que permite mayor distancia entre ellos mejorando los conflictos de espacio y la ergonomía de movimientos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta el caso de una mujer de 72 años de edad, sin antecedentes médicos de interés relevantes para el caso. En estudio de quiste seroso pancreático se encuentra de forma incidental un quiste Bosniak IV de 15mm en valva posterior de tercio superior de riñón izquierdo, por lo que se decide realizar una nefrectomía parcial por retroperitoneoscopia. La analítica pre-quirúrgica mostró un filtrado glomerular de 74 mL/min/1.73 m².

Con la paciente en decúbito lateral izquierdo se realiza una incisión de 15 mm, 2cm por encima de la cresta ilíaca derecha a través de la cual se crea espacio retroperitoneal con balón de Gaur y se coloca trócar con balón de 12mm. Posteriormente se coloca segundo trócar de 5 mm en línea con el anterior paralelo a la musculatura paravertebral. Desde este trócar, con una tijera laparoscópica se consigue separar el peritoneo de la musculatura abdominal anterior ganado espacio retroperitoneal suficiente para colocar 2 trócares más, anteriores al primer trócar y todos ellos separados por 4 dedos. El ayudante se coloca en un lado de la mesa y el cirujano en el otro, cruzando sus manos, y el monitor en la cabeza del paciente. Se realizó tumorectomía con clampaje a demanda.

RESULTADOS

El tiempo quirúrgico total fue de 115 minutos, el tiempo de isquemia de 9 minutos. No hubo complicaciones intra ni postoperatorias a los 90 días. Presentó una hemoglobina pre-quirúrgica de 144mg/dL y post-quirúrgica de 117mg/dL y un filtrado glomerular correcto. La paciente fue dada de alta al tercer día postoperatorio. La anatomía patológica final mostró un carcinoma renal de células claras ISUP 1 pT1a.

CONCLUSIONES

Esta nueva disposición de trócares en el espacio retroperitoneal permite una mejor ergonomía de movimientos para el cirujano y el ayudante traduciéndose en un menor tiempo de isquemia y mejor calidad de la sutura renal durante nefrectomía parcial por retroperitoneoscopia.

V18

NEFRECTOMÍA PARCIAL ROBÓTICA POR RETOPERINOESCOPIA

José María Gaya Sopena¹, Jorge Robalino Aldaz¹, Angelo Territo¹, Pavel Gavrilov¹, Joan Palou Redorta¹, Alberto Breda¹

1) Fundación Puigvert

OBJETIVOS:

El abordaje retroperitoneal permite un acceso rápido al riñón y al pedículo vascular sin ser necesario la liberación de adherencias y la decolación, disminuyendo así el riesgo de íleo y lesiones intestinales. Por todo ello se convierte en una vía ideal para el tratamiento de los tumores de valva posterior. A pesar de ello, la falta de espacio para la colocación de los trócares conlleva a una dificultad para la triangulación y conflictos entre cirujano y ayudante que hace compleja la sutura que requiere una nefrectomía parcial. La cirugía robótica con una mayor ergonomía y libertad de movimientos facilita, especialmente en el abordaje retroperitoneal, la sutura siendo menor el tiempo de isquemia y mejor la calidad de la renorrafia.

MÉTODOS:

Presentamos el caso clínico de un varón de 43 años diagnosticado de masa renal izquierda de 53mm de diámetro compatible con tumor renal con captación de contraste de forma homogénea. Con el paciente en decúbito lateral derecho se realiza una incisión de 15 mm, 2cm por encima de la cresta ilíaca derecha a través del cual se crea espacio retroperitoneal con balón de Gaur luego se realiza el descenso del peritoneo para colocar un total de 5 trocares, 4 robóticos y uno para el ayudante de 11mm para introducir suturas y hemoclips.

RESULTADOS:

Se realizó tumorectomía con clampaje a demanda. El tiempo quirúrgico fue de 120 minutos, el tiempo de isquemia de 11 minutos. No hubo complicaciones intraoperatorias, ni postoperatorias. El paciente fue dado de alta al tercer día postoperatorio. La anatomía patológica mostró un oncocitoma.

CONCLUSIONES:

Con un diseño correcto de la colocación de los trócares es posible colocar los 4 brazos del robot y un trocar accesorio para el ayudante. El cuarto brazo del robot es fundamental para facilitar cualquier cirugía robótica y en el abordaje retroperitoneal del riñón donde el espacio es limitado aún más. La ergonomía y maniobrabilidad del robot facilita la sutura siendo menor el tiempo de isquemia y mejor la calidad de la sutura que si lo hacemos por laparoscopia.

SESSIÓ VÍDEOS 4 >
URETRA I
TRASPLANTAMENT RENAL
V19-V24

V19

URETROPLÀSTIA TERMINO-TERMINAL POSTERIOR EN PACIENT PORTADOR DE MEMOCAT I ESFÍNTER ARTIFICIAL

Sofia Fontanet-Soler¹, Xavier Ponce de Leon¹, Virginia Martinez¹, Maria Montlleó González¹, Carlos Errando Smet¹, Joan Palou Redorta¹

1) Fundació Puigvert (IUNA)

INTRODUCCIÓ:

La prostatectomia radical pot comportar incontinència urinària d'esforç i, d'altra banda, esclerosis cervicouretral que ocasioni símptomes obstructius.

MATERIALS I MÈTODES:

Home de 70 anys amb antecedent l'any 2011 de prostatectomia radical laparoscòpica. Aparició de dificultat miccional amb diagnòstic d'esclerosis cervicouretral. Es realitza resecció de coll vesical i posteriorment cervicotomia i uretrotomia interna al 2013. Al 2014, cistolitomia, i posteriorment uretrotomia i resecció transuretral de coll. Finalment, l'any 2016 es procedeix a col·locació de memocath. Per incontinència d'esforç, l'any 2017 es col·loca esfínter artificial Zephyr.

L'any 2019 presenta retenció urinària amb uretrocistografia que mostra desplaçament vesical de catèter memocath i estenosis de 3cm d'uretra posterior. Es decideix uretroplàstia termino-terminal amb prèvia extracció de memocath i valorar l'extracció d'esfínter artificial.

Inici amb abordatge percutani endoscòpic amb extracció de memocath i visualització de coll. Posteriorment es procedeix a uretroscòpia fins estenosis i incisió perineal longitudinal amb dissecció per plans i detecció de maneguet d'esfínter artificial amb desplaçament d'aquest a bossa escrotal esquerra. Dissecció d'uretra bulbar amb lligadura d'ambdues artèries bulbars i secció uretral sobre l'àrea escleròtica. Col·locació d'agulla perineal amb control endoscòpic vesical i posterior resecció de call fibrós guiat per agulla. Incisió de coll vesical i apertura d'aquest. Anastomosis amb 5 punts vycriil 3-0 a coll vesical. Es procedeix a exèresis de teixit uretral escleròtic. Espatulació d'extrem i anastomosi lliure de tensió. Col·locació de drenatge aspiratiu i tancament per plans previ sondatge uretral sylastic 16Fr.

RESULTATS:

Es retira drenatge a les 24h i alta hospitalària a les 96h. Uretrografia a les 4 setmanes amb visualització de correcte pas sense signes d'estenosis ni fugues, retirant sonda vesical. Maneguet d'esfínter artificial aïllat a bossa escrotal pendent de recol·locació.

CONCLUSIONS:

La cirurgia anastomòtica oberta per esclerosis post-prostatectomia radical després de recidiva de tècniques mínimament invasives és la tècnica d'elecció. Un esfínter artificial concomitant no precisa obligatòriament de la seva extracció en l'acte quirúrgic.

V20

ESTENOSI DE L'ANASTOMOSI URETROVESICAL: ABORDATGE ROBÒTIC I REANASTOMOSI

Bernat Padullés Castelló¹, Lluís Peri Cusi¹, Raul Martos Calvo¹, Meritxell Costa Grau¹, Laura Izquierdo Reyes¹, Richard Gaston², Antonio Alcaraz Asensio¹

1) Hospital Clínic de Barcelona 2) Clínica Saint-Augustin, Bordeaux

Introducció:

l'estenosi de l'anastomosi uretrovesical després d'una prostatectomia radical és una complicació poc freqüent. Els casos lleus poden ser tractats mitjançant procediments endoscòpics; però els casos greus poden suposar un repte quirúrgic important, amb abordatge perineal o abdominal. La laparoscòpia assistida amb robot DaVinci permet reparar casos d'obliteració completa de l'anastomosi.

Mètode:

presentem a 2 pacients que després d'una prostatectomia radical van presentar retenció aguda d'orina un cop retirada la sonda vesical; amb impossibilitat de sondatge i necessitat de col·locació de cistostomia suprapúbica. En ambdós casos es va realitzar una CUMS posterior que informava d'una obliteració completa de l'anastomosi uretrovesical. Es proposa un abordatge robòtic per a la seva reparació.

Resultat:

aquest vídeo mostra pas a pas la tècnica de reparació d'una estenosi completa de l'anastomosi uretrovesical assistida per robot. Es va realitzar una ressecció de la zona fibròtica, una dissecció del coll vesical i de l'uretra distal a la zona ressecada; i es va realitzar una nova anastomosi uretrovesical.

Conclusió:

l'abordatge robòtic permet reparar casos d'obliteració completa de l'anastomosi uretrovesical després d'una extirpació completa de la pròstata per un procés neoplàsic. Permet una visió directa de la zona afectada, una dissecció correcta del coll vesical i de la uretra i poder realitzar l'anastomosi amb bona visió. La tècnica és assequible per a qualsevol cirurgià habituat en l'ús del robot i ofereix bons resultats al ser una tècnica poc invasiva.

V21

URETROPLASTIA DORSAL EN ESTENOSIS DE URETRA PENEANA CON INJERTO DE MUCOSA BUCAL SEGUN TECNICA DE ASOPA

Javier Ponce de León¹, José Daniel Subiela¹, Maria Montlleo¹, Ivan Schartzmann¹, Josep Salvador Bayarri¹, Joan Palou¹

1) Departamento Urología, Fundació Puigvert

Introducción

La estenosis de uretra peneana distal representa una entidad infrecuente y de difícil manejo. En la actualidad la realización de uretroplastia dorsal con injerto de mucosa bucal según Asopa es una técnica aceptada.

Paciente y método

Se presenta el caso de un varón de 74 años con antecedente de prostatectomía radical Da Vinci que fue diagnosticado de estenosis de uretra peneana 18 meses posterior a la cirugía, bien tolerada y sin residuo postmiccional. Cinco años posterior a la prostatectomía radical presenta episodio de retención aguda de orina colocándose sonda de cistostomía. Se realiza uretrografía donde se aprecia estenosis peneana distal con duplicidad uretral e importante obstrucción en fase miccional.

Se inicia la cirugía mediante degloving peneano parcial. Se localiza extremo distal de estenosis mediante uretroscopia y paso de guía superando la estenosis. Colocación de sonda para identificar sitio de inicio de incisión a nivel distal, procedemos entonces a realizar uretrotomía ventral con márgenes de seguridad e incisión sobre placa fibrosa dorsal hasta cuerpo cavernoso con disección lateral en ojal. Se obtiene parche de mucosa bucal de 4 cm de longitud por 2 cm de ancho, realizando el injerto con sutura reabsorbible monofilamento 5-0, colocamos sonda vesical 16 Ch y se realiza cierre ventral con sutura continua.

Resultados

La uretrografía miccional postoperatoria muestra adecuado paso de contraste en la zona quirúrgica.

Conclusión

La uretroplastia peneana dorsal con injerto de mucosa bucal representa una técnica efectiva, con buenos resultados estéticos y funcionales.

V22

REPARACIÓN DE ESTENOSIS DE MEATO PERINEAL

Enver Moncada⁰⁸⁰²⁵

1) Fundacion Puigvert

REPARACION DE ESTENOSIS DE MEATO PERINEAL

Ponce De León Roca J; Moncada Castro E; Schwartzmann Jochamowitz I, Montlleo Gonzalez M; Salvador Bayarri J; Palou Redorta J

Fundación Puigvert, Barcelona-España

Objetivos:

La estenosis de la uretostomía perineal es una complicación frecuente, el manejo de la misma es un problema de difícil tratamiento. La reconstrucción de meato perineal estenótico requiere de una técnica que puede variar en función de los hallazgos intraoperatorio del tejido, la longitud del segmento afectado y factores anatómicos propios de cada paciente.

Método:

Se muestra mediante un video la reconstrucción de una estenosis de meato perineal. Se detalla el caso clínico, la decisión quirúrgica y la intervención realizada, mostrando los resultados postoperatorios obtenidos.

Resultados:

Paciente varón de 62 años, con antecedente de cirugía de meato perineal por estenosis arrosariada de uretra anterior en 2004, que tras de 11 años presenta estenosis de meato perineal con sintomatología miccional y refractaria a dilataciones periódicas. Se decide realizar uretroplastia de estenosis de meato perineal.

Se realiza meatotomía sobre meato perineal puntiforme para visualizar uretra mediante uretroscopia. No se visualiza otras áreas estenóticas y presenta esfínter competente. Se procede a determinar distancia de meato perineal al margen anal. Se realiza incisión en U invertida. Se realiza colgajo posterior con suficiente tejido adiposo para preservar una adecuada irrigación del tejido. Apertura longitudinal de borde posterior de meato estenótico realizando la espatulación uretral. Se valora intraoperatoriamente la calidad del tejido y se extirpa el tejido fibroso periuretral. Se coloca puntos de referencia en uretra y se realiza reconstrucción de meato perineal con sutura de colgado de piel a uretra distal. Esto permite una reparación sin tensión. Se cierra por planos sobre una sonda Foley de 18 Fr. El paciente presenta buena calidad miccional sin complicaciones objetivándose la resolución de la estenosis en uretrografía retrógrada y miccional posterior.

Conclusiones

La reconstrucción de meato perineal es una opción de tratamiento para pacientes con estenosis de meato perineal, siempre tras una evaluación intraoperatoria cuidadosa de los tejidos. Una exéresis completa del tejido fibroso y la formación de un nuevo meato perineal sin tensión son claves para un resultado satisfactorio.

V23

URETROPLASTIA TERMINO-TERMINAL CON EXTRACCIÓN DE MANGUITO DE ESFÍNTER AMS 800

Javier Ponce de León Roca¹, Asier Mercadé Sánchez¹, Cristina Gutiérrez Ruiz¹, Laura Mateu Arrom¹, Maria Montlleó González¹, Carlos Errando Smet¹, Joan Palou Redorta¹

1) Fundació Puigvert.

Introducció

Els pacients portadors d'esfínter urinari artificial (EUA) tenen freqüentment cirurgies prèvies tipus prostatectomia radical, reseccions transuretrals de pròstata, uretrotomies o uretroplàsties. L'aparició d'una estenosi en pacients amb EUA en la localització del maniguet per l'erosió del mateix es pot veure fins en un 32% dels casos. A continuació describim l'abordatge quirúrgic d'un pacient amb estenosi uretral a la zona del maniguet.

Materials i mètodes

Pacient home de 70 anys amb antecedent de prostatectomia radical laparoscòpica al 2005, intervingut al 2007 per col·locació d'esfínter urinari tipus AMS 800 i de pròtesi de penis. El 2010 es va realitzar recanvi del maniguet de l'EUA i el 2014 de la pròtesi de penis. El pacient presenta estenosi uretral de 1 cm a nivell de maniguet des de desembre de 2015 sobre la que es realitza 1 dilatació amb milloria durant 6 mesos i posterior recidiva, pel que es decideix realitzar uretroplàstia i retirada maniguet.

Resultats

Uretroscòpia fins identificar estenosi sense sobrepassar-la. Inici mitja perineal fins identificat maniguet, el qual s'allibera i es retira, deixant la resta de components intactes. Dissecció completa uretral bulbar, es realitza nova uretroscòpia per identificar àrea d'estenosi i es realitza secció transversal a través de la mateixa. Dissecció d'estenosi proximal amb espatulació dorsal i dissecció d'estenosi distal amb espatulació ventral, exèresi de teixit fibròtic en ambdós extrems. Anastomosi termino terminal amb poliglactin, 5/0 amb nus intern a punts dorsals i 4/0 amb nus extern a punts ventrals. El pacient és altat a les 48h, es retira sonda vesical al mes apreciant-se a uretrografia de control absència de fuita.

Conclusió

La uretroplàstia termino-terminal amb la retirada del maniguet és una tècnica factible per l'estenosi d'uretra en pacients portadors d'EUA. S'hauria de considerar un temps prudencial abans de valorar recol·locar un nou maniguet pel control de la incontinència d'orina.

V24

EMPELT RENAL EN PACIENT AMB PRÒTESI ILIACA DE DACRON

Anna Colomer Gallardo¹, Oscar Buisan Rueda¹, Mario Alves Oliveira¹, Roger Freixa Sala¹, Daniel Salvador Hidalgo¹, Mauro Bernardello Ureta¹, Ramon Bulto Gonzalvo¹, Joan Areal Calama¹

1) Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Introducció

Actualment més de l'1% dels pacient amb pròtesi aortoiliaques són candidats a trasplantament renal durant la seva vida. Presentem el cas d'un trasplantament renal amb anastomosi directa de l'artèria renal de l'empelt a la pròtesi ilíaca de Dacron del receptor.

Material i mètodes:

En aquest vídeo presentem el cas d'un pacient de 75 anys al que se li realitza un trasplantament renal amb anastomosi arterial a nivell de la pròtesi ilíaca de Dacron. Els antecedents mèdics del pacient consten de: hipertensió arterial, fibril·lació auricular, bypass aortobifemoral al 2002 per aneurisma d'aorta, i insuficiència renal crònica en tractament en hemodiàlisi des del 2013. El pacient va ser trasplantat el 2018 amb una disfunció precoç de l'empelt.

Es descriuen els passos quirúrgics de les anastomosis vasculars i la realització de la ureteroneocistostomia amb tècnica de Paquin.

Resultats:

L'empelt renal va ser trasplanta a fosa ilíaca Esquerra realitzant una anastomosis arterial a la pròtesi de Dacron. El temps d'isquèmia freda va ser de 20h i 20minuts. No es van objectivar complicacions vasculars durant el postoperatori, però el pacient va presentar una funció retardada de l'empelt. L'ecografia Doppler de l'empelt renal mostrava un flux correcte tant venós com arterial. El pacient va ser donat d'alta al cap de 25 dies després de la cirurgia.

Després de 6 mesos del trasplantament renal el pacient no requereix d'hemodiàlisi, amb una Cr de 1.5mg/dL i un filtrat glomerular de 45ml/min.

Conclusions

El trasplantament renal és una opció vàlida i segura per aquells pacients que presenten malaltia arterioscleròtica a vasos ilíacs amb un resultat correcta a curt termini.