



SIMPOSI
 SCU

BARCELONA,
12 I 13 D'ABRIL DE 2019

VÍDEOS 1

LITIASI

DIVENDRES 12 / 19:00-20:00 / SALA 3

MODERADORS:

ORIOI ANGERRI I PILAR LUQUE

V01-V06

Àrea temàtica: Litiasi

Tipus: Vídeo

Número: V01

Dia: DIVENDRES 12

Sala: SALA 3

Sessió: VÍDEOS 1

Horari: 19:00-20:00

ID: 00436

CIRUGIA PERCUTÀNEA COMBINADA DECÚBITO SUPINO DE LITIASIS CORALIFORME MEDIANTE LASER HOLMIUM

IRENE GIRÓN NANNE¹ , LAIA SABIOTE ¹ , JOSEP BALAÑÀ¹ , ANTONI SANCHEZ PUY¹ , JULIO CALDERON CORTEZ¹ , ESTEBAN EMILIANI¹ , ORIOL ANGERRI ¹

1) Fundació Puigvert

OBJETIVO

El tratamiento de la litiasis coraliforme supone un reto para los urólogos que ocasiones precisa de múltiples accesos y la utilización de diferentes tipos de endoscopios. La litotricia intracorpórea se deberá adecuar al instrumental que utilizemos para acceder a todas las cavidades del riñón.

METODO

Presentamos el caso de un paciente varón de 42 años, afecto de molde litiasico coraliforme pieloinfundibulocalicilar medio e inferior izquierdo de 4x2x5 cm de diámetro y 950 Unidades Hounsfield, asociando ectasia aislada calicilar media con GUY score de IV. Presenta urocultivo positivo para Staphylococcus saprophyticus, por lo que previa profilaxis antibiótica con ciprofloxacino, se decide realización de cirugía endoscópica intrarrenal combinada izquierda (ECIRS).

RESULTADOS

Tras colocar el paciente decúbito supino Valdivia, se realiza acceso retrógrado con cistoscopio flexible para cateterizar meato ureteral izquierdo. Con técnica de 0-90° se realiza triple punción de distintos cálices percutánea guiada por fluoroscopia (en grupo calicilar inferior y medio) para valorar posible acceso a toda la litiasis. Se realiza dilatación del trayecto percutáneo de cáliz inferior con balón hasta 20 atm (24 Fr). Con nefroscopio semirígido se realiza lasetripsia con láser Ho:Yag Lumenis 120 W. Posteriormente utilización de cistoscopio flexible por trayecto percutáneo y ureteroscopio flexible de manera retrógrada para llegar a todos los cálices.

A continuación, se revisa con ureteroscopio flexible digital y se fragmenta cálculo en cáliz inferior con láser Holmium. Se realiza dilatación de trayecto cáliz medio hasta 14 fr con dilatador y paso de ureteroscopio semirígido corto y se realiza pulverización de litiasis.

Se observa un cáliz medio excluido, se realiza nueva punción a dirigida y se dilata con dilatador hasta 14 Fr. Se visualiza litiasis y se pulveriza con ureteroscopio semirígido corto.

Se utiliza láser holmio durante toda la cirugía para no cambiar de fuente de energía. Se coloca catéter JJ 6fr/28cm de forma anterógrada y sonda Foley 18 Fr como nefrostomía por trayecto principal.

CONCLUSIONES

La litiasis coraliforme renal precisa de múltiples abordajes renales mediante endoscopios rígidos y flexibles, precisando de láser holmio para poder realizar toda la cirugía con la misma fuente de energía.

Àrea temàtica: Litiasi

Tipus: Vídeo

Número: V02

Dia: DIVENDRES 12

Sala: SALA 3

Sessió: VÍDEOS 1

Horari: 19:00-20:00

ID: 00365

A PROPÓSITO DE UN CASO: OCUPACIÓN DE LA CAVIDAD INTRARRENAL POR LITIASIS MATRICIAL

ALBA SIERRA DEL RIO¹, JUAN MANUEL LÓPEZ MARTÍNEZ¹, MARÍA PILAR LUQUE GÁLVEZ¹, ANTONIO ALCARAZ ASENSIO¹

1) Hospital Clínic de Barcelona

Objetivo

La litiasis matricial forma parte de un subtipo de litiasis radiolúcida compuesta por una matriz mucoproteica que le otorga una consistencia gomosa, flexible y amorfa (tipo VIa de la clasificación de Daudon). Es una entidad poco frecuente y generalmente su diagnóstico es un reto para el urólogo ya que no presenta una imagen radiológicamente caracterizable. Pese a existir hallazgos preoperatorios sugestivos, hoy por hoy, el diagnóstico es habitualmente quirúrgico siendo la cirugía percutánea el abordaje de elección para su resolución.

Presentamos el caso de un paciente con litiasis matricial, tratado mediante cirugía percutánea.

Métodos

Varón de 89 años con insuficiencia renal crónica terminal (FG 32 ml/min/1.73m²). A raíz de hematuria macroscópica recurrente, con cistoscopia y citología negativas se solicita TC que informa de dilatación pielocalicial derecha y ocupación por material no calcificado sin clara captación de contraste (densidad 20 UH). Se decide realizar ureterorenoscopia diagnóstica. Se evidencia una matriz blanda, algodonosa e imposible de extraer por su consistencia. Se intenta fragmentación con láser infructuoso por lo que se propone realizar un segundo tratamiento endourológico de la litiasis matricial mediante cirugía percutánea.

Resultados

En posición de Galdakao, realizamos una cistoscopia bajo anestesia general. Ascenso de catéter blanco y pielografía retrógrada. Se establece el trayecto percutáneo. Se punciona el cáliz inferior guiado por fluoroscopia usando la técnica de 0° a 90°. Dilatación en 2 pasos con equipo de cirugía minipercutánea (MIP M, Karl-Storz) para acomodar una vaina de acceso mini percutáneo de 17,5Fr. Nefroscopia rígida de 16Fr e identificación de material mucoide intrarrenal, intento de extracción con pinza. Debido a la gran cantidad de material mucoide se realiza dilatación con Amplatz para acomodar vaina de acceso percutáneo de 24Fr. Aspiración con LithoClast Master US de la totalidad del molde litiásico en pelvis y grupo calicial superior (GCS) e inferior (GCI). Se realiza pielografía identificando defecto de repleción en GCS y grupo calicial medio (GCM). Se utiliza el cistoscopio flexible para acceso al GCS y se completa la extracción con una cestilla de Nitinol 2,4Fr. Posteriormente se accede a GCM invirtiendo el cistoscopio 180° junto con ayuda de guía sensor y se extraen los fragmentos. Se reanuda lavados con suero fisiológico y gentamicina. Revisión endoscópica sin evidencia de litiasis residuales. Dejamos nefrostomía 18Fr, que se retira a las 48 horas. El paciente es dado de alta a las 72 horas con antibiótico y metionina para acidificar la orina. Tiempo quirúrgico de 120 minutos.

Conclusión

Las litiasis matriciales son una entidad poco frecuente siendo el diagnóstico principalmente endourológico. Debido a su naturaleza proteica y la consistencia fibrinosa que impide la fragmentación, la cirugía percutánea es una excelente alternativa para el tratamiento de este tipo de cálculos renales.

Àrea temàtica: Litiasi

Tipus: Vídeo

Número: V03

Dia: DIVENDRES 12

Sala: SALA 3

Sessió: VÍDEOS 1

Horari: 19:00-20:00

ID: 00378

URETEROSCOPIA FLEXIBLE DESECHABLE PARA CASO COMPLEJO: RIÑÓN PELVIANO CON LITIASIS PIÉLICA

LAIA SABIOTE RUBIO¹ , JOSEP BALANÀ LUCENA¹ , ESTEBAN EMILLIANI¹ , ANDRÉS KOEY KANASHIRO¹ , FÉLIX MILLÁN¹ , FRANCISCO SÁNCHEZ MARTÍN¹ , ORIOL ANGERRI¹

1) Fundació Puigvert

OBJETIVO

La ureteroscopia flexible con cirugía intrarrenal se ha establecido como una alternativa válida a la litotricia extracorpórea y la cirugía percutánea. En casos de anatomía del tramo urinario compleja el ureteroscopia tiene un riesgo alto de rotura, por lo que es recomendable utilizar ureteroscopia desechable de un solo uso.

MÉTODO

Paciente varón de 52 años de edad, con hematuria y dolor hipogástrico de repetición, diagnosticado de riñón pelviano izquierdo con litiasis piélica de 25x13 mm de tamaño y 550 Unidades Hounsfield. Se decide realizar cirugía intrarrenal con ureteroscopia flexible desechable.

RESULTADOS

Con el paciente en posición de litotomía se realiza pielografía retrógrada y posteriormente ureteroscopia semirígida objetivando dificultad anatómica por riñón pelviano, por lo que se decide realizar procedimiento mediante ureteroscopia desechable. Se realiza cirugía intrarrenal retrógrada sin vaina de acceso ureteral por dificultad de colocación de la misma. Se utiliza ureteroscopia flexible desechable (Lithovue, Boston Sci.) con litotricia intracorpórea con láser Ho:Yag Lumenis p120 alta potencia pulverizando la litiasis piélica en su totalidad, sin realizar fragmentación.

CONCLUSIONES

El ureteroscopia desechable permite el acceso a todas las partes del riñón, incluso en anomalías anatómicas, sin riesgo de rotura del instrumental endoscópico y con buenos resultados.

Àrea temàtica: Litiasi

Tipus: Vídeo

Número: V04

Dia: DIVENDRES 12

Sala: SALA 3

Sessió: VÍDEOS 1

Horari: 19:00-20:00

ID: 00439

URETERORENOSCOPIA FLEXIBLE Y SEMIRRIGIDA SIN FLUOROSCOPIA

JOSE SUBIELA¹, ANDRÉS KANASHIRO¹, ESTEBAN EMILIANI¹, ASIER MERCADÉ¹, LUIS FLORES¹, FELIX MILLÁN¹, FRANCISCO SANCHEZ-MARTÍN¹, JOAN PALOU¹, ORIOL ANGERRI¹

1) Fundacio Puigvert

OBJETIVOS: La ureterorenoscopia flexible/semi-rígida es un procedimiento habitual para tratar la litiasis urinaria. La técnica convencional requiere uso sistemático de fluoroscopia. Existen series de ureteroscopia flexible/semi-rígida sin fluoroscopia con buenos resultados. Nuestro objetivo es mostrar la técnica para realizar ureterorenoscopia flexible/semi-rígida sin fluoroscopia.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se coloca al paciente en posición de litotomía, siempre se coloca el arco en "C" en posición habitual y se calibra para que, en caso de usarlo emita la menor radiación posible. El equipo quirúrgico debe llevar protección radiológica.

Realizamos cistoscopia y pasaje de guía hidrofílica por meato ureteral hasta notar que no progresa, el extremo distal quedará sobre el borde de la mesa de mayo. Se realiza ureteroscopia semi-rígida en todos los casos explorando el uréter y calibrándolo, si hay litiasis ureteral se trata bajo control endoscópico sin necesidad de fluoroscopia. En caso de requerir RIRS, se asciende el uretero-renoscopio semi-rígido hasta pelvis renal y se mide la distancia desde el meato uretral hasta la zona proximal del instrumento, usando los dedos de la mano como unidades de medición. Se retira el ureteroscopio y se traslada la medida a la camisa ureteral. Se coloca camisa ureteral 10.7/12.7 sin fluoroscopia, respetando la medida previa. Se realiza pasaje de ureteroscopio flexible y si es necesario se asciende la camisa bajo visión endoscópica.

Se explora de forma sistemática de las cavidades renales. Tras finalizar el procedimiento, nuevamente se explora de forma sistemática las cavidades renales. En caso de ser necesario se realiza fluoroscopia con o sin apoyo de contraste en cualquier paso del procedimiento.

Se realiza retirada de camisa ureteral bajo visión y colocación de catéter doble "J" bajo control ecográfico.

RESULTADOS: Se han realizado 21 casos de ureteroscopia flexible/semi-rígida sin fluoroscopia, desde marzo 2018 hasta enero 2019, 11 casos tienen fragmentos residuales menores a 4 mm y ninguno presentó eventos relacionados con los fragmentos residuales.

CONCLUSIÓN: La URS semirígida/flexible puede ser realizada sin fluoroscopia en casos seleccionados, con resultados similares a los obtenidos con la técnica habitual.

Esta técnica siempre debe realizarse con todos los medios y protección radiológica por si se requiere su uso.

Àrea temàtica: Trasplantament renal

Tipus: Vídeo

Número: V05

Dia: DIVENDRES 12

Sala: SALA 3

Sessió: VÍDEOS 1

Horari: 19:00-20:00

ID: 00423

MALPOSICIÓ DE CATÈTER URETERAL DOBLE J EN UN TRASPLANT RENAL

CRISTINA FERREIRO PAREJA¹, SERGI BEATO GARCÍA¹, LLUÍS RIERA CANALS¹, MARIA FIOR RIERA¹, BEGOÑA ETCHEVERRY GIADROSICH¹, XAVIER BONET PUNTÍ¹, JAIME JOAQUÍN FERNÁNDEZ-CONCHA¹, ANDREU ALABAT ROCA¹, CARLOS TORRECILLA ORTIZ¹, ESTHER ALBA REY¹, FRANCESC VIGUÉS JULIÀ¹

1) Hospital Universitari de Bellvitge

Introducció i objectius

Amb la universalització de la col·locació dels catèters ureterals en el trasplant renal, s'ha descrit una reducció de complicacions majors com la fístula urinària o l'estenosi ureteral des d'un 7-9% a un 1,5%. No obstant, també apareixen complicacions derivades d'aquesta tècnica, com serien les infeccions urinàries en primer lloc i altres menys comuns com les migracions, incrustacions o malposicions; complicacions que es poden reduir amb la retirada precoç del catèter.

Amb aquest vídeo volem presentar un cas de malposició de catèter doble J en una pacient trasplantada renal amb el conjunt de tècniques que van ser necessàries per a la seva retirada.

Cas clínic

Presentem una dona de 53 anys amb malaltia renal crònica secundària a poliquistosi hepato-renal, precisant teràpia renal substitutiva amb hemodiàlisi des de gener de 2018. A més a més, és hipersensibilitzada (cPRA 95%).

El dia 04/04/2018 es realitza trasplant renal de donant cadàver (donant amb criteris expandits). La intervenció cursa sense incidències immediates, l'anastomosi uretero-vesical es realitza segons la tècnica extravescical de Linch-Gregoir i es col·loca un catèter ureteral doble J de 12 cm 4,8 Ch. S'objectiva dilatació de l'urèter del donant. L'evolució és satisfactòria, es retira sonda vesical als 5 dies i és donada d'alta als 7 dies amb una creatinina sèrica de 166 umol/L.

A les 3 setmanes es cita a gabinets per a retirada de catèter ureteral. A la cistoscòpia no s'evidencia extrem distal del catèter però sí es visualitza el neomeat a la cúpula vesical. Es programa ureteroscòpia retrògrada, inicialment semirígida i posteriorment flexible el dia 24/05/2018, sent infructuosa per kinking ureteral distal i impossibilitat d'accés a urèter. Finalment, es realitza accés percutani amb punció ecoguiada dilatant fins a un calliure de 6 Fr per a retirar el catèter ureteral mitjançant catèter llaç amb control fluoroscòpic. Es deixa nefrostomia de protecció que es retira a les 48h, apareixent hematúria autolimitada. Ecografia de control sense dilatació, funció renal estable, sent de 134 umol/L a l'alta.

Conclusions

Les complicacions majors de la cateterització ureteral a les anastomosis ureterovesicals extravescicals son anecdòtiques i impliquen un repte tècnic.

Àrea temàtica: Càncer urotelial

Tipus: Vídeo

Número: V06

Dia: DIVENDRES 12

Sala: SALA 3

Sessió: VÍDEOS 1

Horari: 19:00-20:00

ID: 00418

ABLACIÓN PERCUTÁNEA DE CARCINOMA UROTELIAL EN CÁLIZ RENAL CON LÁSER THULIUM

LUCÍA MOSQUERA SEOANE¹, ALBERTO BREDÁ¹, FEDERICA REGIS¹, OLGA MAYORDOMO¹, FRANCESCO SANGUEDOLCE¹, ANDREA GALLIOLI¹, ROMAIN BOISSIER², ANGELO TERRITO¹, ORIOL ANGERRI¹, JOAN PALOU¹

1) Fundació Puigvert 2) Marseille Université, APHM, Nord Academic Hospital.

INTRODUCCIÓN

En el carcinoma urotelial del tracto superior de bajo riesgo, el tratamiento conservador se ha considerado una opción valiosa para preservar la función renal sin comprometer los resultados oncológicos. La ureteroscopia retrógrada es el abordaje habitual, aunque el abordaje percutáneo puede considerarse como una alternativa en casos seleccionados. La ablación endoscópica con láser se ha realizado tradicionalmente con Holmium YAG; más recientemente, el láser Thulium se ha propuesto como una alternativa con una calidad de haz espacial mejorada, incisión tisular más precisa y operación en modo de onda continua / pulsos.

Describimos un caso de carcinoma urotelial de tramo urinario superior(UTUC) derecho incidental tratado con un abordaje percutáneo mediante el uso de láser Thulium.

MATERIALES Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un hombre de 62 años que acudió al Médico de Familia por dolor lumbar crónico. Como antecedentes, presenta: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, dilatación renal crónica bilateral de la pelvis, hiperuricemia y un riñón izquierdo ectópico malrotado. Se le realizó una tomografía computarizada de abdomen que informaba de una lesión de 38 mm en la cola pancreática asociada a un trombo que invadía la vena esplénica y una lesión de 17 mm en pelvis renal derecha, que captaba contraste, sugiriendo un UTUC. En un primer momento, se realizó una ureterorenoscopia para diagnosticar y tratar la lesión de la pelvis renal derecha, pero no fue exitosa debido a una estrecha unión pretero-piélica, por lo que se colocó un JJ derecho y una sonda de nefrostomía y se abandonó el procedimiento. A continuación, se practicó pancreatometomía distal, esplenectomía y linfadenectomía seguida de quimioterapia adyuvante. Tras finalizar el tratamiento quimioterápico, se reprogramó la cirugía, siguiendo, esta vez, un abordaje percutáneo. Se introdujo una guía a través de la sonda de nefrostomía, y se insertó una vaina de acceso ureteral 10/12 Fr. Se exploraron los cálices renales con un ureteroscopio flexible digital (Flex-Xc, Storz), hallando una tumoración sutil de 20 mm en la pelvis renal. se recogieron biopsias con una pinza de 3 Fr y una pinza BIGopsy de 6 Fr. Se disecó la lesión con laser Thulium y seguidamente se ablacionó por completo.

RESULTADOS

No se registraron complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias.

La histología informó de un carcinoma urotelial de bajo grado por lo que se manejó de forma conservadora. A los 3 meses de seguimiento, se realizó una pielografía anterógrada que no mostraban defectos de llenado, y una citología selectiva que fue negativa.

CONCLUSIONES

La ablación de tumores por vía percutánea es una opción valiosa en pacientes aptos para tratamiento conservador, especialmente en aquellos pacientes en los que un abordaje retrógrado no es factible o no está indicado.



SIMPOSI
 SCU

BARCELONA,
12 I 13 D'ABRIL DE 2019

VÍDEOS 2

MISCEL·LÀNIA

DIVENDRES 12 / 19:00-20:00 / AUDITORI

MODERADORS:

MARC CREGO i JOSEP M. GAYA

V07-V12

Àrea temàtica: Tumor germinal i retroperitoni

Tipus: Vídeo

Número: V07

Dia: DIVENDRES 12

Sala: AUDITORI

Sessió: VÍDEOS 2

Horari: 19:00-20:00

ID: 00408

LIMFADENECTOMIA LAPAROSCÒPICA AMB ACCÉS RETROPERITONEAL D'ADENOPATIA HILIAR RENAL ESQUERRA EN CONTEXT D'ADENOCARCINOMA ENDOMETRIAL

MIREIA FARGAS MADRILES¹, MANEL PRADOS SAAVEDRA¹, JOSE VILA BARJA¹, VICTOR IRANZO AGUILAR¹, MARTA ALVES SANTIAGO¹, ALMUDENA BADENES GALLARDO¹, ARIADNA FABIÀ MAYANS¹, JOSEP MARIA SANTILLANA ALTIMIRA¹, XAVIER RUIZ PLAZAS¹, ROSA SAGRISTÀ VIDAL¹, HELENA ASCASO TIL¹, JOSEP SEGARRA TOMAS¹

1) Hospital Universitari Joan XXIII Tarragona

OBJECTIU

L'abordatge retroperitoneal laparoscòpic ofereix resultats comparables a l'abordatge transperitoneal; permetent al cirurgià l'elecció de la via d'accés.

MÈTODE

Presentem en cas d'una pacient de 65 anys amb antecedent d'un adenocarcinoma endometriode amb diferenciació escamosa pT3pN1 (FIGO IIIC) intervinguda mitjançant histerectomia total amb doble annexectomia i limfadenectomia únicament pèlvica, i posterior tractament adjuvant amb quimioteràpia, radioteràpia pèlvica i braquiteràpia. En el control oncològic de valoració de resposta al tractament es diagnostica mitjançant estudi TC abdominal d'una adenopatia paraòrtica esquerra a nivell de l'hili renal. Es completa estudi amb PET-TC confirmant la presència de possible adenopatia metastàsica a aquest nivell d'uns 18x34mm.

RESULTATS

Descrivim la tècnica d'abordatge retroperitoneal laparoscòpic. S'identifica l'adenopatia paraòrtica esquerra patològica en íntim contacte amb la vena renal i el múscul psoes, s'extreu sense incidències i s'envia per a estudi anatomopatològic intraoperatori; la qual correspon a dos ganglis infiltrats per adenocarcinoma d'alt grau. Es decideix finalitzar la intervenció donat que la pacient serà candidata a tractament radioteràpic. La intervenció es dur a terme sense incidències i en un temps de 90 minuts.

La pacient presenta un curs clínic favorable; sent donada d'alta al segon dia postoperatori.

CONCLUSIONS

Tot i ser una tècnica segura i de baixa comorbiditat, és d'ús poc freqüent en la pràctica quirúrgica habitual. Per tant, és una tècnica que pels bons resultats que comporta, s'hauria de tenir més en compte en els casos seleccionats.

Àrea temàtica: Tumor germinal i retroperitoni

Tipus: Vídeo

Número: V08

Dia: DIVENDRES 12

Sala: AUDITORI

Sessió: VÍDEOS 2

Horari: 19:00-20:00

ID: 00451

FALSO ANEURISMA DE LA VENA CAVA INFERIOR SECUNDARIO A CARCINOMA TESTICULAR METASTÁSICO

FRANCESCO PELLEGRINELLI¹, DAVID SALINAS DUFFO¹, RAUL MARTOS CALVO¹, IGNACIO ASIAÍN IRAETA¹, SANDRA TARRAGÓN GABARRO¹, JUAN MANUEL LÓPEZ MARTÍNEZ¹, BEGOÑA JUANEDA CASTELL¹, LUIS CASTRO SADER¹, BLANCA GASA GALMES¹, JUAN ANTONIO PEÑA GONZÁLEZ¹

1) Uros Associats, Centro Médico Teknon

INTRODUCCIÓN

La linfadenectomía retroperitoneal post-quimioterapia (LRPQ) representa el tratamiento de elección en pacientes con tumor testicular no seminomatoso que presentan masas retroperitoneales residuales > 10 mm tras quimioterapia. La masa retroperitoneal afecta la vena cava inferior (VCI) en el 8-12% de los casos. La resección de la VCI tiene que realizarse en presencia de obstrucción de la luz vascular por parte de tejido cicatricial, para lograr la completa exéresis del tumor o en presencia de un trombo de cava. La resección de la VCI presenta una tasa de complicaciones post-operatorias del 64% por lo que debe evitarse siempre que sea posible. El falso aneurisma de la VCI durante LRPC no está descrito en la literatura. Presentamos el caso de un falso aneurisma de la VCI secundario a teratoma retroperitoneal completamente disecado por laparoscopia.

MATERIALES Y METODOS

Presentamos el caso de un varón de 21 años con diagnóstico de tumor testicular derecho y de masa interaortocava de 45x40x70 mm y de masa paraaórtica izquierda de 22x16 mm. Los marcadores tumorales resultaron normales excepto por la alfafetoproteína (486 U/ml). Se realizó una orquiectomía inguinal derecha. La anatomía patológica evidenció un 15% de tumor del saco vitelino y 85% de teratoma (pT1 N3 M0 S1, stage II). El paciente fue sometido a cuatro ciclos de quimioterapia obteniendo una normalización de los marcadores tumorales. El TC post-quimioterapia evidenció una masa interaortocaval residual de 46x37x65 mm y ningún cambio en la masa paraaórtica izquierda. Se propuso al paciente una linfadenectomía retroperitoneal laparoscópica.

RESULTADOS

Tras exéresis laparoscópica de la masa paraaórtica izquierda el paciente fue posicionado en decúbito lateral izquierdo. Se realizó un acceso transperitoneal con 5 trocares. Durante la disección de la masa interaortocaval se observó compresión de la VCI sin evidencia de infiltración de la misma con protrusión de la masa en el lumen de la VCI. La disección y la exéresis de la masa fue posible sin necesidad de reseca de la VCI. La remoción de la masa comportó la formación de un aneurisma de la VCI que no requirió posteriores tratamientos. El tiempo quirúrgico fue 135 minutos y las pérdidas hemáticas 250 mililitros. El paciente no presentó complicaciones post-operatorias. La estancia hospitalaria fue de 3 días. La anatomía patológica de la masa interaortocaval evidenció teratoma maduro, extensa necrosis y menos del 5% de tumor del saco vitelino. La masa paraaórtica izquierda resultó ser un quiste mesotelial. A los 9 meses, un TC abdominal no evidenció recurrencia tumoral y la pared de la VCI presenta morfología normal.

CONCLUSIÓN

La resección de la VCI se tendría que evitar cuando sea posible dada su elevada tasa de complicaciones post-operatorias. La presencia de un falso aneurisma de la VCI durante LRPQ es una condición que podría manejarse de forma conservadora por vía laparoscópica.

Àrea temàtica: Tumor germinal i retroperitoni

Tipus: Vídeo

Número: V09

Dia: DIVENDRES 12

Sala: AUDITORI

Sessió: VÍDEOS 2

Horari: 19:00-20:00

ID: 00450

EXÉRESIS DE SCHWANNOMA POR RETROPERITONEOSCOPIA

FRANCESCO PELLEGRINELLI¹, DAVID SALINAS DUFFO¹, RAUL MARTOS CALVO¹, IGNACIO ASIAÍN IRAETA¹, ROBERTO CASTAÑEDA ARGAIZ¹, SANDRA TARRAGÓN GABARRO¹, JORGE SAENZ DE CABEZÓN¹, BEGOÑA JUANEDA CASTELL¹, BLANCA GASA GALMES¹, JUAN ANTONIO PEÑA GONZÁLEZ¹

1) Uros Associats, Centro Médico Teknon, Barcelona

Introducción

Los schwannomas son tumores derivados de las células de Schwann de las vainas de los nervios periféricos. Raramente son tumores malignos, lo que suele asociarse a la enfermedad de Von Recklinghausen. Estos se presentan en el retroperitoneo en el 3% de los casos y representan el 4% de todos los tumores retroperitoneales. La exéresis quirúrgica es su tratamiento de elección y el abordaje laparoscópico representa un procedimiento seguro. En casos seleccionados y con cirujanos expertos, la retroperitoneoscopia puede presentar los mismos resultados oncológicos con un menor tiempo operatorio, íleo, sangrado y estancia hospitalaria.

Caso Clínico

Presentamos el caso de una paciente de 48 años, sin antecedentes de interés, diagnosticada de forma incidental de una masa retroperitoneal izquierda. La tomografía computarizada (TC) mostró un tumor de 52x46mm localizado posteriormente al riñón izquierdo. La biopsia dirigida reveló un schwannoma. Se realizó una resección del tumor vía retroperitoneoscópica.

Con la paciente en decúbito lateral, se colocó un balón de Gaur en el retroperitoneo a través de una incisión de 15mm distal a la 12a costilla para crear una cavidad retroperitoneal. Se colocaron dos puertos de 5mm, uno en el ángulo entre la 12a y el músculo paravertebral y el otro en la línea subcostal lo más anterior posible sin entrar en el peritoneo; otro puerto de 12mm por encima de la cresta ilíaca. Se evidenció el origen del schwannoma en el nervio genitofemoral, que se seccionó tras la disección de la masa para la exéresis de la misma. Se tomaron biopsias de ambos muñones del nervio. El tiempo operatorio fue de 65 minutos y las pérdidas hemáticas de 100ml. No se presentaron complicaciones postoperatorias y la estancia hospitalaria fue de 3 días. El estudio patológico de la pieza quirúrgica informó de un schwannoma benigno y de los muñones del nervio de tejido nervioso sin alteraciones.

Conclusión

En centros con experiencia, la exéresis de un schwannoma retroperitoneal vía retroperitoneoscópica es un procedimiento factible, seguro y rápido. Este abordaje permite obtener los mismos resultados oncológicos que el transperitoneal, evitando la entrada en el peritoneo y reduciendo el riesgo de complicaciones intestinales.

Àrea temàtica: Cirurgia reconstructiva

Tipus: Vídeo

Número: V10

Dia: DIVENDRES 12

Sala: AUDITORI

Sessió: VÍDEOS 2

Horari: 19:00-20:00

ID: 00434

PIELOPLASTIA LAPAROSCÒPICA RETROPERITONEAL

JOSEP MARIA GILI MASSÓ¹ , JUAN CAMILO PEREIRA BARRIOS¹ , ALBA GOMARIZ CAMACHO¹ , LLUIS MARTÍ PICAS¹ , PERE BORRAT FONT¹ , MARIA GALOFRÉ RECASENS¹ , JOSE MARIA CABALLERO GINÉ¹

1) Hospital Universitar Mútua de Terrassa

INTRODUCCIÓN

La pieloplastia laparoscópica es la técnica de elección en el tratamiento de la estenosis de la unión pieloureteral . Si bien el abordaje más habitualment empleado es el transperitoneal, la vía retroperitoneal es el acceso natural a esta patología.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de de una estenosis de la unión pieloureteral derecha tratada mediante laparoscòpia con acceso retroperitoneal. Se muestran los puntos fundamentales de la anatomia del retroperitoneo para esta llevar a cabo esta técnica, sus ventajas (menos riesgo de lesión de estructuras vecinas, mayor rapidez de acceso al pedículo vascular y pelvis renal), así como sus inconvenientes (espacio más reducido y más dificultad de movilización del instrumental).

CONCLUSIONES

La vía retroperitoneal laparoscópica presenta ventajas en el tratamiento de la estenosis pieloureteral, pudiéndose considerar la vía de acceso quirúrgico de elección de esta patología.

Àrea temàtica: Litiasi

Tipus: Vídeo

Número: V11

Dia: DIVENDRES 12

Sala: AUDITORI

Sessió: VÍDEOS 2

Horari: 19:00-20:00

ID: 00445

Necrosectomia Pancreàtica Percutanea en Pancreatitis Aguda Severa: Técnica de Carter.

ROY ALEXANDER RODRÍGUEZ MALATESTA¹, MARC COSTA PLANELLS¹, FERNANDO BURDÍO PINILLA¹, PATRICIA SÁNCHEZ¹, ALBA GONZÁLEZ¹, ESTER RUZ SAUNIÉ¹, MARINA MUNARRIZ POLO¹, ANNA SANROMÀ SALVÀ¹, LAURA POLAINA BARROSO¹, LLUÍS CECCHINI ROSELL¹

1) Hospital del Mar

Introducción:

Nuevas técnicas quirúrgicas han sido propuestas para la pancreatitis necrotizante, y en muchas de ellas se busca combinar e ir aumentando el grado de invasión de la técnica, así se han descrito múltiples abordajes que van desde la simple colocación de drenajes hasta la clásica cirugía abierta esta última asociada a una gran tasa de mortalidad.

Métodos:

Presentamos el caso clínico de un hombre de 41 años quien presenta pancreatitis aguda necrotizante en su fase tardía (más de 6 semanas), con necrosis infectada de la pared en el área pancreática y peripancreática. Después de varios drenajes guiados por ecografía insuficientes, se intentó el desbridamiento retroperitoneal videoasistido pero se interrumpió debido a sangrado persistente desde la pared pancreática, por la circulación colateral. Se revalora el caso 7 días después y se decide realizar necrosectomía pancreática con nefroscopio.

Resultados:

El procedimiento fue llevado a cabo en 120 minutos, bajo anestesia general, utilizando suero salino fisiológico. Se extrajo abundante material algodonoso, purulento y necrótico. Se dejó una sonda de 30ch por medio de la cual se realizan lavados en el post operatorio.

Conclusión:

Se puede considerar como una alternativa interesante en la pancreatitis necrotizante en casos complejos y pone de manifiesto la necesidad de equipos multidisciplinares para un mejor uso de las diferentes técnicas y tecnologías quirúrgicas.

Àrea temàtica: Càncer urotelial

Tipus: Vídeo

Número: V12

Dia: DIVENDRES 12

Sala: AUDITORI

Sessió: VÍDEOS 2

Horari: 19:00-20:00

ID: 00386

Comparación de dos técnicas de reconstrucción intracorpórea de una neovejiga

DANIEL CAMACHO¹ , RAÚL MARTOS¹ , MIREIA MUSQUERA¹ , LAURA IZQUIERDO¹ , FIORELLA ROLDAN¹ , MAURIZIO D'ANNA¹ , TAREK AJAMI¹ , ALBA SIERRA¹ , CLAUDIA MERCADER¹ , ANTONI VILASECA¹ , MARIA JOSÉ RIBAL¹ , BAE TENA¹ , ANTONIO ALCARAZ¹

1) Hospital Clínic de Barcelona

INTRODUCCIÓN: La cistoprostatectomía robótica está ganando terreno en los quirófanos de urología de los hospitales de tercer nivel de todo el mundo. No obstante, la parte reconstructiva de la vía urinaria sigue realizándose de forma abierta de muchos de los centros, en especial en Estados Unidos, donde llega a representar hasta un 97 %.

El **OBJETIVO** de nuestro vídeo es comparar dos de las técnicas descritas para la reconstrucción intracorpórea de la neovejiga y explicar las ventajas que aportan cada una de ellas, así como en comparación con la reconstrucción abierta.

MÉTODOS: Para nuestro propósito hemos seleccionado las técnicas descritas como neovejiga tipo Karolinska y neovejiga tipo Y de Gaston, llevadas a cabo en nuestro centro entre 2017 y 2018.

RESULTADOS: En la literatura se enumeran los beneficios del abordaje intracorpóreo frente a la abierta, como son la reducción de la pérdida sanguínea intraoperatoria y de las pérdidas insensibles, una menor manipulación y exposición intestinal, la reducción de las incisiones con menor morbilidad asociada, la reducción de la necesidad de analgésicos y de la estancia hospitalaria, así como una temprana recuperación de la actividad habitual. Con el presente vídeo se muestra que ambas técnicas pueden llevarse a cabo de forma sistematizada de forma intracorpórea sin añadir morbilidad. La técnica Karolinska utiliza un segmento intestinal más largo, requiere la movilización del uréter izquierdo tras el sigma y realiza la anastomosis ureteral con técnica Wallace, mientras que en la neovejiga en Y el segmento de intestino es más corto, los uréteres se anastomosan por separado sin requerir la movilización retrosigma del uréter izquierdo

CONCLUSIONES: Ambas son buenas técnicas reconstructivas y la elección de una u otra técnica dependerá de las preferencias del equipo quirúrgico así como de las características intrínsecas del paciente.



SIMPOSI
 SCU

BARCELONA,
12 I 13 D'ABRIL DE 2019

VÍDEOS 3

CIRURGIA RECONSTRUCTIVA

DIVENDRES 12 / 20:00-21:00 / AUDITORI

MODERADORS:

JOSÉ ANTONIO BELLIDO i FRANCESC VIGUÉS

V13-V18

Àrea temàtica: Cirurgia reconstructiva

Tipus: Vídeo

Número: V13

Dia: DIVENDRES 12

Sala: AUDITORI

Sessió: VÍDEOS 3

Horari: 20:00-21:00

ID: 00416

REPARACIÓN DE FÍSTULA VÉSICO-NEOVAGINAL EN PACIENTE CON REASIGNACIÓN DE GÉNERO UTILIZANDO EL ROBOT DA-VINCI

LLUÍS PERI CUSÍ¹ , MERITXELL COSTA GRAU¹ , TAREK AJAMI FARDOUN¹ , MAURICIO RAIGOSA¹ , AGUSTÍN FRANCO DE CASTRO¹ , ANTONIO ALCARAZ ASENSIO¹

1) Hospital Clínic de Barcelona

INTRODUCCIÓN

La aparición de una fístula vésico neovaginal es una complicación poco frecuente de pacientes sometidas a cambio de género. Presentamos el caso de una paciente sometida a reasignación de género mediante genitoplastia feminizante con eversión peneana que requirió cirugía de profundización vaginal durante la cual se produjo una perforación vesical. A pesar de la reparación introperatoria de la lesión, la paciente presentó persistencia de la fístula en el postoperatorio, por lo que se indicó reparación quirúrgica de la misma utilizando el robot daVinci.

MATERIAL Y MÉTODOS

Empezamos la cirugía colocando catéteres doble-J en ambos uréteres y un tercer catéter ureteral a través del orificio fistuloso. Tras el acoplamiento del robot, iniciamos la cirugía con la intención de realizar una reparación de la fístula con abordaje extravesical, por lo que introducimos un tallo de Hegar a través de la neovagina para facilitar la localización tanto de la neovagina como de la fístula.

Ante la falta de progresión, decidimos cambiar a un abordaje transvesical a través de una cistotomía longitudinal. Mediante dicho abordaje, procedemos a la resección del orificio fistuloso y a la separación de los dos planos de sutura para obtener tejido vital sin tensión en ambos planos. Asimismo, con el objetivo poder interponer tejido entre ambos planos al finalizar el procedimiento, conectamos el plano de disección vésico-neovaginal con el fondo de saco de Douglas.

Una vez realizadas las suturas de los distintos planos de la fístula, así como el cierre de la cistotomía, colocamos un injerto de peritoneo entre ambos planos. Tras ello, comprobamos la correcta estanqueidad de la vejiga con 150ml de suero a través de la sonda vesical.

RESULTADO

La paciente cursó un postoperatorio sin complicaciones, con adecuado resultado funcional tras la retirada de la sonda vesical.

CONCLUSIÓN

El abordaje robótico es una opción mínimamente invasiva válida para el tratamiento de fístulas vésico-vaginales supratrigonales en pacientes con cirugías previas complejas.

Àrea temàtica: Cirurgia reconstructiva

Tipus: Vídeo

Número: V14

Dia: DIVENDRES 12

Sala: AUDITORI

Sessió: VÍDEOS 3

Horari: 20:00-21:00

ID: 00414

REPARACIÓN EXTRAVESICAL DE FÍSTULA VÉSICO-VAGINAL POR ROBOT

LLUÍS PERI CUSÍ¹, MERITXELL COSTA GRAU¹, TAREK AJAMI FARDOUN¹, RAUL MARTOS CALVO¹, AGUSTÍN FRANCO DE CASTRO¹, ANTONIO ALCARAZ ASENSIO¹

1) Hospital Clínic de Barcelona

INTRODUCCIÓN

Las fístulas vésico-vaginales son una entidad poco frecuente en nuestro medio, generalmente secundarias a complicaciones tras cirugías previas. Dentro de las distintas opciones de tratamiento, el abordaje abdominal está indicado en fístulas supra-trigonales, siendo el abordaje con robot una opción a considerar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una paciente de 72 años con una fístula vésico-vaginal tras una nefroureterectomía con desinserción endoscópica. La paciente había seguido tratamiento conservador con sondaje vesical durante 8 semanas, persistiendo la fístula, por lo que se indicó reparación de la misma mediante cirugía robótica.

En la cistoscopia apreciamos la presencia de un orificio fistuloso epitelizado en la región retrotrigonal derecha. Para facilitar la localización de la fístula, colocamos un catéter ureteral a través de la misma que entrará por uretra y saldrá por vagina.

Tras colocar la paciente en posición de trendelenburg y acoplar los brazos del robot, iniciamos la cirugía disecando el plano vésico-vaginal para realizar un abordaje extravésical. Realizando tracción del catéter colocado a través de la fístula, localizamos más fácilmente el orificio fistuloso.

Una vez identificado el orificio, procedemos a la resección de los márgenes del mismo, con el objetivo de obtener tejido sano y móvil en vejiga y vagina para realizar 2 suturas independientes y separadas. Las suturas se realizan de forma independiente utilizando hilo reabsorbible barbado.

Comprobamos la correcta estanqueidad de la vejiga con 200 mililitros de suero fisiológico. Tras ello, procedemos a colocar tejido graso entre ambas suturas para evitar la recidiva de la fístula. En la literatura, esta maniobra no ha demostrado mejorar los resultados de la reparación de fístulas de estas características.

RESULTADOS

El tiempo quirúrgico fue de 1 hora y 45 minutos, y la paciente no ha presentado recidiva de la fístula tras 6 meses de seguimiento.

CONCLUSIÓN

La cirugía robótica es una herramienta apta para la reparación de fístulas vésico-vaginales supratrigonales utilizando un abordaje extraperitoneal.

Àrea temàtica: Cirurgia reconstructiva

Tipus: Vídeo

Número: V15

Dia: DIVENDRES 12

Sala: AUDITORI

Sessió: VÍDEOS 3

Horari: 20:00-21:00

ID: 00410

MANEJO LAPAROSCOPICO DE FÍSTULA VESICORECTAL USANDO INTERPOSICIÓN DE COLGAJO DE EPIPLON: UNA COMPLICACIÓN INUSUAL DESPUÉS DE PROSTATECTOMIA RADICAL

JOSÉ DANIEL SUBIELA¹ , ANTONIO ROSALES BORDES¹ , JAVIER PONCE DE LEÓN ¹ , MARIO HASSI¹ , ASIER MERCADÉ¹ , JOSEP BALANÁ¹ , JULIO CALDERON¹ , MARÍA MONTLLERO¹ , DANIEL SALAS¹ , JHONATAN HERNANDEZ¹ , JOSEP SALVADOR BAYARRI¹ , JOAN PALOU¹

1) Fundación Puigvert, Barcelona-España

INTRODUCCIÓN: La fístula vesicorectal (FVR) es una complicación rara después de la prostatectomía radical. El abordaje laparoscópico ofrece una mayor amplificación del campo quirúrgico, evita la morbilidad asociada a la laparotomía y facilita la interposición de colgajos de epiplón, por lo que hoy en día la laparoscopia representa una alternativa atractiva al abordaje estándar.

PACIENTE Y MÉTODOS: Se presenta el caso de un varón de 72 años que desarrolló FVR cinco años posterior a prostatectomía radical abierta. El paciente presentó fuga de orina a través del recto, siendo sometido a cinco intentos infructuosos de tratamiento endoscópico. La tomografía computarizada preoperatoria muestra trayecto fistuloso que comunica vejiga y recto localizada en la región posterioinferior derecha de la vejiga. El paciente fue llevado entonces a reparación transvesical laparoscópica de la fístula. Los pasos de la cirugía consistieron en: (1) Cistoscopia y cateterización ureteral, (2) Canulación de la fístula, (3) Colocación de cinco puertos laparoscópicos transperitoneales, (4) Cistotomía, (5) Apertura del trayecto fistuloso, (6) Disección del plano entre recto y vejiga, (7) Cierre del defecto vesical, (8) Disección, desplazamiento e interposición de colgajo omental y (9) Sutura vesical.

RESULTADOS: Tiempo operatorio; 113, sangrado; 130 ml, no se registraron complicaciones en el postoperatorio, la estancia hospitalaria fue de 4 días. La cistografía postoperatoria reveló ausencia de trayecto fistuloso. En la anatomía patológica se evidenció ausencia de cambios neoplásicos en mucosa rectal y vesical. Los catéteres doble J se retiraron 4 semanas posterior a la cirugía. A 8 meses de seguimiento el paciente niega pérdida de orina a través del recto.

CONCLUSIÓN: El manejo laparoscópico de la FVR permite evitar la morbilidad de la cirugía abierta, logra una excelente magnificación del campo quirúrgico y la disección satisfactoria del plano entre recto y vejiga, además, evita cistotomías amplias y facilita la interposición del epiplón.

Àrea temàtica: Cirurgia reconstructiva

Tipus: Vídeo

Número: V16

Dia: DIVENDRES 12

Sala: AUDITORI

Sessió: VÍDEOS 3

Horari: 20:00-21:00

ID: 00355

IATROGÈNIA URETERAL: REPARACIÓ LAPAROSCÒPICA AMB FLAP VESICAL TIPUS BOARI.

MARINA RIERA PONSATI¹, AGUSTÍ MARFANY PLUCHART¹, MERITXELL PALOMERA FERNANDEZ¹, JOSEP MARIA AUGUET MARTÍN², JAUME PELEGRÍ GABARRÓ¹, SEBASTIAN VELEZ GUAYASAMIN¹, PEDRO MASSÓ ALLENDE², DAVID GARCIA BELMONTE¹, JOAN RAMON BORDALBA GOMEZ¹

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

Introducció i objectius:

Les lesions ureterals poden ser una complicació de la cirurgia pèlvica, ja sigui urològica, ginecològica o colorectal; que poden comportar important morbiditat, sobretot donat a que sovint passen desapercibudes intraoperatoriament. La incidència de lesions augmenta en pacients amb antecedents de cirurgies prèvies, processos infecciosos o neoplàsies i són més freqüents en ureter pelvic i terç distal.

Material i mètodes:

Pacient de 52 anys amb antecedent de nefrectomia parcial robòtica esquerra (2017, AP CCR pT1a Fuhrman II) i embolització via inguinal esquerra per hematoma postquirúrgic en dues ocasions.

A arrel de diagnòstic d'Adenocarcinoma de pròstata d'alt risc (Tacte rectal patològic, PSA 25ng/mL; Biòpsia transrectal amb resultat d'ADK pròstata GS 7 (3+4) i RM sense alteracions) es planteja tractament quirúrgic amb Prostatectomia radical laparoscòpia i linfoadenectomia extensa.

Durant l'acte quirúrgic de la linfoadenectomia, donat l'important síndrome adherencial del pacient i la fibrosi dels grans conglomerats adenopàtics a nivell ilíac esquerra, s'objectiva durant la dissecció una lesió a nivell de terç mig d'urèter esquerra. Es procedeix a realitzar una reparació laparoscòpia i donat que la lesió és en terç mig ureteral i hi ha un gran defecte de continuïtat, per tal de poder realitzar una anastomosi ureteral lliure de tensió, es realitza una Ureteroneocistostomia amb flap vesical tipus Boari.

El pacient presenta un post-operatori inicial favorable podent ser donat d'alta als 9 dies amb sonda (que es va retirar a consulta als 2 mesos). El catèter ureteral es va mantenir durant 3 mesos.

L'anatomia patològica definitiva va correspondre a un Adenocarcinoma de pròstata Gs 8 (4+4) multifocal però unilateral en lòbul esquerra amb invasió de vesícula seminal esquerra, pT3bN0 (0/18 i 0/18).

Conclusions:

Les lesions ureterals són una complicació possible en qualsevol cirurgia pèlvica i la identificació i reparació precoç és el factor més important a l'hora de disminuir la morbiditat. El mètode de reparació depèn del nivell, la naturalesa i la extensió de la lesió ureteral. En lesions extenses de terç mig ureteral la bufeta psicoica amb flap tipus boari laparoscòpica és una tècnica que, malgrat la seva complexitat, és eficaç i permet una sutura lliure de tensió amb una taxa del 88% d'èxit.

Àrea temàtica: Trasplantament renal

Tipus: Vídeo

Número: V17

Dia: DIVENDRES 12

Sala: AUDITORI

Sessió: VÍDEOS 3

Horari: 20:00-21:00

ID: 00404

REIMPLANTE URETERAL ASISTIDO CON ROBOT PARA EL MANEJO DE LA ESTENOSIS URETERAL EN PACIENTE TRASPLANTADO.

ANDREU ALBAT ROCA¹, BEGOÑA ETCHEVERRY GIADROSICH¹, LLUIS RIERA CANALS¹, MARIA FIOLE RIERA¹, XAVIER BONET PUNTÍ¹, JOSÉ FRANCISCO SUÁREZ NOVO¹, SERGI BEATO GARCÍA¹, FRANCESC VIGUÉS JULIÀ¹

1) Hospital Universtari de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat

Introducción: La estenosis ureteral corresponde a una de las complicaciones más comunes, llegando a ser del 2.6%-15%.

Objetivo: Evaluar la viabilidad de la resolución de la estenosis ureteral mediante reimplante ureteral asistido por robot, cómo una alternativa mínimamente invasiva.

Método: Presentamos a un hombre de 29 años, afecto de enfermedad renal crónica secundaria a nefropatía por IgA precisando terapia renal sustitutiva con diálisis peritoneal desde abril del 2017. El día 28/05/2018 se realiza trasplante renal de donante cadáver, donante de 22 años con muerte encefálica. La intervención cursa sin incidencias inmediatas, la anastomosis ureterovesical se realiza según la técnica extravesical Lich-Gregoir y se coloca catéter ureteral doble J 4.8 de 12 cm. Tiempo de isquemia fría de 12 horas. Necesidad de una sesión de hemodiálisis por hipercalemia. Evolución satisfactoria, se retira sonda vesical a los 5 días y es dado de alta a los 7 días con una creatinina sérica de 187 umol/L. El día 02/07/2018 se retira el catéter doble J bajo sedación.

Resultados: Ingresa el 08/08/2018 por empeoramiento de la función renal con creatinina de hasta 301 umol/L, objetivando en ecografía ureterohidronefrosis grado II. Se coloca nefrostomía percutánea el 09/08/2018, con mejoría posterior de la función renal. La pielografía muestra estenosis a nivel de uréter distal. Se realiza reimplante ureteral robótico el 26/09/2018 con técnica extravesical Lich-Gregoir y se coloca catéter ureteral doble J 4.8 de 12 cm. Se retira el catéter doble J en quirófano el 16/10/2018, confirmando el correcto paso de contraste a vejiga mediante pielografía descendente. Posteriormente se retira la nefrostomía a los 2 días. La ecografía de control a los 2 meses descarta dilatación de vías y una función renal que se mantiene estable, con creatinina de 130 umol/L a los 3 meses de seguimiento.

Conclusiones: La reimplantación ureteral robótico en trasplante renal es una técnica mínimamente invasiva factible en casos seleccionados como una alternativa a la cirugía reconstructiva abierta y laparoscópica.

Àrea temàtica: Cirurgia reconstructiva

Tipus: Vídeo

Número: V18

Dia: DIVENDRES 12

Sala: AUDITORI

Sessió: VÍDEOS 3

Horari: 20:00-21:00

ID: 00433

YV PLÀSTIA DE COLL VESICAL LAPAROSCÒPICA EN ESCLEROSI DE CEL.LA PROSTÀTICA COM A COMPLICACIÓ POSTERIOR A ADENOMECTOMIA RETROPÚBICA

ALBA GOMARIZ CAMACHO¹ , JOSEP MARIA GILI MASSÓ¹ , JUAN CAMILO PEREIRA BARRIOS¹ , LLUIS MARTÍ PICAS¹ , PERE BORRAT FONT¹ , MARIA GALOFRÉ RECASENS¹ , JOSE MARIA CABALLERO GINÉ¹

1) Hospital Universitar Mútua de Terrassa

1-OBJECTIU: descripció de la tècnica YV plàstia de coll vesical per laparoscòpia en esclerosi de cel.la prostàtica posteriorment a una adenomectomia retropúbica

2- MÈTODE: es descriu la tècnica YV plàstia de coll vesical per laparoscòpia en pacient que posteriorment a una adenomectomia retropúbica presenta esclerosi de cel.la prostàtica amb retenció aguda d'orina que va requerir cistostomia. Posteriorment a la retenció d'orina es realitza uretrografia observant uretra posterior filiforme i s'intenta uretrotomia interna on s'observa estenosi completa a uretra prostàtica per el que no es pot realitzar.

3- RESULTATS: Es realitza YV plàstia de coll vesical per laparoscòpia. En el postoperatori immediat no presenta complicacions. Es realitza retirada de sonda vesical a les 2 setmanes amb bones miccions. En els 2 mesos de seguiment es realitza fluxometria on presenta flux màxim de 12 mililitres/segon sense residu postmiccional.

4- CONCLUSIONS: la tècnica YV plàstia de coll vesical és una tècnica efectiva per la resolució de esclerosi severa del coll vesica



SIMPOSI
SCU

BARCELONA,
12 I 13 D'ABRIL DE 2019

VÍDEOS 4

CIRURGIA FUNCIONAL

DISSABTE 13 / 15:00-16:00 / AUDITORI

MODERADORS:

MERITXELL COSTA, EDUARD GARCÍA CRUZ i
JOSEP TORREMADE

V19-V25

Àrea temàtica: Andrologia

Tipus: Vídeo

Número: V19

Dia: DISSABTE 13

Sala: AUDITORI

Sessió: VÍDEOS 4

Horari: 15:00-16:00

ID: 00353

RECAMBIO DE PRÓTESIS DE PENE COMPLEJA

NATÀLIA PICOLA BRAU¹, JOSEP TORREMADE BARREDA¹, PEDRO DE PABLOS RODRÍGUEZ¹, HÉCTOR RAMOS REINA¹, LLUÍS RIERA CANALS¹, FRANCESC VIGUÉS JULIÀ¹

1) Hospital Universitari de Bellvitge

Objetivos: La prótesis de pene (PP) es el tratamiento de elección para la disfunción eréctil cuando la respuesta al tratamiento médico no es suficiente. No obstante, con el paso del tiempo los pacientes pueden presentar disfunción mecánica de la PP requiriendo de su recambio.

El objetivo de este vídeo es presentar un caso complejo de recambio de prótesis de pene con importante fibrosis del cuerpo cavernoso y mostrar su resolución quirúrgica.

Método: Se presenta el caso de un paciente varón de 65 años portador de prótesis de pene tipo Ambicor desde 2008, al que se le retira el cilindro izquierdo por extrusión en 2009 y con correcto funcionamiento con un cilindro hasta 2016, motivo por el que se decide recambiar.

Resultados: Se realiza el recambio de la prótesis de pene de forma correcta, pero objetivando gran fibrosis del cuerpo cavernoso izquierdo proximal que requiere del uso de cavernotomos para su dilatación, conllevando una dificultad añadida a la cirugía.

Conclusiones: El recambio de prótesis de pene o el implante de prótesis sobre fibrosis en los cuerpos cavernosos son casos retos. En estos escenarios, la correcta identificación de los planos anatómicos y el uso de cavernotomos de Roselló facilitan su implante, siendo una técnica segura y eficaz.

Àrea temàtica: Andrologia

Tipus: Vídeo

Número: V20

Dia: DISSABTE 13

Sala: AUDITORI

Sessió: VÍDEOS 4

Horari: 15:00-16:00

ID: 00411

DE MALEABLE A HIDRÀULICA: A PROPÓSITO DE UN CASO DE PRIAPISMO.

VÍCTOR TAMÉS CHACÓN¹ , JOSEP TORREMADE BARREDA ¹ , LLUIS RIERA CANALS ¹ , FRANCESC VIGUÉS JULIÀ ¹

1) Hospital Universitari de Bellvitge

Objetivo

Mostrar la técnica quirúrgica empleada en un caso de recambio de prótesis peneana maleable por prótesis hidráulica, a propósito de un paciente con priapismo isquémico refractario tratado con implante precoz de prótesis peneana.

Método

Se trata del reporte de un caso particular.

Paciente de 36 años con priapismo isquémico de más de 72 horas de evolución, refractario a: medidas conservadoras, aspiración, lavado con suero fisiológico, instilación de agonistas alfaadrenérgicos y shunt caverno-esponjoso, primero distal según técnica de Al Ghorab y posteriormente proximal según técnica de Quackles.

Tratado finalmente con implante de prótesis peneana precoz de tipo maleable tras 16 días, que se recambia en un segundo tiempo por prótesis de tipo hidráulico 4 meses después del implante, según la técnica que se muestra en el vídeo.

Resultados

La colocación de prótesis en pacientes con fibrosis peneana grave secundaria a priapismo isquémico refractario dificulta la técnica quirúrgica e incrementa el riesgo de complicaciones como lesiones uretrales, perforación túnica o crural y cruce de cilindros.

El implante de prótesis peneana maleable precoz en un estadio de fibrosis leve permite disminuir las dificultades citadas, así como las dificultades inherentes al implante directo de prótesis hidráulica, especialmente la necesidad de un seguimiento estrecho para evitar la contractura y deformidad del pene secundaria a la formación de cápsula fibrótica alrededor de los cilindros.

El presente trabajo demuestra la viabilidad técnica en el proceso de recambio de prótesis maleable por prótesis hidráulica tras implante de prótesis precoz insertada por priapismo isquémico refractario.

Conclusiones

La colocación de prótesis maleable precoz y posterior recambio por prótesis hidráulica es una opción viable en el manejo de pacientes con priapismo isquémico refractario.

Àrea temàtica: Urologia Funcional i HBP

Tipus: Vídeo

Número: V21

Dia: DISSABTE 13

Sala: AUDITORI

Sessió: VÍDEOS 4

Horari:

ID: 00343

Implantació laparoscòpica d'un dispositiu Port-a-Cath com a opció de tractament davant del dolor neuràlgic persistent després de la descompressió del nervi pudend

VICTOR PAREJO CORTÉS¹, EDUARDO VICENTE PALACIO¹, JESÚS MUÑOZ RODRÍGUEZ¹, CLARA CENTENO ÁLVAREZ¹, LETICIA DE VERDONCES ROMÁN¹, MARTA CAPDEVILA GONZALO¹, DARÍO GARCÍA ROJO¹, NAIM HANNAOUI HADI¹, ÀNGEL PRERA VILASECA¹, CARLOS ABAD GAIRÍN¹, MARIO ROSADO URTEAGA¹, PAULA PLANELLES SOLER¹, ANNA FERRAN CARPINTERO¹, CARMINA PLA TERRADELLAS¹, JOAN PRATS LÓPEZ¹

1) Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí. Hospital Universitari

OBJECTIU:

Exposar els diferents aspectes i avantatges de la descompressió del nervi pudend laparoscòpic així com la implantació d'un dispositiu tipus port-a-cath adjacent als nervis pudends, dirigida a tractar la neuràlgia persistent en el procés de recuperació posterior.

MATERIALS I MÈTODES:

Presentem un cas d'una pacient diagnosticada de dolor pèlvic crònic secundari a neuropati del nervi pudend. A més, lamentablement, es mostrava refractària tant al tractament mèdic com a la neuromodulació, amb conseqüències a l'esfera psíquica i físic de manera persistent pel que es proposa descompressió nerviosa del nervi pudend bilateral per abordatge laparoscòpic.

RESULTATS:

Durant a la descompressió laparoscòpica del nervi pudend, es va col·locar un catèter transvaginal adjacent al mateix per a l'autoadministració de Levobupivacaina 5 mg / ml cada 8h, aconseguint un bon control del dolor (EVA=2). Accidentalment, tots dos catèters van ser retirats i la pacient reinicia mal control del dolor, (EVA=9) compatible amb neuràlgia del nervi pudend, motiu pel qual es proposa col·locació laparoscòpica de sistema port-a-cath bilateralment a regió suprapúbica subcutàni, aconseguint així una disminució significativa del dolor (EVA=2), evitant la necessitat de tractament farmacològic oral. La pacient va ser donada d'alta a les 78h del postoperatori, sense complicacions.

CONCLUSIONS:

Després de l'alliberament del nervi pudend, el dolor neuropàtic pot persistir durant mesos. La laparoscòpia permet un accés mínimament invasiu, òptim a la descompressió del nervi pudend i, a més, permet la implantació de dispositius locals pel control del dolor en el postoperatori immediat. Cal el seu seguiment i estudi en el temps. Tanmateix, la realització de més casos permetrà confirmar el valor d'aquesta tècnica.

Àrea temàtica: Cirurgia reconstructiva

Tipus: Vídeo

Número: V22

Dia: DISSABTE 13

Sala: AUDITORI

Sessió: VÍDEOS 4

Horari: 15:00-16:00

ID: 00344

SACROCOLPOPEXIA LAPAROSCOPICA : TECNICA CON PRESERVACION UTERINA

JOSE ANTONIO BELLIDO PETTI¹

1) CONSORCI HOSPITALARIO DE VIC- HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VIC / UROSASSOCIATS-CLINICA SAGRADA FAMILIA

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. La sacrocolpopexia con preservación del útero esta siendo una técnica actualmente establecida , la histerectomía en el momento de la reparación del prolapso de los órganos pélvicos es controvertida en la actualidad, se han descrito diferentes abordajes quirúrgicos, siendo los minimamente invasivos los mas aceptados . Este tipo de reparación del prolapso pueden ser beneficiosos, ya que permiten la preservación de la fertilidad, de la imagen corporal y la función sexual y evitan un procedimiento innecesario. En este video, presentamos nuestra técnica para la sacrocolpopexia laparoscópica con un procedimiento de preservación uterina para la reparación del prolapso del compartimento medio y anterior

METODOS Este video ilustra una secuencia de video paso a paso de nuestra técnica para preservar el útero durante la sacrocolpopexia laparoscópica en el prolapso sintomático del órgano pélvico en estadio III.

RESULTADOS El tiempo de esta cirugía fue de 120 minutos. No se observaron complicaciones inmediatas o tempranas y la reparación fue exitosa en el seguimiento. No se registraron problemas de seguridad o complicaciones con la malla

CONCLUSIONES La sacrocolpopexia laparoscópica con preservación del útero es una técnica para el tratamiento del prolapso de los órganos pélvicos. Esta variante quirúrgica de reparación de prolapso laparoscópica es segura y altamente efectiva en centros con experiencia en cirugía laparoscópica reconstructiva y con entrenamiento en cirugía pélvica y ginecológica.

Àrea temàtica: Cirurgia reconstructiva

Tipus: Vídeo

Número: V23

Dia: DISSABTE 13

Sala: AUDITORI

Sessió: VÍDEOS 4

Horari: 15:00-16:00

ID: 00345

SACROCOLPOPEXIA LAPAROSCÒPICA POST-HISTERECTOMÍA “PROLAPSO DE CÚPULA”

JOSE ANTONIO BELLIDO PETTI¹

1) CONSORCI HOSPITALARIO DE VIC-HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VIC / UROSASSOCIATS - CLINICA SAGRADA FAMILIA

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: La sacrocolpopexia laparoscópica es un abordaje quirúrgico para la reparación del prolapso de cúpula vaginal con la tasa más alta de éxito frente a otras técnicas , que fusiona la habilidad laparoscópica con el conocimiento anatómico. Presentamos nuestra técnica por vía laparoscópica que desarrollamos en nuestros centros

MÉTODOS: Se describen varios casos de grave prolapso de cúpula vaginal después de la histerectomía, reparados por vía laparoscópica.

El abordaje quirúrgico involucra 4 puertos laparoscópicos: 1 puerto de 10 mm y 3 puertos de 5 mm. Un injerto de polipropileno en Y se sujeta a la vagina anterior y posterior mediante suturas no absorbibles sintéticas intercaladas. La malla se sujeta al promontorio sacro con suturas sintéticas no absorbibles.

RESULTADOS: El tiempo operatorio promedio fue de 2 hrs, 15 minutos. No hubo recurrencia del prolapso de cúpula. Aproximadamente el 25% de pacientes necesitaron colocación de malla TOT para el tratamiento de incontinencia durante el procedimiento

CONCLUSIONES: La sacrocolpopexia laparoscópica es actualmente el gold standard para la reparación del prolapso de cúpula vaginal. Esta técnica ofrece una pérdida de sangre mínima, un tiempo quirúrgico aceptable y una corta estadía en el hospital. Siendo una técnica con necesidad de adiestramiento en cirugía laparoscópica reconstructiva y en cirugía Pélvica /ginecológica

Àrea temàtica: Urologia Funcional i HBP

Tipus: Vídeo

Número: V24

Dia: DISSABTE 13

Sala: AUDITORI

Sessió: VÍDEOS 4

Horari: 15:00-16:00

ID: 00444

COLPOPECTOPEXIA LAPROSCÒPICA ASISTIDA POR ROBOT DA VINCI

ALMUDENA BADENES GALLARDO¹, MANEL PRADOS SAAVEDRA¹, MARTA ALVES SANTIAGO¹, MIREIA FARGAS MADRILES¹, ARIADNA FABIÀ MAYANS¹, JOSEP MARIA SANTILLANA ALTIMIRA¹, XAVIER RUIZ PLAZAS¹, ROSA SAGRISTÀ VIDAL¹, HELENA ASCASO TIL¹, JOSE VILA BARJA¹, JOSEP SEGARRA TOMAS¹

1) Hospital Joan XXIII

OBJETIVO

Demostración paso a paso de la técnica quirúrgica de la colpopectopexia laparoscópica asistida por robot como cirugía correctora de prolapso.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta el caso de una paciente mujer de 71 años con antecedentes de histerectomía vaginal más plastia anterior en 2017 y que actualmente presenta cistocele grado III con descenso de cúpula a la exploración física.

La colpopectopexia permite la fijación de la cúpula vaginal a los ligamentos ileopectíneos de forma bilateral.

Precisa de la colocación de trócar de Hasson y 3 trócares más 1 accesorio. Inicio mediante la incisión del peritoneo a nivel de cúpula vaginal y creación de espacio vesicovaginal con la ayuda de una valva intravaginal. Disección de ligamentos ileo-pectíneos de forma bilateral y fijación de malla a cúpula vaginal y dichos ligamentos. Cierre del peritoneo con recubrimiento de la malla para finalizar.

RESULTADOS

La paciente presenta un curso postoperatorio favorable con buenos resultados cosméticos y funcionales, pudiendo ser alta a domicilio en 24h. Se constata corrección del prolapso en postoperatorio inmediato y en la visita al mes de la cirugía.

CONCLUSIONES

La colpopectopexia laparoscópica asistida por robot es una técnica sencilla, reproducible y segura para la reparación de los prolapsos de compartimento anterior/medio en pacientes previamente histerectomizadas.

Àrea temàtica: Altres

Tipus: Vídeo

Número: V25

Dia: DISSABTE 13

Sala: AUDITORI

Sessió: VÍDEOS 4

Horari: 15:00-16:00

ID: 00393

VASOVASOSTOMIA ASISTIDA POR ROBOT

FIGURELLA LIZZETH ROLDAN CHAVEZ¹ , JUAN MANUEL CORRAL¹ , LORENA RIFÀ LAPIEZA¹ , ANAT MELNICK¹ , MIREIA MUSQUERA FELIP² , JOSEP TORREMADÉ¹ , ANTONIO ALCARAZ¹

1) Hospital Clinic de Barcelona 2) Hospital Universitario de Bellvitge

INTRODUCCION: Actualmente más del 6% de los pacientes vasectomizados, buscarán la reversión quirúrgica debido a diferentes causas. El gold estándar para la reversión es una vasovasostomía microscópica que utiliza una anastomosis en una o dos capas. Desafortunadamente, la mayoría de los urólogos no realiza este procedimiento, puesto que requiere una amplia capacitación y experiencia en microcirugía. Recientemente, la asistencia del robot ha sido aplicada a la reversión de la vasectomía.

OBJETIVO: El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la viabilidad y la tasa de éxito de la vasovasostomía asistida por robot que se realizó por primera vez en nuestra institución.

MATERIAL Y METODOS: Utilizamos el sistema quirúrgico Da Vinci® y una anastomosis de dos capas modificada. Una inversión exitosa se definió como la presencia de espermatozoides en el análisis de semen o microscopía óptica.

RESULTADOS: Presentamos el caso de un hombre de 41 años con un intervalo obstructivo de 8 años, padre de un niño de 9 años de una relación anterior. Actualmente deseo de una nueva paternidad.

Bajo anestesia general y en posición supina, se realizó una única incisión en línea media escrotal, para identificar cada uno de los dos conductos deferentes previamente seccionados. Después de identificar los granulomas de la vasectomía previa, ambos extremos se disecaron proximal y distalmente para obtener una anastomosis libre de tensión. Se utilizó vessel loops para exponer los conductos deferentes y el retractor de Goldstein para fijar ambos extremos. La magnificación robótica nos permitió ver el flujo seminal desde el extremo del deferente proximal. Se realizó una anastomosis en dos capas modificada utilizando nylon 8/0 y 3 brazos robóticos, uno para la óptica de 0 grados y otros dos, para los portas black diamond. Al final del procedimiento, se realizaron ocho puntos interrumpidos, consiguiendo una anastomosis libre de tensión. Cierre de escroto por capas con 3 y 4-0 suturas reabsorbibles de vycril. Tiempo de cirugía: 120 minutos.

El paciente fue dado de alta al día siguiente. No hubo complicaciones.

A las 6 semanas se realizó un seminograma identificando 590,000 espermatozoides por mililitro, demostrando la recanalización de los conductos deferentes, aunque la motilidad aún era baja.

CONCLUSION: La vasovasostomía asistida por robot con una anastomosis modificada de dos capas tiene un resultado de permeabilidad exitoso y es una alternativa a la reversión de la vasectomía microscópica, puede ser realizado con éxito por urólogos entrenados en cirugía robótica. Sin embargo, es preciso realizar más estudios con respecto al coste-efectividad.



SIMPOSI
 SCU

BARCELONA,
12 I 13 D'ABRIL DE 2019

VÍDEOS 5

TUMOR RENAL I SUPRARENAL

DISSABTE 13 / 16:00-17:00 / AUDITORI

MODERADORS: LLUÍS CECCHINI

I MARTA PIQUERAS

V26-V30

Àrea temàtica: Tumor germinal i retroperitoni

Tipus: Vídeo

Número: V26

Dia: DISSABTE 13

Sala: AUDITORI

Sessió: VÍDEOS 5

Horari: 16:00-17:00

ID: 00350

Suprarrenalectomía parcial por retroperitoneoscopia

RAÚL MARTOS¹ , CLÀUDIA MERCADER¹ , JUAN MANUEL LÓPEZ¹ , LLUÍS PERI¹ , PILAR LUQUE¹ , AGUSTÍN FRANCO¹ , MARINA VENDRELL¹ , ANTONIO ALCARAZ¹

1) Hospital Clínic de Barcelona

Introducción

El abordaje laparoscópico de la glándula suprarrenal es hoy en día el gold-standard del tratamiento quirúrgico de la masa suprarrenal benigna. Por vía laparoscópica, el abordaje de la glándula suprarrenal puede realizarse vía transabdominal o vía retroperitoneal, esta última presentando menor íleo paralítico y dolor postoperatorio, menor morbilidad postoperatoria, más rápida recuperación y menor coste hospitalario.

Material y Métodos

Presentamos el caso clínico de mujer de 44 años, que presenta como antecedente de interés una suprarrenalectomía total izquierda hace 7 años por hiperaldosteronismo primario. Actualmente, presenta recidiva de su enfermedad por un adenoma suprarrenal derecho de 3cm productor de aldosterona en el cuerno posterior suprarrenal, por lo que se propone una abordaje posterior con el objetivo de realizar la adenomectomía preservando el parénquima sano para evitar una insuficiencia suprarrenal quirúrgica.

Resultados

El vídeo muestra paso a paso la técnica quirúrgica laparoscópica retroperitoneal del adenoma suprarrenal derecho. El riguroso conocimiento de la anatomía retroperitoneal y correcta colocación de los trócares son claves para el óptimo abordaje de la glándula suprarrenal. La vascularización penetra la glándula por la zona media y anterior, de modo que el acceso posterior permite realizar la adenomectomía con su total preservación.

Conclusiones

En este caso clínico, el abordaje de la suprarrenal por retroperitoneoscopia nos ofrece un acceso directo al adenoma suprarrenal permitiendo su total excisión preservando el parénquima suprarrenal sano y la vascularización de la glándula. Además, el abordaje laparoscópico retroperitoneal es menos invasivo que el transabdominal ofreciendo menor morbilidad postoperatoria con más rápida recuperación y menor coste hospitalario.

Àrea temàtica: Altres

Tipus: Vídeo

Número: V27

Dia: DISSABTE 13

Sala: AUDITORI

Sessió: VÍDEOS 5

Horari: 16:00-17:00

ID: 00342

SUPRARRENALECTOMIA LAPAROSCOPICA GUIADA POR VERDE INDOCIANINA

JOSEP MARIA PRATS DE PUIG¹, ARNAU SABATE¹, SERGI PASTOR¹, JORDI ARMORA¹, EVA BAILON²

1) Hospital Sant Jaume de Calella, corporació de salut Maresma i la Selva, Unitat d'urologia 2) Hospital Sant Jaume de Calella, corporació de salut Maresma i la Selva, Servei Anatomia Patològica

La laparoscopia guiada por fluorescencia con verde de indocianina, tiene diferentes aplicaciones.

Según el órgano a tratar, y la vía de infusión del verde de indocianina, obtendremos diferentes resultados. El mas utilizado es la punción prostática antes de la linfadenectomia ampliada en cáncer de próstata. Se inyectan 1.25-2.5 mg/ml (1 ml aproximado por punción) y aproximadamente en 2 minutos ya marcaría el ganglio centinela y en 20 minutos todo el sistema linfático, siendo visible hasta las 2 horas siguientes. En metástasis hepáticas se inyecta 36 horas antes a dosis de 0.3 mgrs/kg, y las lesiones se mantienen visibles durante 2 días. Para contrastar la vía biliar se inyecta entre 6- 24 hs antes.

Para tener un mapeo vascular inyectamos intra operatoriamente 0.2-0.4 mg/kg y en 10-30 segundos podemos ver la vascularización. Utilizado en anastomosis colónicas para ver la viabilidad de la sutura y en clampaje supra-selectivo en nefrectomías parciales.

Presentamos el caso de un varón de 62 años, con antecedente de nefrectomía radical laparoscópica derecha en octubre del 2014, por Carcinoma renal de células claras grado 1 de Fuhrman 1 pT1a Nx. Durante el seguimiento en TAC de control a los 4 años, se detecta **Nódulo de 31mm x 23mm dependiente de la porción lateral de la glándula suprarrenal derecha.** _

PET-TAC que muestra nódulo hipermetabólico suprarrenal y estudio con metanefrinas normal.

Practicamos liberación amplia de múltiples adherencias de colon ascendente y ángulo hepático, hasta descubrir el retroperitoneo, psoas y zona de vena cava. Liberación compleja de ángulo hepático, ayudándonos para su retracción con trocar subxifoideo autoestático. Localizamos lesión metastásica.

Para mejor control de pedículos y neo vascularización neoplásica, inyectamos verde de indocianina via endovenosa, que nos permite ir localizando los diferentes pedículos y neo vascularización supra renal. El verde de indocianina también nos ayuda a definir el margen con la suprarrenal y el ápex de la misma que se encuentra muy infra-hepático con dos venas dependientes de la hepática.

Conclusión: la Fluorescencia con verde de Indocianina, es una herramienta que nos puede ayudar a definir la vascularización en casos complejos, o a localizar lesiones metastásicas de difícil localización.

Àrea temàtica: Càncer renal

Tipus: Vídeo

Número: V28

Dia: DISSABTE 13

Sala: AUDITORI

Sessió: VÍDEOS 5

Horari: 16:00-17:00

ID: 00400

DOBLE TUMORECTOMÍA RENAL POR RETROPERITONEOSCOPIA SIN CLAMPAJE VASCULAR CON ECOGRAFÍA INTRAOPERATORIA

MARIO ANDRÉS ROSADO URTEAGA¹, ANGEL PRERA VILASECA¹, JESÚS MUÑOZ RODRIGUEZ¹, ARTURO DOMÍNGUEZ GARCÍA¹, JOSÉ LUIS GONZÁLEZ SALA¹, NAIM HANNAOUI HADI¹, CARLOS ABAD GAIRIN¹, DARÍO GARCÍA ROJO¹, EDUARDO VICENTE PALACIO¹, CLARA CENTENO ÁLVAREZ¹, MARTA CAPDEVILA GONZALO¹, LETICIA DE VERDONCES ROMÁN¹, VÍCTOR PAREJO CORTES¹, PAULA PLANELLES SOLER¹, ANNA FERRAN CARPINTERO¹, CARMINA PLA TERRADELLAS¹, JOAN PRATS LÓPEZ¹

1) Hospital Universitari Parc Tauli

Introducción:

La nefrectomía parcial es la técnica de elección para tumores T1a. Asimismo, juega un papel fundamental en la preservación funcional del órgano, obteniendo un buen control oncológico.

La tumorectomía/nefrectomía parcial laparoscópica puede ser realizada tanto por vía transperitoneal (VTP) como retroperitoneal directa (VRP), estando ambas recomendadas en las guías. La elección de la vía dependerá de la localización del tumor. Diversos autores recomiendan la VRP en tumores en situación posterior o posteromedial y la VTP en tumores anteriores o laterales. Presentamos el video de una doble tumorectomía en riñón derecho por retroperitoneoscopia sin clampaje vascular con ecografía intraoperatoria.

Métodos:

Paciente mujer de 51 años sin antecedentes patológicos que a raíz de dolor lumbar bilateral se realiza TC Abdominal evidenciando en riñón derecho dos nódulos sólidos (uno ligeramente hipodenso de 9mm en valva posterior y otro discretamente hiperdenso de 24mm en cara anterior a nivel de tercio inferior). Se decide realizar doble tumorectomía por retroperitoneoscopia.

Resultados:

Colocación de 4 trócares retroperitoneales tras crear espacio retroperitoneal mediante uso de trocar balón y disección digital. Apertura de fascia de Zuckerkandl y acceso a espacio perirrenal. Identificación y disección de pédiculo arterial. Colocación de torniquete de Rummel. Disección de grasa perirrenal identificando primero mediante sonda ecográfica tumoración en cara posterior y posteriormente tumoración en cara anterior sin necesidad de utilizar sonda ecográfica. La doble tumorectomía se realiza sin clampaje vascular. La coagulación de ambos lechos quirúrgicos con energía monopolar y posterior aplicación de sillante de fibrina autólogo resulta de utilidad. El tiempo quirúrgico fue de 90 minutos con un sangrado estimado de 100cc. No hubo complicaciones intra ni postoperatorias. El paciente fue dado de alta a los tres días. La anatomía patológica evidenció angiomiolipoma renal con márgenes de resección libres.

Conclusión:

La nefrectomía parcial por VRP es una técnica reproducible y de elección en tumores en cara posterior y línea media. Sin embargo es recomendable conocer ambos abordajes y adaptar el tipo de acceso al caso clínico. Asimismo la utilización de apoyo ecográfico permite localizar y delimitar el área tumoral.

Àrea temàtica: Càncer renal

Tipus: Vídeo

Número: V29

Dia: DISSABTE 13

Sala: AUDITORI

Sessió: VÍDEOS 5

Horari: 16:00-17:00

ID: 00406

ENUCLEACIÓ RENAL PER RETROPERITONEOSCÒPIA DE TUMOR RENAL

MANEL PRADOS SAAVEDRA,¹, JOSE VILA BARJA¹, MIREIA FARGAS MADRILES¹, VICTOR IRANZO AGUILAR¹, MARTA ALVES SANTIAGO¹, ALMUDENA BADENES GALLARDO¹, ARIADNA FABÀ MAYANS¹, JOSEP MARIA SANTILLANA ALTIMIRA¹, XAVIER RUIZ PLAZAS¹, ROSA M. SAGRISTÀ VIDAL¹, HELENA ASCASO TIL¹, JOSEP SEGARRA TOMÀS¹

1) Hospital Universitari Joan XXIII

OBJECTIU

La nefrectomia parcial és el "gold standard" pels tumors T1. LA cirurgia conservadora de nefrones continua la seva evolució en el contexte del desenvolupament de tècniques mínimament invasives

S'han optimitzat els resultats funcionals de la nefrectomia parcial sense sacrificar la qualitat oncològica. Presentem un cas d'enucleació d'un tumor renal de valva posterior per retroperitoneoscòpia

MÈTODES

Pacient de 55 anys amb antecedents d'Hta, obesitat, cistectomia radical + neobufeta ileal 2014. En seguiment es diagnostica de tumor renal a nivell valva posterior de 22 mm.

Mostrem abordatge retroperitoneal de l'esmentada lesió renal. Es realitza enucleació renal sense clampatge arterial (off-clamp)

RESULTATS

Temps quirúrgic 125 minuts, perdues sanguineas insignificants. No complicacions postoperatories. Estada hospitalaria 48 hores. AP: Carcinoma de cèl.lues renals papilar tipus 1 de 25 mm. Marges resecció negatius, pT1a. Greix perirrenal negatiu.

TAC postoperatori de control i funció renal als sis mesos normals.

CONCLUSIONS

Es possible realitzar enucleació renal "off-clamp" mantenint una correcta visió del pla de dissecció entre la pseudocàpsula tumoral i el parénquima sa sense sacrificar la qualitat oncològica i garantint bons resultats funcionals.

Són necessaris estudis prospectius randomitzants i multicèntrics per conèixer els resultats definitius de les tècniques d'optimització de la cirurgia conservadora de nefrones.

Àrea temàtica: Càncer renal

Tipus: Vídeo

Número: V30

Dia: DISSABTE 13

Sala: AUDITORI

Sessió: VÍDEOS 5

Horari: 16:00-17:00

ID: 00449

NEFRECTOMÍA PARCIAL ROBÓTICA POR RETROPERITONEOSCOPIA

FRANCESCO PELLEGRINELLI¹, DAVID SALINAS DUFFO¹, RAUL MARTOS CALVO¹, IGNACIO ASIAÍN IRAETA¹, ROBERTO CASTAÑEDA ARGAIZ¹, SANDRA TARRAGÓN GABARRO¹, DAMIAN VILLEGAS FIGUAVE¹, JORGE SAENZ DE CABEZÓN¹, BLANCA GASA GALMES¹, JUAN ANTONIO PEÑA GONZÁLEZ¹

1) Uros Associats, Centro Médico Teknon, Barcelona

INTRODUCCIÓN

La guías europeas recomiendan realizar la nefrectomía parcial en tumores renales pT1. La nefrectomía parcial robótica ha demostrado el mismo resultado oncológico que la técnica laparoscópica. Algunas series reportan una reducción de la estancia hospitalaria, del número de transfusiones, de reconversión a cirugía abierta y de tiempo de isquemia a favor de la técnica robótica. En centros con experiencia, la nefrectomía parcial robótica por retroperitoneoscopia puede presentar los mismos resultados oncológicos con reducción del íleo, del sangrado, de la estancia hospitalaria y menor tiempo operatorio debido a su acceso directo al pedículo vascular.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un paciente de 56 años diagnosticado de forma incidental de tumor renal derecho de 30 mm localizado en la valva posterior. Se realizó una nefrectomía parcial robótica por retroperitoneoscopia.

Con el paciente en decúbito lateral izquierdo, se realizó una incisión de 15 mm 2 cm por encima de la cresta ilíaca derecha, a través de la cual se creó una cavidad retroperitoneal mediante un balón de Gaur. El puerto para el brazo robótico derecho se colocó 3 cm por debajo del ángulo entre la 12ª costilla y el músculo paravertebral; el puerto para el brazo robótico izquierdo se colocó en la línea subcostal lo más anterior posible sin entrar en el peritoneo. El trócar del ayudante fue colocado 7 cm por debajo del trócar del brazo izquierdo. Previa colocación de tourniquet sin clampar, se identificó el tumor renal. Se realizó tumorectomía con clampaje a demanda Y sutura intraparietomatosa con V lock 3.0. El tiempo quirúrgico fue 180 minutos, el tiempo de isquemia de 26 minutos. No hubo complicaciones post-operatorias. El paciente fue dado de alta el tercer día post-operatorio. La anatomía patológica mostró un carcinoma de células renales pT1a con márgenes libres.

CONCLUSIÓN

En centros con experiencia, la nefrectomía parcial robótica por retroperitoneoscopia es factible y segura. Esta técnica permite obtener los mismos resultados oncológicos que la vía transperitoneal, evitando la entrada en el peritoneo y permitiendo un acceso directo al hilio renal.