

LXXXVII Congreso Nacional de Urología

Sesión: Uretra, pene y escroto 4

Sala: Sala Eivissa 2; Día: jueves 13; Hora: 15:00-16:30

V-167: Reconstrucción del tallo peneano mediante injerto de muslo en paciente con múltiples intervenciones de alargamiento /engrosamiento peneano.

Herranz Yagüe J.A (1,2,3); Duarte Áñez J.C (2,3); Pascual Mateo C (2); Acosta Reveles MA (2); Roldán Testillano R (3); Teba del Pino F (1,2,3); Garcia Robaina F (1); Peinado Ibarra Francois (1,2)

1)Complejo Hospitalario Ruber Juan Bravo 2)Olympia - Grupo Quirónsalud 3) Hospital Universitario de Fuenlabrada

V-168: Reparación quirúrgica de una fístula recto-uretral con colgajo de Gracilis y uretroplastia con mucosa bucal

Guerra, A.J.; Figueiredo, B; Azinhais, P; Lopes, M; Pereira, J.A.; Parada, B; Sousa, L; Figueiredo, A

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

V-169: Implante primario de prótesis de pene en priapismo isquémico agudo.

Parra Cuerda, A.B.; Serrano Gutiérrez, A.I.; Villares López, A.; Syed Fernández, M.; Sánchez-Mateos Manzanque, D.; Astudillo Campoverde, J.S.; Pérez Rodríguez, S.; González Castellón, C.; Gómez García, I.

Hospital Universitario de Toledo

V-170: Uretroplastia non-transecting de ampliación con injerto de mucosa bucal. Técnica paso a paso

Pérez Polo, M.; Bestard Vallejo, J.; Lago Escudero, Y.; Blasco de Villalonga, M.; Coello González, A.; Seco Frías, J.; Cruz Mir, A.; Rubio Ballesteros, F; Gutiérrez Sanz-Gadea, C.

Hospital Universitari Son Llätzer

V-171: Uretroplastia con doble injerto de mucosa oral para reparación de uretra posterior tras lesión iatrogénica

Folgueral Corral, M.E.; Guerra Lacambra, M.; Morales Martínez, A.; Yáñez Castillo, Y.; Nogueras Ocaña, M.M.; Arrabal Martín, M.

Hospital Universitario Clínico San Cecilio

V-172: Esfinter urinario artificial (EUA) robótico en paciente femenina con incontinencia urinaria (IU) post cistectomía radical (CR) con derivación urinaria tipo neovejiga ortotópica (NO).

Aguayo Eldredge, C.A.; Castro Sader, L.A.; Raventós Busquets, C.X.; Allué López, M.; Grau Tendero, S.; Cocera Rodríguez, R.; Salvador Lacambra, C.; Ropero Valverde, J.; Miret Alomar, E.; Torres Velázquez, A.; Narváez Barros, M.A.; Placer Santos, J.; Aguilar González, A.; Bertholle Gil, J.; Trilla Herrera, E.

Hospital Universitario Vall D´Hebrón

V-173: Flap escrotal bilateral para reconstrucción completa de pene enterrado por liquen

Avetisyan Akopyan, David; Puerto Jiménez, Cristian; Vila Braña, Pedro; Puche Sanz, Ignacio; Vicente Prados, Francisco Javier
Hospital Universitario Virgen de Las Nieves

V-174: Implante precoz de prótesis de pene en paciente con anemia falciforme y priapismo recurrente. Presentación de un caso.

De la Calle Moreno ,A; Lo Re ,M; García Gómez ,B; Alonso Isa ,M; Alonso Grandes ,M; Rodríguez Antolín ,A
Servicio de Urología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

V-175: Orquiectomía y hernioplastia inguinal laparoscópica

Macía Díaz, Manuel; Morante Perea, Ana; Hernández Cañas, Virginia; Sánchez Rosendo, Laura; Gonzalo Balbás, Álvaro; Quintana Arencibia, Lara; Llorente Abarca, Carlos
Hospital Universitario Fundación Alcorcón

Reconstrucción del tallo peneano mediante injerto de muslo en paciente con múltiples intervenciones de alargamiento /engrosamiento peneano.

Herranz Yagüe J.A (1,2,3); Duarte Áñez J.C (2,3); Pascual Mateo C (2); Acosta Reveles MA (2); Roldán Testillano R (3); Teba del Pino F (1,2,3); Garcia Robaina F (1); Peinado Ibarra Francois (1,2)

1)Complejo Hospitalario Ruber Juan Bravo 2)Olympia - Grupo Quirónsalud 3) Hospital Universitario de Fuenlabrada

INTRODUCCIÓN:

La búsqueda de la satisfacción sexual y la autoestima ha llevado a un aumento significativo en la popularidad de las intervenciones quirúrgicas para mejorar la anatomía genital masculina. Entre ellas, las técnicas de alargamiento y engrosamiento peneano cada vez son más demandadas. Se han descrito diversidad de técnicas, tanto no invasivas como invasivas, con resultados y complicaciones dispares.

Sin embargo, a pesar de su creciente demanda, estas intervenciones no están exentas de complicaciones potenciales que pueden afectar a la salud sexual y el bienestar psicológico del paciente. Las principales suelen ser infecciosas, asimetría y aspecto poco natural del pene (pudiendo afectar tanto a la estética como a la funcionalidad), reacciones alérgicas, así como alteraciones de la sensibilidad.

CASO CLÍNICO:

Presentamos el caso de un varón de 42 años intervenido en 2 centros en 3 ocasiones con múltiples inyecciones de relleno con diferentes materiales, así como sección del ligamento suspensorio. El paciente durante el postoperatorio padece aparentemente un proceso infeccioso, ocasionando finalmente unos resultados con moderada asimetría peneana y escasa funcionalidad.

Para resolverlo planteamos la reconstrucción de piel del tallo peneano y reconstrucción de la misma con un injerto cutáneo de muslo. La intervención transcurre sin incidencias intraoperatorias ni complicaciones en postoperatorio, con aceptables resultados estéticos y funcionales.

CONCLUSIÓN:

Es fundamental el conocimiento y detección precoz de las complicaciones de las técnicas de engrosamiento peneano. El uso de técnicas de injertos cutáneos es de gran valor para el urólogo, siendo una técnica segura, fácilmente reproducible y con muy buenos resultados funcionales y estéticos en las cirugías de reconstrucción peneana.

Reparación quirúrgica de una fístula recto-uretral con colgajo de Gracilis y uretroplastia con mucosa bucal

Guerra, A.J.; Figueiredo, B; Azinhais, P; Lopes, M; Pereira, J.A.; Parada, B; Sousa, L; Figueiredo, A
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introducción: Las fístulas recto-uretrales, aunque poco frecuentes, tienen un efecto devastador en la calidad de vida de los pacientes. Su incidencia ha tenido un aumento, en gran parte debido al incremento de prostatectomías radicales realizadas. Al tratarse de una patología poco frecuente y de abordaje complejo, no existe consenso sobre la mejor técnica quirúrgica.

Objetivo: Exposición de una técnica quirúrgica paso a paso para la reparación quirúrgica de una fístula recto-uretral con colgajo de Gracilis y uretroplastia con mucosa yugal mediante abordaje transperineal.

Material y métodos: Reparación quirúrgica de una fístula recto-uretral con colgajo de Gracilis y uretroplastia con mucosa yugal mediante abordaje transperineal.

Resultados: Comunicamos el caso de un paciente sometido a prostatectomía radical abierta en 2019. En 2021, debido a un estrechamiento de la anastomosis, fue sometido a una reanastomosis vesico-uretral y posteriormente a una cervicotomía con instilación de mitomicina cervical. En 2022 empezó a sufrir neumatúria y fecaluria, y se le diagnosticó una fístula rectouretral. El paciente fue sometido a una derivación urinaria con un catéter suprapúbico y a una derivación intestinal con una colostomía. Al cabo de 10 meses, sin quejas urinarias, se sometió a reparación quirúrgica del tracto fistuloso. El procedimiento comenzó con una uretroscopia que identificó un segmento estenótico de la uretra. A continuación, se realizó una uretroplastia de la uretra bulboso-membranosa con un injerto de mucosa yugal ventral reforzado con un colgajo de músculo gracilis. La intervención quirúrgica en cuestión duró alrededor de 4 horas, sin complicaciones importantes. El paciente fue dado de alta al tercer día del postoperatorio. Actualmente no presenta signos de recidiva fistulosa y no tiene catéter vesical, manteniendo el cateter suprapubico por protección, aunque todavía no se ha cerrado la colostomía.

Conclusiones: Existen varias técnicas descritas para corregir las fistulas recto-uretrales. La reparación de la fístula con interposición del músculo gracilis es una técnica rentable con buenos resultados a largo plazo. Sin embargo, el paciente debe ser informado de la complejidad de la patología y de la posibilidad de fracaso del tratamiento quirúrgico con recidiva de la fístula.

Palabras clave: fístula recto-uretral, uretroplastia, músculo gracilis

Implante primario de prótesis de pene en priapismo isquémico agudo.

Parra Cuerda, A.B.; Serrano Gutiérrez, A.I.; Villares López, A.; Syed Fernández, M.; Sánchez-Mateos Manzaneque, D.; Astudillo Campoverde, J.S.; Pérez Rodríguez, S.; González Castellón, C.; Gómez García, I.

Hospital Universitario de Toledo

INTRODUCCIÓN

El priapismo es una erección persistente en ausencia de estimulación sexual. Se clasifica en dos subtipos, siendo el isquémico el más común y presentándose como una erección dolorosa con ausencia o reducción del flujo intracavernoso arterial.

En el caso de priapismo refractario mayor de 48-72h de duración, las clásicas intervenciones de shunt disminuyen el dolor y la erección, pero tienen poco beneficio clínico en la prevención de la disfunción eréctil a largo plazo. Por ello, la inserción inmediata de una prótesis de pene maleable se ha descrito para evitar las dificultades y complicaciones de la cirugía protésica diferida.

OBJETIVOS

Describir el caso de un paciente con priapismo isquémico de 48-72h de duración en el que se consigue la detumescencia mediante cirugía de shunt peno-escrotal, evitando la disfunción eréctil y las complicaciones de la cirugía diferida mediante la implantación de una prótesis de pene maleable.

MÉTODOS

Se trata de un varón de 38 años que presentaba priapismo isquémico de 72h de duración. En primer lugar se realizó un drenaje de cuerpos cavernosos sin éxito. Posteriormente se realizó un shunt caverno-esponjoso distal consiguiendo detumescencia parcial. Finalmente, se realizó tratamiento quirúrgico mediante shunt cavernoso proximal y colocación de prótesis de pene maleable.

RESULTADOS

En el postoperatorio y la evaluación en la consulta a los tres meses cursaron sin incidencias. Se encuentra pendiente de un segundo tiempo quirúrgico para implante de prótesis definitiva de tres componentes.

CONCLUSIONES

El implante primario de una prótesis de pene en un paciente con priapismo isquémico de larga evolución refractario a medidas conservadoras es una alternativa eficaz para alcanzar la detumescencia y evitar la disfunción eréctil.

Uretroplastia non-transecting de ampliación con injerto de mucosa bucal. Técnica paso a paso

Pérez Polo, M.; Bestard Vallejo, J.; Lago Escudero, Y.; Blasco de Villalonga, M.; Coello González, A.; Seco Frías, J.; Cruz Mir, A.; Rubio Ballesteros, F; Gutiérrez Sanz-Gadea, C.

Hospital Universitari Son Llàtzer

INTRODUCCION

La uretroplastia anastomótica de aumento es actualmente la técnica de elección para las estenosis uretrales largas con un segmento corto casi obliterativo. Sin embargo, cada vez más autores abogan por no seccionar el cuerpo esponjoso en estos pacientes.

OBJETIVO

Exponer la técnica paso a paso de uretroplastia non-transecting de ampliación con injerto de mucosa bucal para la resolución de estenosis uretral bulbar larga.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta el caso de un varón de 63 años con clínica miccional obstructiva tras instrumentalización por RTU vesical previa. Tras uretrotomía interna el paciente presenta episodio de retención aguda de orina, precisando talla vesical y demostrándose en la cistografía miccional una estenosis de 2 cm nivel de uretra bulbar proximal. Se propone uretroplastia con injerto de mucosa bucal como tratamiento quirúrgico para resolución definitiva de su patología. Tras la disección del cuerpo esponjoso a nivel dorsolateral izquierdo y apertura de la uretra, se halla una primera estenosis corta seguida de un segmento de uretra de calibre normal y una segunda estenosis puntiforme de 2cm a nivel bulbar proximal, que requiere de resección de la mucosa, siendo la apertura uretral a corregir de 6cm. Se practica cistoscopia reglada de control por antecedente de tumor vesical evidenciando varias áreas edematosas que se resecan.

Posteriormente, se obtiene el injerto de la mucosa bucal de la cara interna de la mejilla y tras preparación del injerto se fija en posición dorsolateral y se anastomosa a la placa uretral abierta según la técnica presentada. Se coloca sonda vesical

RESULTADOS

La sonda vesical se retira a las 3 semanas de la cirugía, tras comprobar ausencia de fuga de contraste en la uretrografía miccional. La anatomía patológica de la RTU vesical y de la muestra de uretra descarta malignidad y a los 6 meses de seguimiento, el paciente refiere chorro miccional fuerte que se confirma en flujometría.

CONCLUSIONES

La uretroplastia non-transecting de ampliación con injerto de mucosa bucal en posición dorso-lateral es una técnica válida y reproducible para el tratamiento de las estenosis largas de uretra bulbar.

Uretroplastia con doble injerto de mucosa oral para reparación de uretra posterior tras lesión iatrogénica

Folgueral Corral, M.E.; Guerra Lacambra, M.; Morales Martínez, A.; Yáñez Castillo, Y.; Nogueras Ocaña, M.M.; Arrabal Martín, M.

Hospital Universitario Clínico San Cecilio

Introducción

La iatrogenia es la causa más frecuente de lesión uretral traumática. La presentación más frecuente de iatrogenia es el sondaje transuretral traumático; sin embargo, existen otras causas como la cirugía digestiva transanal.

Material y métodos

Presentamos el caso de un varón de 51 años con antecedente de obesidad mórbida y fístula perineal compleja intervenida en varias ocasiones por cirugía general. Durante la 4ª intervención de un trayecto fistuloso transesfenteriano alto se produce lesión inadvertida de uretra posterior.

En el posoperatorio inmediato se evidencia uretrorragia y salida de orina a través del trayecto fistuloso a nivel perineal. Se realiza una uretrografía retrógrada y una uretrocistoscopia evidenciando una fístula de 2-3 cm a nivel de uretra membranosa. Se consigue realineamiento precoz con uso de guía de seguridad. Tras el sondaje uretral persiste pérdida urinaria por la fístula por lo que se coloca una derivación urinaria suprapúbica, cesando la pérdida de orina a través de la fístula.

En el seguimiento posterior, se le retira el sondaje vesical. Se le realiza una nueva uretrografía y cistografía combinada, evidenciando un tabique infranqueable a nivel de uretra membranosa. Se decide uretroplastia diferida.

El video muestra la intervención de uretroplastia posterior con doble injerto de mucosa bucal a nivel dorsal-ventral. Se realiza apertura por planos y desbridamiento exhaustivo de la uretra, de gran complejidad por abundante fibrosis. Se localizan ambos extremos uretrales, proximal y distal y se realiza desbridamiento exhaustivo. Se precisó doble injerto bucal por decalaje de unos 5 cm entre ambos extremos uretrales. Se toma injerto de mucosa bucal de cada mejilla y se cierra el defecto. Se finaliza el procedimiento con doble drenaje urinario: sondaje uretral y cistostomía suprapúbica.

Resultados

El paciente presentó un postoperatorio favorable. Se citó a las 4 semanas para realizar una uretrografía retrógrada previa a la retirada del sondaje uretral. Se comprobó estanqueidad de las anastomosis y paso de contraste con adecuado calibre a vejiga, se retiró la sonda uretral y se mantuvo talla suprapúbica cerrada.

Conclusiones

La uretroplastia con doble injerto de mucosa bucal es una adecuada opción de tratamiento para pacientes con lesión iatrogénica de uretra posterior.

Esfinter urinario artificial (EUA) robótico en paciente femenina con incontinencia urinaria (IU) post cistectomía radical (CR) con derivación urinaria tipo neovejiga ortotópica (NO).

Aguayo Eldredge, C.A.; Castro Sader, L.A.; Raventós Busquets, C.X.; Allué López, M.; Grau Tendero, S.; Cocera Rodríguez, R.; Salvador Lacambra, C.; Roperó Valverde, J.; Miret Alomar, E.; Torres Velázquez, A.; Narváez Barros, M.A.; Placer Santos, J.; Aguilar González, A.; Bertholle Gil, J.; Trilla Herrera, E.

Hospital Universitario Vall D´Hebrón

Introducción:

Para el tratamiento del cáncer vesical músculo infiltrante (MI) en casos seleccionados la neovejiga puede ser una excelente opción. Sin embargo, el tratamiento de la IU en estos pacientes es muy desafiante. En este contexto el implante del EUA puede ser seguro y eficaz, sin embargo existen muy pocos casos reportados en la literatura sobre este procedimiento asistido por robot en la población femenina con NO

Objetivos:

Describir la técnica quirúrgica para el implante de un EUA laparoscópico asistido por robot en pacientes femeninas con IU y antecedente de CR con NO.

Métodos:

Se presenta el caso de una paciente mujer de 70 años con antecedente de tumor vesical MI (T2N0M0) sometida a CR con NO (ypT0N0) presentando posteriormente IU continua tanto diurna como nocturna (Pad Test 1.5 kg) por lo que se decide colocar un EUA AMS 800 (Boston scientific) mediante abordaje laparoscópico asistido por robot.

Resultados:

Se realiza cirugía con equipo DaVinci X. Acceso por vía transperitoneal. Liberación de adherencias, disección y anatomización en 360° del cuello neovesical. Medición del diámetro cervical objetivando coaptación al número 6 sin embargo se decide implantar manguito 6,5 previendo reposicionamiento cervical en posición anatómica.

Introducción del manguito y balón a través de puerto airseal 12 dentro de la cavidad abdominal. Colocación y cierre del manguito alrededor del cuello neovesical. Llenado del balón con 25 ml de solución contrastada. Posicionamiento del balón en espacio paraneovesical derecho. Implante de bomba a través de trayecto subcutáneo desde la incisión suprapúbica derecha en labio mayor derecho. Conexión del sistema de tubos. Comprobación de funcionamiento y desactivación del EUA. El tiempo operatorio fue de 90 minutos, sin complicaciones intraoperatorios ni postquirúrgicas inmediatas. Es dada de alta a las 72 horas siendo portadora de sonda vesical. Pendientes de evolución.

Conclusiones:

El implante de EUA asistido por robot en pacientes femeninas con NO e IU severa parece ser factible. La disección cervical resultó relativamente fácil. Pese a que al momento de enviar este resumen la paciente cursaba su tercera semana postquirúrgica, se prevé adecuada eficacia del dispositivo y mejoría en la calidad de vida de la paciente

Flap escrotal bilateral para reconstrucción completa de pene enterrado por liquen

Avetisyan Akopyan, David; Puerto Jiménez, Cristian; Vila Braña, Pedro; Puche Sanz, Ignacio; Vicente Prados, Francisco Javier

Hospital Universitario Virgen de Las Nieves

Flap escrotal bilateral para reconstrucción completa de pene enterrado por liquen.

Avetisyan. D.; Puerto, C.; Vila, P.; Puche, I.; Vicente. FJ.

Servicio de Urología, Hospital Universitario Virgen de las nieves, Granada, España.

Introducción

El liquen escleroso genital es una patología con alta incidencia en paciente varones, mayores de 50 años que padecen diabetes mellitus y balanitis de repetición. Existen distintos escalones de tratamiento, no obstante, en la mayoría de los casos se requiere de cirugía (Postectomía) como tratamiento definitivo

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 74 años que presenta afectación de mucosa por LE que ocasiona balanitis de repetición. Como sintomatología destaca clínica irritativa acompañada de prurito intenso en zona prepucial así como dificultad para retracción prepucial. Como tratamiento inicial se propone postectomía para extirpar la mayor proporción de mucosa afectada por liquen y así disminuir la probabilidad de recidivas. Debido a la gran afectación con adherencias se decide realizar exéresis completa de mucosa y un nuevo surco balanoprepucial, uniendo piel a mucosa de glande.

En el seguimiento del paciente observamos recidiva por afectación de la zona cutánea prepucial residual que ocasiona importante retracción del pene (pene enterrado) y que provoca intenso dolor con la erección.

Como opción de tratamiento de la recidiva a pesar de postectomía, se propone la exéresis completa de la piel del pene hasta su base con el objetivo de eliminar totalmente la piel afectada por LE. Para cubrir el defecto cutáneo del pene, utilizamos un colgajo bilateral escrotal de patrón aleatorio vascular.

El paciente precisa tras intervención ingreso hospitalario de 24-48h si no se presentan complicaciones. En domicilio requiere de curas diarias con antiséptico y uso de sonda vesical durante 3 semanas para disminuir la probabilidad de infección de herida quirúrgica y favorecer su cicatrización.

Resultados

El principal objetivo de la cirugía es conseguir resultados funcionales óptimos adaptados a los requerimientos del paciente, por tanto se centran en aumentar su calidad de vida. Ha de disminuir la sintomatología por afectación de LE así como la resolución de las adherencias que dificultan las erecciones. Del mismo modo no se puede dejar de lado el resultado estético dada la repercusión psicológica que puede desencadenar en el paciente.

En cuanto a las complicaciones que podemos encontrar en esta intervención, la más probable es la necrosis de la zona distal del colgajo por baja vascularización, así como la infección de la herida quirúrgica.

Conclusión

La técnica descrita se propone como alternativa al uso de injertos libres para cubrir los defectos cutáneos a nivel de la piel del pene, independientemente de la causa, aunque con especial indicación en la afectación por LE.

El uso de colgajos de patrón aleatorio como alternativa a los injertos libres aporta la ventaja de preservar vascularización nativa y así disminuir la probabilidad de necrosis del injerto como complicación postquirúrgica. Es determinante la correcta elección del caso según las características del paciente y en la preservación de la vascularización del colgajo por lo que debemos ser meticulosos en la obtención del mismo.

Implante precoz de prótesis de pene en paciente con anemia falciforme y priapismo recurrente. Presentación de un caso.

De la Calle Moreno ,A; Lo Re ,M; García Gómez ,B; Alonso Isa ,M; Alonso Grandes ,M; Rodríguez Antolín ,A
Servicio de Urología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

Introducción: El priapismo recurrente se considera una variante de priapismo isquémico, caracterizada por episodios autolimitados pero repetidos en el tiempo de erecciones mantenidas espontáneas. Su prevalencia es más elevada en aquellos pacientes con anemia falciforme, lo cual teniendo en cuenta la cronicidad de esta patología puede afectar de forma importante a la función eréctil del paciente.

Materiales y métodos: Se presenta el caso de un varón de 48 años procedente de Colombia, con anemia falciforme diagnosticada en la infancia y episodios de priapismo recurrente desde los 20 años. Tras acudir a urgencias en numerosas ocasiones con episodios de priapismo que se resuelven con inyección intracavernosa de fenilefrina, el paciente es valorado en consulta y se decide conjuntamente el implante precoz de una prótesis de pene de 3 componentes.

Resultados: Se procede con un abordaje mediante incisión media escrotal, se realizan ambas cavernostomías, no obstante, es necesario realizar una dilatación previa del cuerpo cavernoso derecho debido a la presencia de abundante tejido fibrótico. Esto dificulta en un primer momento la adecuada colocación de la prótesis, que posteriormente se implanta sin complicaciones. El paciente es dado de alta de planta de hospitalización en 24 horas, y 60 días después de la intervención la prótesis se mantiene operativa.

Conclusión: El implante precoz de prótesis de pene en pacientes con priapismo recurrente podría no solo mejorar su calidad de vida al evitar episodios de priapismo, sino también obtener mejores resultados funcionales evitando las complicaciones quirúrgicas derivadas de una importante fibrosis a nivel de los cuerpos cavernosos.

Palabras Clave: Priapismo, anemia falciforme, prótesis de pene

Orquiectomía y hernioplastia inguinal laparoscópica

Macía Díaz, Manuel; Morante Perea, Ana; Hernández Cañas, Virginia; Sánchez Rosendo, Laura; Gonzalo Balbás, Álvaro; Quintana Arencibia, Lara; Llorente Abarca, Carlos

Hospital Universitario Fundación Alcorcón

La criptorquidia es una de las malformaciones congénitas más frecuentes. La mayoría suelen resolverse espontáneamente en el primer año de vida. Cuando el testículo, pasada la adolescencia, no ha descendido o no se ha fijado quirúrgicamente, la orquiectomía es el tratamiento de elección dado el riesgo de neoplasia.

Los defectos del canal inguinal son alteraciones anatómicas muy frecuentes. En ciertos casos, ambas patologías se presentan en un mismo paciente permitiéndonos solucionar ambos problemas en un mismo acto quirúrgico.

La hernioplastia inguinal laparoscópica es una técnica de reparación de la pared abdominal realizada habitualmente por cirujanos generales y en el caso a presentar supone un abordaje idóneo.

Accedemos a la cavidad peritoneal con la disposición de trocares habitual de una prostatectomía radical laparoscópica.

Localizamos el testículo en su entrada al orificio inguinal profundo. Lo disecamos de sus adherencias al peritoneo, disecamos los elementos del cordón espermático, los ligamos y finalizamos la orquiectomía.

Dado el abordaje transperitoneal, se decide realizar la hernioplastia inguinal laparoscópica transabdominal preperitoneal (TAPP). Abrimos el peritoneo y disecamos el espacio preperitoneal hasta localizar el pubis y ligamento de Cooper. Reducimos el contenido del saco herniario. Fijamos la malla de polipropileno al ligamento de Cooper y la extendemos sobre el defecto inguinal. Cerramos el peritoneo con una sutura continua barbada monofilamento reabsorbible del 3/0.