

XXXIII Reunión Nacional de los Grupos de Litiasis y de Endourología, Laparoscopia y Robótica

Sesión: Vídeos de endourología: HBP y urotelio

Moderadores: J. Miralles Aguado y sin confirmar

Sala: Sala SC8; Día: viernes 26; Hora: 18:35-19:15

V-183: CIRUGIA PROSTATICA: TÉCNICAS ALTERNATIVAS

CONDE REDONDO C; CASTROVIEJO ROYO; BEDATE NUÑEZ M; CUELLAR MARTIN L; HERRANZ ARIERO A; SIERRASESUMAGA MARTIN N; D ANGELO I; LOPEZ ROJO S; CALLEJA J
HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID

V-184: Tratamiento ambulatorio de tumores vesicales no músculo invasivos de bajo y riesgo intermedio mediante ablación transuretral con láser de diodo (TULA).

Experiencia inicial.

Zamora Voorn, P.; Rodríguez Villamil, L.; Salgado Plonski, J.J.; García-Terente Fernández V.; Martín Gómez, L.; Fernández-Pello Montes, S.; Rivas del Fresno, M.

Hospital Universitario de Cabueñes

V-185: Importancia de la morcelación en la enucleación de próstata. Comparación de sistemas Cyber Blade® vs MultiCut®.

Ruiz Torres, C; Navarro Beltrán, A; Sanz Álvarez, G.J; Molina Burgos, R.L; Perán Teruel, M; Gimeno Argente, V; Osca García, J.M

Hospital Arnau de Vilanova, Valencia

V-186: Resección en bloque de tumor del tracto urinario superior con láser de Thulio por vía percutánea

Carmen Martínez; Juan López; Asier Mercadé; Alba Sierra; Pilar Luque; Héctor Alfambra; María José Ribal

Hospital Clínic Barcelona

V-187: Enucleación prostática con láser de Holmio de baja potencia (Low-power HoLEP) tras adenomectomía prostática abierta

Ortega Polledo, L.E.; García Rico, E.J.; Subiela Henríquez, J.D.; Sánchez Pellejero, A; Bianchini Hernández, G.F.J.; Alonso Gregorio, S.

Instituto de Urología, Hospital San Francisco de Asís

V-183

XXXIII Reunión Nacional de los Grupos de Litiasis y de Endourología, Laparoscopia y Robótica. Valencia. 2024. 25 y 26 de enero de 2024

Presentación: vídeo

CIRUGIA PROSTATICA: TÉCNICAS ALTERNATIVAS

CONDE REDONDO C; CASTROVIEJO ROYO; BEDATE NUÑEZ M; CUELLAR MARTIN L; HERRANZ ARRIERO A; SIERRASESUMAGA MARTIN N; D ANGELO I; LOPEZ ROJO S; CALLEJA J

HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID

INTRODUCCIÓN

Las guías clínicas europeas recomiendan con un grado de evidencia fuerte el tratamiento de la HBP con mederados-severos LUTS en hombres con un volumen prostático de 30-80 ml la RTUP monopolar o bipolar. Cuando la próstata es > 80 ml prostatectomía abierta.

La evolución de la mínima invasión nos lleva a utilizar métodos que nos permitan una estancia hospitalaria más corta y una menor agresión a la pared abdominal

En este video presentamos la técnica quirúrgica del holep y de la adenomectomía laparoscópica como técnicas quirúrgicas alternativas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Caso 1: varón de 70 años con clínica de LUTS , y volumen prostático de 70 ml. Mostramos una enucleación en bloque con liberación precoz del ápex.

Caso 2: varon de 72 años acon un volumen prostático de 168 mg y clínica obstructiva. Presentamos la adenomectomía laparoscópica paso a paso.

RESULTADOS .

Caso 1. Tiempo quirúrgico 130 minutos, estancia hospitalaria de 24 horas , tiempo de sonda 48 horas

Caso 2: Tiempo quirúrgico 120 minutos, estancia hospitalaria 48 horas, tiempo de sonda 4 días.

Conclusión. Ambas técnicas son factibles y reproçducibles, si bien es cierto es mayor la curva de aprendizaje del Holep en bloque en comparación conla técnica laparoscópica es mucho mayor

Presentación: vídeo

Tratamiento ambulatorio de tumores vesicales no músculo invasivos de bajo y riesgo intermedio mediante ablación transuretral con láser de diodo (TULA). Experiencia inicial.

Zamora Voorn, P.; Rodríguez Villamil, L.; Salgado Plonski, J.J.; García-Terente Fernández V.; Martín Gómez, L.; Fernández-Pello Montes, S.; Rivas del Fresno, M.

*Hospital Universitario de Cabueñes***Introducción**

El tratamiento estándar para los tumores vesicales no músculo invasivos (TVNMI), inicialmente es una resección transuretral (RTU) vesical bajo raquianestesia. En los tumores de bajo e intermedio riesgo, el cáncer puede considerarse una enfermedad crónica con recurrencias frecuentes, requiriendo RTUs repetidas y monitoreo a largo plazo. En consecuencia, el costo de por vida del manejo del cáncer de vejiga por paciente se encuentra entre los más altos de todos los cánceres. Por otro lado muchos de nuestros pacientes son pacientes de edad avanzada o con múltiples comorbilidades que dificultan la realización de intervenciones quirúrgicas repetidas, y que por regla general las recidivas de estos tumores continúan siendo de bajo o intermedio riesgo.

La ventaja que ofrece el láser de diodo se debe a su importante coeficiente de absorción de hemoglobina (50cm^{-1}), que es suficiente para calentar y asegurar la coagulación de los vasos sanguíneos en tumores, evitando así el sangrado que oscurece la visualización. La coagulación de los vasos sanguíneos también induce isquemia y posterior exfoliación del tejido tumoral remanente. Además, un bajo coeficiente de absorción en agua ($0,3\text{ cm}^{-1}$) hace posible una profundidad de penetración, que parece suficiente para influir en toda la base del tumor y tallo en tumores exofíticos de pequeño tamaño.

Material y método

Presentamos un video donde se visiona la realización de esta técnica ambulatoria, como primera experiencia en nuestro servicio.

Resultados

Hemos realizado un total de 62 procedimientos, analizando los 17 primeros casos en los que tenemos un seguimiento de 1 año. En todos los pacientes se realizó de forma ambulatoria bajo anestesia local. Hemos tenido un 17,6 % de recidivas (que se retrataron con esta técnica), presentando únicamente en 1 caso una infección urinaria como complicación.

La escala EVA del dolor en el 80% fue de cero, y el 100 % de los pacientes consideran el procedimiento como muy satisfactorio y estarían dispuestos a repetirlo.

Conclusiones

Consideramos el TULA con láser diodo una técnica segura, fácil de reproducir, que no incrementa los riesgos oncológicos, abarata los costes y disminuye los riesgos especialmente en pacientes con comorbilidades importante.

Presentación: vídeo

Importancia de la morcelación en la enucleación de próstata. Comparación de sistemas Cyber Blade® vs MultiCut®.

Ruiz Torres, C; Navarro Beltrán, A; Sanz Álvarez, G.J; Molina Burgos, R.L; Perán Teruel, M; Gimeno Argente, V; Osca García, J.M

*Hospital Arnau de Vilanova, Valencia***INTRODUCCIÓN**

En los últimos años han irrumpido distintas técnicas mínimamente invasivas en el tratamiento de pacientes con crecimiento benigno prostático (CBP), entre las que destaca la Enucleación Prostática (EP) con láser. Esta técnica consta de dos fases bien diferenciadas: enucleación de los lóbulos prostáticos y morcelación del tejido enucleado. Actualmente, existen en el mercado distintos tipos de morceladores, que presentan diferentes características y todavía no se han analizado en profundidad para poder determinar cuál de ellos obtiene mejores resultados.

MATERIAL Y MÉTODOS

El objetivo de este trabajo es describir y analizar, mediante un vídeo comparativo, el sistema de funcionamiento de los dos tipos de morceladores utilizados en nuestro centro, el Cyber- Blade® y el MultiCut®.

RESULTADOS

El morcelador Cyber-Blade® es un sistema reutilizable, sin cable ni consola, con batería interna recargable. Consta de una pieza de mano mas cuchilla, con giro rotatorio incompleto + 7 velocidades, sistema de aspiración central. Todas sus funciones se gestionan mediante un mando con botones. Incluye tubos colectores y cesta de tejido.

El sistema MultiCut® consta de cuchillas oscilantes regulables, giro rotatorio completo y posibilidad de giro oscilante. Dispone de un pedal con dos interruptores, el amarillo que activa la aspiración, y el azul, con el que se activa de forma simultánea aspiración y morcelación. Además, consta de una consola con una bomba peristáltica integrada para la aspiración y un contenedor de residuos de tejidos.

En nuestra experiencia de más de 450 enucleaciones, el sistema MultiCut® mostró mayor velocidad de morcelación que el sistema Cyber Blade®, ofreciendo más seguridad, y garantizando una mayor eficiencia que ayudó a reducir el tiempo quirúrgico de la EP.

CONCLUSIONES

El proceso de morcelación prostática tras la EP no está exento de riesgos por lo que la elección, entre los múltiples dispositivos existentes en el mercado, de un sistema eficaz, rápido y seguro, resulta imprescindible para evitar complicaciones. En nuestra experiencia, la comparación directa entre los 2 dispositivos de morcelación existentes en nuestro centro, mostró mayor eficiencia y fiabilidad a favor del sistema MultiCut®.

Presentación: vídeo

Resección en bloque de tumor del tracto urinario superior con láser de Thulio por vía percutáneaCarmen Martínez; Juan López; Asier Mercadé; Alba Sierra; Pilar Luque; Héctor Alfambra; María José Ribal
Hospital Clínic Barcelona

Se presenta a un paciente de 77 años, alérgico al contraste yodado y monorroeno derecho por antecedente de nefroureterectomía izquierda en 2015 por tumor de vías en otro centro (AP: pT1BG). Además, historia de tumor vesical no musculoinvasivo de bajo grado. Último control en marzo de 2023 donde se observó recidiva papilar (Ta bajo grado).

En UroRM de seguimiento por antecedente de tumor de vías se describe lesión sugestiva de tumor uroterial en pelvis y unión pieloureteral derecha de 27mm que no condiciona dilatación calicial y permite paso de contraste a uréter distal. Vejiga sin otras lesiones sospechosas.

Ingresa en nuestro hospital por oliguria y hematuria franca con imposibilidad de interrumpir los lavados vesicales continuos con empeoramiento de la función renal (Cr 4.64mg/dL). Se coloca sonda de nefrostomía derecha (NPC).

Se decide tratamiento endoscópico de tumor de vías al tratarse de un paciente monorroeno derecho con antecedente de tumores de vías y vesical de bajo grado con citología negativa a pesar de tratarse de un tumor en pelvis renal superior a 2cm. El 27/07 se realiza enucleación endoscópica de la lesión vía mini-nefrolitotomía percutánea. Se realiza punción de GCM y acceso con nefroscopio de 12ch objetivando lesión tumoral de 2cm en pelvis renal. Enucleación en bloque con láser de fibra de Thulio (TFL) con pulso corto (1J 12Hz – 1.5J – 20Hz). AP: TaBG con citología negativa.

Colocación de JJ derecho y NPC derecha al finalizar intervención. Al alta función renal con Cr 1.54g/dl.

Control postoperatorio mediante URO-TC (previa administración de profilaxis), sin objetivar fuga urinaria, por lo que se decide retirada de NPC a las tres semanas de la cirugía y retirada de catéter ureteral doble J a las 4 semanas. Se realizó RIRS a las 8 semanas sin objetivar lesiones tumores, con citología de control negativa.

V-187

XXXIII Reunión Nacional de los Grupos de Litiasis y de Endourología, Laparoscopia y Robótica. Valencia. 2024. 25 y 26 de enero de 2024

Presentación: vídeo

Enucleación prostática con láser de Holmio de baja potencia (Low-power HoLEP) tras adenomectomía prostática abierta

Ortega Polledo, L.E.; García Rico, E.J.; Subiela Henríquez, J.D.; Sánchez Pellejero, A; Bianchini Hernández, G.F.J.; Alonso Gregorio, S.

Instituto de Urología, Hospital San Francisco de Asís

Varón 73 años, con antecedente de Fibrilación Auricular anticoagulado con Rivaroxabán 20 mg y antecedente de adenomectomía prostática abierta extraperitoneal (Millin) en 2007, presenta en Agosto de 2023 hematuria macroscópica que precisa ingreso para manejo conservador. Presenta ecografía de aparato urinario con volumen prostático 98 cc, sin otros hallazgos relevantes, sintomatología de tracto urinario inferior obstructiva moderada (IPSS = 18, IPSS QoL = 4), así como citología urinaria negativa y UroTAC sin hallazgos relevantes. En la cistoscopia presenta uretra prostática con adenómeros obstructivos que sangran al roce. No neoformaciones vesicales. Se opta por enucleación prostática con láser de Holmio (HoLEP), realizándose la intervención con láser Auriga XL 50 W, trabajando a 39,6 W (1,8 J x 22 Hz), y la morcelación con el morcelador Piranha.

Tiempo quirúrgico total: 40 minutos.

Tiempo de enucleación: 16 minutos.

Tiempo de morcelación: 7 minutos.

Velocidad de enucleación: 4,31 gramos/minuto.

Tejido enucleado: 69 gramos.

El paciente fue dado de alta al 1er día postoperatorio, sin indicencias, tras retirada de sonda vesical, sin presentar nuevos episodios de hematuria tras la reintroducción del anticoagulante oral.