

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

Sesión: Vídeos de endourología II

Moderadores: F. Lista Mateos y L.E. Ortega Polledo

Sala: Auditorio A3A; Día: viernes 26; Hora: 17:30-19:00

V-149: Abordaje percutáneo de litiasis en paciente con derivación urinaria tipo Bricker

De La Calle Moreno, A.; Peña Vallejo, E.; Cabrera Meirás, F.; Pamplona Casamayor, M.; Rodríguez Antolín, A.

Hospital Universitario 12 de Octubre

V-150: Litiasis en injerto renal: ureterorenoscopia retrógrada postrasplante como tratamiento de calle litiásica pos-LEOC.

Canós Nebot, À; Caballero Romeu, JP; De la Encarnación Castellano, C; Mendiola López, A; Aranda Rodríguez, M; González Lara, DM; Vela Martínez, J; Galiano Baena, JF; Galán Llopis, JA; Montoya Lirola, MD; García Arcas, M; Soler Navarro, N; Herrero Polo, E

Hospital General Universitario Dr. Balmis. Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL). Alicante.

V-151: Abordaje combinado para el tratamiento de la litiasis renal en paciente con riñón en herradura

Gutiérrez Roncero, M.C.; Pérez Serrano, C.; Caballero Cobos, R.; Molina Díaz, P.; García Galisteo, E.

Hospital Regional Universitario de Málaga

V-152: Tratamiento del cálculo coraliforme completo mediante mini-ECIRS

Freire Rodríguez, A.; Sánchez García, J.F.; Díaz Álvarez, J.M.; Sánchez Ramos, J.; Benavides Pineda, M.V.; Castro Jul, M.; Trujillo Marín, M.; Trujillo Trujillo, E.; Bellas Pereira, A.; Pérez Schoch, M.; Almúster Domínguez, S.; Carballo Quintá, M.; López García, S.; Castro Iglesias, A.M.; Barros Rodríguez, J.M.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

V-153: NUESTRO PROCESO ASISTENCIAL DE MINI-ECIRS AMBULATORIA: PASO A PASO

García Catalán, A.; Fernández Yáñez, A.; Martínez Corral, M.E.; Donoso Machuca, E.A.; Mosquera Seoane, L.; Castillo Mejías, C.; Martínez Corral, R.; Fernández Duque, A.; Masid Gómez, A.; Valiño Hortas, C.; García Freire, C.; Pérez Fentes, D.

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

V-154: Nefrectomías parciales retroperitoneales iterativas (re-do) con asistencia robótica: un abordaje asequible

Vázquez-Martul, D.; Altez Fernández, C.; Salgado Novo, J.; Fandiño Argibay, A.; Chantada Abal, V.

Servicio de Urología. Hospital Universitario A Coruña

V-155: DIAGNÓSTICO INCIDENTAL DE CISTINURIA TRAS NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA

Castro Jul, M.; Trujillo Marín, M.; Sánchez García, J.F.; Bellas Pereira, A.; Sánchez Ramos, J.; Pérez Schoch, M.; Almúster Domínguez, S.; López García, S.; Carballo Quintá, M.; Castro Iglesias, A.M.; Freire Rodríguez, A.; Benavides Pineda, M.V.; Trujillo Trujillo, E.M.; Barros Rodríguez, J.M.

Complexo Hospitalario Universitario de Vigo

V-156: TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LITIASIS EXTRA-URETERAL TRAS MIGRACIÓN POR PERFORACIÓN URETERAL

Viver Colet, L.; Rodríguez Malatesta, R.; Cámara Moreno, C.; Piñero Zomeño, A.; Solà Marquès, C.; Checa Sanchez, R.; Vituri Nicolàs, X.; Gili Galbis, L.; Izquierdo Ribas, C.; Cecchini Rosell, Ll.

Hospital del Mar

Presentación: vídeo

Abordaje percutáneo de litiasis en paciente con derivación urinaria tipo BrickerDe La Calle Moreno, A.; Peña Vallejo, E.; Cabrera Meirás, F.; Pamplona Casamayor, M.; Rodríguez Antolín, A.
Hospital Universitario 12 de Octubre

La formación de litiasis en pacientes con derivaciones urinarias que emplean intestino, constituye una complicación a largo plazo de este tipo de técnicas quirúrgicas. El estasis urinario es el factor desencadenante más importante, en ocasiones viéndose favorecido por la presencia de moco intestinal o infecciones urinarias de repetición.

El abordaje de este tipo de litiasis constituye un reto quirúrgico y casos como el que exponemos a continuación propone el abordaje percutáneo anterógrado como una alternativa viable. Presentamos el caso de un varón de 65 años sometido a cistoprostatectomía radical en 2017 por tumor vesical infiltrante. A modo de anastomosis se realizó en este caso, dada la escasa longitud del uréter izquierdo una ureteroureterostomia terminolateral y anastomosis única del uréter derecho a íleon mediante técnica de Bricker. Tras 5 años de revisiones sin datos de recidiva acude en julio de 2023 al servicio de Urgencias por un cuadro de dolor lumbar y fiebre compatible con cólico renoureteral. El TAC urgente objetivó una litiasis de 10 mm ubicada a nivel de la confluencia uretero-ureteral. Se decidió la colocación urgente de catéter interno-externo izquierdo, y de cara al tratamiento definitivo de la litiasis, tras desestimar el tratamiento único por vía retrógrada, se opta por realizar la intervención quirúrgica con abordaje percutáneo anterógrado. Se procede a dilatación de trayecto percutáneo, paso de vaina ureteral y acceso con ureteroscopio flexible hasta confluencia ureteroureteral donde se alojaba la mencionada litiasis, esta se fragmenta con fibra de 200 micras de láser Holmium y se extrae sin incidencias dejando catéter uniJ y nefrostomía a modo de drenaje. Tras 48 horas de hospitalización se procede al alta hospitalaria habiendo retirado el catéter uniJ 24 horas después de la intervención y la nefrostomía en el segundo día post-operatorio.

El post-operatorio cursó sin complicaciones y en la revisión de control se constató en TAC la resolución completa de la litiasis, encontrándose el paciente asintomático. Considerando por tanto satisfactorio el resultado de la intervención.

Litiasis en injerto renal: ureterorenoscopia retrógrada postrasplante como tratamiento de calle litiásica pos-LEOC.

Canós Nebot, À; Caballero Romeu, JP; De la Encarnación Castellano, C; Mendiola López, A; Aranda Rodríguez, M; González Lara, DM; Vela Martínez, J; Galiano Baena, JF; Galán Llopis, JA; Montoya Lirola, MD; García Arcas, M; Soler Navarro, N; Herrero Polo, E

Hospital General Universitario Dr. Balmis. Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL). Alicante.

Introducción: La presencia de litiasis en injertos renales se estima en un 0,64%. Aunque el cribado con pruebas radiológicas en pacientes candidatos a donación ha permitido la detección precoz de litiasis renales y posible tratamiento pretrasplante, algunos receptores seguirán presentando litiasis renales transferidas.

Objetivos: Mostrar a partir de un caso que, para el tratamiento de litiasis en injertos renales disponemos de las mismas opciones que para el tratamiento de litiasis en riñones nativos.

Material y métodos: El caso clínico corresponde a una mujer de 70 años receptora de un injerto renal con una litiasis piélica de 12 mm y 1000 UH. En el postrasplante inmediato se alcanza una tasa de filtrado glomerular de 12,3 ml/min y una creatinina sérica de 3,5 mg/dl. Inicialmente se opta por la LEOC como tratamiento de la litiasis, realizándose un total de 3 sesiones. Se consigue fragmentar parcialmente la litiasis con fragmentos residuales en el cáliz inferior y en el trayecto ureteral proximal con formación de una calle litiásica. Con estos resultados se opta por realizar una URS retrógrada.

Resultados: Se utiliza un ureterorenoscopio semirrígido de calibre 6/7,5Ch y doble guía ureteral hidrofílica para conseguir mayor enderezamiento del trayecto ureteral. Se realiza litofragmentación de las litiasis de mayor tamaño con láser de Tulio y fibra de 270 µm, dejando un nuevo catéter ureteral doble J tras finalizar el procedimiento. En TAC de control no se aprecian fragmentos residuales significativos, por lo que se retira al catéter ureteral. A los 6 meses de la cirugía no se aprecian litiasis residuales ni dilatación de la vía excretora, y la paciente presenta una tasa de filtrado glomerular de 49 ml/min y una creatinina sérica de 1,12 mg/dl.

Conclusiones: Las litiasis en injertos renales pueden tratarse con las mismas opciones de las que disponemos para la población general. Para abordajes endourológicos, la miniaturización de los instrumentos, así como el uso de más de una guía ureteral, pueden ser opciones de interés para adaptarnos a la variabilidad del tamaño y de la localización del neomeato ureteral, así como a la falta de arquitectura tisular perirrenal de los riñones trasplantados.

Presentación: vídeo

Abordaje combinado para el tratamiento de la litiasis renal en paciente con riñón en herradura

Gutiérrez Roncero, M.C.; Pérez Serrano, C.; Caballero Cobos, R.; Molina Díaz, P.; García Galisteo, E.

*Hospital Regional Universitario de Málaga***INTRODUCCIÓN**

El riñón en herradura es una anomalía congénita de fusión renal con una prevalencia del 0,25% en la población general. Los pacientes que poseen esta condición, presentan dificultad en el drenaje urinario, conllevando un alto riesgo para la formación de litiasis renales. Debido a las variaciones anatómicas que presentan, su tratamiento es un reto hoy en día.

OBJETIVOS

Aproximación a la técnica quirúrgica combinada (abordaje robótico con sistema Da Vinci y endoscópico intrarrenal) en una paciente compleja con alta carga litiásica en la unidad renal izquierda de riñón en herradura.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una mujer de 61 años con riñón en herradura, en seguimiento por enfermedad litiásica grave. Ante la persistencia de sintomatología, junto con los antecedentes de escasa rentabilidad de fragmentación de las litiasis con litotricia extracorpórea con ondas de choque (LEOC) y dos cirugías con elevado porcentaje de litiasis residual, se decide abordaje combinado: pielolitomía robótica sobre unidad renal izquierda para extracción de litiasis en cálices superiores y medios, y utilización de cistoscopio flexible de un solo uso a través de un trócar robótico para extracción de litiasis en cálices inferiores.

RESULTADOS

El tiempo operatorio fue de 150 min (2h y 30 min), sin complicaciones intraoperatorias. La estancia hospitalaria fue de 3 días, con retirada de drenaje previo alta hospitalaria. Se retiró catéter DJ izquierdo al mes de la intervención. En la primera revisión postoperatoria se comprobó una tasa libre de litiasis (TLL) del 80%.

CONCLUSIONES

La cirugía robótica es una alternativa en casos anatómicos complejos en las que la LEOC, ureteroscopia y cirugía percutánea fallan o tienen poca probabilidad de éxito. Añadir un enfoque combinado permite mayores TLL minimizando el número de intervenciones auxiliares y sus complicaciones.

Presentación: vídeo

Tratamiento del cálculo coraliforme completo mediante mini-ECIRS

Freire Rodríguez, A.; Sánchez García, J.F.; Díaz Álvarez, J.M.; Sánchez Ramos, J.; Benavides Pineda, M.V.; Castro Jul, M.; Trujillo Marín, M.; Trujillo Trujillo, E.; Bellas Pereira, A.; Pérez Schoch, M.; Almúster Domínguez, S.; Carballo Quintá, M.; López García, S.; Castro Iglesias, A.M.; Barros Rodríguez, J.M.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

Introducción

La nefrolitotomía percutánea es el tratamiento de elección en litiasis mayores de 2cm según las guías europeas. Este procedimiento se relaciona con una mayor morbilidad (estancia hospitalaria más prolongada y mayor pérdida de sangre) en comparación con la cirugía retrógrada intrarrenal (CRIR). Las grandes mejoras en los láseres, así como la miniaturización de los dispositivos quirúrgicos, permiten obtener mayores tasas libres de litiasis frente al tratamiento convencional con una menor tasa de complicaciones.

Material y método

Mujer de 61 años valorada en CCEE de Urología por sedimento de orina patológico y dolor lumbar izquierdo. En TC se objetiva litiasis coraliforme en riñón izquierdo que ocupa todos los grupos caliciales. Ante estos hallazgos se decide realizar cirugía renal endoscópica combinada.

Con la paciente en posición de Valdivia modificada por Galdakao se realiza pielografía retrógrada y punción ecografiada de cáliz posterior del grupo calicial inferior del riñón izquierdo, con salida de orina clara, y posterior dilatación del tracto hasta 17 Ch. Introducción de vaina 16/17Ch. Localización de litiasis que ocupa pelvis y cáliz inferior y realización de lasertricia con fibra de Holmium de 550 micras. Revisión de cálices observando litiasis en cáliz superior, inaccesibles con mininefroscoPIO. Realización de ureterorenoscopia con ureteroscopio flexible y Litofragmentación con fibra de 270 micras. Extracción de fragmentos por vaina de minipercutánea y revisión de cálices renales sin evidenciar restos litiásicos. Colocación de catéter bajo visión directa y aplicación de matriz hemostática la retirada de vaina de mininefrolitotomía percutánea.

Dosis acumulada: 5.46 mGy. Tiempo de fluoroscopia: 1.01 min.

Resultados

Tiempo quirúrgico de 150 minutos. Alta a las 24h de la intervención sin complicaciones. Retirada de catéter doble J de forma ambulatoria 2 semanas después de la intervención. La composición de la litiasis analizada fue Oxalato Cálcico Dihidrato (Weddelita) 50 % y Oxalato Cálcico Monohidrato (Whewelita) 50 %. TAC de control sin evidencia de restos litiásicos.

Conclusiones

La realización de la cirugía endoscópica combinada miniaturizada nos proporcionan muy buenos resultados en el tratamiento del cálculo coraliforme completo, con buenas tasas libres de litiasis y con una menor tasa de complicaciones, así como un menor tiempo de hospitalización.

Presentación: vídeo

NUESTRO PROCESO ASISTENCIAL DE MINI-ECIRS AMBULATORIA: PASO A PASO

García Catalán, A.; Fernández Yáñez, A.; Martínez Corral, M.E.; Donoso Machuca, E.A.; Mosquera Seoane, L.; Castillo Mejías, C.; Martínez Corral, R.; Fernández Duque, A.; Masid Gómez, A.; Valiño Hortas, C.; García Freire, C.; Pérez Fentes, D.

*Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela***INTRODUCCIÓN**

Presentamos el proceso llevado a cabo en un paciente intervenido mediante cirugía percutánea miniaturizada combinada con acceso retrógrado (mini-ECIRS) en régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA).

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 46 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés que consulta por dolor en fosa renal derecha. En TC sin contraste se evidencia una litiasis de 133 mm² y 1327 Unidades Hounsfield localizada en pelvis renal. Atendiendo a los criterios de inclusión (litiasis renoureterales <3cm de diámetro máximo y pacientes ASA I-II o ASA III estables, entre otros) y siguiendo el protocolo asistencial diseñado para la realización de procesos endourológicos en régimen de CMA se decide realizar mini-ECIRS ambulatoria.

RESULTADOS

Bajo anestesia general y en posición supina de Valdivia modificada en Galdakao se realiza ureterorenoscopia evidenciando descenso de la litiasis a uréter proximal. Mediante control ecográfico se lleva a cabo una punción percutánea transpapilar calicial media. Posteriormente se realiza dilatación en un único paso con set MIP-M hasta 16Ch. Litofragmentación con nefroscopio rígido empleando láser Holmium Lumenis 120H Moses 2.0. Extracción completa de fragmentos. Panendoscopia renal y ureteral flexible sin evidencia de fragmentos residuales. Como método de drenaje posterior se empleó el catéter JJ.

Tiempo quirúrgico de 80 minutos y estancia postoperatoria de 10 horas sin complicaciones posteriores. La litiasis estaba formada mayoritariamente por oxalato cálcico monohidrato. En la TC de control realizada a los tres meses no se evidencian litiasis residuales.

CONCLUSIONES

En pacientes seleccionados, la realización de mini-ECIRS es una técnica segura, factible y eficaz en régimen de cirugía mayor ambulatoria. En estos casos, la experiencia del equipo quirúrgico, la protocolización del proceso asistencial y la participación multidisciplinar, resultan fundamentales.

V-154

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

Nefrectomías parciales retroperitoneales iterativas (re-do) con asistencia robótica: un abordaje asequible

Vázquez-Martul, D.; Altez Fernández, C.; Salgado Novo, J.; Fandiño Argibay, A.; Chantada Abal, V.

Servicio de Urología. Hospital Universitario A Coruña

Introducción

La nefrectomía parcial (NP) robótica iterativa o de rescate es un procedimiento complejo pero factible con escasas referencias en la literatura, casi inexistentes mediante un abordaje retroperitoneal. El cirujano debe definir la técnica quirúrgica y de exéresis caso a caso dada la heterogenicidad de los escenarios y la necesidad de máxima preservación en algunos casos.

Presentamos nuestra primera serie de NP iterativa retroperitoneal con asistencia robótica.

Material y métodos

Presentamos un total de 5 casos con NP previa mediante cirugía abierta o laparoscópica en la misma unidad renal. Ninguno de los casos presentaban una recidiva local. Todos los tumores fueron categorizados como cT1a con un diámetro máximo de 36 mm (RENAL score 6-7)

Tiempo a control de arteria renal, sangrado, tiempo de isquemia y tiempo de consola fueron recogidos para analizar la dificultad potencial de estos procedimientos.

Todos los casos fueron realizados a través de la plataforma usan Da Vinci Xi empleando 3 o 4 brazos en función del caso.

Resultados

El tiempo medio de control arterial fue inferior a 20 minutos en todos los casos. La mediana de tiempo de consola fue de 72 minutos (60-100) con un sangrado inferior a 150 cc en todos los casos. Un caso fue realizado off-clamp y sin renorrafia debido a nefrectomía radical contralateral previa y múltiples NP.

Trifecta fue conseguida en todos los casos: todos los pacientes fueron dados de alta al 2º día postoperatorio sin complicaciones; márgenes negativos en todos los pacientes sin ninguna recidiva en lecho a los 6 meses, un paciente desarrolló un nuevo tumor en otra localización diferente.

Resultados

La NP retroperitoneal iterativa con asistencia robótica es un abordaje factible que puede aportar ciertos beneficios.

Presentación: vídeo

DIAGNÓSTICO INCIDENTAL DE CISTINURIA TRAS NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA

Castro Jul, M.; Trujillo Marín, M.; Sánchez García, J.F.; Bellas Pereira, A.; Sánchez Ramos, J.; Pérez Schoch, M.; Almúster Domínguez, S.; López García, S.; Carballo Quintá, M.; Castro Iglesias, A.M.; Freire Rodríguez, A.; Benavides Pineda, M.V.; Trujillo Trujillo, E.M.; Barros Rodríguez, J.M.

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

Introducción:

La cistinuria es una alteración congénita del transporte de aminoácidos, que se traduce en un aumento de la excreción de cistina en orina y la consiguiente formación de cálculos renales. Es una patología poco frecuente pero se debe realizar su cribado en situaciones determinadas como litiasis bilateral y/o recidivante o cálculos renales en la infancia.

La nefrolitotomía percutánea continúa siendo el tratamiento de elección en litiasis renales mayores de 2 cm según las guías europeas.

Material y métodos:

Presentamos el caso de una mujer de 55 años, monorrena derecha tras nefrectomía radical izquierda laparoscópica en 2016 (atrofia renal en relación con uropatía obstructiva crónica por litiasis coraliforme). Valorada de nuevo en 2023 por cólico nefrítico, se realiza TC abdominopélvico que revela litiasis coraliforme de 4 cm en pelvis renal derecha que condiciona marcada dilatación calicial ipsilateral. Se coloca nefrostomía de urgencia y se decide realización de nefrolitotomía percutánea.

El procedimiento se llevó a cabo bajo anestesia general y en posición de Valdivia modificada por Galdakao. En primer lugar se realizaron cistoscopia y pielografía por nefrostomía. Punción ecoguiada de grupo calicial medio, enhebrado y dilatación hasta 26 Fr. Paso de nefrosocopio, observándose litiasis de gran tamaño, dura y con aspecto de cistina. Lasertricia con fibra de Holmiun de 550 micras y extracción de fragmentos con cesto n-Perc. Revisión de cavidades con cistoscopio flexible. Colocación de catéter DJ.

Dosis acumulada: 0.901 mGy. Tiempo de fluoroscopia: 0,18 min.

Resultados:

Tiempo quirúrgico de 60 minutos. Alta en 48 horas sin incidencias y retirada de catéter DJ dos semanas después de la cirugía. El análisis de la composición reveló una litiasis de cistina. Se solicita estudio metabólico y se inicia tratamiento con quelantes.

Conclusiones:

La cistinuria es una patología hereditaria poco frecuente caracterizada por la formación de cálculos renales de gran tamaño, poco radioopacos, de extrema dureza y alta capacidad de recidiva. El tratamiento de las litiasis ya formadas es la resolución quirúrgica ya que no responden bien a la litotricia. Es fundamental la prevención de recurrencias con medidas como hidratación abundante, alcalinización de orina, dieta baja en proteínas o el uso de quelantes.

Presentación: vídeo

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LITIASIS EXTRA-URETERAL TRAS MIGRACIÓN POR PERFORACIÓN URETERAL

Viver Colet, L.; Rodríguez Malatesta, R.; Cámara Moreno, C.; Piñero Zomeño, A.; Solà Marquès, C.; Checa Sanchez, R.; Vituri Nicolàs, X.; Gili Galbis, L.; Izquierdo Ribas, C.; Cecchini Rosell, LI.

*Hospital del Mar***INTRODUCCIÓN**

Una de las complicaciones más temidas de la ureterorenoscopia (URS) es la lesión ureteral, que en algunos casos puede implicar la migración de la litiasis a nivel submucoso o a nivel extra ureteral y por ende el fin de la cirugía. La migración submucosa suele ser manejada con la extracción del cálculo para evitar la estenosis ureteral, mientras que las litiasis extra-ureterales suelen manejarse de forma conservadora con la colocación de un catéter ureteral debido a que no suelen ocasionar síntomas.

MÉTODO

Presentamos el caso de una paciente de 50 años, fumadora y con antecedente de un trastorno límite de la personalidad. Consulta en agosto de 2019 por dolor lumbar, por lo que se realiza tomografía computarizada (TC) que evidencia litiasis de 7 mm en riñón derecho. Se decide seguimiento, pero ante paciente con importante afectación del estado general finalmente se realiza cirugía retrógrada intrarrenal (RIRS) en noviembre de 2019. Durante cirugía se produce lesión ureteral con vaina ureteral, por lo que se coloca catéter ureteral y se reprograma cirugía. En diciembre de 2019 se realiza nuevamente RIRS, produciéndose lesión ureteral durante la extracción de la litiasis, por lo que se coloca catéter ureteral y se finaliza intervención. En marzo de 2020 se realiza URS rígida sin evidenciar litiasis intraureteral por lo que se retira catéter ureteral y se inicia seguimiento. En agosto de 2023 la paciente reconsulta por dolor lumbar evidenciando litiasis de 2 mm en grupo calicial medio y foco de cálculo paraureteral de 4 mm, por lo que se programa URS derecha que se realiza en septiembre de 2023. Durante cirugía no se evidencia litiasis renal, por lo que se realiza pielografía que confirma foco cálcico extra-ureteral. Asimismo, endoscópicamente se evidencia ligero abombamiento de mucosa ureteral a dicho nivel. Se decide extraer foco cálcico extra-ureteral vía endoscópica realizando corte en la mucosa ureteral, fragmentando litiasis con láser holmium y posterior extracción de los fragmentos. A continuación, mediante soporte videográfico se describe el proceso realizado.

RESULTADOS

La paciente presentó una buena recuperación postoperatoria, siendo dada de alta a las 24 horas y en el control postquirúrgico se encuentra asintomática.