

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

Sesión: Vídeos de Cirugía reconstructiva laparoscópica renal

Moderadores: M. Sanz del Pozo y R. Campanario Pérez

Sala: Auditorio A3B; Día: jueves 25; Hora: 17:00-18:30

V-72: PIELOPLASTIA DERECHA LAPAROSCÓPICA CON COLGAJO DE AVANCE PIÉLICO POR ESTENOSIS RECIDIVADA DE LA UNIÓN PIELOURETERAL

Rayo Radilla, M.A; Pellejero Pérez, P; Curiel Elizondo, A; Barbosa Castilla A.F; Perez Vera, I.A; López-Tello Blázquez, A; Luza Dueñas, A.C; Alguero Menéndez, R; Moya Martín, C; Modrego Ulecia, L; Tamargo Díaz, E; Pérez Haro, M.LI; Quintás Blanco, A; Fernández Gómez, J.M; Jalón Monzón, A

Hospital Universitario Central de Asturias

V-73: FÍSTULA PIÉLICA IZQUIERDA TRAS CIRUGÍA CITORREDUCTORA DE CARCINOMA DE OVARIO: NEFRECTOMÍA COMPLEJA TRAS FRACASO DE LA REPARACIÓN QUIRÚRGICA Y DE LA DERIVACIÓN URINARIA DOBLE

Villar Vázquez, Nuria; Osorio Cabello, Lucía; Villegas Piguave, Damián; López García, Daniel
Urología Hospitalaria. Hospital HM Modelo A Coruña

V-75: Pólipo fibroepitelial ureteral múltiple: a propósito de un caso

Osorio Ospina, F; Bueno Serrano, G; Tabares Jiménez, J; Alcoba García, M; Campos Valverde, D; Ruíz de Castroviejo, J; Pérez Aízpuría, X; Tufet I Jaumot, J; Gómez-Jordana B; Maqueda Arellano, J; Gonzalez Enguita, C.

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz

V-76: NEFROPEXIA POR RETROPERITONEOSCOPIA: DESCRIPCIÓN DE TÉCNICA Y RESULTADOS DE NUESTRA EXPERIENCIA

Sánchez Puy, A.; Bellido Petti, J.A.; Bada, M.; Vega, C.; Zordani, A.; Tarragón Gabarró, S.; Marco Pérez, L.M.; Castañeda, R.; Pellegrinelli, F.; Pallazzetti, A.; Juaneda, B.; Castro, L.; Martos, R.; Salinas, D.; Peña, J. A.

Uros Associats, Universitat Internacional de Catalunya (UIC), Barcelona

V-77: PIELOPLASTIA DERECHA + PIELOLITOTOMÍA DERECHA

Naveiro Flores, Amaia; Caramés Masana, Francisco; Arnejo Pereiro, Carmen; Cambón Bastón, Eva María; Casas Nebra, Francisco Javier

Hospital Universitario Lucus Augusti

V-78: ¿Problema retroperitoneal? Busca un Urólogo.

Cabello Benavente, R.; Hernando Arteche, A.; Cuello Sánchez, L.; Coloma Ruiz, L.; Amaruch García, N.; González Enguita, C.

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz

V-79: Interposición de colgajo de epiplon vía laparoscópica como tratamiento quirúrgico del síndrome de cascanueces

Montero Martorán, A.; Mora Cevallos, C.; Palacios García, A.; Antón Pernaute, J.; Román Martínez, E.; Muñiz Suárez, L.; Hijazo Conejos, J.I.; Medrano Lorente, P.; García Alarcón, F. J.; Ramírez Fabián, M.; Subirá Ríos, J.; Murillo Pérez, C.; Rioja Zuazu, J.; Blasco Beltrán, B.
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa Zaragoza

Presentación: vídeo

PIELOPLASTIA DERECHA LAPAROSCÓPICA CON COLGAJO DE AVANCE PIÉLICO POR ESTENOSIS RECIDIVADA DE LA UNIÓN PIELOURETERAL

Rayo Radilla, M.A; Pellejero Pérez, P; Curiel Elizondo, A; Barbosa Castilla A.F; Perez Vera, I.A; López-Tello Blázquez, A; Luza Dueñas, A.C; Alguero Menéndez, R; Moya Martín, C; Modrego Ulecia, L; Tamargo Díaz, E; Pérez Haro, M.LI; Quintás Blanco, A; Fernández Gómez, J.M; Jalón Monzón, A

Hospital Universitario Central de Asturias

Introducción. –

El tratamiento laparoscópico de la estenosis de la unión pieloureteral mediante colgajo de avance se utiliza como alternativa a la pieloplastia desmembrada en aquellas estenosis largas de la unión pieloureteral o en fibrosis extensa secundaria a cirugía previa y en la que no se puede garantizar técnicamente una anastomosis sin tensión.

Material y Métodos (Caso Clínico). –

Varón de 41 años diagnosticado de síndrome de la unión pieloureteral (SUPU) derecho intervenido en 2015 de pieloplastia desmembrada laparoscópica con transposición anterior de vía urinaria por vaso polar. Consulta por persistencia de dolor precisando analgesia diaria desde entonces, se realiza ecografía mostrando pielocaliectasia derecha y renograma-MAG3 con función renal relativa derecha de 48% y respuesta enlentecida al diurético. Se actualiza TAC-urografía que muestra SUPU derecho y litiasis de 7 mm en GCI con renograma-MAG3 sin cambios. Se le propone nueva pieloplastia derecha laparoscópica.

Se coloca a paciente en decúbito lateral izquierdo y flexión de mesa con acceso mediante minilaparotomía pararectal y colocación de cuatro trocares; 12 mm óptico, 5 mm en FID, 12 mm subcostal y 5 mm subxifoideo para retracción hepática.

Liberación de adherencias, decoloración e identificación del uréter derecho y disección hacia pelvis renal observando capsula fibrosa secundario a Hem-O-Lok del muñón de la vena gonadal adherido justo a la cara anterior de la neo UPU. Liberación del clip hemostático y de tejido fibroso circundante a la anastomosis pieloureteral identificando y respetando vaso polar inferior liberado en intervención previa.

Llama la atención pelvis globulosa con marcada peristalsis. Se realiza pielotomía con tijera de 1.5 cm en cara anterior con salida de orina retenida y renoscopia flexible por trocar de 12 mm con extracción de litiasis de 7 mm en GCI. Exploración de la UPU observando orificio puntiforme fibroso sin poder progresar guía de Terumo, confirmando así recidiva de la estenosis.

Se realiza incisión por encima de la misma y se espátula el uréter 1 cm hasta tejido sano pero no se puede garantizar una anastomosis sin tensión, por lo que se decide realizar un colgajo piélico. Para ello se obtiene un flap rectangular de la cara anterior de la pelvis de 2 cm, se gira sobre la UPU y se sutura el borde inferior al uréter con monofilamento 4/0.

Se coloca catéter doble J anterógrado y se completa la anastomosis de la cara anterior con dos hemisuturas continuas de monofilamento 4/0 quedando sin tensión y con buen paso.

Resultados. –

Se retira catéter doble J en 6 semanas y se realiza TAC-urografía a los 4 meses evidenciando discreta dilatación pieloureteral y renograma-MAG3 con función renal derecha del 49% sin observarse obstrucción. El paciente está totalmente asintomático sin precisar analgesia.

Conclusión. -

El colgajo de avance piélico es una alternativa reproducible mediante cirugía laparoscópica, idealmente se prefiere para defectos largos o fibrosis piélica extensa, es recomendable mantener catéter doble J debido a la extensa sutura con la finalidad de evitar fistulas y lograr un buen resultado funcional.

Palabras Clave. –

Pieloplastia, síndrome de la unión pieloureteral, colgajo.

Presentación: vídeo

FÍSTULA PIÉLICA IZQUIERDA TRAS CIRUGÍA CITORREDUCTORA DE CARCINOMA DE OVARIO: NEFRECTOMÍA COMPLEJA TRAS FRACASO DE LA REPARACIÓN QUIRÚRGICA Y DE LA DERIVACIÓN URINARIA DOBLEVillar Vázquez, Nuria; Osorio Cabello, Lucía; Villegas Piguave, Damián; López García, Daniel
*Urología Hospitalaria. Hospital HM Modelo A Coruña***OBJETIVOS:**

Mostrar la gran complejidad de un procedimiento habitualmente rutinario debida a la inflamación local y a las maniobras previas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

La cirugía citorreductora en el carcinoma de ovario es el paradigma del tratamiento en pacientes en estadíos avanzados, pues se ha demostrado una relación inversa entre la cantidad de enfermedad tras la intervención y las supervivencias global y libre de enfermedad y la respuesta a la quimioterapia. La intervención incluye en >90% de los casos una linfadenectomía ilíaca y paraaórtica,

Presentamos el caso de una paciente de 55 años con carcinoma de ovario de alto grado sometida en centro externo a citorreducción quirúrgica que incluyó linfadenectomía paraaórtica. Presenta fístula urinaria en uréter proximal izquierdo en el postoperatorio, por lo que se realiza reparación quirúrgica y doble J a las 48 horas. 2 semanas tras el alta, inicia fiebre y dolor abdominal y acude a Urgencias de nuestro centro, donde se diagnostica urinoma perirrenal infectado a pesar de doble J; se realiza drenaje de la colección y colocación de nefrostomía percutánea como doble derivación de vía urinaria izquierda.

La clínica de fiebre y dolor se resuelve con esta maniobra. En TAC de control a las 6 semanas de derivación urinaria anterógrada y retrógrada se objetiva resolución de la colección, pero la fístula persiste y el riñón izquierdo presenta retraso funcional, por lo que se acuerda realizar nefrectomía laparoscópica.

RESULTADOS:

La intervención se realiza sin incidencias más allá de un tiempo quirúrgico prolongado debido a la complejidad del campo quirúrgico (195 min). Cursó un postoperatorio sin complicaciones y fue alta a las 48 horas. La AP se informó como compatible con fístula renal.

CONCLUSIONES:

El tratamiento de la fístula urinaria se basa de inicio en una actitud conservadora mediante derivación urinaria con o sin reparación directa del defecto. Si fracasa dicha estrategia, en el caso de las vías altas hay varias alternativas quirúrgicas, entre las que se incluyen el autotrasplante, la sustitución ureteral y la nefrectomía. La elección de la técnica debe ser individualizada y tener en cuenta las posibilidades técnicas y la elección y expectativas del paciente.

Presentación: vídeo

Pólipo fibroepitelial ureteral múltiple: a propósito de un caso

Osorio Ospina, F; Bueno Serrano, G; Tabares Jiménez, J; Alcoba García, M; Campos Valverde, D; Ruíz de Castroviejo, J; Pérez Aízpuruá, X; Tufet I Jaumot, J; Gómez-Jordana B; Maqueda Arellano, J; Gonzalez Enguita, C.

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz

Los tumores del uréter representan menos del 1% de todos los tumores genitourinarios siendo benignos solo un 20% y de éstos, el más frecuente es el pólipo fibroepitelial. Este último se suele diagnosticar entre la tercera y cuarta década de la vida con una prevalencia mayor en hombres y del lado izquierdo. Se desconoce su origen si bien se presume que se trata de una exposición crónica a irritantes uroteliales secundario a procesos infecciosos, inflamatorios u obstructivos.

Presentamos el caso de una paciente de 27 años sin antecedentes médicos de interés que acude al servicio de urgencias por dolor tipo cólico derecho con hallazgo ecográfico de hidronefrosis grado IV con imagen sugestiva de litiasis de 11mm distal. Dado el mal control del dolor, se decide derivación urinaria mediante catéter doble jota (CDJ) urgente. La pielografía evidenciando bucles ureterales proximales sin clara causa obstructiva.

Durante el seguimiento se decide retirar el catéter y realización de pruebas complementarias que incluían una CUMS donde no se demostró reflujo, tomografía con urografía en la que se describe retraso en la captación y eliminación de contraste, con engrosamiento y realce urotelial sugestivo de proceso inflamatorio/infeccioso crónico y menos probable un proceso neofornativo multifocal. Dicho retraso se confirma con renograma que reporta un riñón disminuido de tamaño y con una función renal derecha del 27%.

Ante estos hallazgos se decide realización de ureterorenoscopia semirrígida evidenciando a la altura de L2-L3 múltiples lesiones papilares/pseudoquisticas que ocupan la totalidad de la luz ureteral siendo imposible determinar longitud y afectación proximal del uréter. Se toman biopsias de las lesiones informando de pólipo fibroepitelial ureteral.

Dada la extensión de la enfermedad y tras confirmar hipofunción renal mediante aclaramiento de creatinina del riñón derecho a través de NPC de 4ml/min se decide realización de nefroureterectomía que se lleva a cabo sin incidencias y permaneciendo ingresada 72 horas con adecuado control del dolor y función renal estable, y sin complicaciones tempranas.

La anatomía patológica confirma el diagnóstico de displasia fibroepitelial ureteral.

Un mes posterior a la cirugía la paciente permanece asintomática.

Presentación: vídeo

NEFROPEXIA POR RETROPERITONEOSCOPIA: DESCRIPCIÓN DE TÉCNICA Y RESULTADOS DE NUESTRA EXPERIENCIA

Sánchez Puy, A.; Bellido Petti, J.A.; Bada, M.; Vega, C.; Zordani, A.; Tarragón Gabarró, S.; Marco Pérez, L.M.; Castañeda, R.; Pellegrinelli, F.; Pallazzetti, A.; Juaneda, B.; Castro, L.; Martos, R.; Salinas, D.; Peña, J. A.

*Uros Associats, Universitat Internacional de Catalunya (UIC), Barcelona***Introducción:**

La ptosis renal es una patología poco frecuente pero a tener en cuenta en casos de dolor lumbar crónico. Ésta se define como un descenso renal en bipedestación de 2 cuerpos vertebrales o de 5 cm o más. Esta entidad es más habitual en mujeres, en pacientes delgadas y jóvenes. El tratamiento estándar es la fijación del riñón a la musculatura lumbar o nefropexia. La nefropexia por retroperitoneoscopia es una opción mínimamente invasiva para estos casos con una buena tasa de éxito. Presentamos esta técnica quirúrgica y la experiencia reciente en nuestro centro.

Métodos:

Se trata de una paciente de 34 años que presenta clínica de dolor lumbar derecho crónico y limitante, asociado a bipedestación prolongada. Acude a la consulta con estudios digestivos y TC normales. En la urografía endovenosa en decúbito y bipedestación se observa un descenso significativo del riñón derecho. Se indica nefropexia por retroperitoneoscopia.

Resultados:

En posición de lumbotomía izquierda se realiza minilaparotomía a nivel de triángulo de Petit para acceso al plano retroperitoneal que se desarrolla con ayuda de globo de Gaur. Se coloca trócar óptico de 11 mm y 2 trócares de 5 mm para triangulación. Se disecciona el espacio retroperitoneal, con apertura de la fascia de Zuckerkandl e identificación del riñón derecho. Se libera la superficie renal y se dan 4 puntos de sutura con polifilamento irreabsorbible entre el parénquima renal y la fascia de la musculatura lumbar, que se ajustan con la técnica del *hem-o-lock* deslizante. El tiempo quirúrgico fue de 60 minutos. La estancia hospitalaria fue de 48 horas, sin complicaciones. Posteriormente la paciente presentó resolución del dolor lumbar. En los últimos 3 años hemos realizado un total de 3 nefropexias por retroperitoneoscopia, sin complicaciones y con resolución de la clínica.

Conclusiones:

La nefropexia por retroperitoneoscopia es una opción quirúrgica mínimamente invasiva para pacientes con ptosis renal. Ésta resulta una alternativa a la vía transperitoneal, sobretodo en pacientes con cirugías abdominales previas en centros con experiencia en este abordaje. Nuestra experiencia con esta técnica, aunque corta y con pocos casos, ha dado buenas tasas de éxito y de complicaciones.

Presentación: vídeo

PIELOPLASTIA DERECHA + PIELOLITOTOMÍA DERECHA

Naveiro Flores, Amaia; Caramés Masana, Francisco; Arnejo Pereiro, Carmen; Cambón Bastón, Eva María; Casas Nebra, Francisco Javier

*Hospital Universitario Lucus Augusti***Introducción**

La pieloplastia por técnicas mínimamente invasivas (laparoscópica o robótica) es la técnica de elección en el tratamiento de la estenosis de la unión pieloureteral (UPU). Las indicaciones son las mismas que la pieloplastia abierta. Si existe la presencia de litiasis intrarrenales, se puede aplicar una técnica combinada con material endourología por puerto de laparoscopia.

Material y métodos

Mujer de 40 años diagnosticada de estenosis de la unión pieloureteral derecha conocida de 6 años de evolución, asintomática y con litiasis renal de 8mm estable. Comienza con cólicos renales derechos e infecciones urinarias de repetición. Se realiza renograma en el que se demuestra empeoramiento con respecto a renograma previo (que pasó de ectasia no obstructiva a patrón de obstrucción parcial). Se realiza TAC-abdominal observándose dilatación pielocalicial derecha sin dilatación ureteral sin poder objetivarse la causa. Se decide realizar pielolitotomía derecha + pieloplastia derecha desmembrada de Anderson-Hynes.

Tras la colocación de trocares, se procede a apertura de Gerota y disección de la pelvis. Se visualiza vena renal de pequeño tamaño cruzando la UPU a nivel anterior, que se secciona con Ligasure. Apertura de ventana a nivel de región media pélvica-anterior y paso de cistoscopio flexible para extracción de litiasis única en cáliz inferior. Resección de la UPU y plastia en 2 vertientes con cierre anterior de pelvis renal extra y posterior por gran volumen piélico, tutorizado con doble J (JJ) que se introduce de forma percutánea.

Resultado

La cirugía transcurre de forma satisfactoria. La paciente es dada de alta a las 48 horas sin incidencias. Posteriormente, la paciente se mantiene asintomática y sin nuevos episodios de ITU. El control con renograma isotópico y TC AP al mes muestran la ausencia de complicaciones o de litiasis residuales y un patrón renográfico normal.

Conclusión

La pieloplastia laparoscópica o robótica y la extracción con material endourológico de litiasis de forma combinada constituyen una opción de tratamiento muy exitosa en pacientes con estenosis de la UPU y litiasis renales concomitantes. Permite resolver dos patologías en un mismo tiempo. se trata de una técnica mínimamente invasiva, que mejora la recuperación postoperatoria y disminuye el número de complicaciones.

Presentación: vídeo

¿Problema retroperitoneal? Busca un Urólogo.

Cabello Benavente, R.; Hernando Arteché, A.; Cuello Sánchez, L.; Coloma Ruiz, L.; Amaruch García, N.; González Enguita, C.

*Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz***Introducción y objetivos:**

El retroperitoneo, es una encrucijada anatómica donde pueden manifestarse patologías no directamente relacionadas con nuestra especialidad. Es esencial que el Urólogo lidere el diagnóstico y tratamiento de la patología retroperitoneal primaria, o que circunstancialmente se manifiesta en este territorio como cirujano principal de un equipo médico multidisciplinar.

Presentamos 3 casos en los que realizamos un abordaje retroperitoneoscópico en colaboración con otras especialidades.

Material y métodos:

Iniciamos la cirugía mediante una minilaparotomía 2cm delante y debajo de la punta de la 12º costilla. La creación del espacio retroperitoneal se inicia de forma roma digital y se completa con un balón de Gaur esférico para disección del espacio retroperitoneal. En la incisión de minilaparotomía se coloca un trocar de Hasson para la óptica y bajo visión directa se colocan 3 trocres de trabajo:

- CASO 1: Diagnóstico de dos lesiones sugestiva de recidiva retroperitoneal tras nefrectomía radical previa (carcinoma renal de células claras pT2a).
- CASO 2: Resección de la porción incluida en el músculo psoas de un tumor de origen neuronal.
- CASO 3: Diagnóstico de adenopatías sospechosas en retroperitoneo en paciente con insuficiencia renal crónica terminal y antecedentes de tumor vesical infiltrante (carcinoma urotelial con diferenciación escamosa pT3a).

Resultados:

- CASO 1: Se procedió a la resección de ambas lesiones de 1,2 y 1cm respectivamente con tejido fibroadiposo adyacente. Confirmó la infiltración de ambas por un carcinoma de células claras.
- CASO 2: De forma combinada con el Servicio de Neurocirugía, y en el mismo acto quirúrgico, se resecó la porción de la lesión neuronal incluida en el músculo psoas compatible con Schwannoma.
- CASO 3: Las adenopatías reseccadas mostraron infiltración por una neoplasia linfoide compatible con un linfoma linfocítico de célula pequeña.

Conclusiones:

La retroperitoneoscopia es un abordaje mínimamente invasivo que permite consolidar al Urólogo como cirujano principal y líder de un equipo médico multidisciplinar en el diagnóstico y tratamiento de la patología retroperitoneal primaria, o que circunstancialmente se manifiesta en el retroperitoneo

Presentación: vídeo

Interposición de colgajo de epiplon vía laparoscópica como tratamiento quirúrgico del síndrome de cascanueces

Montero Martorán, A.; Mora Cevallos, C.; Palacios García, A.; Antón Pernaute, J.; Román Martínez, E.; Muñoz Suárez, L.; Hijazo Conejos, J.I.; Medrano Lorente, P.; García Alarcón, F. J.; Ramírez Fabián, M.; Subirá Ríos, J.; Murillo Pérez, C.; Rioja Zuazu, J.; Blasco Beltrán, B.

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa Zaragoza

Introducción: El síndrome de cascanueces se caracteriza por la compresión de la vena renal izquierda por la pinza aortomesentérica (disminución del ángulo formado por la aorta y la raíz de la arteria mesentérica superior). Es una causa infrecuente de hematuria, dolor abdominal, proteinuria, o varicocele izquierdo. Su diagnóstico se realiza por exclusión de otras patologías asociado a unas pruebas de imagen compatibles, y cuyo tratamiento quirúrgico se encuentra indicado fundamentalmente por la gravedad de la sintomatología.

Material y métodos: Se presenta el caso de una mujer de 19 años diagnosticada de trastorno de conducta alimentaria e IMC 16, que presenta dolor abdominal crónico de 3 años de evolución, náuseas y vómitos por intolerancia digestiva, condicionando pérdida ponderal asociada. Descartadas otras patologías digestivas, junto con el diagnóstico radiológico de síndrome de cascanueces, se propone corrección quirúrgica debido al fracaso del tratamiento conservador y ante la presencia de una clínica incapacitante.

Resultados: Se realiza una interposición por vía laparoscópica de un pequeño colgajo de grasa de epiplon mayor entre vena renal izquierda y arteria mesentérica superior, junto con liberación de cara lateral renal mejorando la tensión ejercida sobre la vena renal. La cirugía transcurre sin incidencias, siendo dada de alta la paciente al tercer día postoperatorio, con mejoría de su sintomatología y discreta ganancia ponderal en controles sucesivos.

Conclusiones: Un IMC bajo se puede correlacionar con el síndrome del cascanueces debido a la disminución del contenido graso retroperitoneal reduciendo aún más el ángulo aortomesentérico y agravando las manifestaciones clínicas de esta patología. La corrección quirúrgica mediante esta técnica quirúrgica puede ser un recurso en casos seleccionados.