

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

Sesión: Vídeos de Cirugía reconstructiva laparoscópica ureteral

Moderadores: J.A. Bellido Petti y G. García Fadrique

Sala: Auditorio A3B; Día: jueves 25; Hora: 18:30-20:00

V-100: AVULSIÓN URETERAL IATROGÉNICA Y SOLUCIÓN MEDIANTE REIMPLANTE URETERAL LAPAROSCÓPICO URGENTE.

Aranda Pérez, J.; Pareja Peña, F.; García Amorós, D.A.; Roldán Santos, P.; Fernández Gutiérrez, D.; Berga Socias, M.; Tapia Rodríguez, J.M.; Sánchez Villagrán, A.; Murgui Rodríguez, M.; Arnulphi, A.H.; Machado Fernández, G.A.; Olivares Ruiz del Olmo, J.A.; Pastor Arquero, M.T.; Bravo Fernández, M.I.

Hospital Universitario de Cáceres

V-101: URETEROPLASTIA LAPAROSCÓPICA PROXIMAL CON INJERTO DE MUCOSA ORAL: Técnica de Anastomosis Aumentada

JOSE ANTONIO BELLIDO PETTI; ROBERTO CASTAÑEDA; SANDRA TARRAGON; ANTONI SANCHEZ; LUIS MARCOS; RAUL MARTOS; DAVID SALINAS; JUAN ANTONIO PEÑA

UROSASSOCIATS /CLINICA SAGRADA FAMILIA / HOSPITAL TEKNON

V-102: REIMPLANTE URETERAL LAPAROSCOPICO : Nontrsecting Side to Side

JOSE ANTONIO BELLIDO PETTI; FIORELA ROLDAN; ROBERTO CASTAÑEDA; ANTONI SANCHEZ; SANDRA TARRAGON; RAUL MARTOS; LUIS MARCOS; DAVID SALINAS; JUAN ANTONIO PEÑA

UROSASSOCIATS /CLINICA SAGRADA FAMILIA / HOSPITAL TEKNON

V-103: Cirugía laparoscópica para la litiasis retrocava: 'dejar la piedra atrás'

García-Rayó Encina, C.; Tejido Sánchez, A.; Pamplona Casamayor, M.; Cabrera Meirás, F.; Aguilar Gisbert, L.; Peña Vallejo, E.; Rodríguez Antolín, A.; Gómez del Cañizo, C.

H.U.12 de Octubre

V-104: REIMPLANTE URETEROILEAL IZQUIERDO LATERO-LATERAL NO TRANSECTANTE LAPAROSCÓPICO

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-105: TRATAMIENTO DE LA LITIASIS EN EL RIÑÓN EN HERRADURA. ¿VERSATIBILIDAD DE TÉCNICAS?

Del Pozo Jiménez, G; Castellón Vela, I; Sáenz Medina, J; Corral Juanes, L.; Prieto Matienzo, L; Adiazola Martín, A.; Oliveira Curvo, R.; Carballido Rodríguez, J.

Hospital Universitario Puerta de Hierro (Majadahonda)

V-106: Ureteropieloplastia laparoscópica con trasposición de uréter: Técnica paso a paso.

Ignacio Pinazo Rubio; Leopoldo Cogorno Wasylkowski; Beatriz Gómez González; Gema del Pozo Jiménez; Isabel Galante Romo; Ignacio T. Castellón Vela
HU del Henares, HU Nuestra Señora del Rosario, HU Infanta Sofía, HU Puerta de Hierro - Majadahonda, HU. Clínico San Carlos. HU La Princesa

V-107: Reimplante ureteral bilateral laparoscópico tras lesión yatrogénica

Aguilar González, A.; Lorente García, D.; Campistol Torres, M.; Bertholle Gil, J.; Planas Morín, J.; Trilla Herrera, E.
Hospital Universitario Vall d Hebrón

V-108: Cirugía laparoscópica para el tratamiento de la litiasis renal

Sánchez Molina, Raúl; Diéguez Aguirre, Lucía; Farré Alejo, Alba; Kanashiro Azabache, Andrés; Emiliani, Esteban; Balañá Lucena, Josep; Angerri Feu, Oriol; Palou Redorta, Joan
Fundació Puigvert

Presentación: vídeo

AVULSIÓN URETERAL IATROGÉNICA Y SOLUCIÓN MEDIANTE REIMPLANTE URETERAL LAPAROSCÓPICO URGENTE.

Aranda Pérez, J.; Pareja Peña, F.; García Amorós, D.A.; Roldán Santos, P.; Fernández Gutiérrez, D.; Berga Socias, M.; Tapia Rodríguez, J.M.; Sánchez Villagrán, A.; Murgui Rodríguez, M.; Arnulphi, A.H.; Machado Fernández, G.A.; Olivares Ruiz del Olmo, J.A.; Pastor Arquero, M.T.; Bravo Fernández, M.I.

*Hospital Universitario de Cáceres***INTRODUCCIÓN**

La avulsión ureteral es una de las complicaciones intraoperatorias más graves de la ureteroscopia. Afortunadamente, incluso con el aumento en el número de procedimientos endourológicos, la incidencia de avulsión sigue siendo rara, ocurriendo solo en menos del 1% de los pacientes [1]. Al ser una complicación poco común, el manejo de esta condición aún no está estandarizado.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de una mujer de 51 años que acude al servicio de urgencias por dolor lumbar izquierdo de tipo cólico de 7 días de evolución de moderada intensidad y sin irradiación, que en las últimas 24 horas se ha vuelto refractario a analgesia por vía oral. Se indica analgesia intravenosa, analítica sanguínea, radiografía abdominal y ecografía con hallazgo de hidronefrosis grado II, litiasis de 0,45 cm en uréter proximal izquierdo y analítica dentro de los límites de la normalidad. Tras 24 horas de ingreso, no cese de dolor pese a tratamiento intravenoso. Se realiza TC sin contraste donde se evidencia una litiasis de 7x4 mm en uréter proximal izquierdo. Se indica ureteroscopia izquierda de urgencia. Durante el procedimiento se evidencia estenosis inflamatoria distal a litiasis, se decide colocar 2 guía y a la retirada del ureteroscopio se evidencia segmento ureteral fuera de la uretra: avulsión ureteral.

RESULTADO

Se indica exploración retroperitoneal laparoscópica urgente. Se realiza pielolitomía y reimplante ureteral izquierdo laparoscópico tipo Lich-Gregoire. La paciente cursó el alta al quinto día postoperatorio sin complicaciones y con cistografía sin evidencia de fuga. Se realizó retirada de catéter doble J al mes y TC a los 3 meses con resultado satisfactorio y paciente asintomática.

CONCLUSIÓN

La avulsión ureteral es una complicación urgente y poco frecuente durante una ureteroscopia, que presenta un desafío quirúrgico para el urólogo, cuya resolución depende de la experiencia del mismo.

V-101

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

URETEROPLASTIA LAPAROSCÓPICA PROXIMAL CON INJERTO DE MUCOSA ORAL: Técnica de Anastomosis Aumentada

JOSE ANTONIO BELLIDO PETTI; ROBERTO CASTAÑEDA; SANDRA TARRAGON; ANTONI SANCHEZ; LUIS MARCOS; RAUL MARTOS; DAVID SALINAS; JUAN ANTONIO PEÑA
UROSASSOCIATS /CLINICA SAGRADA FAMILIA / HOSPITAL TEKNON

Objetivo Las estenosis ureterales largas proximales o medias siguen siendo condiciones desafiantes. Aunque el reemplazo ileal del uréter o el autotrasplante renal son posibles soluciones para estos problemas, ambos presentan complejidades y una morbilidad considerable. En los últimos años, muchos urólogos han tendido a utilizar injertos de mucosa oral para reparar estenosis ureterales proximales o medias complejas y así evitar el reemplazo ileal y el autotrasplante renal. Los datos disponibles sobre la ureteroplastia con mucosa oral son limitados. Aunque todavía no existe un estudio comparativo para la ureteroplastia, los informes limitados muestran que la ureteroplastia con mucosa oral es segura y eficaz para el tratamiento de las estenosis ureterales. en el siguiente video describimos nuestra experiencia, factibilidad y eficacia clínica de la ureteroplastia laparoscópica con injerto de mucosa oral para la estenosis ureteral proximal

Métodos Mostramos el caso de una paciente de 62 años con diagnóstico de una estenosis de uréter proximal izquierda
Antecedentes endourológicos: URS izquierda + JJ por litiasis proximal impactada URS Izquierda + Dilatación con balón + Ureterotomía láser + JJ 3 meses despues TC y RRG MAG3 : Patron obstructivo renal izquierdo, 3 meses despues de dilatación endoscópica y posterior colocación de SNF izquierda
Resultados La reparación ureteral se realizó por vía laparoscópica 3D y endoscópica simultanea, con utilización de Ureteroscopio flexible, 2 torres y acceso a cavidad oral con intubación nasotraqueal. La longitud de la estenosis ureteral fue de 4 cm con tabique estenótico completo, el tiempo operatorio medio fue de 220 min, el tiempo de permanencia del tubo de drenaje fue de 2 días y la estancia postoperatoria fue de 4 días. El tubo doble J se retiró a las seis semanas después de la operación y la nefrostomía retiró la semana 7 post operatoria, previa pielografía anterograda, donde se evidencia adecuado pase de contraste en la vía urinaria

Conclusiones La ureteroplastia laparoscópica con injerto de mucosa oral es una opción sencilla, segura y eficaz para el tratamiento de la estenosis ureteral. Aunque los resultados de la experiencia inicial son alentadores, es necesario realizar un gran estudio de cohortes con un período de seguimiento más largo.

Presentación: vídeo

REIMPLANTE URETERAL LAPAROSCOPICO : Nontrsecting Side to SideJOSE ANTONIO BELLIDO PETTI; FIORELA ROLDAN; ROBERTO CASTAÑEDA; ANTONI SANCHEZ; SANDRA TARRAGON; RAUL MARTOS; LUIS MARCOS; DAVID SALINAS; JUAN ANTONIO PEÑA
UROSASSOCIATS /CLINICA SAGRADA FAMILIA / HOSPITAL TEKNON

Objetivo: Describir una técnica novedosa de reimplante ureteral laparoscópico mediante una anastomosis laterolateral sin sección ni desplazamiento de uréter distal. Aunque el abordaje estándar de la ureteroneocistostomía tiene una alta tasa de éxito, implica la sección del uréter que puede alterar la vascularización y contribuir a las estenosis recurrentes. Nuestro método busca preservar al máximo el flujo sanguíneo ureteral distal que puede reducir este riesgo.

Método: Presentamos el caso de un varón de 60 años con diagnóstico de estenosis distal derecha con antecedentes: URS y lasertripsia endoscópica derecha por litiasis ureterales distales impactadas con necesidad de JJ. 3 semanas después se retiró el JJ sin incidencias. Persistencia de dolor lumbar derecho recurrente y ectasia ureteral derecha sin causa litiasica, en TC de control. Dilatación neumática Ureteral distal derecha 6 meses después del primer procedimiento endoscópico sin mejoría en controles. Ante hallazgos de decide reimplante ureteral distal con técnica Side to Side Resultados: Paciente en posición de Trendelenburg fijado en decubito supino, colocación de tres trocares de 5mm y uno de 10 mm en cicatriz umbilical, disección e identificación del uréter y zonaestenótica, movilización de vejiga y anastomosis side to side sin sección ni desplazamiento ureteral con doble sutura continua de Stratafix (Quick 3/0), colocación de JJ, y confirmación de estanqueidad. retirada de drenaje a las 48h y de sonda vesical a los 10 días, retirada de JJ a las 6 semanas y estudios de control a los tres meses, sin evidencia de estenosis y correcta evolución clínica y radiográfica

Conclusiones: El reimplante ureteral a través de una anastomosis laterolateral laparoscópica no transversal es una operación factible y eficaz para la estenosis ureteral distal que puede tener ventajas sobre la ureteroneocistostomía transversal estándar

Presentación: vídeo

Cirugía laparoscópica para la litiasis retrocava: 'dejar la piedra atrás'

García-Rayó Encina, C.; Tejido Sánchez, A.; Pamplona Casamayor, M.; Cabrera Meirás, F.; Aguilar Gisbert, L.; Peña Vallejo, E.; Rodríguez Antolín, A.; Gómez del Cañizo, C.

H.U.12 de Octubre

El uréter retrocavo es una variante anatómica poco frecuente. Existen casos descritos de tratamiento de litiasis en uréter retrocavo, pero aquí presentamos un caso en el que la litiasis obstructiva se situaba exactamente en la porción retrocava del uréter. Se trata de una mujer de 52 años con hallazgo incidental en ecografía de ureterohidronefrosis derecha. En el TC se evidencia una litiasis no obstructiva de 3mm en GCI y un uréter retrocavo derecho con hidronefrosis III/IV secundaria a litiasis de 4mm obstructiva en la porción retrocava del uréter. El renograma mostró retraso de la excreción y una discreta disminución de la función relativa del riñón derecho. Se planteó un abordaje laparoscópico para realizar una ureteroplastia termino-terminal excluyendo la litiasis. Tanto la cirugía como el postoperatorio se desarrollaron sin incidencias. En el TC de control a los 3 meses se evidencia buen paso de contraste a nivel de la anastomosis pero se observa una litiasis yuxtameatal derecha que ha caído desde el GCI. La litiasis excluida tras la vena cava se encontraba sobre el psoas. Se inicia tratamiento médico expulsivo y se realiza un TC de control 6 semanas después, que muestra desaparición la litiasis distal y buen paso de contraste hasta la vejiga. El renograma muestra una curva no obstructiva y una función relativa del riñón derecho mantenida. Tras 4 años de seguimiento, la paciente se mantiene sin hidronefrosis en las ecografías de control. Se presenta una solución quirúrgica definitiva que permite evitar la disección de la cara dorsal de la vena cava evitando así potenciales complicaciones. Del mismo modo se muestra que el hecho de dejar la litiasis excluida no produce complicaciones infecciosas ni de otro tipo. Por lo tanto, la realización de ureteroplastia termino terminal excluyendo la litiasis en casos en los que ésta se sitúe en la porción retrocava de un uréter anómalo es una opción eficaz y segura.

Presentación: vídeo

REIMPLANTE URETEROILEAL IZQUIERDO LATERO-LATERAL NO TRANSECTANTE LAPAROSCÓPICO

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 estenosis ureteroileal (EUI) benigna ocurre alrededor del 10% de las ocasiones. Su etiología parece ser la isquemia ureteral, y es más frecuente del lado izquierdo dada la mayor manipulación del uréter para su paso retrosigma. La cirugía de reimplante tiene unas excelentes tasas de éxito, pero resulta técnicamente compleja.

Métodos:

Presentamos el caso de un paciente de 75 años con antecedente de cistoprostatectomía radical laparoscópica con anastomosis ureteroileal intracorpórea tipo Wallace 1. A los 3 meses se evidencia dilatación de tramo urinario superior izquierdo sin signos de recidiva. Se realiza estudio endoscópico retrógrado con imposibilidad de cateterización y toma de biopsias y citología urinaria negativas. Tras colocación de sonda de nefrostomía se realiza pielografía anterógrada con evidencia de EUI izquierda de 1 cm, por lo que se indica reimplante ureteroileal izquierdo laparoscópico.

Resultados:

Se inicia la cirugía sustituyendo la sonda de nefrostomía por un catéter ureteral interno-externo con el extremo distal a nivel de la estenosis y se cateteriza el uréter derecho retrógradamente. Posteriormente se coloca en posición de decúbito supino y Trendelenburg para el tiempo laparoscópico.

Se realiza minilaparotomía supraumbilical para colocación de trócar óptico y creación de neumoperitoneo. Del lado izquierdo se colocan 2 trócares para triangulación y uno del lado derecho para el ayudante. Se identifica el asa del conducto ileal y se disecciona su porción proximal hasta identificar ambos uréteres. Con verde de indocianina por el catéter ureteral izquierdo se evidencia la luz sana del uréter que se incide longitudinalmente. Se realiza anastomosis latero-lateral no transectante entre uréter izquierdo y el asa del conducto. Finalmente se coloca flap de epíplon sobre el reimplante.

El tiempo de intervención fue de 190 minutos. No se registraron complicaciones intra ni post operatorias, siendo alta a los 4 días, con catéteres ureterales uniJ.

Conclusiones:

El reimplante quirúrgico es el tratamiento de elección en pacientes con EUI benignas. La laparoscopia, aunque técnicamente demandante, es una opción mínimamente invasiva que podemos ofrecer a nuestros pacientes. Dado el probable origen isquémico de las estenosis la técnica de anastomosis latero-lateral no transectante podría conservar una mejor vascularización a dicha reconstrucción.

Presentación: vídeo

TRATAMIENTO DE LA LITIASIS EN EL RIÑÓN EN HERRADURA. ¿VERSATIBILIDAD DE TÉCNICAS?

Del Pozo Jiménez, G; Castellón Vela, I; Sáenz Medina, J; Corral Juanes, L.; Prieto Matienzo, L; Adriaola Martín, A.; Oliveira Curvo, R.; Carballido Rodríguez, J.

*Hospital Universitario Puerta de Hierro (Majadahonda)***INTRODUCCIÓN**

El riñón en herradura (RH) suele presentar alteraciones de drenaje del sistema colector, con mayor estasis urinario e incidencia de infecciones y litiasis. Ésta última es la complicación más común del RH, con una incidencia del 21-60%. Actualmente se aboga por un tratamiento endourológico de la litiasis en todo tipo de riñones, siendo la LEOC y la nefrolitotomía percutánea las técnicas que más se reportan en litiasis en RH. Sin embargo, actualmente la ureterorenoscopia flexible y la pielolitotomía laparoscópica también se han descrito como técnicas eficaces en el tratamiento litiásico de los RH.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta varón de 48 años con antecedentes de pielolitotomía izquierda laparoscópica en RH en 2014. Tras perder seguimiento, el paciente acude de nuevo en 2022 por hematuria, objetivando en TAC abdominopélvico:

- Hemirriñón derecho: litiasis coraliforme que ocupa pelvis y grupo calicial medio (GCM), de 30 x 25 x 20 mm, con dilatación del grupo calicial superior (GCS), con microlitiasis en grupo calicial inferior (GCI).
- Hemirriñón izquierdo: litiasis coraliforme que ocupa el GCS de 20 x 5 x 5 mm, así como litiasis en GCI de 7 mm.

Ante los hallazgos y teniendo en cuenta la malrotación de los RH con un desplazamiento anterior del sistema colector, se decide abordar la litiasis más grande en el lado derecho mediante acceso laparoscópico con pielolitotomía y la litiasis izquierda mediante acceso retrógrado con cirugía intrarrenal con ureterorenoscopia flexible, en dos tiempos diferentes.

RESULTADOS: El postoperatorio tras la pielolitotomía cursó con fiebre y elevación de parámetros infectivos en analítica, con buena evolución con antibioterapia con alta el noveno día postquirúrgico, con retirada de CDJ a las 6 semanas.

No existieron complicaciones tras la ureterorenoscopia flexible, con alta el segundo día postoperatorio, con retirada de CDJ a las dos semanas de la cirugía, presentando en ecografía y radiografía de control, resolución litiásica.

CONCLUSIONES.

El tratamiento de la litiasis en el RH es complejo y un desafío para el urólogo que debe ser versátil y ampliar el abanico de técnicas quirúrgicas para su resolución, teniendo en cuenta abordajes menos comunes como el laparoscópico.

V-106

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

Ureteropieloplastia laparoscópica con trasposición de uréter: Técnica paso a paso.

Ignacio Pinazo Rubio; Leopoldo Cogorno Wasylkowski; Beatriz Gómez González; Gema del Pozo Jiménez; Isabel Galante Romo; Ignacio T. Castellón Vela

HU del Henares, HU Nuestra Señora del Rosario, HU Infanta Sofía, HU Puerta de Hierro - Majadahonda, HU. Clínico San Carlos. HU La Princesa

Introducción:

La incidencia de vasos polares como causa de estenosis pieloureteral (UPU) extrínseca es de entorno al 5-10%. Se trata de vasos procedentes de la aorta o de la arteria renal que irrigan frecuentemente el polo inferior y que, en su trayectoria, cruzan la UPU comprimiéndola.

Objetivo:

Describir, a propósito de un caso, los pasos quirúrgicos para la reparación laparoscópica de una estenosis de la unión pieloureteral severa que requiere la trasposición del uréter por la presencia de un vaso polar compresivo procedente de la aorta.

Material y método

Se presenta el caso de un varón de 22 años sin antecedentes de interés que consulta por dolores en fosa renal izquierda. Aporta un TAC donde se evidencia importante dilatación pielocalicial del riñón izquierdo secundario a estenosis de la UPU con retraso en la eliminación del contraste y que asocia compresión extrínseca por el cruce sobre la UPU de un vaso procedente de la aorta. Se propone cirugía laparoscópica reconstructiva transperitoneal.

Paciente en decúbito lateral derecho, colocación de trócar óptico paraumbilical mediante minilaparatomía, otro trócar de 10mm en fosa ilíaca izquierda y otros 2 accesorios de 5mm. Decolación izquierda siguiendo la línea de Told, se identifica uréter izquierdo que se libera hacia proximal hasta visualizar pelvis renal. Disección cuidadosa sobre pelvis hasta objetivar vaso polar que se disecciona con ayuda de un disector. Se expone porción estenosada del uréter y se secciona. Trasposición del uréter por delante del vaso polar y espatulación el mismo en su cara lateral. Cateterización de uréter con guía a través de un Abocat cutáneo y elección del punto de anastomosis en la pelvis renal. Es importante comprobar que el uréter espatulado se encuentra poco tensionado sobre el punto de anastomosis. La anastomosis se inicia aplicando un punto de sutura de monofilamento en el ángulo del uréter espatulado sobre la parte más lateral de la pelvis. A continuación, se practica la anastomosis de la cara posterior con sutura continua y finalmente la pared anterior con otra sutura continua. Se coloca drenaje en el lecho quirúrgico.

Resultados:

El tiempo quirúrgico fue de 180 minutos, el drenaje se retiró a las 48 horas de la intervención y fue dado de alta el paciente. El catéter doble J se mantuvo 3 semanas.

Presentación: vídeo

Reimplante ureteral bilateral laparoscópico tras lesión yatrogénicaAguilar González, A.; Lorente García, D.; Campistol Torres, M.; Bertholle Gil, J.; Planas Morín, J.; Trilla Herrera, E.
*Hospital Universitario Vall d'Hebrón***Introducción**

El reimplante ureteral laparoscópico es una técnica quirúrgica que se ha utilizado con éxito en diversos escenarios urológicos. En el contexto de cirugías complejas, la fuga urinaria es una potencial complicación. Este video presenta nuestra experiencia en un caso de reimplante ureteral laparoscópico bilateral en una mujer con fuga urinaria postoperatoria después de una intervención por adenocarcinoma seroso de ovario en estadio IVb.

Objetivos

El objetivo principal de este video es demostrar la técnica quirúrgica de reimplante ureteral laparoscópico en el manejo de las lesiones ureterales yatrogénicas. Se busca mostrar los pasos clave de la cirugía, destacar los puntos críticos y evaluar su eficacia en la restauración de la vía urinaria.

Métodos

Se presenta el caso de una paciente de 45 años afecta de adenocarcinoma seroso de ovario de alto grado estadio IVb (adenopatía supraclavicular) que había recibido quimioterapia neoadyuvante con Carboplatino y Paclitaxel. Se realizó esplenectomía, apendicetomía, exéresis de adenopatías retroportales, retrobilíares, a nivel del tronco celíaco y paraórticos izquierdos, omentectomía radical infragástrica con preservación de la arcada gastro-epiploica, histerectomía y exéresis del ligamento hepático redondo vía laparotomía media. Tras la intervención, consulta a urgencias por aumento de secreción vaginal y en TC urgente se evidencia fuga urinaria bilateral.

Resultados

El reimplante ureteral laparoscópico se realizó con éxito, con una duración de la cirugía de 2 horas y una pérdida de sangre mínima. No se registraron complicaciones intraoperatorias significativas. En el seguimiento a corto plazo, la fue dada de alta al tercer día post-intervención y se retiraron los catéteres doble J al mes de la cirugía. Los estudios de imagen postoperatorios confirmaron la adecuada reconstrucción ureteral bilateral.

Conclusiones

Este video demuestra que el reimplante ureteral laparoscópico es una técnica viable y efectiva en el manejo de la fuga urinaria en lesiones ureterales iatrogénicas. La cirugía laparoscópica permite una recuperación precoz y una menor morbilidad en comparación con enfoques abiertos tradicionales. Sin embargo, se enfatiza la importancia de la experiencia quirúrgica y la selección adecuada de pacientes.

Presentación: vídeo

Cirugía laparoscópica para el tratamiento de la litiasis renal

Sánchez Molina, Raúl; Diéguez Aguirre, Lucía; Farré Alejo, Alba; Kanashiro Azabache, Andrés; Emiliani, Esteban; Balañá Lucena, Josep; Angerri Feu, Oriol; Palou Redorta, Joan

Fundació Puigvert

Introducción:

En la actualidad las técnicas endourológicas resuelven la mayoría de los problemas litiásicos, sin embargo en algunos casos la Cirugía laparoscópica para el tratamiento de la litiasis renal es una opción según las guías clínicas europeas. Estos casos en su mayoría, suelen tener características especiales como malrotaciones renales, pelvis extrasinuales, riñones pélvicos, litiasis de gran volumen ureterales o infecciones renales crónicas (pielonefritis xantogranulomatosas).

Materiales y método:

Presentamos diversos casos en donde miembros de la unidad de litiasis realizamos abordajes laparoscópicos para la resolución de los casos: Caso 1: Pielonefritis xantogranulomatosa con múltiples abscesos. Caso 2: Riñón con pelvis extrasinusal y múltiples litiasis de órgano sin obstrucción por renograma. 3. Exéresis de fístula reno cutánea tras resolución endoscópica de litiasis obstructiva. 4. Riñón pélvico con gran litiasis piélica en pelvis extra sinusal. Se colocaron los trócares según el campo operatorio pélvico o cuadrante superior derecho o izquierdo. En todos los casos la colocación del primer trocar se hizo con técnica de hassón y tras ello se dispuso la colocación de trócares con la técnica de triangulación en cuadrantes abdominales superiores y en abordajes pélvicos en disposición de abanico. Se usaron tijera con monopolar, pinza bipolar y sellador. Además, en caso de apertura de la vía se realizó sutura con sutura barbada continua.

Resultados:

Tiempo operatorio de medio de las cirugías fue de 200 minutos sin complicaciones operatorias ni post operatorias en ninguna de las intervenciones quirúrgicas descritas. Los pacientes tuvieron un ingreso medio de 4 días. A nivel de seguimiento únicamente se ha descrito la presencia de hernia abdominal no complicada en la paciente sometida a nefrectomía radical derecha por pielonefritis xantogranulomatosa, pendiente de valorar reparación quirúrgica.

Conclusiones:

Las técnicas endourológicas resuelven la mayoría de los casos litiásicos, sin embargo, existen casos en donde la cirugía laparoscópica/robótica puede tener mejores resultados. En nuestra unidad de urología litiásica abogamos por la formación en diversas técnicas (endourológicas/laparoscópica/Cir. Abierta) para el tratamiento correcto de nuestros pacientes adaptando la técnica al paciente y no viceversa.