

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

Sesión: Vídeos de Cirugía suprarrenal /miscelánea laparoscópica

Moderadores: R. Villamón Fort y G. Del Pozo Jiménez

Sala: Sala SC2; Día: jueves 25; Hora: 17:00-18:30

V-91: SUPRARRENALECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICA POR HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Álvarez Cortés, M; Fortún Belenguer, M; Semper Pont, J; Miracle Huguet, S; Berné Manero, JM; Cabañuz Plo, T; Carceller Tejedor, E; Corbatón Gomollón, D; Enguita Arnal, L; Bono Ariño, MA
Hospital Universitario San Jorge (Huesca)

V-92: CARCINOMA MEDULAR TIROIDEO EN GLÁNDULA SUPRARRENAL. SUPRARRENALECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Abad Rodríguez-Hesles, C.; Guerra Lacambra, M.; Yuste Mascarós, V.; Yañez Castillo, Y.; Folgueral Corral, M.E.; Cano García, M.C.; Arrabal Martín, M.
HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO

V-93: Lesión supravesical: endometriosis del uraco

Escribano Sánchez, C.; Guijarro Espadas, A.; Teja García, G.; Jiménez González, P.; Encina Galnares, J.; Romero Martín, P.; García González, J.
Hospital Universitario de Móstoles

V-94: Suprarrenalectomía laparoscópica: Masa de 14cm ¿Dónde está el límite?

Coello González, A; Briones Mardones, G; Fuentes Márquez, I; Bestard Vallejo, J; Pérez Polo, M; Seco Frías, J; Cruz Mir, A; Gutiérrez Sanz-Gadea, C
Hospital Universitario Son Llàtzer, Palma de Mallorca

V-95: TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE MASAS SUPRARRENALES DE GRAN TAMAÑO.

Sánchez Estébanez, E.; González Martín, E.; Aderghal Chikhaoui, A.; Macarro López de la Torre, G.; Vallejo García, P.; Valverde Martínez, L.S.; Manso Aparicio, C.; Callejo Pérez, P.; Cepeda Delgado, M.
Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid

V-96: Uretrostomía perineoscópica en pacientes con cáncer de pene.

Sánchez Molina, Raúl; Bravo Balado, Alejandra; Hernández Peñalver, Pedro; Diéguez Aguirre, Lucía; Farré Alejo, Alba; Gaya Sopena, José María; Breda, Alberto; Rosales Bordes, Antoni
Fundació Puigvert

V-97: RESOLUCIÓN LAPAROSCÓPICA DE PATOLOGIAS VESICALES INFRECIENTES
CONDE REDONDO C; PESQUERA ORTEGA L; ALONSO VILLALBA A; CASTROVIEJO ROYO F;
CUELLAR L; HERRANZ A; SIERRARESUMAGA N; D ANGELO G; LOPEZ ROJO S; CALLEJA
ESCUDERO J

HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID

**V-98: CISTECTOMÍA RADICAL LAPROSCÓPICA CON PRESERVACION DE ÓRGANOS
PÉLVICOS EN MUJER**

Gil Azkarate M.; Coterón Ochoa P.F.; Gamba Arregui L.; Palacios Ramos J.; Esturo Sacristán S.;
Carrera Hermelo R.; Díez Uribe I.; Ubieta Tellechea, M.; Rius Bilbao, L; Gallego Sánchez J.A.

Hospital Universitario de Galdakao-Usansolo

**V-99: ADRENALECTOMÍA LAPARÓSCOPICA DERECHA POR ADENOMA NO
FUNCIONANTE CRECIENTE**

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

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

Presentación: vídeo

SUPRARRENALECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICA POR HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Álvarez Cortés, M; Fortún Belenguer, M; Semper Pont, J; Miracle Huguet, S; Berné Manero, JM; Cabañuz Plo, T; Carceller Tejedor, E; Corbatón Gomollón, D; Enguita Arnal, L; Bono Ariño, MA
Hospital Universitario San Jorge (Huesca)

INTRODUCCIÓN

El hiperaldosteronismo primario es una causa frecuente de hipertensión asociada a comorbilidades cardiovasculares, frecuentemente infradiagnosticado por lo común de sus síntomas. Se estima que hasta un 5-10% de los pacientes con hipertensión arterial puedan presentar esta patología.

Su causa puede ser unilateral (siendo lo más frecuente por un adenoma suprarrenal benigno) o bilateral (hiperaldosteronismo idiopático), y existen mutaciones, tanto somáticas como germinales, que se asocian con casos severos de esta enfermedad.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 49 años con hipertensión arterial (cifras de TAS 144 y TAD 101) refractaria a tratamiento médico (Aldactone 100mg cada 8 horas y manidipino 20mg en desayuno) de 19 años de evolución, con historia familiar de abuela materna fallecida por crisis hipertensiva y tía materna afectada de HTA.

En analítica de control presenta hipopotasemia de 3.1 mmol/mL, aldosterona 35.34 ng/dL y actividad de renina plasmática <0.1.

Se realiza TC abdomino-pélvico con hallazgo de nódulo de 13mm suprarrenal derecho sugestivo de adenoma. Se realiza cateterismo suprarrenal para confirmación, con cociente aldosterona/cortisol en cava inferior superior a cociente en suprarrenal izquierda, cumpliendo criterio de supresión contralateral.

Se realiza suprarrenalectomía derecha laparoscópica, de la cual presentamos vídeo, el 21 de noviembre de 2023, sin incidencias intra o post-operatorias inmediatas, siendo dada de alta a las 72 horas.

Tras el alta, la paciente presenta corrección de su hipopotasemia, con K⁺ de 4.6 mmol/mL, y disminución de aldosterona hasta 4.69 ng/dL. Clínicamente, presenta cifras de tensión arterial en rango (TA 120/84-86 mmHg), únicamente con manidipino 10mg en desayuno según cifras tensionales.

CONCLUSIONES

La suprarrenalectomía laparoscópica es el tratamiento de elección en el hiperaldosteronismo primario unilateral. Excepto en casos muy seleccionados, no se debe realizar una suprarrenalectomía parcial dado que el nódulo de mayor tamaño no necesariamente es el que produce la hipersecreción de aldosterona en su totalidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Reincke M, Bancos I, Mulatero P, Scholl UI, Stowasser M, Williams TA. Diagnosis and treatment of primary aldosteronism. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2021 Dec; 9(12): 876-892.
- Funder JW. Primary Aldosteronism. *Hypertension.* 2019 Sep; 74(3): 458-466.
- Dutta RK, Söderkvist P, Gimm O. Genetics of primary hyperaldosteronism. *Endocr Relat Cancer.* 2016 Oct; 23(10): R437-54.

Presentación: vídeo

CARCINOMA MEDULAR TIROIDEO EN GLÁNDULA SUPRARRENAL. SUPRARRENALECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Abad Rodríguez-Hesles, C.; Guerra Lacambra, M.; Yuste Mascarós, V.; Yañez Castillo, Y.; Folgueral Corral, M.E.; Cano García, M.C.; Arrabal Martín, M.

*HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO***INTRODUCCIÓN**

La existencia de tumores cuyo origen no es la glándula suprarrenal es poco frecuente, fundamentalmente provocado por metástasis de otro origen. La metástasis tiroidea es muy poco habitual y una situación infrecuente.

En este vídeo describimos el caso y la técnica quirúrgica de la suprarrenalectomía izquierda laparoscópica en una masa de 10 cms de origen tiroideo

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 54 años con antecedentes personales de dislipemia, ectasia dural y neurofibromatosis tipo 1 que tras cólico renal izquierdo por litiasis ureteral resuelta mediante ureteroscopia es diagnosticada de forma casual de masa suprarrenal izquierda de 10x7.5x7 cms. En la analítica sanguínea destaca la existencia de procalcitonina elevada (14.37 ng/ml) sin signos de infección o sepsis. Se realiza estudio de catecolaminas para descartar feocromocitoma, resultado normal. Se decide exéresis de la masa por vía laparoscópica.

RESULTADOS

Se colocan 3 trócares en triangulación y un cuarto trócar accesorio, abordaje transperitoneal, con paciente en posición de decúbito lateral derecho. Liberación de la masa suprarrenal, identificación de la vena suprarrenal, clipado de la misma y sección y embolsado de la pieza. A las 48 h de la intervención se procede al alta hospitalaria, observándose a la semana de la intervención descenso de procalcitonina a 4.56 ng/ml. Resultado histológico de carcinoma neuroendocrino con expresión intensa de queratinas, expresión de calcitonina, compatible con Carcinoma Medular de origen Tiroideo. En la actualidad en estudio de patología tiroidea por parte de Endocrinología.

CONCLUSIONES

La cirugía laparoscópica es el "gold standard" del tratamiento de las masas suprarrenales independientemente del tamaño y origen de las mismas, debiendo contemplar posible origen extraadrenal en casos en los que existen alteraciones analíticas poco concordantes con la clínica del paciente.

Presentación: vídeo

Lesión supravesical: endometriosis del uraco

Escribano Sánchez, C.; Guijarro Espadas, A.; Teja García, G.; Jiménez González, P.; Encina Galnares, J.; Romero Martín, P.; García González, J.

*Hospital Universitario de Móstoles***INTRODUCCIÓN**

El uraco se encuentra situado en el espacio de Retzius, conectando la cúpula vesical con el ombligo. Su evolución natural es la involución, persistiendo un vestigio en forma de cordón fibroso. La obliteración incompleta de la luz uracal es una patología infrecuente; pudiendo cursar de forma asintomática, producir infecciones, transformación maligna u otras patologías, como la endometriosis. La tomografía computarizada (TC) es la prueba de elección, aunque es poco específica para diferenciar entre patología uracal sobreinfectada y proceso tumoral. Para ello es preciso un estudio anatomopatológico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Mujer de 45 años, sin antecedentes de interés, es remitida a consultas de Urología por hematuria macroscópica. La exploración física resulta anodina. La citología de orina y la ecografía urológica fueron normales. Se continúa el estudio con UroTC en el que se objetiva una masa sólida situada inmediatamente por encima de la vejiga de 2,4 x 3,8 x 1,9 cm, sugiriendo patología uracal. Finalmente, se amplía el estudio con cistoscopia, sin visualizarse lesiones vesicales ni aparentes compresiones extrínsecas. Con estos datos se decide cistectomía parcial superior laparoscópica.

RESULTADOS

Se coloca a la paciente en posición de Trendelenburg. Se realiza acceso transperitoneal identificando la masa compatible con imagen visualizada sobre la vejiga. Se disecciona la cúpula vesical y se realiza resección en bloque de la masa y la pared vesical. Se envía la pieza quirúrgica de manera intraoperatoria: sin evidencia de malignidad, por lo que se desestima linfadenectomía. El tiempo quirúrgico fue de 120 minutos y el postoperatorio cursó sin complicaciones. El resultado anatomopatológico final evidencia endometriosis sobre remanente del uraco y cúpula vesical sin alteraciones histológicas relevantes.

CONCLUSIÓN

La endometriosis con afectación urológica es poco habitual, y en la mayoría de los casos, el órgano afectado es la vejiga, siendo la afectación uracal muy infrecuente. El conocimiento de la anatomía y patología del uraco es esencial para su correcto diagnóstico. Es preciso realizar un adecuado diagnóstico diferencial con otras patologías intraabdominales para proceder al manejo y tratamiento idóneos. En estos casos, la cirugía mínimamente invasiva (acceso laparoscópico) permite un buen acceso al uraco y estructuras adyacentes.

Presentación: vídeo

Suprarrenalectomía laparoscópica: Masa de 14cm ¿Dónde está el límite?

Coello González, A; Briones Mardones, G; Fuentes Márquez, I; Bestard Vallejo, J; Pérez Polo, M; Seco Frías, J; Cruz Mir, A; Gutiérrez Sanz-Gadea, C

*Hospital Universitario Son Llàtzer, Palma de Mallorca***Introducción:**

Los mielolipomas suprarrenales son hallazgos benignos suponiendo hasta un 6% de los incidentalomas suprarrenales. Deben cumplir criterios de benignidad por pruebas de imagen y carecer de actividad endocrina, no obstante estas masas pueden generar síntomas por compresión de estructuras adyacentes. No se ha establecido un punto de corte respecto al tamaño que indique la exéresis de dichas lesiones, debiéndose individualizar los casos.

Material y Métodos:

Presentamos el caso de una mujer de 63 años con hallazgo incidental en TC de una masa suprarrenal de aproximadamente 14cm. Se propone cirugía mínimamente invasiva mediante laparoscopia.

La cirugía transcurre sin incidencias, se observa un buen plano de separación entre las estructuras adyacentes permitiendo una liberación correcta de la masa. Durante la intervención es necesario prestar especial atención ante las maniobras de tracción para evitar la posible rotura de la cápsula.

El tiempo quirúrgico fue de 60 minutos y la paciente presentó un postoperatorio sin complicaciones siendo dada de alta a las 48 horas.

La pieza de anatomía patológica fue compatible con mielolipoma con un peso de 341g y unas dimensiones de 13,8x8x5,2 cm.

Conclusiones:

Los mielolipomas suprarrenales son masas incidentales, pequeñas y asintomáticas. No obstante pueden llegar a ser de gran tamaño conociéndose como mielolipomas gigantes a aquellas mayores de 10cm. Las mayores a este tamaño presentan mayor tasa de complicaciones, tales como sangrado y rotura capsular, lo que tiene especial relevancia en aquellos casos con dudas sobre su malignidad. Es necesario realizar un estudio endocrinológico funcional ante el hallazgo de una masa suprarrenal.

En las masas benignas no hay un tamaño establecido para indicar la cirugía. En ciertas guías se ha establecido que en aquellas masas mayores a 6cm o con invasión local debería plantearse un abordaje abierto para reducir posibles complicaciones, no obstante gracias al avance de los instrumentos y a la cada vez mayor experiencia de los cirujanos cada vez más se amplía la utilización de un abordaje mínimamente invasivo en los casos más complejos. Mediante este abordaje el paciente puede beneficiarse de menor dolor postoperatorio, menor tiempo de hospitalización y una recuperación más rápida.

Presentación: vídeo

TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE MASAS SUPRARRENALES DE GRAN TAMAÑO.

Sánchez Estébanez, E.; González Martín, E.; Aderghal Chikhaoui, A.; Macarro López de la Torre, G.; Vallejo García, P.; Valverde Martínez, L.S.; Manso Aparicio, C.; Callejo Pérez, P.; Cepeda Delgado, M.

*Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid***INTRODUCCIÓN**

El abordaje laparoscópico se ha convertido paulatinamente en una de las principales alternativas de tratamiento de las masas suprarrenales, debido a su eficacia y seguridad. Sin embargo, el tipo de técnica quirúrgica (laparoscópica vs abierta) para el tratamiento de tumores de gran tamaño con invasión local, ha dado lugar a controversias, considerando un abordaje laparoscópico para lesiones menores de 7 cm confinadas a la glándula suprarrenal. Por otro lado, se ha observado que en grupos con experiencia laparoscópica, esta es una técnica factible para este tipo de masas complejas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se muestran dos casos de dos pacientes sometidos a suprarrenalectomía laparoscópica por tumores de 11,5 y 12 cm en TAC sugestivos de mielolipoma.

Además, presentamos los resultados de nuestra serie de suprarrenalectomías laparoscópicas de masas de gran tamaño (≥ 7 cm) desde enero/2018 a noviembre/2023.

Estudio descriptivo de variables demográficas y periquirúrgicas.

RESULTADOS

Las cirugías mostradas tuvieron una media de 225 minutos. El descenso de hemoglobina medio fue de 2,9 g/dL. No precisaron transfusión. No recibieron profilaxis antibiótica ni tratamiento antibiótico postoperatorio inmediato. La estancia hospitalaria fue de 24 horas tras la intervención en uno de los casos y de 4 días en otro. Uno de los casos no presentó complicaciones intra ni post-operatorias, mientras que otro precisó reingreso por hematoma e infección de herida quirúrgica (Clavien II) que se manejó de forma conservadora. La anatomía patológica mostró en ambos un mielolipoma tal como se sospechaba con las pruebas de imagen previas.

En nuestra serie se han realizado 12 adrenalectomías de tamaño ≥ 7 cm (7–12), de un total de 46 cirugías. La media del tiempo quirúrgico fue de 168 minutos, con una pérdida de hemoglobina media de 2,5g/dL. La estancia hospitalaria media fue de 5 días. Dos pacientes precisaron transfusión, y otros 3 pacientes presentaron complicaciones post-quirúrgicas \leq Clavien II (fiebre o infección de herida quirúrgica). La anatomía patológica más frecuente fue de mielolipoma en 5 pacientes (41,7%).

CONCLUSIONES

La adrenalectomía laparoscópica ha demostrado ser una opción válida, segura y resolutive incluso en aquellas masas mayores de 7 cm. Este tipo de procedimientos presenta su grado de complejidad y está recomendado realizarlo en centros con experiencia laparoscópica. Al ser un abordaje mínimamente invasivo el paciente se beneficia de todas sus ventajas.

Presentación: vídeo

Uretrostomía perineoscópica en pacientes con cáncer de pene.

Sánchez Molina, Raúl; Bravo Balado, Alejandra; Hernández Peñalver, Pedro; Diéguez Aguirre, Lucía; Farré Alejo, Alba; Gaya Sopena, José María; Breda, Alberto; Rosales Bordes, Antoni

Fundació Puigvert

Introducción y objetivos

La uretrostomía perineal es la forma definitiva de derivación urinaria en pacientes con cáncer de pene localmente avanzado o anatómicamente desfavorable que requieren penectomía total. Sin embargo, sus complicaciones más comunes son la infección de la herida (11%) y la dehiscencia (4%). En un intento de mejorar los resultados postoperatorios proponemos una técnica mínimamente invasiva con abordaje perineoscópico.

Materiales y métodos

Se realiza una incisión perineal media de 2 cm seguida de una disección digital del espacio subcutáneo para crear espacio para la inserción de un trócar con balón de 11 mm y dos trócares con balón laterales de 5 mm para tijeras monopolares. Se insufla CO₂ a 15 mmHg, diseccionando el espacio perineal y escrotal y exponiendo la uretra colgante. A continuación, se realiza una incisión y disección del músculo bulbocavernoso. Después de la disección y transección de la uretra, se extrae el extremo distal a través de la incisión medioperineal y se espatula para crear una uretrostomía perineal. Se realiza una sutura interrumpida con vicryl 4-0, aproximando los bordes uretrales y la piel. Se coloca una sonda vesical de silicona de 18Fr. Finalmente, en este caso se realizó penectomía subtotal y linfadenectomía inguinal videoendoscópica bilateral según técnica habitual.

Resultados

Presentamos una serie de cinco pacientes con cáncer de pene sometidos a penectomía total/subtotal con uretrostomía perineoscópica. La mediana de la estancia hospitalaria fue de 5,6 días y la mediana del tiempo quirúrgico total, incluida la penectomía subtotal y la linfadenectomía inguinal videoendoscópica bilateral, fue de 5,4 horas. Todos los pacientes estaban continentales después de la retirada del catéter vesical. Sólo 1 paciente presentó una complicación Clavien-Dindo 1 relacionada con la uretrostomía perineoscópica (infección escrotal). Al año de seguimiento, un paciente desarrolló estenosis del meato y actualmente estaba en régimen de dilataciones periódicas.

Conclusiones

Esta es la primera serie de casos de uretrostomía perineoscópica en pacientes con cáncer de pene. Esta técnica mínimamente invasiva representa una alternativa para el abordaje abierto y para otras patologías uretrales y podría potencialmente mejorar la morbilidad y reducir las complicaciones de la herida quirúrgica en estos pacientes.

Presentación: vídeo

RESOLUCIÓN LAPAROSCÓPICA DE PATOLOGÍAS VESICALES INFRECIENTES

CONDE REDONDO C; PESQUERA ORTEGA L; ALONSO VILLALBA A; CASTROVIEJO ROYO F; CUELLAR L; HERRANZ A; SIERRARESUMAGA N; D ANGELO G; LOPEZ ROJO S; CALLEJA ESCUDERO J
HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID

INTRODUCCIÓN

El uraco es un remanente embriológico que se forma por la obliteración de la alantoides. Tras el nacimiento se transforma en el ligamento umbilical mediano. El fracaso parcial o completo de la obliteración del uraco puede dar lugar malformaciones como: uraco permeable, seno umbilical-uracal, divertículo vesico-uracal o quiste de uraco .

El divertículo vesical representa una hernia de la mucosa vesical a través del músculo detrusor. Estos son congénitos o adquiridos. Los adquiridos se asocian a obstrucción vesical y si son muy grandes pueden causar infecciones recurrentes del tracto urinario, formación de cálculos, obstrucción ureteral y síntomas miccionales.

En este vídeo presentamos la resolución de dos quistes de uraco laparoscópicamente, así como la exéresis de un divertículo vesical gigante .

MATERIAL Y MÉTODOS:

1.-Mujer de 50 años que consulta por tumoración abdominal , con enrojecimiento de la pared. Ecográficamente se observa una tumoración quística en la cúpula vesical con contenido líquido que sugiere absceso. Se drena percutáneamente la colección en dos ocasiones. Finalmente se indica la exéresis del quiste de uraco laparoscópico.

2.-Varón de 37 años que por una abdominalgia se diagnostica de quiste de uraco asintomático. Debido a que presenta una alteración genética BRACA se decide exéresis por riesgo de malignización.

3.- Varón de 60 años con micción en dos tiempos y sintomatología obstructiva. En las CUMS objetivamos un divertículo vesical gigante. Se opta por RTUP+ exéresis del divertículo laparoscópicamente

RESULTADOS:

1 caso: tiempo quirúrgico 120 minutos. Sangrado 50 ml ,hospitalización 48 horas. AP: divertículo de uraco infectado

2 caso: tiempo quirúrgico 90 minutos. Sangrado 0 ml ,hospitalización 24 horas. AP: divertículo de uraco sin presentar atipia ni patología tumoral

3 caso: tiempo quirúrgico 220 minutos. Sangrado 100 ml ,hospitalización 72 horas. AP: Divertículo vesical

CONCLUSIÓN: El abordaje laparoscópico es una técnica a tener en cuenta para el abordaje de patologías vesicales infrecuentes

Presentación: vídeo

CISTECTOMÍA RADICAL LAPROSCÓPICA CON PRESERVACION DE ÓRGANOS PÉLVICOS EN MUJER

Gil Azkarate M.; Coterón Ochoa P.F.; Gambra Arregui L.; Palacios Ramos J.; Esturo Sacristán S.; Carrera Hermelo R.; Díez Uribe I.; Ubieta Tellechea, M.; Rius Bilbao, L.; Gallego Sánchez J.A.

*Hospital Universitario de Galdakao-Usansolo***INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

La cistectomía radical es el tratamiento de elección en el tumor vesical músculo-infiltrante (TVMI). En pacientes bien seleccionados, la cirugía preservadora de órganos pélvicos es una opción oncológicamente segura y puede mejorar los resultados funcionales. El objetivo de este video es mostrar una cistectomía radical laparoscópica con preservación de órganos reproductores en mujer.

MATERIAL Y MÉTODOS

Exponemos el caso de una mujer de 70 años diagnosticada de neoplasia vesical músculo-infiltrante (T2) de alto grado con ausencia de enfermedad a distancia (N0 M0). Como antecedentes destacan: ECOG 0, HTA, EPOC y una ileitis segmentaria severa pendiente de filiación, probable Enfermedad de Chron, razón por la cual se descarta el uso de derivación intestinal. Recibió neoadyuvancia con Cisplatino y Gemcitabina con buena tolerancia. Tras realizar la prehabilitación correspondiente según guía RICA se programa para cistectomía radical.

RESULTADOS

Se realiza una cistectomía radical con ureterostomía cutánea en cañón de escopeta y preservación de órganos pélvicos, linfadenectomía ilio-obturatriz bilateral, y preservación de vagina, útero y ovarios, sin incidencias. La pieza se extrae por una pequeña incisión Pfannenstiel. El sangrado intraoperatorio fue de 200 cc. La evolución en planta es favorable y el postoperatorio transcurre sin incidencia, dada de alta el quinto día postoperatorio. El estudio anatómico-patológico de la pieza informa pT0N0, márgenes libres.

CONCLUSIONES

El tratamiento estándar del TVMI consiste en la cistectomía radical con linfadenectomía y la derivación urinaria, asociada o no a quimioterapia neoadyuvante. Históricamente en la mujer, la cistectomía se ha asociado a exéresis de órganos reproductivos (ovarios, útero y parte de la vagina) a pesar del impacto en la esfera sexual y el riesgo no desdeñable de prolapso que conlleva, cuya corrección es siempre compleja. Sin embargo, la tendencia actual orienta a que, tanto en casos seleccionados como en mujeres sexualmente activas, la preservación de órganos pélvicos minimiza el impacto en la esfera sexual y el riesgo de prolapso, evitando los efectos secundarios de la privación de hormonas sexuales en mujeres premenopáusicas, sin repercusión significativa en la supervivencia.

PALABRAS CLAVE: tumor vesical músculo-infiltrante, cistectomía radical, cistectomía con preservación órganos pélvicos, cistectomía en mujer, quimioterapia neoadyuvante.

Presentación: vídeo

ADRENALECTOMÍA LAPAROSCÓPICA DERECHA POR ADENOMA NO FUNCIONANTE CRECIENTE

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

*HU Nuestra Señora del Rosario. HU Infanta Sofía. HU Puerta de Hierro Majadahonda. HU del Henares. HU La Princesa. H. Clínico San Carlos***INTRODUCCION**

La suprarrenalectomía laparoscópica se ha convertido en el estándar de tratamiento de las enfermedades benignas funcionales y no funcionales de las glándulas suprarrenales. El objetivo es describir la técnica 'paso a paso' de una suprarrenalectomía derecha laparoscópica transperitoneal.

MATERIAL Y METODOS

Mediante un vídeo se presenta el caso de una paciente con un adenoma suprarrenal derecho creciente no funcionante y se muestra la técnica quirúrgica de suprarrenalectomía.

RESULTADOS

Se presenta el caso clínico de una mujer de 70 años sin antecedentes de interés destacables, en vigilancia desde hace años por adenoma suprarrenal derecho. Se realiza seguimiento con TAC, donde se visualiza crecimiento progresivo, en la actualidad 45mm, por lo que tras descartar funcionalidad, se decide su extirpación mediante abordaje mínimamente invasivo.

Previa anestesia general, se coloca a la paciente en decúbito lateral izquierdo. Utilizamos óptica de 30º con trocar de Hasson pararectal derecho y trócares bajo visión de 12 mm y 2x5mm. Mediante abordaje transperitoneal realizamos decolación derecha y maniobra de Kocher. Movilizamos el hígado para facilitar la exposición del área adrenal y cara anterior de la vena cava. A continuación procedemos a la disección cuidadosa de la vena suprarrenal derecha. Clipamos la vena suprarrenal con Hemolocks (proximal y distal) y posterior suprarrenalectomía. No se presentan complicaciones intraoperatorias, con un tiempo quirúrgico de 70 minutos. El postoperatorio transcurre sin incidencias, sin anemización ni signos de sangrado, con una estancia hospitalaria de 2 días y ausencia de complicaciones a 30 días según Clavien-Dindo.

CONCLUSIONES

La suprarrenalectomía por vía laparoscópica es una técnica quirúrgica segura, con un bajo porcentaje de complicaciones y que precisa una baja estancia hospitalaria.