

XXIV Congreso de la Asociación de Castellano-Leonesa de Urología y XIII Jornada de Enfermería Urológica

Sesión: Sesión comunicaciones C - Vídeos

Sala: Plenaria; Día: viernes 21 de octubre; Hora: 13:00-14:10

V-24: RESOLUCIÓN DEL CROSS-OVER

ANA HERRANZ; CONSUELO CONDE; RAÚL CALVO; FERNANDO NATAL; LUIS CUELLAR; NICOLAS SIERRASESUMAGA; JOVANNA D'ANGELO; JESUS CALLEJA
HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID

V-25: ALTERNATIVAS EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE LA PEYRONIE

Luis Cuellar; Consuelo Conde Redondo; Raul Calvo González; Fernando Natal Rodríguez; Ana Herranz; Nicolás Sierrasesumaga; Iovanna D Angelo; Calleja Escudero J.
HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID

V-26: Shunt Safeno-Cavernoso como tratamiento de Priapismo Isquémico Recidivante

Riega Martín , Amílcar Williams; Miranda Aranzubia, Oscar; Pineda Mungia, Alvaro; Castanedo Alvarez, Diego; Simbaña Garcia, Jhonny John; Rivas Escudero, Jose Antonio; Sanchez Guerrero, Clara; Diaz Perez, David
Hospital Universitario del Bierzo. Ponferrada. León.

V-27: Cirugía de Mohs en cáncer de pene.

Lombardía González de Lera, C.; Sanz Ruiz, A.; Fernández-Samos Fernández, D.; García Santos, JJ.; Rodríguez Lozano, L.; Vallecillo Encinas, P.; García Sanz, M.; De Arriba Alonso, M.; Farrés Rabanal, A.; Chaves Marcos, R.; Renedo Villar, T.; Molina Bravo, M.; Gutiérrez Carrillo, G.; Viggiano Romano, A. M.; Casasola Chamorro, J.; Alonso Prieto, M.A.
Complejo Asistencial Universitario de León

V-28: LINFANGIAMI MULTICÉNTRICO RETROPERITONEAL. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO

Noya Mourullo, Andrea;; Martín Parada, Alejandro;; Palacios Hernández, Alberto;; Eguíluz Lumbreras, Pablo;; Heredero Zorzo, Oscar;; Coderque Mejía, Mónica Paola;; Hernández Sánchez, Teresa;; Antunez Plaza, Patricia;; García Gómez, Francisco;; Urrea Serna, Carmen;; Gómez Aristizábal, Andrea Liliana;; Arqued Sanagustin, Jose Antonio;; Lorenzo Gómez, María Fernanda
Hospital Universitario de Salamanca.

V-29: Enfermedad de Paget extramamaria sobre ureterostomía cutánea tras recidiva de tumor urotelial.

García Santos, JJ; García Sanz, M; Gutiérrez Carrillo, G; Fernández-Samos Fernández, D; Lombardía González de Lera, C; Rodríguez Lozano, L; Vallecillo Encinas, P; Chaves Marcos, R; Farrés Rabanal, A; Molina Bravo, M; Renedo Villar, T; De Arriba Alonso, M; Viggiano Romano, A; Casasola Chamorro, J; Sanz Ruíz, A; Alonso Prieto, MA
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN.

V-30: NEURALGIA DEL NERVI0 PUDENDO: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO MEDIANTE LIBERACIÓN ROBÓTICA.

Fernández-Samos Fernández, D; Alonso Prieto, MA; Lombardía Gonzalez de Lera, C; García Santos, JJ; Rodríguez Lozano, L; Vallecillo Encinas, P; Gutierrez Carrillo, G; Farrés Rabanal, A; Molina Bravo, M; García Sanz, M; Renedo Villar, T; De Arriba Alonso, M; Chaves Marcos, R; Sanz Ruiz, A; Casasola Chamorro, J; Viggiano Romano, A
Complejo Asistencial Universitario de León

V-31: Abordaje laparoscópico del quiste de uraco sintomático

Díaz Pérez, D.E.; Sánchez Guerrero, C.; Simbaña García, J.J.; Pineda Munguía, A.; Castanedo Álvarez, D.; Rivas Escudero, J.A.; Riega Martín, A.W.; Miranda Aranzubía, O.
Hospital Universitario del Bierzo

V-32: HEMINEFRECTOMIA POLAR LAPAROSCOPICA EN PIELON SUPERIOR

Nicolás Sierrasesumaga; Consuelo Conde Redondo; Antonio Alonso Villalba; Fernando Natal Rodríguez; Luis Cuellar; Ana Herranz; Jovana D'Angelo; Calleja Escudero J
HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID

V-33: ORQUIECTOMÍA LAPAROSCÓPICA POR CRIPTORQUIDIA EN EL ADULTO

Herrero López, L.; Becerra Piñero, R.; Porcel Martín, F.J.; Yagüe Barrado, M.; Moya Villalvilla, I.; González Revilla, E.; Gallego Matey, A.; Ortega De la Obra, P.; Díaz Naranjo, S. I.; Bermúdez Villaverde, R.; Sanz Sacristán, F.J.
Hospital General de Segovia

RESOLUCIÓN DEL CROSS-OVER

ANA HERRANZ; CONSUELO CONDE; RAÚL CALVO; FERNANDO NATAL; LUIS CUELLAR; NICOLAS SIERRASESUMAGA; JOVANNA D'ANGELO; JESUS CALLEJA

HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID

Introducción:

La implantación de prótesis de pene se realiza en los casos en los que la administración de los inhibidores de la fosfodiesterasa-5 (PDE-5) y la inyección de drogas vasoactivas intracavernosas han fracasado. El éxito quirúrgico con las prótesis hidráulicas oscila entre el 95 % y el 97%, aunque el grado de satisfacción a largo plazo es del 80%.

La perforación de los cuerpos cavernosos proximalmente, es relativamente frecuente, y su primer factor etiogénico es la fibrosis de los cuerpos cavernosos. Se ha informado una tasa de perforación proximal cercana al 50% en los casos difíciles. La colocación cruzada de los cilindros o cross-over, se produce al pasar el Furlow por el septo de los cuerpos cavernosos que son fenestrados. Habitualmente esta complicación se detecta en el postoperatorio inmediato cuando el paciente activa a prótesis, quedando una clara la deformidad. Es difícil entender cómo ocurre cuando la aguja del Furlow sale correctamente en el glande. Se produce más frecuentemente en la colocación infrapúbica de los cilindros. En este vídeo presentamos el caso de un paciente que sufrió un cross-over distal y la resolución quirúrgica.

Material y Métodos

Una vez diagnosticado el cross-over distal mediante técnicas de imagen (TAC), se plantea una cirugía de rescate .

- 1.- Retirada de ambos cilindros
- 2.- Colocación de tallo de Hergar largo del lado que ambos cilindros habían ocupado.
- 3.- Redilatar el otro cuerpo cavernoso y pasar el Furlow con el Tallo puesto, en el lugar contralateral.
- 4.- Colocación del cilindro distal en su correcta situación.
- 5.- Hinchado parcial de la prótesis para colocar el cilindro en el cuerpo cavernoso , donde habían estado anteriormente ambos cilindros alojados , para evitar un nuevo cross-over.

Resultados:

Tiempo quirúrgico 120 minutos, no hubo complicaciones postoperatorias inmediatas. Hospitalización 48 horas.

Buena resolución funcional y radiológica, comprobando la correcta colocación de los cilindros.

Conclusión.

Tras 125 prótesis implantadas, solo hemos tenido un cross-over (0.8%) . Es difícil entender como ha podido suceder puesto que no se aprecia ninguna distocia durante la cirugía. Sin embargo debemos pensar en ello cuando a los dos meses el paciente presenta un pene deforme. La no actuación sobre el cross-over implica desviación peneana por discrepancia de la longitud de los cilindros, fallo precoz del funcionamiento de los cilindros por sobrepresión y elevado riesgo de extrusión del cilindro. Es primordial saber reconocer y tratar esta complicación

ALTERNATIVAS EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE LA PEYRONIE

Luis Cuellar; Consuelo Conde Redondo; Raul Calvo González; Fernando Natal Rodríguez; Ana Herranz; Nicolás Sierrasesumaga; Iovanna D Angelo; Calleja Escudero J.

HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID

INTRODUCCIÓN

la enfermedad de la Peyronie tiene una prevalencia del 3 al 20% aumentando en casos de diabetes mellitus.

El tratamiento debe de realizarse cuando la placa está estabilizada

MATERIAL Y METODO:

en este video presentamos una revisión de los distintos abordajes terapéuticos de la enfermedad de La peyronie

RESULTADOS

Tratamiento no quirúrgico

Entre las terapias no quirúrgicas cabe destacar el extensor peneano, The reduction in curvature was enhanced when increasing the usage time. Greater than 6 hours' use daily resulted in a 36.2° reduction compared to baseline (51.4%), whilst less than 4 hours produced a 19.7° improvement (28.8%).

o la terapia intraplaca con colagenasa clostridium histoliticum que se utiliza para disolver las placas.

La terapia se basa en cuatro ciclos con dos inyecciones por ciclo.

Bajo anestesia local se produce una erección y una fractura controlada de la placa

El tratamiento con xiapex tiene un coste de ocho veces el tratamiento de la plicatura simple, el uso seis a 7 meses de tratamiento de 8 viales y 14 consultas, la tasa de éxito es del 34 al 40 %.

Tratamiento de la enfermedad de Peyronie con pericardio bovino

La corporoplastia con injerto de pericardio bovino con incisión de la placa total o parcial, es una técnica que acorta el tiempo quirúrgico al evitar la obtención de tejido autólogo. La tasa de éxito publicada es del 41 al 93% con un índice de satisfacción cercana al 100% si se obtiene una tasa residual d curvatura menor al 10%.

Tratamiento de la enfermedad de Peyronie con parche de tachosil

El avance de la cirugía nos lleva a buscar alternativas fáciles de realizar y que acorten los tiempos quirúrgicos, la incisión total o parcial de la placa de peyronie más injerto de tachosil nos lleva a obtener uso resultados quirúrgicos con un éxito del 83.8 %. El tachosil es un parche de fibrina sellante que se coloca sobre la herida realizada, posteriormente se cubre con unca compresa humedecida con suero fisiológico templado durante tres minutos.

Tratamiento de la enfermedad de Peyronie con vivostat

Últimamente también se está utilizando fibrina autóloga activada como sellante. Durante la inducción anestésica se obtienen 120 ml de sangre del pacientes a la que se añade citrato, posteriormente se mete durante 25 minutos en la unidad del procesador y se obtiene una solución de 5 a 6 ml de fibrina autóloga lista para su uso. Realizamos unas incisiones transversales en la placa sin necesidad de resecaarla, posteriormente ayudados con el aplicador del vivostat rellenamos las incisiones realizadas con la solución de fibrina autóloga que hemos obtenido.

Independientemente de la técnica quirúrgica empleada todos los pacientes deben de realizar rehabilitación peneana ayudándose de un vacuum

(aparto de vacío) o de un extensor, para evitar retracción y acortamientos.

CONCLUSION

No hay un único abordaje de la enfermedad de la peyronie, depende de las habilidades quirúrgicas del cirujano y de la implicación del paciente para lograr el éxito

Shunt Safeno-Cavernoso como tratamiento de Priapismo Isquémico Recidivante

Riega Martín , Amílcar Williams; Miranda Aranzubia, Oscar; Pineda Mungia, Alvaro; Castanedo Alvarez, Diego; Simbaña Garcia, Jhonny John; Rivas Escudero, Jose Antonio; Sanchez Guerrero, Clara; Diaz Perez, David
Hospital Universitario del Bierzo. Ponferrada. León.

Introducción

El Priapismo es una erección persistente en ausencia de estímulo sexual que no se resuelve. Se clasifica en isquémico, no isquémico y tartamudeante. El priapismo isquémico es una erección persistente marcada por la rigidez de los cuerpos cavernosos y poco o nulo flujo arterial cavernoso. El priapismo isquémico es el subtipo más común (95% de los casos) y produce dolor.

Paciente y metodo.

Paciente de 37 años que consulta por erección mantenida durante 40 horas. Tras consumo de drogas (Cocaina y Marihuana) toma un iPDE5. Presenta erección peneana importante y dolorosa, los cuerpos cavernosos están aumentados de consistencia, dolorosos a la palpación, sin palpar pulsos anómalos. La sensibilidad está conservada. La Gasometría de Cuerpos Cavernosos: pO₂: muestra escasa, pCO₂: 89.7mmHg, pH. 6.901. Analítica general: Glucosa: 109mg/dL, Crea: 0.89, Hb: 14.2, gL Hto: 41.3%, Leucocitos: 20.100, Neutrófilos: 86% INR: 0.868 . Se diagnostica de Priapismo venoso.

Tratamiento

El tratamiento del Priapismo venoso debe ser secuencial. Se inicia con punción aspiración de cuerpos cavernosos con Abocath de 16G aspirando aprox. 250ml sin lograr flacidez, se realizan lavados con suero sin mejoría. El siguiente paso es la terapia con Fenilefrina intracavernosa. Se monitoriza para ello al paciente y se aplican 3 dosis de 0.2mg/ml intracavernosas de fenilefrina durante 40 minutos. No hay respuesta decidiéndose intervención quirúrgica. Se procede a realizar realizar shunt caverno-esponjoso según técnica de Winter, sin respuesta. Se realiza shunt caverno-esponjoso siguiendo la técnica de Al Ghorab, No se logra flacidez completa. Nueva gasometria pH;7.42, pO₂: 104, y pCO₂: 35, compatible con sangre arterial. Se baja a la planta. A la mañana siguiente recidiva el priapismo. A palpación los cuerpos cavernosos estan totalmente trombosados. Se realiza exploración quirúrgica de Urgencia. Decidimos realizar shunt safeno-cavernoso derecho según técnica de Grayhack, con resultado satisfactorio

Conclusiones.

El priapismo es una urgencia urológica que implica intervención precoz si la etiología es isquémica. La historia clínica, gasometria de Cuerpos Cavernosos y Eco Doppler son suficientes para diagnosticar el tipo de priapismo. El tratamiento es secuencial. El shunt safeno cavernoso es la tecnica que soluciona el priapismo resistente.

Cirugía de Mohs en cáncer de pene.

Lombardía González de Lera, C.; Sanz Ruiz, A.; Fernández-Samos Fernández, D.; García Santos, JJ.; Rodríguez Lozano, L.; Vallecillo Encinas, P.; García Sanz, M.; De Arriba Alonso, M.; Farrés Rabanal, A.; Chaves Marcos, R.; Renedo Villar, T.; Molina Bravo, M.; Gutiérrez Carrillo, G.; Viggiano Romano, A. M.; Casasola Chamorro, J.; Alonso Prieto, M.A.

Complejo Asistencial Universitario de León

Introducción: El cáncer de pene es una neoplasia poco común en países industrializados, su incidencia aumenta con la edad siendo más frecuente en la 6^a-7^a décadas de la vida. El objetivo del tratamiento del cáncer de pene es eliminar completamente el tumor minimizando la pérdida tisular, para así evitar efectos secundarios tanto funcionales como psicológicos en los pacientes. Las técnicas quirúrgicas clásicas incluyen la penectomía parcial/total, son cirugías mutilantes que afectan negativamente a la calidad de vida del paciente. La cirugía micrográfica de Mohs es una opción terapéutica con tasas de curación similares a los tratamientos radicales, y que permite preservar el órgano.

Material y métodos: Presentamos un vídeo explicativo de la técnica quirúrgica de la cirugía micrográfica de Mohs, a propósito de un caso de nuestro centro. El paciente se trata de un varón de 69 años con un tumor de pene de aproximadamente 1.5cm en el límite entre glande y prepucio, al que se le realiza la cirugía descrita eliminando completamente el tumor en 2 pases. En el mismo acto quirúrgico se realiza reconstrucción del defecto con injerto de mucosa yugal.

Resultados: El tiempo quirúrgico, contando los dos pases de Mohs y la reconstrucción con injerto de mucosa oral, fue de 210 minutos. A eso se debe sumar el tiempo de procesamiento y análisis de la muestra por parte de Anatomía Patológica. No hubo complicaciones intraoperatorias. El postoperatorio cursó sin incidencias, la estancia hospitalaria fue de 6 días, retirando la sonda vesical al alta. El resultado anatomopatológico fue neoplasia intraepitelial de pene de tipo basaloide, totalmente extirpada, positivo para VPH 16.

Conclusión: La cirugía micrográfica de Mohs es una técnica poco utilizada para el tratamiento del cáncer de pene, que presenta resultados oncológicos similares a las cirugías clásicas más mutilantes, pero con menor afectación estética y funcional, gracias a la preservación del órgano.

LINFANGIOMO MULTICÍSTICO RETROPERITONEAL. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO

Noya Mourullo, Andrea;; Martín Parada, Alejandro;; Palacios Hernández, Alberto;; Eguíluz Lumbreras, Pablo;; Heredero Zorzo, Oscar;; Coderque Mejía, Mónica Paola;; Hernández Sánchez, Teresa;; Antunez Plaza, Patricia;; García Gómez, Francisco;; Urrea Serna, Carmen;; Gómez Aristizábal, Andrea Liliana;; Arqued Sanagustin, Jose Antonio;; Lorenzo Gómez, María Fernanda

Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción: El abordaje de masas retroperitoneales de aspecto pseudoquistico y diagnóstico incierto incluye como posibilidad diagnóstico-terapéutica la exéresis quirúrgica como tratamiento de elección, sin biopsia previa de la misma. El abordaje laparoscópico es una opción terapéutica mínimamente invasiva frente a la cirugía abierta en estos casos.

Material y métodos: Varón de 66 años sin antecedentes abdominales de cirugía o radioterapia, con antecedente de crisis renoureterales de repetición que presenta en tomografía computerizada realizada en el estudio de litiasis litiasis ureteral izquierda de 1 cm y hallazgo incidental de masa retroperitoneal de aspecto quístico y septada localizada en región paraaórtica izquierda inferior al hilio renal, sin captación de contraste, que mide aproximadamente 5,5 x 4,5 x 7 cm.

Resultados: Se realiza durante el mismo acto quirúrgico bajo anestesia general un primer tiempo endoscópico mediante ureterorenoscopia semirrígida izquierda para resolución de litiasis ureteral, que se litofragmenta con láser Holmium y fibra de 350 micras, extrayendo fragmento residual para análisis de la composición de la misma. Se realiza un segundo tiempo para la resección laparoscópica de la masa retroperitoneal, colocando al paciente decúbito lateral derecho y bajo acceso transperitoneal se realiza exéresis completa de la masa. Se realiza reparación con monofilamento de 3/0 de orificio sangrante sobre arteria aorta. Se realiza hemostasis cuidadosa con fibrina autóloga. El tiempo quirúrgico ha sido de 60 minutos para parte endoscópica y 120 min para la laparoscópica. El sangrado estimado fue de 300 mL. El paciente no presentó complicaciones siguiendo la escala de Clavien Dindo y fue dado de alta a las 72 horas. La pieza quirúrgica evidenció en el estudio anatomopatológico linfangioma quístico.

Conclusiones: El linfangioma quístico es un tumor benigno del tejido linfático, de comportamiento agresivo en el caso de que comprima o infiltre estructuras vasculares. Su origen es un fallo en el desarrollo del sistema linfático. Los linfangiomas intraabdominales y retroperitoneales con los tumores más raros, especialmente cuando acontecen en adultos y su incidencia no supera el 0.2%. Son más frecuentes en niños lo que apunta a un origen congénito derivado del insuficiente drenaje de los vasos linfáticos hacia el sistema venoso secundario a la atresia o bien a la insuficiencia de los canales eferentes linfáticos. El tratamiento de elección siempre es quirúrgico mediante la extirpación completa. El linfangioma quístico retroperitoneal es una entidad poco frecuente cuyo tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica completa de la masa. El abordaje laparoscópico es seguro para la misma y permite una pronta recuperación postquirúrgica.

Enfermedad de Paget extramamaria sobre ureterostomía cutánea tras recidiva de tumor urotelial.

García Santos, JJ; García Sanz, M; Gutiérrez Carrillo, G; Fernández-Samos Fernández, D; Lombardía González de Lera, C; Rodríguez Lozano, L; Vallecillo Encinas, P; Chaves Marcos, R; Farrés Rabanal, A; Molina Bravo, M; Renedo Villar, T; De Arriba Alonso, M; Viggiano Romano, A; Casasola Chamorro, J; Sanz Ruíz, A; Alonso Prieto, MA
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN.

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad de Paget extramamaria (EPEM) es una forma muy rara de adenocarcinoma intraepitelial (0.1-2.4 x 100.000 habitantes), de crecimiento lento, que habitualmente se acompaña de otras neoplasias en órganos adyacentes. Existen dos tipos de EPEM: primario y secundario. Las formas secundarias son consecuencia de un tumor en un órgano subyacente (colorectal, ginecológico o urotelial, principalmente). Habitualmente se tratan inicialmente como otras formas de dermatitis y esto hace que se retrase el diagnóstico certero. La inmunohistoquímica ayuda a tipificar el origen del tumor: CK7 (100%), CK20 (50%) y GATA3 (67% en carcinoma urotelial).

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un paciente de 68 años, ERC IIIA1, con antecedente de nefroureterectomía derecha en 2012, RTU-V en 2013 con AP de CIS y tratamiento con BCG posterior. En 2014 se realizó una cistectoprostatectomía radical laparoscópica con derivación ureterostomía cutánea. Por recidiva de tumor en uréter distal, se realizó una uretrectomía distal izquierda y derivación urinaria con nefrostomía izquierda. Todo esto en otro centro.

El paciente fue remitido desde consulta de Dermatología para estudio de posible recidiva de tumor urotelial en contexto de enfermedad de paget extramamario en cara anterior abdominal sobre zona de ureterostomía cutánea previa.

RESULTADOS

Realizamos una uretrectomía distal izquierda laparoscópica y extirpación de la lesión cutánea en bloque por parte del servicio de Dermatología. El tiempo quirúrgico fue de 150 minutos, sin complicaciones. Alta a las 48 horas. La anatomía patológica resultó de recidiva de carcinoma urotelial sólido de alto grado (grado 3) que infiltra la piel con extensión pagetoide (intensa positividad para GATA3 y positividad focal para CK20, negatividad S100).

Actualmente en seguimiento por Oncología Médica, no subsidiario a tratamiento adyuvante por insuficiencia renal. En TC de control no se evidencia progresión de la enfermedad.

CONCLUSIONES

La enfermedad de Paget extramamaria es una enfermedad rara que debemos sospechar en pacientes con antecedente de tumores uroteliales y no demorar el tratamiento quirúrgico.

NEURALGIA DEL NERVIPO PUDENDO: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO MEDIANTE LIBERACIÓN ROBÓTICA.

Fernández-Samos Fernández, D; Alonso Prieto, MA; Lombardía Gonzalez de Lera, C; García Santos, JJ; Rodríguez Lozano, L; Vallecillo Encinas, P; Gutierrez Carrillo, G; Farrés Rabanal, A; Molina Bravo, M; García Sanz, M; Renedo Villar, T; De Arriba Alonso, M; Chaves Marcos, R; Sanz Ruiz, A; Casasola Chamorro, J; Viggiano Romano, A
Complejo Asistencial Universitario de León

INTRODUCCIÓN: La neuropatía del nervio pudendo produce un dolor de características neuropáticas a lo largo de su territorio de inervación. La cirugía de liberación del pudendo se desarrolla en la pelvis, en el espacio formado entre el isquion y el sacro. El nervio discurre entre el ligamento sacroespinoso y el sacrotuberoso. Sobre el ligamento sacrotuberoso se encuentra el músculo elevador del ano con sus 3 porciones, conformando el techo del canal de Alcock, por el cual también discurre el nervio pudendo. Cubriendo el ligamento sacroespinoso se encuentra el músculo coccígeo, cuyas fibras se deben seccionar para acceder al nervio. Existen diferentes variaciones anatómicas, siendo la más frecuente la presencia de un tronco único, medial a los vasos pudendos, con bifurcación terminal en dos ramas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presenta un vídeo demostrativo de la técnica quirúrgica robótica llevada a cabo para la liberación del nervio afecto en diferentes pacientes diagnosticados de neuropatía del nervio pudendo. En todos los casos los pacientes presentaban dolor compatible con neuralgia del pudendo refractario a sucesivos tratamientos médicos escalonados, con mejoría parcial mediante bloqueo con anestésico local. La intervención fue llevada a cabo bajo anestesia general, en decúbito supino y posición de Trendelenburg, mediante colocación de cuatro trócares robóticos (8mm) y uno convencional (de 12 mm) para el ayudante.

RESULTADOS: La técnica quirúrgica se llevó a cabo de manera satisfactoria en todos los casos, con un tiempo aproximado de 90-120 minutos y una estancia postoperatoria de 24 horas. No complicaciones postoperatorias. Todos los pacientes presentaron mejoría clínica en la escala EVA tanto en el postoperatorio inmediato como tardío, precisando únicamente alguno de ellos analgesia oral a demanda de forma ocasional.

CONCLUSIONES: La asistencia robótica proporciona múltiples ventajas a la hora de facilitar la localización y liberación cuidadosa del nervio pudendo en su trayecto intrapélvico, así como la disección y preservación de las ramas vasculares pudendas adyacentes. Se trata de una cirugía mínimamente invasiva, llevada a cabo mediante una técnica segura, y que permite una estancia hospitalaria mínima y un alta precoz, con resultados prometedores.

Abordaje laparoscópico del quiste de uraco sintomático

Díaz Pérez, D.E.; Sánchez Guerrero, C.; Simbaña García, J.J.; Pineda Munguía, A.; Castanedo Álvarez, D.; Rivas Escudero, J.A.; Riega Martín, A.W.; Miranda Aranzubía, O.

Hospital Universitario del Bierzo

Introducción:

El uraco es un vestigio fibroso de la involución del alantoides que se extiende desde el ápex de la vejiga al ombligo. El 2% de adultos presentan algún defecto en la obliteración del uraco, en su mayoría asintomáticos. La obliteración de ambos extremos del uraco con persistencia de la porción central da lugar a una cavidad quística denominada quiste de uraco, presente en el 0,02% de recién nacidos. La presencia de dolor suprapúbico, síntomas miccionales de llenado y masa abdominal es poco frecuente, pero ante un quiste de uraco sintomático debe proponerse resección quirúrgica.

Material y métodos:

Presentamos el caso de un varón de 44 años, sin antecedentes, que presenta un quiste de uraco sintomático que debuta con dolor suprapúbico y síntomas miccionales de llenado de 1 semana de evolución. Se realiza estudio con ecografía y tomografía computarizada y se toma muestra de mucosa vesical sin datos de malignidad. Tras aplicar antibioterapia durante 3 semanas y ante el diagnóstico de sospecha de quiste de uraco se le propone extirpación laparoscópica junto a resección segmentaria de la porción vesical adyacente, cuya técnica se presenta en el vídeo.

Resultados:

Se realizó la intervención en 75 minutos. El paciente permaneció hospitalizado 3 días, con retirada del drenaje al segundo día postoperatorio. La sonda vesical se retiró de forma ambulatoria a los 7 días.

La pieza anatomopatológica mostró un conjunto de tejido fibromuscular con tejido epitelial quístico sin características de malignidad.

Conclusión:

El quiste de uraco es susceptible del abordaje mínimamente invasivo mediante laparoscopia, obteniendo los beneficios de esta técnica y respetando la resección completa del tejido uracal de la técnica abierta clásica.

HEMINEFRECTOMIA POLAR LAPAROSCOPICA EN PIELON SUPERIOR

Nicolás Sierrasesumaga; Consuelo Conde Redondo; Antonio Alonso Villalba; Fernando Natal Rodríguez; Luis Cuellar; Ana Herranz; Jovana D'Angelo; Calleja Escudero J

HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID

INTRODUCCIÓN: La anomalía congénita más común del tracto urinario es la duplicación ureteral. La combinación de duplicación

ureteral y obstrucción de la unión pélvico-ureteral es una asociación rara y se informa con poca frecuencia. Ocurre en el 0,7% de

la población adulta sana y en el 2-4% de los pacientes investigados por síntomas del tracto urinario. La mayoría de las veces son

asintomáticos, pero pueden presentarse con infecciones urinarias repetidas por obstrucción o dolor en el flanco por reflujo si

producen hidronefrosis. Con frecuencia se asocia con ureterocele. La indicación de tratamiento es: Hidronefrosis marcada del

pielón superior que produce un efecto masa, infección o reflujo vesicoenteral del polo inferior. En este video presentamos a una

mujer de 45 años diagnosticada de obstrucción del polo superior en un riñón dúplex izquierdo, tratada mediante heminefrectomía laparoscópica del polo superior

MATERIAL Y METODOS:

Presentamos el caso de un paciente de 45 años que consulta por infecciones urinarias repetidas. La ecografía se informa como

una ectasia ureteropielocalical izquierda grave con atrofia completa de la corteza subyacente. En la urografía: se observa

anulación funcional del polo superior y normofuncionalismo inferior. La TC muestra un riñón izquierdo, de mayor tamaño que el

contralateral, con doble sistema excretor, lo que confirma la existencia de un polo superior no funcional, que continúa con un

uréter dilatado hasta su desembocadura en vejiga.

- Una vez decolado, se identifica el pedículo renal principal y el pedículo del polo superior y localizamos dos arterias renales.

- Identificamos el plano de separación entre el polo superior e inferior que es avascular

- Liberamos el polo superior de sus anclajes caudales.

- Liberamos y disecamos el pedículo superior del polo superior.

- Identificamos otra arteria polar superior que se sujeta y secciona.

- Podemos identificar la arteria inferior y la vena renal del polo inferior que están intactas.

- Liberamos completamente el polo superior siguiendo el plano avascular.

- Ponemos un clip en el uréter y lo seccionamos.

- Comprobamos la hemostasia, no es necesario hacer la rafia renal habiendo seguido el plano avascular. Por seguridad colocamos un surgicel.

- Comprobamos que no haya sangrado, retiramos la pieza y finalmente ponemos el drenaje.

RESULTADOS:

Tiempo quirúrgico 60 minutos. Sangrado: 200 ml. Estancia hospitalaria de 48 horas.

CONCLUSIÓN:

El tratamiento quirúrgico de la parte superior de la piel rara vez es necesario. Cuando existe una indicación, el abordaje laparoscópico es una técnica rápida, factible y accesible a todos los hospitales.

ORQUIECTOMÍA LAPAROSCÓPICA POR CRIPTORQUIDIA EN EL ADULTO

Herrero López, L.; Becerra Piñero, R.; Porcel Martín, F.J.; Yagüe Barrado, M.; Moya Villalvilla, I.; González Revilla, E.; Gallego Matey, A.; Ortega De la Obra, P.; Díaz Naranjo, S. I.; Bermúdez Villaverde, R.; Sanz Sacristán, F.J.

Hospital General de Segovia

Introducción: La criptorquidia es una patología frecuente en la edad pediátrica que requiere tratamiento quirúrgico mediante orquidopexia antes de los dieciocho meses de edad, debido al riesgo de infertilidad y malignización que presenta. Cuando es diagnosticada en la edad adulta el riesgo de malignización es mucho mayor y su incidencia es inversamente proporcional al nivel de descenso testicular, siendo los testículos de localización abdominal los que presentan las mayores tasas de malignización.

Material y métodos: Se presenta el caso de un varón de 29 años sin antecedentes de interés derivado por dolor en región inguinal izquierda e historia de testículo izquierdo en ascensor en la infancia. A la exploración presentaba bolsa escrotal izquierda vacía sin conseguir descenso testicular. Se realizó una tomografía axial computarizada (TAC) abdominopélvica, objetivando una estructura ovoidea de 30 x 23 mm compatible con testículo izquierdo en situación pélvica que improntaba la región anterior e izquierda de la cúpula vesical, a 2 cm del canal inguinal y una importante hernia inguinoescrotal izquierda. Debido a la edad del paciente y al riesgo de malignización se decidió realizar una orquiectomía con acceso laparoscópico transperitoneal con tres puertos, visualizando hernia inguinal izquierda que se reduce y canal inguinal con persistencia del conducto peritoneo-vaginal sin elementos del cordón ni testículo en su interior. Se identifica una estructura ovoidea medial al canal inguinal izquierdo correspondiente al testículo. Se realiza apertura del peritoneo y sección de conducto deferente y vasos espermáticos con Caimán y exéresis de testículo de apariencia normal. Se realiza hernioplastia inguinal laparoscópica con malla de polipropileno transabdominal preperitoneal (TAPP).

Resultados: El resultado anatomopatológico fue un seminoma clásico que ocupaba todo el parénquima testicular, con invasión de la rete testis sin invasión linfovascular, estadio pT1. El estudio de extensión fue negativo y los marcadores tumorales normales. Se derivó a oncología para recibir un ciclo de Carboplatino, con evolución favorable.

Conclusión: Es importante recordar la asociación entre criptorquidia y neoplasia testicular. Un buen manejo de la criptorquidia en la edad pediátrica puede prevenir la malignidad y en caso de ser identificada en la edad adulta es importante realizar una orquiectomía a tiempo.