

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

Sesión: Sesión comunicaciones D - Vídeos

Sala: Plenaria; Día: viernes 21 de octubre; Hora: 16:00-17:00

V-34: MINI-NLP Y URS ANTERÓGRADA.

Blanco Martín, E.; Rivero Cardenas, A.; Hernández García, J.M.; Díaz Romero, J.; de la Cruz Martín, B.; Montero Torres, J.; Miralles Ayuso, S.; Diaconu, M.G.; Alcubilla García, L.; Pérez Pérez, A.; Vaquero Caballero, P.J.; Boyero Polo, P.; Gutiérrez Mínguez, E.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS

V-35: LITIASIS MULTIPLE DE GRAN TAMAÑO EN INJERTO RENAL, ¿ES LA CIRUGÍA RETROGRADA INTRARRENAL UNA OPCIÓN VIABLE?

Cuellar Martin, L.A.; Martin Martin, S.; Torrecilla Garcia-Ripoll, J.R.; Marfil Peña, C.; Natal Alvarez, F.; Herranz Arriero, A.; Sierrasesumaga Martin, N.; D Angelo, M.G.; Bedate Nuñez, M.; Ruano Mayo, A.; Conde Redondo, M.C.; Pascual Samaniego, M.; Alonso Villalba, A.J.; Pesquera Ortega, L.; Calvo Gonzalez, J.; Calleja Escudero, J.

Hospital Clínico Universitario de Valladolid

V-36: MINI ECIRS EN LITIASIS RENAL MÚLTIPLE

Portilla Mediavilla, L; Sánchez Estébanez, E; González Martín, E; Aderghal Chikhaoui A; Manso Aparicio, M; Cepeda Delgado, M

Hospital Universitario Rio Hortega (Valladolid)

V-37: Entrenamiento de Ureteroscopia flexible y litofragmentación láser en un modelo impreso en 3D de bajo coste.

Trelles Guzmán C.R.; Mainez Rodríguez J. A.; Oteo Manjavacas P.; Sánchez Rodríguez A.; Rodríguez Cruz I.; Prieto Nogal S.; Martín Hernández M.

Complejo Asistencial de Ávila. Hospital Universitario la Paz, Madrid.

V-38: RESOLUCIÓN LAPAROSCOPICA TRAS ESTENOSIS URETERAL POR LITIASIS

Herranz A; Conde C; Castroviejo F; Martn S; Torrecilla JR; Natal F; Cuellar L; Sierrasesumaga N; Calleja J

HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID

V-39: Apendicovesicostomía laparoscópica según técnica de Mitrofanoff: Una alternativa a la uretra en pacientes adultos complejos

Roberto Martínez Rodríguez; Cristina Gutierrez Ruiz; Leire Portilla Mediavilla; Estefania Sanchez; Enrique Gonzalez; Marcos Cepeda Delgado

Hospital Universitario Rio Hortega

V-40: REIMPLANTACIÓN URETERAL ROBÓTICA DE INJERTO RENAL.

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

Hospital Universitario de Salamanca

V-41: URETEROLISIS E INTRAPERITONIZACIÓN URETERAL DERECHA LAPAROSCÓPICA POR FIBROSIS RETROPERITONEAL IDIOPÁTICA.

Sánchez Rodríguez A.; Oteo Manjavacas P.; Grinard de León E.A.; Polo López C.A.; López Sierra A.; Trelles Guzman C.R.; Rodríguez Cruz I.; Prieto Nogal S.B.; Gómez Tejeda L.M.; Martín Hernández M.

Complejo Asistencial de Ávila

MINI-NLP Y URS ANTERÓGRADA.

Blanco Martín, E.; Rivero Cardenas, A.; Hernández García, J.M.; Díaz Romero, J.; de la Cruz Martín, B.; Montero Torres, J.; Miralles Ayuso, S.; Diaconu, M.G.; Alcubilla García, L.; Pérez Pérez, A.; Vaquero Caballero, P.J.; Boyero Polo, P.; Gutiérrez Mínguez, E.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS

INTRODUCCIÓN: Se presenta un caso clínico de miniperc y URS anterógrada realizada en un paciente con alta carga litiasica y una anatomía especial dado sus antecedentes de tetraparesia espástica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Varón de 23 años con dependencia total e institucionalizado. Antecedentes de encefalopatía hipóxica-isquémica y tetraparesia espástica, ductus y comunicación interauricular y luxación de cadera izquierda con resección y osteotomía de cabeza de fémur izquierdo.

Se realiza uroTC durante ingreso por sepsis urinaria, con hallazgo de gran carga litiasica renoureteral izquierda que precisa derivación con nefrostomía. Se realiza intervención programada mediante miniperc y URS anterógrada con las siguientes peculiaridades:

- La anatomía del paciente imposibilita la posición de litotomía.
- Punción renal ecoguiada exclusivamente.
- Acceso de 20Ch con mini-nefroscopio 15Ch para la litotricia con láser holmium de las litiasis de grupo calicial inferior, medio y piélica.
- Acceso anterógrado con ureterorenoscopia flexible de 8.5Ch para el tratamiento de la litiasis ureteral.
- Stone-free y colocación de pigtail 6x24Ch anterógrado.

RESULTADOS: Retirada de nefrostomía al segundo día y de pigtail al decimoquinto día postoperatorios. Alta al tercer día.

CONCLUSIONES: En pacientes cuya anatomía dificulta la posición estandar de litotomía modificada y el acceso retrógrado, una opción válida es la miniperc con acceso anterógrado.

LITIASIS MÚLTIPLE DE GRAN TAMAÑO EN INJERTO RENAL, ¿ES LA CIRUGÍA RETROGRADA INTRARENAL UNA OPCIÓN VIABLE?

Cuellar Martín, L.A.; Martín Martín, S.; Torrecilla García-Ripoll, J.R.; Marfil Peña, C.; Natal Álvarez, F.; Herranz Arriero, A.; Sierrasesumaga Martín, N.; D Angelo, M.G.; Bedate Nuñez, M.; Ruano Mayo, A.; Conde Redondo, M.C.; Pascual Samaniego, M.; Alonso Villalba, A.J.; Pesquera Ortega, L.; Calvo Gonzalez, J.; Calleja Escudero, J.

Hospital Clínico Universitario de Valladolid

INTRODUCCIÓN: La litiasis urinaria en el riñón trasplantado es una complicación relativamente poco frecuente (1-2%) pero asociada a una elevada morbilidad, especialmente asociada a la inmunosupresión farmacológica de estos pacientes. Las estrategias terapéuticas son similares al riñón nativo, como la cirugía percutánea o retrógrada, pero de mayor dificultad técnica por sus diferencias anatómicas y un mayor riesgo de complicaciones.

OBJETIVO: Mostar la resolución quirúrgica de uropatía obstructiva en trasplante renal secundaria a múltiples litiasis renales por acceso retrógrado.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 85 años trasplantada renal desde hace 21 años secundaria a glomerulopatía no filiada. Se presenta al servicio de Urgencias por cuadro de 12h de evolución de dolor abdominal, las pruebas complementarias evidencian un deterioro de la función renal (creatinina 2,95mg/dl con previas de 0,9mg/dl) y ureterohidronefrosis del injerto grado III secundario a múltiples litiasis (5 de hasta 15mm). Se decide derivación urinaria urgente con catéter JJ. Es derivada a nuestro servicio para tratamiento definitivo de las litiasis. Debido a gran eventración post trasplante se opta por cirugía retrógrada intrarenal (RIRS) en vez de cirugía percutánea. La litotricia se realizó en dos tiempos. En la primera se utilizó ureterorreno semirrígido y posteriormente flexible desechable sobre vaina 10-12Ch, utilizando en la segunda solo el flexible. La litofragmentación se realizó con fibra láser Holmium de 273µm y extracción de fragmentos con cestilla N-gage®.

RESULTADOS: El tiempo quirúrgico del primer tiempo fue de 100 minutos, dejando JJ se seguridad hasta la realización del segundo tiempo, cuya duración fue de 60 minutos. La evolución postoperatoria fue favorable y sin incidencias, siendo dada de alta al 1º día postoperatorio en ambos procedimientos. Tras la retirada de catéter JJ final de seguridad, la paciente se encuentra asintomática y con funciones renales estables en torno a 1,03mg/dl. El análisis del cálculo renal fue de oxalato cálcico dihidrato 50% y monohidrato 50%. A los 1,5 meses postoperatorios se realiza TC de control en el que únicamente se evidencian litiasis milimétricas en cáliz inferior.

CONCLUSIONES: La cirugía endourológica retrógrada de la litiasis es una opción terapéutica factible en el trasplante renal, incluso con alta carga litiásica.

V-36

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

Ponferrada. 2022. 21 y 22 de Octubre de 2022

Presentación: Vídeo

MINI ECIRS EN LITIASIS RENAL MÚLTIPLE

Portilla Mediavilla, L; Sánchez Estébanez, E; González Martín, E; Aderghal Chikhaoui A; Manso Aparicio, M; Cepeda Delgado, M

Hospital Universitario Rio Hortega (Valladolid)

Introducción

La litiasis renal múltiple puede ser tratada con ureterorenoscopia flexible, sin embargo, en casos de alta carga pueden ser necesarios varios tiempos quirúrgicos para una resolución completa. La combinación de ureterorenoscopia y cirugía minipercutánea permite resolver los casos de alta carga litiásica en un solo tiempo quirúrgico.

Presentamos el vídeo de un caso de litiasis renal múltiple tratado con MiniECIRS.

Material y métodos

Mujer de 61 años con antecedentes de cólicos renales de repetición, que consulta por clínica de dolor lumbar derecho intermitente con función renal conservada. A la realización de TAC abdominal se objetivan litiasis renales múltiples en todos los grupos caliciales, bilaterales, en rango de composición hidroxapatita cálcica, que resultan altamente sugestivas de nefrocalcinosis.

Dada la alta carga litiásica se indica MiniECIRS. Se realiza un acceso con ureterorenoscopio flexible sin vaina de acceso ureteral y un acceso mini percutáneo 16 fr al cáliz inferior. Se utiliza cestilla 1.7fr y láser de 30 watios con doble pulso.

Resultados

Tiempo quirúrgico de 80 minutos, sin necesidad de colocación de nefrostomía ni catéter doble J. No existieron complicaciones intra ni postoperatorias, siendo la paciente dada de alta a las 24 horas, tras retirada de catéter ureteral y sonda vesical.

El análisis litiásico fue de apatita 40%, oxalato cálcico dihidrato 40%, oxalato cálcico monohidrato 20%. El estudio metabólico de la paciente está pendiente y el TAC de control al mes de la cirugía no objetivó restos significativos en la vía urinaria derecha.

Conclusión

La combinación de ureterorenoscopia flexible y cirugía minipercutánea permite la resolución completa de litiasis renales múltiples en un solo acto, manteniendo a la vez un abordaje mínimamente invasivo.

V-37

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

Ponferrada. 2022. 21 y 22 de Octubre de 2022

Presentación: Vídeo

Entrenamiento de Ureteroscopia flexible y litofragmentación láser en un modelo impreso en 3D de bajo coste.

Trelles Guzmán C.R.; Mainez Rodríguez J. A.; Oteo Manjavacas P.; Sánchez Rodríguez A.; Rodríguez Cruz I.; Prieto Nogal S.; Martín Hernández M.

Complejo Asistencial de Ávila. Hospital Universitario la Paz, Madrid.

Introducción:

La práctica en modelos experimentales mejora los resultados y acorta las curvas de aprendizaje de las técnicas quirúrgicas.

Este video presenta un modelo en plástico de bajo coste, impreso en 3D de la vía urinaria superior de un paciente real, para la docencia, la formación y entrenamiento en litofragmentación láser y ureteroscopia flexible.

Materiales y métodos:

Se elaboró un modelo impreso en 3D a partir de una tomografía axial computarizada de una vía urinaria superior (UROTAC). El modelo permite la entrada de un ureteroscopio flexible, es estanco para la entrada de solución salina, además de litofragmentar litiasis con láser Holmium.

Resultados:

El acceso con ureteroscopio flexible al modelo tridimensional permite la exploración de los cálices renales, de esta manera se adquiere destreza, manejo y orientación con el ureteroscopio flexible.

El modelo también permitió la utilización de contraste, escopia y litofragmentación con láser Holmium.

Conclusiones:

Damos a conocer un modelo tridimensional válido para ejercicios de formación en ureteroscopia flexible.

El aprendizaje quirúrgico en este modelo permitirá adquirir la destreza y la confianza necesaria para iniciar el procedimiento en un escenario real.

RESOLUCIÓN LAPAROSCOPICA TRAS ESTENOSIS URETERAL POR LITIASIS

Herranz A; Conde C; Castroviejo F; Martín S; Torrecilla JR; Natal F; Cuellar L; Sierrasesumaga N; Calleja J

*HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID***INTRODUCCIÓN:**

La incidencia de estenosis tras la ureteroscopia baja para el tratamiento de la litiasis es del 1 %, y del 2 % en las estenosis proximales. Esta aumenta hasta el 2-24 % si la litiasis está impactada. En la literatura se exponen 5 posibles soluciones de menor a mayor grado de agresividad. 1.- la dilatación con balón con una tasa de éxito del 57% si la estenosis es < 2 cm , y del 0% si es mayor, 2.- La endoureterectomía con láser con un éxito del 60-86%, 3.- el Stent ureteral crónico 94- 86%, 4.- Prótesis temporales como la prótesis memocath con un éxito del 64%, y finalmente un reimplante ureteral bien laparoscópico o robótico , con una tasa de éxito superior al 90 %. En este vídeo presentamos la resolución paso a paso de una estenosis ureteral en la que se han realizado escalonadamente las alternativas anteriormente reseñadas.

Material y métodos

Presentamos el caso de un paciente de 61 años que desarrolló una estenosis ureteral tras la resolución de una litiasis impactada.

A los cuatro meses presentó una estenosis de un cm a unos 7 cm del meato que se trató con dilatación endoscópica y la colocación de una prótesis memocath 051 de 10 cm en uréter sacro izquierdo sin asomar a vejiga, en la pielografía no se observa estenosis ni fuga por la prótesis. Tras retirar la prótesis a los tres meses, el paciente comienza con cólico nefrítico y uropatía obstructiva. Identificamos una estenosis ureteral de origen isquémico por debajo del cruce de los ilíacos.

Se determina hacer un reimplante ureteral laparoscópico tipo Linch Gregoire con vejiga psóica

Resultados:

El tiempo quirúrgico fue de 120 minutos

, No hubo pérdida hemática, el tiempo de ingreso fue de 48 horas y la resolución fue satisfactoria, observando un buen funcionamiento renal, sin dilatación postoperatorio ni reflujo

Conclusión:

El tratamiento de las litiasis ureterales no está exenta de complicaciones, debemos manejar las distintas alternativas quirúrgicas para solventar las estenosis secundarias a la impactación de las litiasis

Apendicovesicostomía laparoscópica según técnica de Mitrofanoff: Una alternativa a la uretra en pacientes adultos complejos

Roberto Martínez Rodríguez; Cristina Gutierrez Ruiz; Leire Portilla Mediavilla; Estefania Sanchez; Enrique Gonzalez; Marcos Cepeda Delgado

Hospital Universitario Rio Hortega

Introducción y Objetivos:

El principio de Mitrofanoff se describió originalmente en población pediátrica como un método para proporcionar un acceso alternativo a la vejiga. Mediante esta técnica creamos un conducto a la vejiga a través del cual los pacientes con una uretra sensible, ausente o traumatizada pueden realizar un cateterismo intermitente limpio (CIL) fácilmente. Relatamos nuestra experiencia con abordaje laparoscópico completo en una paciente adulta con malformación urogenital compleja y múltiples cirugías previas.

Material y métodos

Paciente mujer de 39 años nacida con seno urogenital más atresia anorrectal y útero bicorne con varias cirugías reconstructivas durante el período neonatal e infantil. Previo a la cirugía, la paciente realizaba varios CIL por día con dificultad creciente, dolor y uretrorragia. La paciente presentaba incontinencia por rebosamiento debido a una evacuación ineficaz del residuo por dificultad para el autosondaje por vía uretral. Mediante urodinamia se confirmó una vejiga de bajas presiones por la urodinámica, lo que excluyó la necesidad de asociar una ampliación vesical. La resonancia magnética pélvica mostró una morfología atípica de la vejiga tras cirugías previas y una imagen quística en la fosa ilíaca derecha secundaria a un quiste anexial sin visualizar el complejo esfinteriano anal.

Resultados

Se realizó un abordaje transperitoneal con 5 puertos: 2 puertos laparoscópicos de 10 mm y 3 de puertos de 5 mm. El puerto de la cámara de 10 mm se colocó a través del ombligo y el resto en la línea media y lateral hasta el borde del músculo recto abdominal. Tras la liberación de varias adherencias abdominales, encontramos el apéndice y el hemicolon derecho desplazados medial y cranealmente. El apéndice fue disecado preservando su vascularización y ligando la base apendicular. Medimos la longitud apendicular para asegurarnos que era adecuada para alcanzar la pared abdominal anterior. Tras rellenar la vejiga con suero fisiológico, se realizó una incisión seromuscular vertical de 3 cm en la pared posterior derecha de la vejiga hasta la mucosa. Posteriormente se procedió a realizar la anastomosis apendicovesical y se cerró la capa seromuscular tunelizando el apéndice. Se comprueba estanqueidad de la anastomosis mediante llenado vesical. Tras comprobar la ausencia de tensión ni torsión sobre el mesenterio apendicular, llevamos el apéndice hasta la pared abdominal creando un estoma cateterizable dejando un catéter de 8 Fr hasta vejiga. El tiempo quirúrgico fue de 300 minutos y la pérdida sanguínea estimada fue de 120 cc. La paciente fue dado de alta al octavo día postoperatorio.

Conclusiones:

La apendicovesicostomía laparoscópica pura según Mitrofanoff es factible en pacientes adultos incluso tras cirugías complejas. La técnica se asocia con resultado óptimo, una recuperación temprana y una buena cosmesis. La principal desventaja es el largo tiempo quirúrgico debido a los desafíos anatómicos.

REIMPLANTACIÓN URETERAL ROBÓTICA DE INJERTO RENAL.

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

Hospital Universitario de Salamanca

Introducción: La reimplantación ureteral robótica ha emergido en los últimos años como procedimiento de resolución de las estenosis ureterales independientemente de la etiología de estas frente al clásico abordaje abierto y el endoscópico.

Material y métodos: Paciente varón de 73 años trasplantado renal de donante cadáver con desarrollo de ureterohidronefrosis al mes de la retirada de catéter doble J con necesidad de colocación de nefrostomía percutánea. Tras realización de pielografía anterograda se objetiva estenosis del ureter distal. Cuenta con antecedente quirúrgico abdominal de hemicolecotomía izquierda.

Resultados: Bajo anestesia general y en posición de Trendelenburg se realiza reimplante ureteral robótico. Colocación de los trócares robóticos de 8 mm en línea, supraumbilical hacia ambos flancos. Acceso transperitoneal a espacio de Retzius se identifica estructura sugerente de uréter que se libera, se inyecta a través de nefrostomía percutánea y de forma endoluminal verde de indocianina confirmando estructura ureteral e identificando stop a nivel ureteral distal coincidente con anastomosis ureterovesical. Liberación de uréter hasta pelvis renal. Tras corte y liberación de zona estenótica se realiza reimplante a puntos sueltos con sutura multifilamento con tutorización del uréter con catéter doble JJ. Tiempo quirúrgico 180 min, sangrado 10 mL. Estancia hospitalaria postquirúrgica de 5 días con movilización precoz y mínimos requerimientos de analgesia grado I, sin complicaciones precoces según la escala de Clavien Dindo y con función renal normal al alta.

Conclusiones : El abordaje robótico transperitoneal facilita la resolución de la estenosis del injerto, haciendo fácil lo difícil. El verde de indocianina facilita la identificación de la zona estenótica preservando el uréter normofuncionante. La reimplantación robótica reduce tiempo quirúrgico y reduce el dolor postquirúrgico.

Palabras clave : reimplante ureteral, indocianina, trasplante.

URETEROLISIS E INTRAPERITONIZACIÓN URETERAL DERECHA LAPAROSCÓPICA POR FIBROSIS RETROPERITONEAL IDIOPÁTICA.

Sánchez Rodríguez A.; Oteo Manjavacas P.; Grinard de León E.A.; Polo López C.A.; López Sierra A.; Trelles Guzman C.R.; Rodríguez Cruz I.; Prieto Nogal S.B.; Gómez Tejada L.M.; Martín Hernández M.

Complejo Asistencial de Ávila

Introducción

La fibrosis retroperitoneal idiopática (FRPI) o enfermedad de Ormond es una causa rara de compresión ureteral extrínseca, representando, un reto terapéutico por la falta de estandarización de tratamiento médico, requiriendo alternativas quirúrgicas como solución curativa.

Material y Métodos

Presentamos un varón de 57 años con diagnóstico de hidronefrosis derecha grado II secundario a FRPI como diagnóstico anatomopatológico al que se le realiza una derivación de la vía urinaria mediante catéter doble j, y tratamiento conservador con inmunosupresión y corticoterapia. La presentación de diabetes esteroidea como complicación unido a la edad del paciente derivan en la necesidad de intervención quirúrgica.

Resultados

Presentamos detalladamente la técnica quirúrgica elegida para el abordaje del atrapamiento ureteral que ocasionaba la extensa placa fibrótica previa realización de cistoscopia y uretropielografía retrógrada. Se muestra la dificultad del manejo de los tejidos por la intensa fibrosis, otorgando una complejidad añadida al abordaje laparoscópico. El tiempo quirúrgico fue de 210 minutos. La cirugía ocurrió sin incidencias, procediendo al alta hospitalaria a las 48 horas. Ocho meses tras la intervención, el paciente se encuentra asintomático, con disminución del grado de hidronefrosis en TC de control, y disminución del tiempo de demora de excreción de contraste en urografía intravenosa.

Conclusión

Ante compresión ureteral de carácter extrínseco, hay que destacar la importancia de comprobación formal anatomopatológica para descartar origen maligno previo al abordaje quirúrgico. La ureterolisis e intraperitonización ureteral laparoscópica es una alternativa quirúrgica exigente que proporciona evidentes ventajas propias a la cirugía mínimamente invasiva y que puede dar buenos resultados, pero que obliga a un seguimiento estrecho por la posibilidad de recidivas a largo plazo.