

V01) CIRUGIA INTRARRENAL ENDOSCOPICA COMBINADA (ECIRS) EN POSICION PRONO

Aguila, F.(1); Marchant, F.(2); Barahona, J.(1); Vega, A.(2); Gallegos, I.(2); Narvaez, M.(2); Ruiz, J.(3);

(1): Complejo Hospitalario San José, Santiago, Chile (2): Servicio de Urología, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile (3): Servicio de Urología, Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: Las técnicas endourológicas actuales permite lograr cirugías más efectivas y seguras en pacientes con litiasis renales. La realización de cirugías endoscópicas combinadas, con acceso renal percutáneo y endoscópico retrogrado permiten una mejor exploración calciliar, disminuir tamaño y número de trayectos percutáneos, así como asegurar un mejor estatus libre de cálculos. En este video queremos exponer nuestra reciente experiencia y técnica en realizar cirugía intrarrenal endoscópica combinada (ECIRS, por sus siglas en ingles) en posición prono en litiasis coraliforme.

MATERIALES Y MÉTODOS: En este video presentamos la técnica ECIRS en posición prono. Se inicia con el paciente en posición de litotomía, donde se realiza la exploración endoscópica retrograda del uréter e instalación de vaina ureteral. Posteriormente el paciente cambia a posición prono, para lograr un acceso percutáneo guiado endoscópicamente, con la posterior exploración, fragmentación y extracción de litiasis mediante técnicas endoscópicas combinadas.

RESULTADOS: Nuestro grupo ha realizado 8 ECIRS en prono. El tiempo quirúrgico promedio fue de 155 minutos, con un promedio de 3 días de hospitalización, área de litiasis promedio de 565 mm², acceso renal percutáneo único en todas las cirugías, sin complicaciones inmediatas ni tardías. Se realizo tomografía computarizada sin contraste a las 12 horas postoperatorias. 1 paciente con litiasis residual significativa.

CONCLUSIÓN: La realización de ECIRS en posición prono es posible y segura, con resultados y complicaciones comparable con la técnica estandar.

V02) CANCER VESICAL ALTO GRADO RECIDIVADO NO MUSCULO INVASOR EN PACIENTE CON DOBLE SISTEMA PIELOCALICIAR COMPLETO. PRESENTACION DE UN CASO Y OPCION TERAPEUTICA

Castro Henriquez, E.(1); Vergara, G.(2); Landerer, E.(2); Telayna, F.(2);

(1): Hospital Felix Bulnes, Santiago, Chile (2): Hospital Felix Bulnes, Santiago,

INTRODUCCIÓN: La duplicación completa o incompleta del uréter es una de las malformaciones congénitas más comunes del tracto urinario. En adultos la incidencia es de 0,8 % , es más frecuente en mujeres, en una proporción de 2:1, siendo la duplicación unilateral unas seis veces más frecuente que la bilateral. Puede tener un origen genético y ser heredada de forma autosómica dominante con penetrancia incompleta. (1)

La duplicidad completa es menos común que la incompleta. Las patologías más frecuentes asociadas son: ureterocele, uréter ectópico, reflujo vesicoureteral (RVU) y obstrucción pieloureteral (OPU). El tratamiento quirúrgico varía según las patologías asociadas y la función renal. A su vez, Las neoplasias uroteliales del riñón y uréter (tracto urinario alto) son poco comunes, sumando aproximadamente el 5 % de todos los tumores epiteliales del tracto urinario. Los tumores uroteliales del sistema pielocalicial suman del 4 al 15 % de las neoplasias uroteliales primarias de riñón en Estados Unidos, con una incidencia de 1-2 casos por 100,000 habitantes en países occidentalizados. La presentación bilateral es rara, con incidencia entre el 1 al 5 % , y en el 1 al 3 % se presentan de forma metacrónica.

Son más comunes en hombres, con pico de presentación entre la sexta y séptima décadas de la vida, con edad media al diagnóstico de 65 años, y parece afectar más a la raza blanca, sin encontrar predilección por algún lado específico.

Presentamos el caso de un paciente hombre de 69 años con diagnóstico conocido de cáncer vesical con biopsia "carcinoma urotelial de alto grado no invasor" con 4 RTU previas más tratamiento con BCG (suspendido por BCGitis). A su vez, presentaba también un doble sistema pielocalicial completo unilateral. Se presenta este video en donde se muestra la resolución quirúrgica del caso realizándose una ureterectomía del uréter distal asociado a una cistectomía parcial de la zona de implantación y una uretero-uretero anastomosis con neoinplante del uréter ectópico.

V03) USO DE DIAGNÓSTICO FOTODINÁMICO CON LUZ AZUL DURANTE RESECCIÓN TRANSURETRAL DE CÁNCERES VESICALES: PRIMEROS 2 CASOS EN LATINOAMÉRICA

Ledezma, R.(1); Marchant, F.(1); Vega, A.(1); Vilches, R.(1); Mercado, A.(1); Valdevenito, R.(1); Olmedo, T.(1);

(1): Universidad de Chile, Santiago, Chile

INTRODUCCION: La luz blanca es el estándar de iluminación tanto durante la cistoscopia diagnóstica como en la resección transuretral (RTU) del cáncer de vejiga (CV). La tecnología de diagnóstico fotodinámico (DFD) que utiliza luz azul en conjunto con ácido hexaminolevulínico (AHL) ha demostrado mejorar la capacidad de detección y resección de CV durante la RTU, lo cual se ha asociado a mejor sobrevida libre recurrencia en estudios randomizados. El objetivo de este video es presentar los aspectos técnicos del DFD (Hexvix®) y mostrar su utilidad durante la RTU de CV.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se registraron 2 cirugías de RTU en pacientes con diagnóstico de CV. El Hexvix® se preparó siguiendo las recomendaciones del fabricante y se administró intravesicalmente 1 hora antes de la cirugía usando un catéter Nelaton. Se utilizó el equipamiento de DFD de Karl Storz D-Light que incluye una cámara Tricam de alta definición con filtro de luz azul, una fuente de luz especial para DFD y una óptica de DFD. Durante el procedimiento, la luz azul se activa a través de un pedal para provocar fluorescencia de las células tumorales que han incorporado Hexvix®, emitiendo un color rosado. Para el uso de Hexvix® en estas cirugías se obtuvo autorización en el Instituto de Salud Pública (ISP) y de las autoridades locales de nuestra institución.

RESULTADOS: Los 2 procedimientos se completaron exitosamente. La histopatología del primer paciente informó un carcinoma urotelial de alto grado estadio T1. Su RTU de revisión descartó recidivas y se derivó a inmunoterapia con BCG. En el segundo paciente, la histopatología confirmó carcinoma in situ en áreas que parecían sospechosas bajo luz azul. Su tumor principal presentó invasión del detrusor y se sometió a una Cistoprostatectomía radical con conducto ileal.

CONCLUSIONES: Esta primera experiencia con luz azul en Latinoamérica nos ha permitido aprender el uso de la tecnología de DFD y verificar que puede ser fácilmente incorporada en la práctica urológica para el manejo de CV.

V04) MANEJO ENDOSCÓPICO DE PÓLIPO FIBROEPITELIAL DEL URÉTER

Astroza, G.(1); Cartes, J.(1); Neira, R.(1); Saez, G.(1);

(1): Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: Los pólipos fibroepiteliales del uréter son tumores benignos primarios no epiteliales poco frecuentes de encontrar en la práctica clínica. Se presentan más frecuentemente en hombres jóvenes y en el uréter izquierdo. No está descrito recurrencia posterior a la resección, por lo que los pacientes presentan un buen pronóstico. Dentro de las opciones de tratamiento está el manejo percutáneo y el manejo endoscópico, el cuál está siendo utilizado cada vez con mayor frecuencia.

OBJETIVO: Se presenta el video del caso clínico y manejo mediante resección endoscópica de pólipo fibroepitelial ureteral en paciente embarazada.

DESCRIPCIÓN Y CONTENIDO DEL VIDEO: Se describe el caso clínico de una paciente de 24 años, antecedentes de G2P1A0, cursando con embarazo de 26 semanas que se presenta en urología secundario a hematuria y dolor lumbar. En ecografía pelviana se observa tumor vesical, por lo que se complementa estudio con cistoscopia que evidencia tumor ureteral derecho que protruye por meato ureteral. RNM concluye lesión intravesical en ostium ureteral derecho con aparente extensión a lumen distal del uréter. Por persistencia de dolor lumbar sordo y hallazgos descritos se ofrece tratamiento mediante resección por vía endoscópica con láser Ho:YAG de pólipo fibroepitelial del uréter. Se inserta cistoscopia observando lesión polipoidea que protruye por meato ureteral derecho, se asciende guía hidrofílica y posteriormente ureteroscopia semirrígida, observando base pediculada a aproximadamente 6 centímetros del meato ureteral. Se realiza sección de la base con fibra laser, y posterior hemostasia del lecho quirúrgico. Se extrae pieza quirúrgica con pinza. Se explora hacia proximal, sin lesiones y se asciende catéter doble J 26x6 por 7 días. Anatomía patológica concluye hallazgos morfológicos compatibles con pólipo fibroepitelial del uréter.

CONCLUSIONES: El abordaje endoscópico del pólipo fibroepitelial del uréter es una opción de tratamiento segura y efectiva con complicaciones mínimas y buenos resultados, incluso en caso de tumores grandes. Se presenta el caso clínico de una paciente embarazada con pólipo fibroepitelial ureteral tratado mediante resección endoscópica. Paciente presenta evolución clínica favorable, sin complicaciones a la fecha.

V05) INSTALACIÓN DE ESFÍNTER ARTIFICIAL DE DOS COMPONENTES MÁS PRÓTESIS DE PENE MALEABLE POR ACCESO PERINEAL – TÉCNICA QUIRÚRGICA

Marconi, M.(1); Palma, C.(2); Saez, G.(3); Troncoso, P.(3); Neira, R.(3);

(1): Unidad de Andrología, Depto. de Urología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile (2): Depto. Urología Clínica Las Condes, Servicio de Urología Hosp. Clínico Univ. de Chile, Santiago, Chile (3): Depto. de Urología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: Clásicamente, la instalación sincronizada de una prótesis de pene maleable más un esfínter artificial requiere dos abordajes quirúrgicos diferentes uno vía peno-escrotal o subcoronal y otro perineal para el esfínter.

OBJETIVO: describir un abordaje quirúrgico perineal único para la instalación de un esfínter artificial de dos componentes pre-llenado (Zephyr ZSI375) y una prótesis de pene maleable (Zephyr ZSI100).

PACIENTES Y MÉTODO: paciente de 66 años con antecedentes de Prostatectomía Radical más linfa-adenectomía operado en Marzo de 2015, biopsia pT3a N0 M0 Gleason 7. Evolucionó con IOE leve post cirugía (1 paño al día) y DE con mala respuesta a iPD5. Con APE indetectable post operado que se eleva hasta 0.1 ng/ml a los 14 meses de operado. Se realizó radioterapia de rescate al lecho con, evolucionando con APE indetectable, DE severa que no responde a iPD5 e IOE severa (4 paños/día). Se realizó estudio urodinámico que informó detrusor estable, IOE y cistoscopia donde se apreciaba incompetencia esfinteriana sin estenosis uretral. En noviembre de 2017 se realizó instalación de esfínter artificial pre-llenado + prótesis de pene maleable a través de incisión perineal. Se accede y libera esponjoso instalando manguito de esfínter artificial, calibrando in situ y luego colocando bomba en saco escrotal. A través de la misma incisión se accede a la porción más proximal de los cuerpos cavernosos, realizando corporotomía, posterior dilatación hasta el glande e instalación de prótesis maleable.

RESULTADOS: el tiempo operatorio de 70 minutos, sangrado menor de 100 ml, sin complicaciones en el intraoperatorio. Se dejó sonda Foley que se retiró al día siguiente y esfínter se dejó desactivado por 6 semanas. No se registraron complicaciones en el post operatorio y a las 6 semanas de activo el esfínter sin dificultad. Actualmente el paciente está continente, usando un paño de protección al día y con actividad sexual regular.

CONCLUSIÓN: la instalación sincrónica de un esfínter artificial pre-llenado y una prótesis de pene maleable es factible a través de un abordaje perineal, disminuyendo el tiempo operatorio y la necesidad de incisiones suplementarias para la instalación de la prótesis de pene.

V06) GLANULOPEXIA PARA REPARACION DEL SINDROME DE CONCORDE POST INSTALACION DE PROTEIS DE PENE— DESCRIPCIÓN DE TÉCNICA QUIRÚRGICA

Bernal, J.(1); Marconi, M.(2); Valderrama, R.(1); Saez, G.(3); Neira, R.(4);

(1): Servicio de Urología Hospital Sotero del Rio, Santiago, Chile (2): Unidad de Andrología, Depto. de Urología, Pontificia Universidad Católica, Santiago, Chile (3): Depto. de Urología, Pontificia Universidad Católica, Santiago, Chile (4): Depto. de Urología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: el síndrome del glande inestable o Sd. de Concorde afecta a un bajo de numero de pacientes post instalacion de protesis de pene. Las causas que lo explican son tres: atrofia de los cavernosos por un largo periodo de disfuncion erectil completa, protesis que quedo corta al momento de colocarla y cross-over de los cilindros de la protesis a distal. Si la protesis quedo corta o hay un cross-over se debe reparar realianzando un reposicionamiento de los cilindros a traves de una cavernotomia. Sin embargo, si esa no es la situacion el síndrome del glande inestable se puede reparar de manera sencilla utilizando una pexia del mismo a traves de una incision dorsal en el surco balano prepuccial.

OBJETIVO: describir la tecnica quirúrgica de glanulo-pexia en un paciente con síndrome del glande inestable.

PACIENTES Y MÉTODO: paciente de 54 años con antecedentes de DM tipo 2, HTA, DE severa e instalacion de protesis de pene maleable hace 20 meses. Durante la cirugia de protesis no se registraron incidentes, instalandose una prótesis de 9,5 mm de diámetro con un largo total de 18,5 centímetros, logrando una buena dilation de los cavernosos a distal y quedando conformes al momento de finalizar la cirugia. Paciente evolcuiona en el post operado sin complicaciones infecciosas pero al cabo de 3 meses se hace evidente un síndrome del glande inestable que le dificulta la penetracion.

RESULTADOS: bajo anestesia espinal se realiza una incision de 2.5 cm en la zona dorsal del pene a la altura del surco balano prepuccial. Se accede al plano bajo la fascia de Buck respetando a nivel central las estructuras del complejo dorsal. Se disecan dos espacios hacia la profundidad del glande a distal. Se colocan dos puntos de monocryl 3.0 que traccionan el glande hacia dorsal, fijando los puntos en la tunica albuginea lateral al complejo dorsal. Cirugia ambulatoria, duracion 30 minutos, sin complicaciones.

CONCLUSIÓN: la glanulopexia es una tecnica rapida y sencilla paras solucionar los casos de síndrome del glande inestable o flacido post instalacion de protesis de pene.

V07) TRATAMIENTO PERCUTÁNEO DE LITIASIS RENAL UTILIZANDO EQUIPO MINIPERC (MINIATURE NEPHROSCOPE, RICHARD WOLF®). EXPERIENCIA INICIAL

Salvador, J.(1); Román, C.(1); Pfeifer, J.(1); Sanchez, R.(1); Velasco, A.(1); Kompatzki, Á.(2); Cabello, R.(2); Moreno, S.(2); Cabello, J.(1); Olivares, R.(1);

(1): Clínica Santa María, Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile (2): Clínica Santa María, Santiago, Chile

RESUMEN: Con el objeto de mantener los excelentes resultados de la cirugía percutánea convencional y disminuir las complicaciones asociados a esta, ha surgido el desarrollo de una serie de nefroscopios de menor calibre (< a 24 Fr). El objetivo del presente video es mostrar la experiencia inicial de nuestro centro con esta técnica.

Se presenta el caso clínico de un paciente de género masculino, 53 años de edad, sin antecedentes mórbidos de importancia, quién en contexto de dolor lumbar izquierdo asociado a hematuria, se realiza estudio con PielotAC que demuestra la presencia de una litiasis piélica izquierda de 2,3 x 2,1 cm de diámetro mayor, con 1100 UH e hidronefrosis moderada asociada. Se decide resolución por vía percutánea utilizando equipo Miniperc 16,5 Fr (Richard Wolf). Para el acceso se realiza punción ecoguiada apoyada por fluoroscopia. La técnica se realiza en posición supina (Valdivia modificado) con técnica de dilatación "one shot". Para fragmentación se utiliza equipo láser de Holmio con fibra de 500 micras. Se realiza extracción de fragmentos utilizando "efecto de vacío". Una vez extraída toda la litiasis se decide instalación de catéter doble J por vía anterógrada, sin necesidad de instalación de nefrostomía. El tiempo total de cirugía fue de 60 minutos, con 100 segundos de radioscopia. Los exámenes de control a las 24 horas resultaron normales, siendo el paciente dado de alta hospitalaria a las 36 hrs del postoperatorio. Evoluciona sin complicaciones tardías y en control a los 30 días se confirma composición de litiasis de fosfato de calcio a la espectroscopia y PielotAC de control evidencia 2 pequeños fragmentos (<2mm) residuales. Este caso constituye nuestra primera experiencia con el uso de este dispositivo, se confirma lo descrito en la literatura respecto a una estadía hospitalaria menor. Queda aún por definir el mejor escenario clínico para su indicación.

V08) HOLEP: ENUCLEACIÓN EN BLOQUE

Dominguez, J.(1); Gallegos, H.(1); Rojas Ruz, P.(1);

(1): UC, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: La enucleación con láser Holmium de la Próstata (HoLEP) ha demostrado beneficios por sobre la cirugía abierta, incluyendo, entre otros, menor estadía hospitalaria y menor sangrado, con resultados similares a otras alternativas endoscópicas y abiertas. Con el fin de disminuir el tiempo operatorio y la curva de aprendizaje, se ha descrito la enucleación en bloque de la próstata utilizando el láser Holmium.

MATERIALES Y MÉTODOS: Presentamos el caso de un paciente con hiperplasia prostática benigna (HPB) sometido a enucleación en bloque de la próstata con láser Holmium, realizando una única incisión a las 5 horario desde el cuello hasta el ápex y luego separando adenoma de la cápsula hasta completar la enucleación en 360 grados.

RESULTADOS: Paciente de 69 años, sin antecedentes mórbidos, con historia de uropatía obstructiva baja de al menos 2 años de evolución y usuario de sonda Foley a permanencia por retención aguda de orina a repetición. Volumen próstata 190 cc por resonancia magnética. Se realiza enucleación en bloque en 1 hora, con morcelación en 20 minutos. Sangrado estimado 150 cc. Procedimiento sin incidentes. Paciente evoluciona favorablemente y es dado de alta al tercer día posoperatorio sin sonda. Biopsia informa 107 gr resecaos con hiperplasia.

CONCLUSIONES: La enucleación en bloque de la próstata con láser de Holmium es una alternativa factible de realizar como tratamiento para la HPB, con beneficios para el paciente respecto a disminución del tiempo operatorio.

V09) ABORDAJE LAPAROSCOPICO EN EL MANEJO DE LA FISTULA COLOVESICAL SECUNDARIA A ENFERMEDAD DIVERTICULAR COMPLICADA

Ortega, E.(1); Petros, A.(1); Alabat, A.(1); Arribas, D.(1); Rodriguez, A.(1); Van Cauwelaert, R.(1); Castillo, O.(1);

(1): Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA. Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: La enfermedad diverticular complicada es la causa más común de fístula colovesical (FCV), representando aproximadamente el 65-79 % de todos los casos. La laparatomía con exéresis del trayecto fistuloso, sutura vesical y resección del segmento colónico afectado es el procedimiento realizado con más frecuencia. El abordaje laparoscópico ha reportado una disminución en la morbilidad y complicaciones con respecto al abordaje tradicional. Nuestro objetivo es presentar nuestra técnica quirúrgica con abordaje mínimamente invasivo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos un paciente masculino de 40 años de edad, portador de enfermedad diverticular sigmoidea. Consulta por presentar cuadro clínico de dos semanas de evolución, caracterizado por malestar general, dolor en hipogastrio, síntomas irritativos vesicales y neumaturia. En tomografía computada de abdomen y pelvis se evidencia imagen con caracteres de FCV, asociado a engrosamiento de la pared colovesical. Se decide realización de cistectomía parcial con sigmoidectomía laparoscópica.

RESULTADOS: En posición de litotomía se realiza cistoscopia para identificar localización de la fístula y se cateteriza uréter izquierdo para identificación durante la cirugía. Se libera adherencias inflamatorias de sigmoideas a la vejiga identificando zona comprometida con la fístula. Se libera el colon de la vejiga identificando uréter izquierdo y se procede a resección de pared vesical comprometida por la fístula quedando este segmento adherido al sigmoideas. Se realiza cistografía en 2 planos. Luego el equipo de cirugía colo-rectal procede a la resección sigmoidea con sutura mecánica término-terminal.

RESULTADOS: El tiempo quirúrgico fue de 200 minutos, sin complicaciones perioperatorias. El paciente reinicia alimentación a las 12 horas, y es dado de alta al 4º día. La sonda vesical se retiró al 10º día.

CONCLUSIÓN: El abordaje laparoscópico es una alternativa reproducible para la resolución de la FCV secundaria a enfermedad diverticular complicada.

V10) RECONSTRUCCION DE ANASTOMOSIS OBLITERADA POST PROSTATECTOMIA RADICAL, MEDIANTE URETROPLASTÍA TERMINO-TERMINAL BULBO-VESICAL POR VIA PERINEAL

Baeza, C.(1); Gomez, R.(1); Campos, R.(1); Velarde, L.(1); Belinky, J.(2);

(1): Hospital del Trabajador, Santiago, Chile (2): Servicio de Urología de Sanatorio Güemes, Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCIÓN: La estenosis de la anastomosis vesico-uretral post prostatectomía radical es una temida y compleja complicación. Habitualmente es posible resolverla en forma endoscópica, pero cuando falla por estenosis recurrente está indicada la reconstrucción abierta. Se trata de cirugía técnicamente desafiante, que requiere experiencia y detallado conocimiento de la anatomía perineal.

MATERIALES Y MÉTODOS: Paciente de 69 años, portador de cistotomía por obliteración de la unión vesicouretral luego de prostatectomía radical retropúbica, con dos intentos endoscópicos fallidos de reparación. La uretrocistografía miccional muestra obliteración de la uretra posterior a ras del esfínter externo. Debido a la localización de la lesión se decide abordaje perineal, asumiendo un alto riesgo de incontinencia postquirúrgica, presupuestando la eventual colocación diferida de un esfínter urinario artificial (EUA). Se expone la uretra bulbar separándola de los cuerpos cavernosos; luego se abre la membrana perineal y se separan las cruras en la línea media, rechazando y preservando dorsalmente ambas arterias bulbares sin desprender el cuerpo perineal. Se divide la unión bulbomembranosa y se realiza pubectomía inferior para obtener adecuada exposición, lo que permite una completa extracción de toda la fibrosis y lograr una boca anastomótica vesical de calibre 30F y de bordes sanos. Se moviliza y espatula la uretra bulbar distal, efectuando una anastomosis terminoterminal bulbo-vesical, mucosa a mucosa y sin tensión sobre sonda Foley uretrovesical 16F de silicona. Se deja drenaje aspirativo.

RESULTADOS: En el postoperatorio inmediato se observa filtración contenida de la anastomosis y un hematoma escrotal limitado, que son manejados conservadoramente manteniendo el drenaje in situ. A los 28 días se realiza pericaterografía que no muestra extravasación, por lo que se retira la sonda uretral. A 12 meses de seguimiento, el paciente está libre de síntomas urinarios obstructivos, tiene incontinencia moderada y aguarda la colocación de un EUA.

CONCLUSIÓN: La reconstrucción de estenosis vesicouretral mediante anastomosis bulbovesical perineal es factible y eficaz para recuperar la micción por uretra. Sin embargo se trata de cirugía de gran complejidad que debe efectuarse en centros de referencia experimentados. Debido al alto riesgo de incontinencia postoperatoria el plan quirúrgico debe incluir la colocación eventual de un EUA.

V11) RESECCION LAPAROSCOPICA DE GANGLIONEUROMA RETROPERITONEAL CON DUPLICACION DE VENA CAVA INFERIOR

Bassa, C.(1); Domínguez, J.(1);

(1): Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: El ganglioneuroma retroperitoneal es un tumor muy infrecuente, correspondiente al 0,7-1,5 % de las masas retroperitoneales. Se presenta preferentemente en mujeres antes de los 20 años. Aunque es de naturaleza benigna, puede provocar síntomas por efecto de masa. La diferenciación del neuroblastoma, su contraparte maligna, sólo puede realizarse por análisis histo-patológico.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se expone video detallando el caso clínico, imágenes pre operatorias y la cirugía laparoscópica de una paciente de 16 años que en marzo de 2017 presenta abdomen agudo que se estudia con tomografía computarizada (TC) de abdomen y pelvis que informa apendicitis aguda y tumor retroperitoneal de dimensiones 11 x 5 x 4 cm, el cual se encuentra íntimamente relacionado con una vena cava duplicada y la vena renal derecha. Biopsia percutánea informa ganglioneuroma. Paciente evoluciona con sensación de masa y discreto crecimiento tumoral en TC de control en mayo de 2018. Evaluada en conjunto con padres, se decide resección por vía laparoscópica.

RESULTADOS: La cirugía se desarrolla sin incidentes y la paciente evoluciona favorablemente, con estadía hospitalaria de 3 días. La biopsia corrobora ganglioneuroma sin elementos de malignidad.

CONCLUSIONES: Se presenta caso de ganglioneuroma retroperitoneal diagnosticado incidentalmente, asociado a vena cava inferior duplicada y desplazamiento de esta. La resección se completa por vía laparoscópica sin incidentes y la paciente evoluciona favorablemente.

V12) ANASTOMOSIS URETEROVESICAL TIPO LICH-GREGOIR ASISTIDA POR ROBOT: DESCRIPCION DE LA TECNICA PASO A PASO

Diaz M, J.(1); Altamirano, J.(1); Vidal, A.(1); Sandoval, C.(1); Recabal, P.(1); Gonzalez, F.(1);

(1): FALP, Santiago, Chile

INTRODUCCION: La cirugía reconstructiva ureteral requiere una exposición adecuada de la lesión ureteral y da como resultado incisiones abdominales grandes. La asistencia de robot permite la realización de cirugía reconstructiva ureteral compleja a través de pequeñas incisiones.

MATERIAL Y METODO: Presentamos el video de un caso de reparación de uréter distal izquierdo con técnica de lich-gregoir con asistencia robótica. Paciente de 58 años con antecedente de cáncer de vejiga no músculo invasor tratado con RTU vesical e inducción con BCG. Evoluciona con fibrosis del meato ureteral con hidroureteronefrosis secundaria, sin evidencia de recidiva. Se planifica neoinplante ureteral con asistencia de robot. Paciente en decúbito supino. Se instalan 4 trocares robóticos y 1 trocar auxiliar de 12mm. Se realiza neoinplante ureteral izquierdo con técnica de lich gregoir.

RESULTADOS: El tiempo operatorio fue de 70 minutos, sangrado estimado menor de 50 cc. El paciente es dado de alta al día siguiente sin complicaciones. Se retira la sonda Foley a los 7 días y catéter doble J a las 4 semanas.

CONCLUSIONES: La cirugía reconstructiva es posible por abordaje laparoscópico asistido por robot, facilitando la reconstrucción y permitiendo reparaciones complejas en la vía urinaria.

V13) REPARACION URETEROVESICAL CON FLAP DE BOARI ASISTIDO POR ROBOT: DESCRIPCION DE LA TECNICA PASO A PASO

Diaz, J.(1); Altamirano, J.(1); Vidal, A.(1); Sandoval, C.(1); Recabal, P.(1); Gonzalez, F.(1);

(1): FALP, SANTIAGO, CHILE

INTRODUCCION: La cirugía reconstructiva ureteral requiere una exposición adecuada de la lesión ureteral y da como resultado incisiones abdominales grandes. La asistencia de robot permite la realización de cirugía reconstructiva ureteral compleja a través de pequeñas incisiones.

MATERIAL Y METODO: Presentamos el video de un caso de reparación de uréter con flap de boari con asistencia robótica. Paciente de 53 años con antecedente de cirugía abierta por lesión anexial con lesión ureteral intraoperatoria reparada en forma primaria. Evoluciona con hidroureteronefrosis derecha severa secundaria a estenosis ureteral. Se planifica neoinplante ureteral con flap de Boari con asistencia de robot. Paciente en decúbito supino. Se instalan 4 trocares robóticos y 1 trocar auxiliar de 12mm. Se realiza neoinplante ureteral derecho con flap de boari.

RESULTADOS: El tiempo operatorio fue de 150 minutos, sangrado estimado menor de 50 cc. La paciente es dada de alta al día siguiente sin complicaciones. Se retira la sonda Foley a los 7 días y catéter doble J a las 4 semanas.

CONCLUSIONES: La cirugía reconstructiva es posible por abordaje laparoscópico asistido por robot, facilitando la reconstrucción y permitiendo reparaciones complejas en la vía urinaria. El flap de Boari es una buena alternativa cuando se requiere reemplazar un segmento largo de uréter dañado y así lograr una anastomosis sin tensión.

V14) REPARACION DE FISTULA VESICOVAGINAL UTILIZANDO FLAP PERITONEAL ASISTIDA POR ROBOT: DESCRIPCION DE LA TECNICA PASO A PASO

Diaz M, J.(1); Altamirano, J.(1); Vidal, A.(1); Sandoval, C.(1); Recabal, P.(1); Gonzalez, F.(1);

(1): FALP, Santiago, Chile

INTRODUCCION: La fistula vesico vaginal(FVV) es una complicación poco frecuente con repercusión importante en la calidad de vida de las pacientes. El 95 % de las FVV son producidas después de una histerectomía, con una frecuencia de 1 en 1800 casos. En casos seleccionados el manejo puede ser conservador con baja tasa de éxito. El tratamiento quirúrgico tiene buenos resultados y bajas tasas de recidiva. Existen series de reparación por vía laparoscópico con buena tasa de éxito. Se ha descrito la interposición de distintos tejidos para reforzar la reparación incluido el flap de peritoneo.

MATERIAL Y METODO: Presentamos el video de un caso de reparación de fistula vesico vaginal utilizando un flap peritoneal con asistencia robótica. Paciente de 41 años con antecedente de Cáncer cervicouterino IB1 que fue sometida a una histerectomía Radical con linfadenectomía extendida. Evoluciona con fistula vesicovaginal que no responde a manejo conservador inicial por lo que se decide reparación quirúrgica precoz utilizando asistencia de robot. Paciente en decúbito supino. Se instalan 4 trocares robóticos y 1 trocar auxiliar de 12mm. Se realiza resección y reparación de la fistula interponiendo flap peritoneal y epiplón.

RESULTADOS: El tiempo de consola fue de 120 minutos, sangrado estimado menor de 50 cc. La paciente es dada de alta al segundo día sin complicaciones. Se retira la sonda Foley a los 21 días. Sin evidencia de recidiva a los 6 meses.

CONCLUSIONES: La cirugía reconstructiva vesical es posible por abordaje laparoscópico y asistido por robot, facilitando la reconstrucción y permitiendo reparaciones complejas. El flap de peritoneo es una opción viable de interposición de tejidos para la reparación de una fistula vesicovaginal.

V15) NEOVEJIGA ORTOTOPICA ROBOTICA TIPO HAUTMANN TOTALMENTE INTRACORPOREA

Castillo, O.(1); Rodriguez, A.(1); Arribas, D.(1); Ortega, E.(1); Petros, A.(1); Alabat, A.(1); Van Cauwelaert, R.(1);

(1): Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA. Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: La cirugía abierta es el estándar en el tratamiento quirúrgico del cáncer vesical, tanto la cistectomía como la derivación urinaria. La primera cistectomía laparoscópica fue comunicada en el año 1992 y la primera cistectomía robótica en el año 2003 siendo la derivación urinaria realizada en forma totalmente extracorpórea. En la actualidad ya existen series con la derivación realizada en forma totalmente intracorpórea, siendo el objetivo de este video mostrar nuestra técnica de una neovejiga ortotópica totalmente intracorpórea.

MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente de 69 años, portador de un cáncer vesical invasor cT2N0M0, tratado con quimioterapia neoadyuvante con 3 ciclos de M-VAC. Se realizó una cistoprostatectomía robótica y una neovejiga ortotópica tipo Hautmann totalmente intracorpórea. Luego de la cistoprostatectomía y linfadenectomía ilíaca extendida, se seleccionan 50 cm de íleon terminal con sección con sutura mecánica en ambos extremos y anastomosis con sutura mecánica tipo Barcelona. Se realiza anastomosis a la uretra en la porción lateral de la W, con sutura barbada en forma continua con la técnica de Van Velthoven. Luego se procede a detubulización completa y sutura de cara posterior con sutura barbada 3-0 y luego de cara anterior conformando el reservorio, dejando una chimenea proximal a la cual se anastomosan ambos uréteres en forma término-lateral con monofilamento 5-0, con tutores mono J exteriorizados. Se deja una sonda vesical y una cistostomía 18 FR.

RESULTADOS: El tiempo quirúrgico de la neovejiga fue de 240 minutos (tiempo total de consola de 180 minutos). El sangrado estimado fue de 400 ml. Se reinició alimentación oral y deambulación a las 12 horas. No hubo complicaciones postoperatorias y el paciente fue dado de alta a los 7 días.

CONCLUSIÓN: La derivación urinaria robótica totalmente intracorpórea es una real alternativa a la cirugía tradicional abierta, con una curva de aprendizaje no inferior a 30 casos, pero con excelentes resultados en términos de complicaciones y funcionalidad.