

V16) URETEROCALICOSTOMIA ROBOTICA

Petros, A.(1); Ortega, E.(1); Alabat, A.(1); Rodriguez, A.(1); Castillo, O.(1);

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

INTRODUCCIÓN: Ureterocalicostomía es una técnica de reconstrucción quirúrgica de la vía urinaria superior, que se utiliza principalmente en cirugía de la unión pieloureteral fallida o en pelvis intrarrenal. Esta cirugía tiene pocas comunicaciones hechas por vía laparoscópica y aún menos con asistencia robótica. Presentamos un video que ilustra la técnica con robot.

MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente mujer de 32 años quien consulta con el antecedente de una pieloplastia izquierda abierta realizada 3 años antes. Por dolor en flanco se realiza estudio con tomografía computarizada y cintigrama renal Mag-3 que confirma recidiva de la estenosis. Se planifica para pieloplastia robótica. En posición de flanco, se colocan 4 trócares robóticos de trabajo y uno para el ayudante, utilizando el sistema da Vinci S-HD. Luego de movilizado el colon se disecciona uréter proximal hasta la unión pieloureteral encontrando un proceso inflamatorio severo y una pelvis renal totalmente intrarrenal. Dada la dificultad en la reparación se decide realizar una ureterocalicostomía, para lo cual se secciona uréter proximal y se reseca parte del polo inferior renal izquierdo. Se espátula el uréter y se anastomosa al polo inferior renal con sutura continua de monofilamento 5-0. Se deja catéter doble J.

RESULTADOS: La paciente evoluciona sin problemas y es dada de alta en 48 horas con retiro del catéter doble J en 3 semanas. Luego de 3 años de seguimiento la paciente se encuentra asintomática y el estudio radiológico muestra ausencia de obstrucción.

CONCLUSIÓN: Ureterocalicostomía es una técnica que permite resolver casos difíciles de reconstrucción urinaria. La asistencia robótica permite aplicar las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva a una cirugía compleja y poco frecuente.

V17) DERIVACION URINARIA CUTANEA CONTINENTE TIPO MITROFANOFF Y CISTOPLASTIA DE AUMENTO ROBOTICA TOTALMENTE INTRACORPOREA

Castillo, O.(1); Rodriguez, A.(1); Arribas, D.(1); Alabat, A.(1); Petros, A.(1); Ortega, E.(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: Presentamos el video de una derivación tipo Mitrofanoff en una indicación inusual en un paciente con complicaciones luego de prostatectomía radical de rescate, realizada en forma robótica y totalmente intracorpórea.

MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente de 63 años portador de un cáncer prostático Gleason 7 (3+4) tratado con braquiterapia prostática en el año 2009. Por aumento progresivo de antígeno hasta 3.95 ng/ml, una biopsia confirma una lesión recurrente en vesícula seminal derecha (luego de PET/CT PSMA). Se efectúa prostatectomía radical robótica de rescate que muestra un adenocarcinoma Gleason 8 (4+4) con infiltración focal de vesícula seminal derecha. Presenta filtración cistográfica y la cistoscopia muestra una dehiscencia completa necrótica de la anastomosis quedando con cistostomía. Ocho meses después el APE es indetectable, la cistografía y la cistoscopia muestran una oclusión completa del cuello vesical con una cistometría con capacidad vesical máxima de 200 cc.

TÉCNICA QUIRÚRGICA: Paciente en posición de litotomía y colocación de 4 puertos robóticos y 2 del ayudante. Se libera la vejiga y se realiza cistostomía en forma transversal. Se secciona el apéndice en la base del ciego, conservando su vascularización, el cual se sutura con Vicryl 3-0. Se talla un túnel submucoso en la pared vesical posterior y se introduce el extremo distal del apéndice el cual se anastomosa con puntos separados de Vicryl 4-0. Se desfuncionalizan 22 cm de ileon y se realiza anastomosis manual en 2 planos de monocryl 4-0 y V-loc 3-0. Cistoplastia en un plano de Stratafix 3-0. Se deja cistostomía 15 Fr. El apéndice se exterioriza a nivel de la fosa ilíaca derecha como estoma plano y se fija con puntos separados de Vicryl 3-0 y tutorizado con sonda Nelaton 10 Fr. El sangrado estimado fue de 200 ml y el tiempo quirúrgico de 7 horas.

RESULTADOS: Evolución sin incidentes, con realimentación y deambulación precoz. Alta al 7º día de la cirugía. A las 2 semanas inicia cateterismo con sonda 14 Fr sin problemas.

CONCLUSIÓN: La derivación urinaria de Mitrofanoff tiene indicaciones específicas pero con buenos resultados. La técnica robótica es una excelente alternativa permitiendo efectuar el procedimiento en forma totalmente intracorpórea.

V18) CIRUGÍA PRESERVADORA DE NEFRONAS EN INJERTO RENAL CON QUISTE GIGANTE BOSNIAK IV

Millán Apablaza, P.(1); Carvajal, D.(2); Baeza, C.(2); Calderon, D.(2); Rubio, G.(2); Robles, A.(2); Hiriart, J.(2); Toloza, H.(2); Campos, D.(2); Cordova, I.(2); Espinoza, G.(2);

(1): Hospital Del Salvador, Ñuñoa, Chile (2): Hospital Del Salvador, Providencia, Chile

INTRODUCCIÓN: En el paciente trasplantado existe mayor riesgo de presentar neoplasias, alcanzando una incidencia del 4-18 %. El carcinoma de células renales tiene una prevalencia de 0.5-3.9 % en el trasplantado, lo que es 10 a 100 veces mayor que en la población general. Ocurre principalmente en los riñones nativos, pero también puede ocurrir en el riñón trasplantado.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se presenta video de cirugía preservadora de nefronas en injerto renal de paciente trasplantado renal donante cadavérico realizada en Agosto del 2018. Paciente de 69 años presenta crecimiento progresivo de quiste en injerto renal, de mas de 10 años de evolución, alcanzando 24 cm de diámetro mayor, asociándose a deterioro de función renal y ascitis. Estudio exhaustivo de ascitis descarta causa infecciosa, hipertensión portal o neoplasia. Técnica quirúrgica: mediante abordaje transperitoneal se accede directamente a lesión sólido quística. Se evacúa 1.5 litros de líquido ascítico y se realiza resección total de lesión sin realizar control de pedículo vascular, preservando injerto renal. Se realiza hemostasia prolija de lecho renal sangrante, se realiza cierre de médula renal con punto corrido. Cierre de corteza y cápsula renal con puntos en cruz. Se cubre riñón con peritoneo y se instala drenaje. Tiempo operatorio: 85 minutos. Sangrado estimado: 1200 cc. Biopsia informa: Tejido extensamente necrótico con focos hemorrágicos, rodeado por pseudocápsula fibrosa constituida por tejido renal con acentuada atrofia. No se observan elementos tumorales, parasitarios, microorganismos, alteraciones citopáticas tipo viral ni lesiones atribuibles a rechazo. Paciente presenta evolución clínica favorable, retirándose drenaje a los 3 días de la cirugía y sin presentar reproducción de la ascitis. Es dado de alta a los 13 días con creatinina 2.8 mg/dl (basal 2.5 mg/dl). En control 1 mes postoperatorio creatinina 2.5 mg/dl. Se concluye que en casos específicos es factible realizar una cirugía preservadora de nefronas en pacientes con injerto renal evitando de esta forma el reingreso a diálisis.

V19) URETERORRENOSCOPIA FLEXIBLE DURANTE LA CIRUGÍA DE BANCO PARA RESOLUCIÓN DE NEFROLITIASIS EN TRASPLANTE RENAL DONANTE VIVO

Sáez, G.(1); Domínguez Cruzat, J.(1); Troncoso, P.(1); Cartes, J.(1); Majerson, A.(1); Rojas, P.(1); Neira, R.(2);

(1): Unidad de Trasplante, Depto. de Urología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile (2): Investigación en Urología, Depto. de Urología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: Distintas series informan la prevalencia de nefrolitiasis asintomática en potenciales donantes vivos en 5 a 8 % . Debe considerarse como posibles donantes a pacientes con cálculos pequeños, unilaterales y no obstructivos. Se ha descrito la ureterorrenoscopia ex - vivo como una técnica eficaz y segura para remover los cálculos antes del implante, aumentando el número de potenciales donantes renales, disminuyendo procedimientos adicionales en el donante y efectos adversos en el receptor.

PACIENTES Y MÉTODO: Paciente de 43 años, sin antecedentes médicos relevantes. Estudio de donante vivo para trasplante renal evidencia en angioTAC riñón izquierdo con 2 arterias, riñón derecho con arteria única y nefrolitiasis de 2 mm en cáliz medio. Se realiza nefrectomía total derecha laparoscópica sin incidentes. Durante banco se prepara injerto confirmando una arteria, una vena y un uréter. Posteriormente se introduce guía hidrofílica hasta la pelvis renal sobre la que se asciende vaina de acceso ureteral. Se introduce ureterorrenoscopia flexible con el que se exploran cálices e identifica litiasis, extrayéndola con canastillo. Trasplante se realiza sin incidentes en la receptora (hija del donante), paciente de 26 años con antecedentes de enfermedad renal crónica secundaria a nefropatía lúpica en peritoneodiálisis, síndrome antifosfolípidos, tratamiento anticoagulante, infarto esplénico, hipertensa y fasciitis necrotizante de pared abdominal.

RESULTADOS: Tiempo operatorio total de seis horas. Nefrectomía donante: 2 horas; cirugía de banco: 1,5 horas; trasplante renal: 2,5 horas. Durante banco, el tiempo de la ureterorrenoscopia fue de 30 minutos logrando riñón stone free. No se registraron complicaciones en el post operatorio. Actualmente ambos pacientes se encuentran en buenas condiciones y con función renal normal.

CONCLUSIONES: Durante la cirugía de banco en un trasplante renal donante vivo es factible realizar una ureterorrenoscopia flexible para resolver pequeñas litiasis, sin aumentar significativamente el tiempo operatorio y evitando un procedimiento previo en el donante.

V20) CISTECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA EN LESIONES DE URACO

Fonerón Villarroel, A.(1); Gavilán Leñam, D.(1); Segura Díaz, F.(1); Fonerón Burgos, A.(1); Ebel Sepúlveda, L.(1); Troncoso Schifferli, L.(1); Toledo Jaureguiberry, H.(1); Oyanedel Farías, F.(1); Núñez Carreño, S.(1);

(1): Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile

INTRODUCCIÓN: Las lesiones del uraco son una patología poco frecuente, reportándose una incidencia de 1/5000 adultos. Se caracterizan por la persistencia de este remanente embriológico, que durante el desarrollo embrionario comunica el alantoides con la vejiga, pudiendo dar origen a fistulas, quistes o divertículos. El acceso laparoscópico para el tratamiento de estas lesiones entrega todas las ventajas de la mínima invasión, además de permitir una mejor visualización de las estructuras comprometidas

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de una paciente de sexo femenino de 56 años que consultó por fiebre y masa palpable hipogástrica. Se presenta el estudio imagenológico y se describe el manejo mediante un abordaje laparoscópico, destacando los reparos anatómicos importantes.

RESULTADOS: El estudio imagenológico con UroTC y Resonancia magnética reveló una masa quística supravesical con extensión hacia el uraco y presencia de cambios inflamatorios regionales. Se planificó una cistectomía parcial mas resección de la masa mediante un abordaje laparoscópico. Utilizando un posicionamiento en decúbito supino con Trendelenburg forzado y acceso transperitoneal con 5 trócares, accedemos a la cavidad peritoneal y se liberan adherencias de epiplón. Procedemos a la apertura vesical con apoyo visual mediante cistoscopia y resección de la masa con tijera fría y energía bipolar. Realizamos la cistorrafia en dos planos, con test de hermeticidad satisfactorio. Tiempo operatorio de 200 minutos, con sangrado de 500 mL. Alta al 4to día y retiro de sonda al 10º día postoperatorio sin incidentes. La biopsia informa proceso granulomatoso crónico sin elementos de malignidad.

CONCLUSIÓN: Aunque las lesiones de uraco son poco frecuentes, frente a la sospecha clínica la imagenología nos permite orientar el diagnóstico. En los casos sintomáticos en los que se requiere corrección quirúrgica, el abordaje laparoscópico permite disminuir la morbilidad del procedimiento, sin comprometer los principios básicos del tratamiento.

V21) NEFRECTOMIA RADICAL ROBÓTICA CON TROMBO EN VENA CAVA

Kerkebe, M.(1); Matus, P.(2); Del Campo, F.(2); Hassi, M.(3); Orellana, S.(1); Vera, A.(1); Narvaez, P.(1); Dominguez, R.(1); Orellana, N.(1);

(1): Hospital DIPRECA, (2): Hospital DIPRECA / Universidad Diego Portales, (3): Hospital Dipreca, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: El carcinoma de células renales (CCR) representa aproximadamente el 3 % de los cánceres en todo el mundo y su incidencia estimada es de aproximadamente 12/100000 en los EE. UU. En el 4 a 10 % de los pacientes, el CCR forma un trombo tumoral venoso (TTV) que puede invadir la vena cava (VC) y extenderse por ella. La presencia de TTV se considera un factor de mal pronóstico independiente. La cirugía es la primera opción tratamiento, mejorando la sobrevida y calidad de vida. Presentamos, según nuestra revisión, la primera cirugía de este tipo realizada con sistema da Vinci, en Chile.

CASO: Paciente 68 años, testigo de jehova, hipertensa y dislipidémica. Se realiza ecografía abdominal por dolor abdominal, informándose lesión renal de 5 x 6 cm. TC Tórax abdomen y pelvis: lesión sugerente de neoplasia en tercio medio y superior del riñón derecho. Etapificación negativa. RM abdomen informa TTV, clasificación Neves-Zincke etapa I. Se decide nefrectomía radical robótica más trombectomía en Diciembre 2016.

TÉCNICA: Posición de nefrectomía radical clásica. 2 trocares robóticos, 2 auxiliares y trocar para cámara. Decolamiento colon derecho. Identificación VC. Liberación de VC hasta porción hepática y 3 cm bajo la vena renal derecha (VRD). Liberación ambas VR y arteria renal derecha. Sección arteria renal derecha entre hemolocks. Clamp bulldog en vena renal izquierda y clampeo, con ayuda de cintas vasculares y hemolock, de vena cava en su porción supra e infra VRD. Apertura VC, sobre ostium de VRD, evidenciándose TTV en su interior. Disección completa de trombo. Cierre de cava en 1 plano con prolene 5.0. Retiro de clamp en vena renal izquierda. Liberación renal y retiro de pieza en bloque. Sangrado 200 cc.

BIOPSIA: carcinoma renal variedad células claras grado II Fuhrman. Trombo tumoral sin compromiso de pared. Márgenes negativos. Sin compromiso de grasa perirrenal. Seguimiento 21 meses, sin evidencia de recidiva.

DISCUSIÓN: La nefrectomía radical más trombectomía es el gold estándar en este tipo de pacientes, mejorando tanto su sobrevida global como calidad de vida. La cirugía robótica es una técnica posible y segura en casos seleccionados.

V22) RESECCIÓN DE ENDOMETRIOSIS VESICAL POR ACCESO COMBINADO CISTOSCÓPICO Y LAPAROSCÓPICO

Finsterbusch, C.(1); Borgna, V.(2); Rojas, V.(3); Baeza, C.(4);

(1): Hospital Barros Luco, U de Chile, U de Santiago., Santiago, Chile (2): Universidad de Santiago., (3): Hospital Barros Luco, (4): Universidad de Santiago

INTRODUCCIÓN: La endometriosis es la presencia de estroma y glándulas endometriales fuera de la cavidad uterina. La prevalencia es del 10 % de mujeres en edad fértil, mas frecuente en ovarios, ligamentos útero-sacos y saco de Douglas. La endometriosis del tracto urinario (ETU) son implantes endometriósicos en vejiga, uréter, riñón y uretra, y corresponde alrededor del 1 % de las endometriosis pélvicas. Se presenta caso de endometriosis de toda la pared vesical en paciente con dolor pélvico a la que se le realizó resección transuretral y luego exploración abdominal laparoscópica con cierre de defecto vesical.

PRESENTACIÓN DE CASO: Mujer de 35 años, con antecedente de endometriosis umbilical y pélvica. Consulta con ginecólogo tratante por cuadro de hematuria, asociado a dolor hipogástrico, disuria y tenesmo vesical relacionado a ciclo menstrual, sin otros hallazgos. Se realiza Resonancia magnética de pelvis que informa implante endometriósico en pared vesical y ecografía que mostró continuidad de implante hasta el útero. Biopsia confirmó endometriosis vesical. Se optimiza tratamiento hormonal, paciente evoluciona sintomática, por lo que se realiza laparoscopia exploratoria más cistoscopia quirúrgica para resección de parches endometriósicos.

DESARROLLO DE LA CIRUGÍA: Inicialmente se realizó resección transuretral de parches endometriósicos en posición de litotomía, resecaando intencionalmente todo el espesor de la pared vesical. Luego se realizó acceso laparoscópico en decúbito, no evidenciando otros implantes endometriósicos. Se realizó cierre laparoscópico de defecto de pared vesical con puntos separados de vicryl 3/0. EL tiempo quirúrgico fue de 2 horas con pérdida hemática no significativa. La paciente se fue de alta con sonda por 7 días. Al control post operatorio la paciente evolucionó sin dolor ni molestias urinarias.

CONCLUSION: Se muestra el abordaje combinado secuencial como una alternativa para lograr resección de todo el espesor de la pared vesical que puede requerir ser suturado, especialmente si hay sospecha de la existencia de otros implantes endometriósicos peritoneales.

V23) URÉTER RETRO-CAVO (CIRCUNCAVO), ABORDAJE QUIRÚRGICO LAPAROSCÓPICO

Gallegos Valenzuela, I.(1); Aliaga De La Fuente, A.(2); Vilches Paez, R.(2);

(1): Hospital San Jose, Hospital Clínico Universidad De Chile, Santiago, Chile (2): Hospital San Jose, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: El uréter retrocavo (o circuncavo) es una malformación congénita que se caracteriza por un trayecto espiral del uréter lumbar derecho alrededor de la vena cava inferior. Es una malformación rara, cuya frecuencia exacta se desconoce; su incidencia sería de 1/1.000 nacimientos. Es tres veces más común en varones y la edad en el momento del diagnóstico suele ser de 20-40 años.

MATERIALES Y MÉTODOS: Presentamos el caso de un paciente varón de 16 años, con cuadro de dolor lumbar derecho sordo constante con reagudizaciones en relación con sobre ingesta hídrica. Se realiza tomografía axial computada y cintigrama renal dinámico que confirma el diagnóstico de uréter retrocavo tipo 1 obstructivo. Se realiza pieloplastia desmembrante laparoscópica sin incidentes, con mejoría sintomática e imagenológica post retiro de catéter doble J. Se muestra detalladamente la técnica quirúrgica y el estudio imagenológico pre y post operatorio.

RESULTADOS: Tiempo quirúrgico 130 minutos, sangrado estimado 150cc, estadía hospitalaria 3 días. A las 4 semanas se decide retiro de catéter doble jota. Control imagenológico post retiro de doble J con resolución de hidronefrosis y paso de contraste a vejiga sin alteraciones. Cintigrama renal MAG-3 a los 3 meses post operatorio muestra función renal relativa simétrica, leve hidroureteronefrosis derecha con Tmax de 60 segundos bilateral. Actualmente se encuentra asintomático.

CONCLUSIONES: El tratamiento de elección para el uréter retrocavo obstructivo es la transposición ureteral más pieloplastia desmembrante. El abordaje laparoscópico es una opción segura y efectiva, capaz de lograr desobstrucción de la vía urinaria y resolución de los síntomas manteniendo los beneficios del abordaje mínimamente invasivo.

V24) URETROPLASTÍA FEMENINA MEDIANTE INJERTO DORSAL DE MUCOSA ORAL: PRINCIPIOS ANATÓMICOS Y CONTINENCIA

Inzunza, G.(1); Saavedra, Á.(2); Baeza, C.(3); Valderrama, R.(4); Bernal, J.(2); Gómez, R.(3);

(1): Independiente, Santiago, Chile (2): Hospital Sótero del Río, Santiago, Chile (3): Hospital del Trabajador, Santiago, Chile (4): Hospital Sótero Del Río, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: La estenosis de uretra causa el 4-13 % de los casos de uropatía obstructiva baja (UOB) femenina. Si bien las dilataciones uretrales han demostrado ser poco efectivas, la uretroplastía con injerto dorsal de mucosa oral presenta tasas de éxito cercanas al 94 % , sin recidivas descritas. Sin embargo, aún existe un déficit en la difusión de técnicas quirúrgicas basadas en anatomía funcional entre urólogos. Nuestro propósito es mostrar un vídeo al detalle de ésta técnica para su reproducción.

MATERIALES Y MÉTODOS: Mujer de 53 años con antecedente de histerectomía previa presenta un intento frustrado de sondeo vesical luego de múltiples dilataciones uretrales realizadas durante 4 años por síntomas de UOB, instalándose una cistostomía. El estudio con cistoscopia anterógrada y uretrocistografía muestra hidronefrosis bilateral con divertículos vesicales y engrosamiento del detrusor además de una estenosis de uretra distal y media.

RESULTADOS: Ante un meato sano, se realiza una incisión dorsal con forma de “U” invertida entre el clítoris y el meato. Se disecciona la membrana perineal y los planos profundos con tijera y bisturí. Se realiza una uretrotomía dorsal en línea media hasta lograr el paso fácil de un calibre de 30Fr, apreciándose una estenosis de 4cm de largo. Se cosecha un injerto unilateral de mucosa oral el cual es suturado con 3 puntos interrumpidos con PDS 5-0 al vértice proximal de la uretrotomía, luego se sutura de corrido por ambos lados incluyendo el ligamento uretropélvico lateral. Finalmente se instalan puntos de anclaje separados a la pared dorsal de la uretra. Se cierra piel con puntos separados con Vicryl 4-0. Sangrado

CONCLUSIONES: El abordaje dorsal con injerto de mucosa oral es una técnica efectiva que preserva la continencia manteniendo el soporte ventrolateral de la uretra de tipo “hamaca”.