

V25) TÉCNICA DE VAPO-ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA CON LÁSER THULIUM DE ALTO PODER (200-W) PARA ADENOMAS SOBRE 100 GRAMOS

Ledezma, R.(1); Marchetti, P.(1); Prieto, R.(1); Narvaez, M.(1); Castañeda, V.(1); Rodriguez, M.(1); Olmedo, T.(1);

(1): Universidad de Chile, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: La enucleación endoscópica del crecimiento prostático benigno se ha posicionado en los últimos años como una de las alternativas mínimamente invasivas de elección para el manejo de adenomas sobre 80 mL. El laser Thulium de alto poder permite combinar la enucleación anatómica del adenoma con la vaporización del tejido especialmente al ser usado sobre 120 W. El objetivo de este video es presentar nuestra técnica paso a paso de Vapo-enucleación endoscópica usando laser Thulium.

MATERIAL Y MÉTODOS: El equipo de endoscopia usado fue resectoscopio 26F de flujo continuo con óptica de 30 grados y elemento de trabajo láser con inserto recambiable de 1000 mm de diámetro. Laser Thulium:YAG de 2-mm se programó en energía de 150 W para corte y se aplicó a través de fibra re-esterilizable de 940 mm. Se reproduce la técnica quirúrgica de 5 pasos descrita por Herrmann y Bach. 1) Se realiza incisión en U invertida en verumontanum, incisiones a las 5 y a las 7 horas del cuello vesical. 2) Se enuclea lóbulo medio. 3) Se procede con disección laser/instrumental de lóbulos laterales. 4) Se completa enucleación de los lóbulos laterales. 5) Se finaliza morcelando tejido. Para coagulación se utilizó energía en 60 W. En la morcelación se usó nefroscopio con morcelador Versacut.

RESULTADOS: Paciente de 67 años con antecedentes de síntomas urinarios de varios años, al momento de consultar había recibido terapia médica combinada por 8 meses. La ecografía pelviana estimó el volumen prostático en 105 mL. El flujo máximo de la uroflujometría fue 9 mL/s. Al examen rectal la próstata era grado III. El antígeno prostático fue 1,5 ng/mL. La cirugía se completó sin incidentes. El tiempo operatorio fue 140 minutos. Los días de hospitalización y de sonda fueron 2 y 3 respectivamente. La biopsia informó 45 gramos de hiperplasia prostática. La uroflujometría al mes confirmo flujo máximo de 24 mL/s. Paciente no presentó complicaciones.

CONCLUSIONES: La técnica de Vapo-enucleación prostática en este paciente resultó segura y efectiva, pudiendo ser una alternativa utilizable en el manejo mínimamente invasivo de los adenomas sobre 100 gramos.

V26) BIOPSIA POR FUSION TRANSPERINEAL DE LA PRÓSTATA

Olivares, R.(1); Pfeifer, J.(1); Roman, C.(1); Sanchez, R.(1); Velasco, A.(1); Pinto, I.(1);

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

INTRODUCCIÓN: La biopsia de próstata por fusión hace uso de la información de la resonancia multiparamétrica, guiando el muestreo para la localización del cáncer de próstata. Existe un creciente desarrollo de cepas bacterianas resistentes al tratamiento antibiótico profiláctico para este procedimiento, lo que en el futuro podría aumentar la ocurrencia de sepsis post biopsias, como a su vez, existen lesiones en localizaciones muy difíciles para acceder por la vía trans-rectal

MATERIALES Y MÉTODOS: Paciente de 67 años de edad, con un PSA de 14,3 ng/ml. 2 biopsias transrectales por sextantes, negativa para tumor. Luego del último procedimiento desarrolló prostatitis que requirió hospitalización. Presenta alergia a Betalactámicos y Quinolonas. Resonancia multiparamétrica evidencia foco sospechoso Pirads 4. Se realiza una Biopsia por fusión transperineal utilizando Trinity® de Koelis.

RESULTADOS: El procedimiento se realizó bajo anestesia general en una hora, se realizó un lavado rectal con povidona, sin antibioprofilaxis. Se tomaron 4 muestras de la lesión sospechosa y además un muestreo aleatorio. El paciente fue dado de alta al día siguiente, sin complicaciones. El informe patológico confirma la presencia de un Adenocarcinoma de próstata Gleason 3+4 en tres de las muestras dirigidas a la lesión.

CONCLUSIÓN: La biopsia por fusión transperineal de la próstata es un procedimiento diagnóstico que posibilita acceder a regiones anteriores o de apex de la próstata, difíciles de alcanzar por vía trans-rectal. Su mínimo riesgo de infección, otorga una ventaja, sobre todo considerando la creciente resistencia bacteriana reportada. A nuestro entender es el primer reporte latinoamericano, utilizando esta técnica.

V27) PROSTATECTOMIA RADICAL ASISTIDA POR ROBOT EN PACIENTE PORTADOR DE TRASPLANTE RENAL

Castillo, O.(1); Rodriguez, A.(1); Arribas, D.(1); Petros, A.(1); Ortega, E.(1); Alabat, A.(1); Silva, 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: El aumento progresivo en la edad de los pacientes portadores de trasplante renal y la determinación del antígeno prostático específico (APE), ha supuesto un aumento en la tasa de detección de cáncer de próstata localizado (CaP). Existen escasas publicaciones en la literatura de prostatectomía radical en pacientes trasplantados renales. Presentamos el video de una prostatectomía radical laparoscópica asistida por robot (PRLR) realizada en un paciente portador de un trasplante renal con diagnóstico de CaP localizado.

MATERIALES y métodos: Paciente de 63 años, con antecedente de trasplante renal en fosa ilíaca izquierda realizado en el año 1985 y en tratamiento anticoagulante oral por recambio valvular aórtico desde hace 8 años; quién cursa con APE de 3,07 ng/ml y diagnóstico de cáncer de próstata Gleason 7 (3+4).

TÉCNICA QUIRÚRGICA: Se realizó PRLR por vía transperitoneal con el sistema da Vinci S-HD®. Se colocaron 4 puertos robóticos y 2 para el ayudante, colocando el puerto robótico izquierdo más cefálico de lo habitual y cambiando el 4º brazo al flanco derecho, contralateral al injerto renal. Se hizo sólo linfadenectomía ilio-obturatoria derecha y la técnica quirúrgica fue la misma utilizada regularmente en nuestro grupo.

RESULTADOS: El tiempo quirúrgico fue 150 minutos con un sangrado estimado de 150 ml. No hubo complicaciones perioperatorias y el paciente fue dado de alta a las 36 horas de la cirugía. La sonda vesical se retiró al sexto día de postoperatorio. La biopsia confirma un adenocarcinoma Gleason 7 (3+4), multifocal con márgenes quirúrgicos negativos. El APE fue <0,005 ng/ml al primer mes de la cirugía. A los 6 meses de postoperatorio el paciente se encuentra totalmente continente y logra desarrollar erecciones completas asociadas al uso de inhibidores de fosfodiesterasa. No hubo cambios en su función renal.

CONCLUSIÓN: La prostatectomía radical asistida por robot en pacientes portadores de trasplante renal representa una opción de tratamiento factible y segura con buenos resultados oncológicos y funcionales. La principal modificación de la técnica es el desarrollo del espacio retropúbico desde el lado contrario al injerto, pudiendo ser necesario variar la colocación de los puertos y brazos robóticos para evitar lesionar el mismo.

V28) QUISTE PARAURETRAL. TECNICA DE MARSUPIALIZACION

Castro Henriquez, E.(1); Vergara, G.(1); Morales, R.(1);

(1): Hospital Felix Bulnes, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: Los quistes parauretrales generalmente son asintomáticos y con frecuencia se detectan incidentalmente durante el examen pélvico de rutina, sin embargo, los pacientes pueden consultar por el aumento de volumen propiamente tal, por síntomas del tracto urinario inferior (STUI) y también dispareunia. En la mayoría de los casos, el diagnóstico puede realizarse solo con el examen físico, pero para una evaluación más detallada y para diferenciar de lesiones malignas y descartar la presencia de fistulas, también se puede usar ultrasonografía (US), cistouretrograma miccional (CUGM), tomografía computarizada (TC) o resonancia magnética (RM). El tratamiento del quiste parauretral sintomático es la vía quirúrgica, planteándose como opciones la marsupialización o la extirpación completa del quiste. En nuestro centro se opta por la primera dado la buena evolución de las pacientes con esta técnica, y se minimiza la posibilidad de daño uretral. EL objetivo del presente video es mostrar la técnica estandarizada de marsupialización, considerando que la patología en cuestión es poco frecuente y con esta vía quirúrgica se han logrado buenos resultados

En el siguiente video presentamos el caso de una paciente de 29 años que consulta por la presencia de un aumento de volumen en la zona genital asociado a dispareunia de 2 año de evolución. Niega sintomatología urinaria.

La cirugía que se realizó consistió en la marsupialización del quiste, procedimiento que duro 27 minutos. La paciente evolucionó favorablemente, yéndose de alta al día siguiente, sin molestias ni dolor. Se presentó a control al mes y luego al tercer mes, negando molestias y sin recidiva de la lesión.

V29) INYECCIÓN PERIURETRAL CON HIDROGEL DE POLIACRILAMIDA (BULKAMID®) PARA TRATAMIENTO DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO®®

Leyton, R.(1); Santander, I.(1); Ayala, C.(1); Sandoval, J.(1); Verdugo, F.(1); Oyanedel, P.(1); Marchant, Á.(1); Hargous, J.(1); Durruty, J.(1); Testa, I.(1);

(1): Hospital Clínico de la Fuerza Aérea, Santiago, Chile

PRÓLOGO: Paciente de sexo femenino de 55 años de edad con antecedentes de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE) secundaria a incompetencia esfinteriana intrínseca. Valorada inicialmente por especialista, se indica tratamiento kinésico con escasa a moderada respuesta clínica favorable. En dicho contexto, se plantea la posibilidad de llevar a cabo tratamiento complementario con inyección periuretral.

DESARROLLO: Presentación de historia examen físico y estudio urodinámico. A continuación se presenta breve descripción del tipo de material utilizado para la inyección periuretral y video de animación de técnica quirúrgica. Luego se presenta un segundo video de técnica quirúrgica llevada a cabo en pabellón por el Equipo de Urología del Hospital Institucional. Evolución post operatoria durante primeras 24 horas y seguimiento del caso al primer y segundo mes de realizado el procedimiento.

EPILOGO: Conclusión de primera experiencia en inyección periuretral para tratamiento de incontinencia urinaria de esfuerzo. Ventajas y desventajas del procedimiento. Desafíos a futuro.

V30) CIRUGÍA ENDOSCÓPICA INTRARRENAL COMBINADA EN LITIASIS MÚLTIPLE Y DE ALTO VOLUMEN EN PABELLÓN HÍBRIDO: BUSCANDO OPTIMIZAR LA EFICIENCIA

Susaeta, R.(1); Marchant, F.(1); Segebre, J.(2);

(1): Clínica Las Condes - Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Universidad de Chile - Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: El uso de la cirugía mínimamente invasiva para el tratamiento de la litiasis urinaria ha crecido sostenidamente en la última década. Las técnicas con mayor desarrollo han sido la nefrolitotomía endoscópica retrógrada flexible y la nefrolitotomía percutánea. En ambas técnicas, la miniaturización del instrumental ha permitido disminuir el tamaño del acceso, mantener la eficiencia y disminuir las complicaciones. La cirugía endoscópica intrarrenal combinada ("ECIRS") permite aprovechar las ventajas de ambos abordajes en el manejo de patología litiásica compleja con el objetivo de eliminar todos los cálculos en un tiempo quirúrgico. Tradicionalmente, la evaluación intraoperatoria del status libre de cálculos es la inspección endoscópica junto a la fluoroscopia, métodos con baja sensibilidad y especificidad. El uso de un pabellón híbrido provee imágenes de similar utilidad a la tomografía, permitiendo detectar y remover inmediatamente los fragmentos residuales.

CASO CLINICO: paciente sexo femenino, 45 años, sin antecedentes, con nefrolitiasis izquierda múltiple; un cálculo de 30 x 40 x 40 mm y 900 UH en pelvis, y en cáliz inferior dos cálculos de 10 x 10 mm y 950 UH y uno de 8 x 7 mm y 900 UH. Se realizó cirugía endoscópica intrarrenal combinada utilizando un ureteroscopio flexible y un mini nefroscopio (12fr) con Vaina de 18 fr. En pabellón híbrido y paciente en posición de litotomía, se asciende vaina de acceso ureteral y luego cambio a decúbito prono. Se realiza punción renal en caliz superior, guiada con ureteroscopio flexible y dilatación percutánea, en un paso. Litotripsia con láser holmium y extracción de fragmentos. Comprobación endoscópica, fluoroscópica y con angiógrafo multiplanar (Dyna CT) de estado libre de cálculos. Se instala doble j, sin nefrostomía. El tiempo quirúrgico fue 180 minutos, sin complicaciones intra o postoperatorias. Alta a las 48 horas. Se retiró el doble j a los 10 días. La tomografía computada de control certificó ausencia de fragmentos.

CONCLUSIÓN: El uso de "ECIRS" con instrumental miniaturizado permite aprovechar las ventajas de ambas técnicas en patología litiásica compleja logrando gran eficiencia. El pabellón híbrido y el uso del Dyna-CT es una herramienta que pudiera asegurar un verdadero status libre de cálculos.



V31) TUMORECTOMIA RENAL DERECHA DE DIFÍCIL ACCESO

Escobar, M.(1); Vallejo, L.(2); Pauchard, F.(2); Escobar, C.(2); Ruiz, A.(2);

(1): Hospital Naval Viña Del Mar, Concon, Chile (2): Hospital Naval Viña Del Mar, Viña Del Mar, Chile

INTRODUCCIÓN: Se presenta caso clínico de paciente sexo masculino de 65 años, con antecedente de 2 nefrectomías parciales a izquierda por cáncer renal, que presenta en la actualidad una lesión de aspecto tumoral de 25 mms. En valva posterior del riñón derecho, próxima al hilio renal, con un r.e.n.a.l. Score 9p. Se efectuó una tumorectomía renal derecha por vía laparoscópica exclusiva, con hemostasia del lecho sin uso de suturas, lográndose un buen control del sangramiento por medio de compresión y agentes hemostáticos, en este caso se utilizó surgiflo y surgicel. Se destaca además presentación de la valva posterior del riñón, estabilizada gracias a la liberación de la pinza que levanta el borde hepático el cual se apoya sobre la unidad renal. Tiempo operatorio de 3 horas 15 minutos, sangramiento estimado en 300 ml, isquemia caliente de 20 minutos. Evolución post operatoria satisfactoria siendo dado de alta en buenas condiciones generales a las 48 horas de su cirugía. Informe de anatomía patológica: carcinoma de células claras furman 2. Bordes libres.



V32) PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR ROBOT CON PRESERVACIÓN DE LA FASCIA ENDOPÉLVICA Y COMPLEJO VENOSO DORSAL

Narváez Fuentes, P.(1); Orellana, S.(1); Espinoza, G.(2); Guzmán, S.(3);

(1): Hospital Dìpreca, Santiago, Chile (2): Hospital San Borja Arriarán, Santiago, Chile (3): Clínica Las Condes, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: La prostatectomía radical laparoscópica asistida por robot (PRLR) ha tenido como objetivo lograr resultados oncológicos satisfactorios, junto a la preservación de la continencia urinaria y la función eréctil. En conjunto con el avance del entendimiento de la anatomía de la pelvis masculina surge la preservación de la fascia endopélvica (FE) y el complejo venoso dorsal (CVD) como una nueva técnica con excelentes resultados funcionales. Series internacionales han mostrado márgenes quirúrgicos del 13 %, con 50 % de los pacientes con potencia conservada al mes de la cirugía, y 86 % al año, continencia inmediata del 85,9 % y al año de 98,4 %.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente 50 años con diagnóstico de adenocarcinoma de próstata, Gleason 6 (3+3), con PSA inicial de 9,2 y TR con nódulo indurado en lóbulo derecho (estadio clínico T2a). RMN próstata con lesión PIRADS 3. Se ofrece PRLR con preservación de la fascia endopélvica y complejo venoso dorsal con preservación neurovascular. Paciente en trendelemburg. 4 trocares robóticos de 8mm, 1 trocar auxiliar. Linfadenectomía iliobturatriz. Incisión anterior para acceder al espacio de Retzius. Incisión anterior en el cuello de la vejiga sin abrir la fascia endopélvica, preservando CVD. Disección de los conductos deferentes y las vesículas seminales. Disección de ápex prostático maximizando preservación del muñón uretral evitando lesiones en estructuras vasculares anteriores. Anastomosis uretrovesical con sutura V-lock 3-0.

RESULTADOS: En este caso el tiempo operatorio fue de 75 minutos, la pérdida sanguínea 100cc. Alta a las 24hrs. Tiempo de sonda fue de 5 días, no hubo complicaciones peri o postoperatorias. La evaluación de la pieza operatoria revela un adenocarcinoma Gleason 6, con márgenes quirúrgicos negativos. A los 3 meses de seguimiento el paciente tenía PSA indetectable, continencia 100 % y erecciones presentes si necesidad de medicación.

DISCUSIÓN: La preservación de fascia endopélvica y el CVD durante la PRLR es una técnica factible de realizar y pudiera tener un rol importante en cuanto a continencia urinaria. Esto puede traducirse en una mejora significativa en su calidad de vida de nuestros pacientes. Aún falta evaluar los resultados oncológicos a largo plazo.

V33) ACCESO COMBINADO

Menchaca, R.(1); Morales, I.(1); Morales, C.(1); Mandujano, F.(2);

(1): Universidad De Los Andes, Santiago, Chile (2): Universida De Los Andes, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: La cirugía intrarenal endoscópica combinada (ECIRS) ha surgido como una alternativa al tratamiento de nefrolitiasis con elevada masa litiásica, con litiasis ureterales concomitantes o con condiciones anatómicas o de disposición del lito que dificulten un buen resultado con los abordajes percutáneo o endoscópico por sí solos. Esta técnica ha mostrado mejor tasa libre de cálculo, siendo incluso propuesta como la técnica de elección en cálculos grandes o complejos.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se presenta un video que muestra la técnica quirúrgica del abordaje combinado. Por un lado se muestra el abordaje percutáneo, utilizando la técnica con punción en 0 y 90° en posición Valdivia modificada bajo guía fluoroscópica y extracción del lito mediante fragmentación electromecánica con equipo Lithobreaker. En forma paralela se muestra el abordaje endoscópico utilizando un ureteroscopio flexible 6 Fr y fragmentación láser utilizando láser Thulium, con intensidad 1 J, frecuencia 10 Hz.

RESULTADOS: paciente de 35 años, tabáquica, IMC 33, limitación crónica del flujo aéreo. Cólico renal izquierdo de larga data, estudio muestra nefrolitiasis coraliforme de 4,2 cm de diámetro mayor en pelvis y grupo colector inferior. Se observa un abordaje exitoso tanto de forma percutánea como endoscópica, con una extracción completa del lito. Se comprueba "Stone free" mediante nefroscopía. Se instala catéter pigtail ureteral y nefrostomía de seguridad, el tiempo quirúrgico fue de 120 minutos, sin complicaciones, el tiempo de uso de nefrostomía fue de 1 día, el de uso de catéter pigtail fue de 7 días

CONCLUSIONES: El video presentado muestra un abordaje combinado exitoso, ejemplificando la factibilidad técnica de aplicación de una técnica con mayor tasa de éxito que la endoscópica o percutánea por sí sola. Es la evolución lógica de la nefrolitotomía percutánea, optimizando la punción y tasa libre de cálculos.

V34) PUNCIÓN CON FLUOROSCOPIA EN 0 – 90 GRADOS, TÉCNICA PRECISA PARA EL DECÚBITO SUPINO

Morales, C.(1); Mandujano, F.(1); Menchaca, R.(1); Tapia, A.(1); Morales, I.(1);

(1): Universidad de los Andes - Hospital Parroquial San Bernardo, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: La nefrolitotomía percutánea es considerada la primera línea de tratamiento para cálculos renales de gran tamaño o localizados en ciertas zonas específicas. Aunque esta técnica tiene mayor morbilidad, su eficacia es inigualable por otras modalidades mínimamente invasivas. La eficacia y la seguridad de la nefrolitotomía percutánea se basa en gran medida en la calidad del acceso transcutáneo. El objetivo de este trabajo es exponer una técnica segura y precisa de punción.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se presenta un video que muestra la disposición dentro del pabellón y la técnica de punción en 0 y 90 ° bajo fluoroscopia en posición supina, modificación Guido Gusti.

RESULTADOS: Se observa un abordaje percutáneo exitoso, iniciando el procedimiento con una adecuada posición del paciente y marcaje de la piel con puntos guías, posteriormente se identifica el cáliz inferior en 0° marcando la dirección de punción con aguja dérmica, luego en 90° se marca la altura, logrando así una punción precisa.

CONCLUSIONES: Punción con 0-90 grados es una técnica segura y precisa aplicable también en posición prono con escaso uso de fluoroscopia.