

## **XXVI Congreso de la Asociación de Castellano-Leonesa de Urología**

Sesión: Sesión de comunicaciones B

Sala: Menor; Día: viernes 8; Hora: 17:15-18:00

---

### **C-8: Abordaje retroperitoneal de neoformaciones renales cT1b: Experiencia en nuestro centro.**

Aderghal Chikhaoui, A.; González Martín, E.; Manso Aparicio, C.; Macarro López, G.; Valverde Martínez, S.; Cepeda Delgado, M.

*HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA*

### **C-9: HEMINEFROURETERECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICA EN RIÑÓN EN HERRADURA CON PEDÍCULO VASCULAR COMPLEJO**

Urrea Serna, C.; Polo López, C.A.; Gómez Aristizábal, A.L.; Arqued Sanagustín, J.A.; Cubillo Jiménez, J.; Sánchez Sánchez, P.; Alonso Bragado, J.; Heredero Zorzo, Ó.; Martín Parada, A.; Lorenzo Gómez, M.F.

*Servicio de Urología del Hospital Universitario de Salamanca*

### **V-10: CONSIDERACIONES TÉCNICAS EN EL ABORDAJE ROBÓTICO DE TUMORES RENALES T2.**

González Martín, E.; Sánchez Estébanez, E.; Aderghal Chikaoui, A.; Macarro López de la Torre, G.; Vallejo García, P.; Temprano Prada, L.; Manso Aparicio, C.; Valverde Martínez, L.S.; Cepeda Delgado, M.

*HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA, VALLADOLID*

### **V-11: TUMORECTOMÍA RENAL ROBÓTICA DE QUISTE BOSNIAK IV CON ABORDAJE TRANSPERITONEAL Y COLOCACIÓN TRANSVERSAL DE LOS TRÓCARES.**

Boyero Polo, P.; Diaconu, M.G.; Blanco Martín, E.; Spinu, C.M.; Pérez Pérez, Á.; Vaquero Caballero, P.J.; Carrasco García, F.; Olivos Bayeto, D.A.; Gutiérrez Mínguez, E.

*Hospital Universitario de Burgos*

### **C-12: ABORDAJE DE TUMOR RENAL SINUSAL INTRAPARENQUIMATOSO CON SUTURA CIRCUNFERENCIAL**

Boyero Polo, P.; Diaconu, M.G.; Pérez Pérez, Á.; Vaquero Caballero, P.J.; Carrasco García, F.; Olivos Bayeto, D.A.; Hernández García, J.M.; Blanco Martín, E.; Gutiérrez Mínguez, E.

*Hospital Universitario de Burgos*

### **V-13: Miopericitoma renal: un pequeño gran desconocido.**

MAMOLAR HERRERA, PAULA; HERRANZ ARRIERO, ANA; SIERRASESUMAGA MARTÍN, NICOLÁS; D ANGELO, MARÍA GIOVANNA; LÓPEZ ROJO, SOFÍA; CALVO GONZÁLEZ, RAÚL; PESQUERA ORTEGA, LAURA; PASCUAL SAMANIEGO, MIGUEL; CONDE REDONDO, MARÍA CONSUELO; CALLEJA ESCUDERO, JESÚS

*HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID*

---

**C-14: Exenteración pélvica laparoscópica tras quimioterapia neoadyuvante en mujer con carcinoma urotelial vesical invasivo. Reto quirúrgico.**

Sánchez Rodríguez A.; López Sierra A.; Armisén Jiménez, C.; China Arriaga E.; Polvorinos García L.; Hernández Sánchez T.; Díaz Romero J.M.; Fontana Portella P.; Prieto Nogal S.B.; Martín Hernández M.

*Complejo Asistencial de Ávila. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles.*

**Abordaje retroperitoneal de neoformaciones renales cT1b: Experiencia en nuestro centro.**

Aderghal Chikhaoui, A.; González Martín, E.; Manso Aparicio, C.; Macarro López, G.; Valverde Martínez, S.; Cepeda Delgado, M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO RIO HORTEGA

**Introducción**

La nefrectomía parcial es el tratamiento de elección para neoformaciones renales menores a 4cm, independientemente de la vía de abordaje quirúrgico, habiendo demostrado su superioridad, seguridad y eficacia frente a la nefrectomía radical. A pesar de que el abordaje retroperitoneal ha demostrado una mejor evolución postoperatoria con respecto al transperitoneal, y ser una vía idónea para neoformaciones de localización posterior o en aquellos pacientes en los que el abordaje transperitoneal es complicado, no es una vía de abordaje muy empleada para neoformaciones renales mayores a 4cm por su dificultad técnica.

Nuestro objetivo es analizar nuestra experiencia en nefrectomías parciales robóticas por vía retroperitoneal para el tratamiento de neoformaciones renales mayores a 4cm.

**Material y métodos**

Realizamos un estudio retrospectivo y descriptivo sobre 43 pacientes sometidos a nefrectomía parcial por vía retroperitoneal de una neoformación cT1b (4-7cm) entre 2018 y 2023. Analizamos resultados oncológicos y funcionales postoperatorios.

**Resultados**

De los 43 pacientes intervenidos de nefrectomía parcial robótica por neoformación pT1b, 15 se realizaron por vía retroperitoneal. La edad media fue de 65,8 años, rango (50-82). El tamaño medio fue de 4,85cm, rango (4-6,5). El tiempo quirúrgico fue de 209 minutos (160-310). Hubo un 20% de complicaciones Clavien II. El aumento medio de cifras de creatinina fue de 0,07 (0,01-1,07). En un paciente existió un margen quirúrgico positivo. No existen recidivas locales o a distancia a día de hoy.

**Conclusiones**

Al comparar nuestros resultados con la literatura existente, podemos concluir que la definición de **trifecta** se cumple en nuestra serie, obteniendo en la gran mayoría de los pacientes: márgenes quirúrgicos negativos, pérdida de la función renal <10% y ausencia de complicaciones postoperatorias importantes.

Por lo tanto, a pesar de su dificultad técnica, en nuestra experiencia, la nefrectomía parcial robótica por vía retroperitoneal constituye una técnica quirúrgica factible y segura para el tratamiento de neoformaciones renales mayores a 4cm.

Palabras clave: retroperitoneal, nefrectomía parcial.

**HEMINEFROURETERECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICA EN RIÑÓN EN HERRADURA CON PEDÍCULO VASCULAR COMPLEJO**

Urrea Serna, C.; Polo López, C.A.; Gómez Aristizábal, A.L.; Arqued Sanagustín, J.A.; Cubillo Jiménez, J.; Sánchez Sánchez, P.; Alonso Bragado, J.; Heredero Zorzo, Ó.; Martín Parada, A.; Lorenzo Gómez, M.F.

*Servicio de Urología del Hospital Universitario de Salamanca*

**INTRODUCCIÓN.**

El riñón en herradura es la anomalía congénita de fusión más frecuente, con una incidencia en la población general entre 0.15 - 0.25%. Suele asociarse a ectopia renal, malrotación y alteraciones vasculares. La mayoría de los pacientes son asintomáticos y el diagnóstico es incidental. El riesgo de desarrollar tumores parenquimatosos es similar a los riñones anatómicamente normales, con un riesgo incrementado de desarrollar tumor de Wilms (x2) y tumores uroteliales (x4-6).

**MATERIAL Y MÉTODOS.**

Varón 90 años, ex fumador. Motivo consulta: hematuria macroscópica. Estudio diagnóstico: citología de orina sospechosa, cistoscopia negativa, TAC con contraste: riñón en herradura con ectasia pielocalicial derecha y engrosamiento mural hipercaptante en pelvis sugestivo de carcinoma urotelial. Se realiza ureterorenoscopia diagnóstica (lesión papilar en cáliz superior de hemirriñón derecho) con biopsia fría (carcinoma urotelial de alto grado). Tras decisión colegiada, se decide heminefroureterectomía derecha laparoscópica.

Anestesia general. Decúbito lateral izquierdo. Acceso transperitoneal. 4 trócares en rombo + accesorio subcostal. Decolación derecha sobre fascia de Told, maniobra de Kocher para liberación duodenal identificando cava y aorta. Disección craneo-caudal hasta istmo renal y liberación de polo superior renal preservando glándula suprarrenal. Disección de pedículo renal complejo: superior (2 arterias y 2 venas, medial (1 arteria), inferior (1 arteria y 1 vena). Localización de pelvis renal derecha y liberación ureteral hasta unión ureterovesical, clampaje y sellado. Liberación completa de hemirriñón derecho, corte y grapado a nivel de istmo con endogía de 60 mm.

**RESULTADOS.**

Tiempo quirúrgico: 4 horas y 20 min. Sangrado intraoperatorio: 450 ml. Estancia postoperatoria 5 días. Transfusión 2 CH postquirúrgico. Retirada de drenaje a las 72 horas y sonda vesical a los 10 días. Anatomía patológica: Carcinoma urotelial papilar de alto grado pT3 con margen ureteral distal negativo. Función renal al mes: creatinina 1.39 mg/dL, FG 44 mL/min/1,73m<sup>2</sup>.

**CONCLUSIONES.**

La cirugía oncológica en riñones en herradura tiene las mismas indicaciones que los riñones anatómicamente normales, siendo en estos casos especialmente importante la planificación quirúrgica de las anomalías vasculares y de la vía urinaria así como las características, tamaño y localización del istmo renal. El abordaje laparoscópico es factible para un equipo experimentado.

**CONSIDERACIONES TÉCNICAS EN EL ABORDAJE ROBÓTICO DE TUMORES RENALES T2.**

González Martín, E.; Sánchez Estébanez, E.; Aderghal Chikaoui, A.; Macarro López de la Torre, G.; Vallejo García, P.; Temprano Prada, L.; Manso Aparicio, C.; Valverde Martínez, L.S.; Cepeda Delgado, M.

*HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA, VALLADOLID*

**INTRODUCCIÓN**

La nefrectomía parcial de masas renales tiene como objetivo conservar el parénquima renal sano y la exéresis completa del tumor sin exponer al paciente a riesgos intra o postoperatorios graves. Es por ello que el abordaje de tumores mayores de 7cm no es una práctica extendida y, en algunos casos, puede resultar controvertido. No obstante, si alguna técnica quirúrgica puede beneficiarse de las ventajas de la cirugía robótica, es la nefrectomía parcial de tumores renales complejos.

El objetivo de nuestro trabajo es analizar nuestra experiencia en nefrectomía parcial robótica en tumores de mayores de 7 cm. **MATERIAL Y MÉTODO**

Se presentan varios casos de tumor renal mayores de 7 cm sometidos a nefrectomía parcial robótica en nuestro centro desde 2019 a agosto de 2023.

Las cirugías fueron realizadas mediante Robot Da Vinci X y Xi, con vía de abordaje transperitoneal. Se emplean 4 trócares robóticos y dos auxiliares (12mm y 5mm).

Se abordan diversos aspectos en cuanto al manejo de grandes masas renales: conflicto de espacio, manejo del contacto del tumor con la vía urinaria, contacto con las venas y arterias principales, apoyo ecográfico en la definición de márgenes quirúrgicos y aspectos relativos al manejo de la isquemia y renorrafia.

Todos los pacientes presentaron TAC postquirúrgico a los 2 meses de la cirugía. Las complicaciones se clasifican según la escala Clavien Dindo.

**RESULTADOS**

Se intervinieron en nuestro centro 10 pacientes con tumores renales mayores de 7 cm. La edad media de los pacientes fue de 60,22 años (44 – 80). El tamaño medio fue de 9,53 cm (7,8 – 13), empleando un tiempo quirúrgico de 227,2 minutos (164 – 300). El tiempo de isquemia medio fue de 27,6 minutos (19 – 36).

La estancia hospitalaria media fue de 4,88 días.

No se registraron complicaciones intraoperatorias ni complicaciones Clavien  $\geq$  3.

No se ha demostrado recidiva local ni a distancia hasta la fecha.

**CONCLUSIONES**

La asistencia robótica permite realizar nefrectomía parcial en masas de gran tamaño con seguridad para el paciente consiguiendo un resultado funcional y oncológico deseado.

**PALABRAS CLAVE**

Nefrectomía parcial, cirugía robótica, T2.

**TUMORECTOMÍA RENAL ROBÓTICA DE QUISTE BOSNIAK IV CON ABORDAJE TRANSPERITONEAL Y COLOCACIÓN TRANSVERSAL DE LOS TRÓCARES.**

Boyero Polo, P.; Diaconu, M.G.; Blanco Martín, E.; Spinu, C.M.; Pérez Pérez, Á.; Vaquero Caballero, P.J.; Carrasco García, F.; Olivos Bayeto, D.A.; Gutiérrez Mínguez, E.

*Hospital Universitario de Burgos*

**INTRODUCCIÓN:**

La realización de nefrectomías parciales asistidas por robot de los tumores posteriores y de polo superior representan un reto y la técnica de elección es el abordaje por vía retroperitoneal (con colocación transversal de los trócares) con los inconvenientes de trabajar en un espacio reducido.

El objetivo del vídeo es describir el abordaje transperitoneal pero con colocación transversal de los trócares y los detalles técnicos por esta vía.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se presenta la colocación del paciente, de los trócares y el docking del sistema da Vinci X. Apertura retroperitoneal derecha con acceso a la arteria renal y referencia de la misma. Identificación de la neoformación quística con ayuda de ecografía endocavitaria. Tumorectomía y renorrafia según técnica habitual.

**RESULTADOS:**

El tiempo quirúrgico fue de 120 minutos. El tiempo de isquemia fue de 12 minutos con un sangrado estimado menor de 100 mL. La estancia hospitalaria fue de 2 días, sin complicaciones inmediatas ni tardías. El resultado anatomopatológico reveló un carcinoma de células renales tipo célula clara Fuhrman 2 con márgenes negativos.

**CONCLUSIONES:**

La nefrectomía parcial transperitoneal asistida por robot con colocación transversal de los trócares, en nuestra experiencia, es un técnica reproducible y segura dado que suma las ventajas del abordaje retroperitoneal con la comodidad de realizar la cirugía transperitoneal en los casos complejos de cara posterior y sobre todo de polo superior posterior.

**ABORDAJE DE TUMOR RENAL SINUSAL INTRAPARENQUIMATOSO CON SUTURA CIRCUNFERENCIAL**

Boyeró Polo, P.; Diaconu, M.G.; Pérez Pérez, Á.; Vaquero Caballero, P.J.; Carrasco García, F.; Olivos Bayeto, D.A.; Hernández García, J.M.; Blanco Martín, E.; Gutiérrez Mínguez, E.

*Hospital Universitario de Burgos*

**INTRODUCCIÓN:**

Los tumores renales de estadios localizados pueden ser tratados con éxito mediante cirugía conservadora de nefronas y el abordaje robótico ha demostrado ser una técnica segura para ello. La localización tumoral influye en la maniobra quirúrgica y la complejidad de la misma.

El objetivo es mostrar la aplicación de la ecografía intraoperatoria para facilitar la localización de las neoplasias endofíticas en las tumorectomías renales y poner en valor la importancia de la técnica de sutura quirúrgica reconstructiva sobre el lecho de la lesión.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se presenta el caso de una mujer de 69 años con diagnóstico incidental de masa renal izquierda. En el TC se muestra la lesión de 3cm de diámetro localizada a nivel del mesorriñón izquierdo sugestiva de malignidad y por ello susceptible de extirpación. El cálculo del R.E.N.A.L. Score muestra un valor de 10ph. Dada la ausencia de protrusión tumoral sobre la superficie renal se opta por la utilización de la ecografía intraoperatoria como guía.

Se realiza la técnica quirúrgica convencional, comenzando por la liberación renal de la grasa circundante hasta conseguir la mayor exposición. Utilización de la sonda ecográfica robótica para identificación y marcaje de límites tumorales. Clampaje vascular con bulldog. Exéresis de la lesión con tijera y hemostasia con sutura circunferencial mediante puntos separados con Hem-O-Locks en sus extremos, colocados desde seno renal hacia superficie renal. Comprobación de correcta aproximación de los bordes tras la renorrafia y ausencia de datos de sangrado.

**RESULTADOS:**

El tiempo quirúrgico fue de 120 minutos y el de isquemia de 18 minutos y 44 segundos. El sangrado intraoperatorio estimado fue de 100mL. No se produjeron complicaciones intraoperatorias ni en el postoperatorio. El resultado anatomopatológico desveló un adenoma metanéfrico de 3cm de eje máximo con márgenes quirúrgicos respetados.

**CONCLUSIONES:**

La utilización de la sonda ecográfica robótica permite mayor seguridad y éxito en la cirugía preservadora de nefronas sobre las neoplasias sinusales intraparenquimatosas.

La sutura circunferencial del parénquima renal, en casos seleccionados, puede ser una buena alternativa hemostática preservando así la mayor cantidad de nefronas y evitando lesionar estructuras vasculares y de vía urinaria localizadas en el seno renal.

**Miopericitoma renal: un pequeño gran desconocido.**

MAMOLAR HERRERA, PAULA; HERRANZ ARRIERO, ANA; SIERRASESUMAGA MARTÍN, NICOLÁS; D ANGELO, MARÍA GIOVANNA; LÓPEZ ROJO, SOFÍA; CALVO GONZÁLEZ, RAÚL; PESQUERA ORTEGA, LAURA; PASCUAL SAMANIEGO, MIGUEL; CONDE REDONDO, MARÍA CONSUELO; CALLEJA ESCUDERO, JESÚS

*HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID*

**INTRODUCCIÓN**

Se presenta el caso de una paciente de 51 años diagnosticada en nuestro hospital de un tumor renal correspondiente con un miopericitoma.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

El miopericitoma es un tumor benigno de escasa frecuencia, que se encuadra dentro de la familia de los tumores perivasculares o pericíticos Su localización habitual es la piel y partes blandas de extremidades, siendo inusual su manifestación mediante la afectación de órganos viscerales como el riñón. Se trata de un tumor que suele presentarse de forma asintomática, por lo que su diagnóstico supone un reto, ya que lo habitual es hallarlo de forma incidental en pruebas de imagen rutinarias.

**RESULTADOS Y CONCLUSIONES.**

Actualmente el tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica del mismo.



**Exenteración pélvica laparoscópica tras quimioterapia neoadyuvante en mujer con carcinoma urotelial vesical invasivo. Reto quirúrgico.**

Sánchez Rodríguez A.; López Sierra A.; Armisén Jiménez, C.; China Arriaga E.; Polvorinos García L.; Hernández Sánchez T.; Díaz Romero J.M.; Fontana Portella P.; Prieto Nogal S.B.; Martín Hernández M.

*Complejo Asistencial de Ávila. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles.*

**Introducción**

El carcinoma urotelial vesical supone la décima neoplasia en frecuencia teniendo en cuenta ambos sexos en el mundo. En caso de tumores musculoinvasivos, el tratamiento de elección se fundamenta en cistectomía radical + linfadenectomía pélvica, valorando tratamiento sistémico con quimioterapia neoadyuvante/adyuvante y/o radioterapia de manera individualizada. Clásicamente, en tumores T4 el tratamiento electivo se basaba en cirugía abierta. La quimioterapia neoadyuvante puede resultar una pieza fundamental en el criterio de operabilidad, el modo de efectuarlo y suponer un cambio radical en el pronóstico del paciente.

**Material y métodos**

Mujer de 71 años diagnosticada de carcinoma urotelial vesical papilar invasivo con diferenciación escamosa (30%) alto grado G2. A la palpación bimanual: masa fija pétreo con induración en pared uretral anterior hacia fondo vaginal izquierdo. Se propone a la paciente para Neoadyuvancia con quimioterapia (Cisplatino+Gemcitabina 4 ciclos), ante buena respuesta y disminución considerable de la masa tumoral, se procede a realización de exenteración pélvica laparoscópica (cistectomía +histerectomía + doble anexectomía) + linfadenectomía iliobturatriz hasta iliaca común bilateral + derivación urinaria tipo Bricker por mini-laparotomía, con tutorización de ambos ureteres con catéteres monoJ.

**Resultados**

La paciente no presentó complicaciones postoperatorias inmediatas y fue dada de alta al 8º día postoperatorio. La histología mostró un carcinoma urotelial infiltrante G3 con necrosis que invade tejido blando extravesical sin afectación linfática (ypT3 pN0 (0/18)).

**Conclusiones**

La cistectomía radical laparoscópica o robótica no ha sido tradicionalmente una opción terapéutica en pelvis congelada, optándose habitualmente por cirugía abierta. En este caso, la quimioterapia neoadyuvante resulta crucial en la disminución del tamaño tumoral y conseguir la operabilidad en una pelvis congelada al diagnóstico mediante una técnica mínimamente invasiva.