

XXVI Congreso de la Asociación de Castellano-Leonesa de Urología

Sesión: Sesión de comunicaciones C

Sala: Menor; Día: sábado 9; Hora: 09:00-10:30

C-15: Uso universal de la hormiga en el tratamiento de la Impotencia

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

Complejo Hospitalario de Ávila

C-16: ¿Vida después de la muerte? Reproducción asistida post mortem.

Reviriego Barrús, A.; Gómez Sanz, V.; Sendros Gálvez, M.; Martínez Pinilla, W.G.; Marfil Peña, C.; Marrón Penón, M.C.; Guinda Sevillano, C.; Arnáiz Esteban, J.F.

Servicio de Urología, Hospital Universitario Santa Bárbara (Soria).

C-17: Corrección quirúrgica de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) mediante implantación de esfínter urinario artificial ZSI-375PF. Experiencia y resultados en nuestro centro.

Sánchez Moyano, C.; Gómez Aristizábal, A.L.; Urrea Serna, C.; Arqued Sanagustín, J.A.; Sánchez Sánchez, P.; Herrero Garrido, M.; Domínguez Fernández, M.H.; Heredero Zorzo, Ó.; Palacios Hernández, A.; Lorenzo Gómez, M.F.

Servicio de Urología del Hospital Universitario de Salamanca.

C-18: Optimización de recursos en el tratamiento de hiperactividad vesical: Análisis de costes de la inyección ambulatoria de Botox® en nuestro centro.

López Sierra, A.; Armisen Jiménez, C; Sánchez Rodríguez, A; China Arriaga, E; Rodríguez Cruz, I; Polvorinos García, L; Prieto Nogal, S.B; Hernández Sánchez, T; Díaz Romero, J.M; Martín Hernández, M

Complejo Asistencial de Ávila

V-19: Cirugía conservadora de nefronas laparoscópica en paciente con angiomiolipomas múltiples: Una alternativa terapéutica efectiva y segura

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

Complejo Asistencial de Ávila

V-20: Nefrectomía parcial off-clamp robótica en injerto renal

Urrea Serna, C.; Noya Mourullo, A.; Martín Parada, A.; Arqued Sanagustín, J.A.; Gómez Aristizábal, A.L.; Cubillo Jiménez, J.; Sánchez Sánchez, P.; Eguíluz Lumbreras, P.; Palacios Hernández, A.; Lorenzo Gómez, M.F.

Hospital Universitario de Salamanca

V-21: Presentación de un caso de reanastomosis ureteroileal laparoscópica tras estenosis post-cistectomía radical.

Porcel Martín , F.J.; Yagüe Barrado, M.; Cuevas Rodríguez, O.O.; Lucas Mas, R.; Muiña Ramil, S.; Bermúdez Villaverde, R .; Moya Villalvilla, I.; Gallego Matey, A.; Herrero López, L.; Sanz Sacristan, F.J.

Complejo Asistencial de Segovia

C-22: Exéresis de remanente de uraco con preservación de cúpula vesical en paciente con antecedente de infección de quiste de uraco.

Sánchez Sánchez, P.; Urrea Serna C.; Arqued Sanagustín, J.A.; Gómez Aristizábal, A.L.; Cubillo Jiménez, J; Sánchez Moyano, C.; Palacios Hernández, A; Martín Parada, A.; Eguíluz Lumbreras, P.; Lorenzo Gómez, M.F.

Servicio de Urología del Hospital Universitario de Salamanca

C-23: Perforación vesical espontánea intraperitoneal: Un complejo desafío diagnóstico y terapéutico. Análisis de un caso clínico y revisión de la literatura.

Sánchez Moyano, C.; Urrea Serna, C.; Gómez Aristizábal, A.L.; Arqued Sanagustín, J.A.; Cubillo Jiménez, J.; Sánchez Sánchez, P.; Salvatierra Salvatierra, J.; Heredero Zorzo, Ó.; Domínguez Fernández, M.H.; Lorenzo Gómez, M.F.

Servicio de Urología del Hospital Universitario de Salamanca

V-24: ABORDAJE LAPAROSCÓPICO TRANSVESICAL DE DIVERTÍCULO VESICAL

Moreno Arias, M.; Portilla Mediavilla, L.; Gabriel Mateos, P.; Sánchez Estébanez, E.; Ferrer López, A. I.; Mediavilla Diez, E.; Pascual Fernández, A.; Gala Solana, L.; Tapia Herrero, A. M.; Campanario Pérez, F.

COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE PALENCIA

V-25: HALLAZGO INESPERADO DE ABSCESO PROSTÁTICO EN PACIENTE ASINTOMÁTICO DURANTE PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR ROBOT.

Salvatierra Salvatierra J.; Martín Parada, A.; Gómez Aristizabal, A. L.; Urrea Serna, C.; Arqued Sanagustin, J. A.; Cubillo Jimenez, J.; Sánchez Sánchez, P.; Sánchez Moyano, C.; Polo López; C. A.; Lorenzo Gómez; M. F.

Servicio de Urología del Hospital Universitario de Salamanca

V-26: ABORDAJE LAPAROSCÓPICO TRANSVESICAL DE LOBULO MEDIO PROMINENTE.

Roberto Martínez Rodríguez; Alberto Robles; Enrique Gonzalez; Cristina Gutierrez; Marcos Cepeda

Hospital Universitario Rio Hortega

V-27: REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE FÍSTULA URETRO-PERINEAL SECUNDARIA A ÚLCERA POR PRESIÓN

Yagüe Barrado, M.; Moya Villalvilla, I.; Porcel Martín, F.J.; Rodríguez Cuevas, O.O.; Mas Lucas, R.M.; Muiña Ramil, S.; Herrero López, L.; Gallego Matey, A.; Bermúdez Villaverde, R.; Sanz Sacristán, F.J.

Hospital General de Segovia

Uso universal de la hormiga en el tratamiento de la Impotencia

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

Complejo Hospitalario de Ávila

Introducción

El uso de insectos para estimular la libido o como tratamiento para la impotencia aparece desde antiguo en numerosos textos. Aunque la más conocida sea la Cantárida se han utilizado otros, entre los que destacan las hormigas, las larvas y ciertas especies de gusanos.

Objetivo

Nuestro objetivo es hacer una revisión histórica del uso de la hormiga en el manejo de la impotencia.

Material y métodos

Hemos hecho una revisión bibliográfica del uso histórico de la hormiga en el tratamiento de la impotencia, y revisado libros de Medicina, Cirugía y Farmacopea de las Edades Moderna y Contemporánea.

Resultados

El uso del emplasto de hormigas como tratamiento para la impotencia ya se describe en la cultura hebrea medieval como parte de la medicina popular. En la cultura árabe aparece vinculado a la medicina oficial como se recoge en las traducciones salernitanas. En la Universidad de Salamanca a finales del siglo XV atribuían este remedio al mismísimo Hipócrates. Ambroise Paré publica en sus obras dos fórmulas de este aceite. Dentro de la terapéutica para la impotencia, en los libros de farmacopea de la Edad Moderna y Contemporánea coexisten recetas del aceite de hormigas junto con otros remedios elaborados igualmente con estos insectos. También hemos encontrado varios usos de la hormiga como afrodisíaco en América y África en rituales dentro de la cultura popular y formando parte de la gastronomía tradicional.

Conclusiones

La falta de eficacia de los tratamientos favoreció la aceptación de determinados remedios considerados inicialmente mágicos que con el tiempo quedaron adscritos a la medicina reglada, llegando a incluirse en los tratados científicos. Un ejemplo de ello lo encontramos en el uso histórico de la hormiga como tratamiento para la impotencia. Su uso tópico en forma de emplasto aparece descrito en distintas culturas occidentales. En América y África a la hormiga se la considera un afrodisíaco y su uso no es tópico sino por vía oral. Ante estos hallazgos multiculturales se hace necesario un estudio del ácido fórmico como facilitador de la erección o estimulante de la libido.

¿Vida después de la muerte? Reproducción asistida post mortem.

Reviriego Barrús, A.; Gómez Sanz, V.; Sendros Gálvez, M.; Martínez Pinilla, W.G.; Marfil Peña, C.; Marrón Penón, M.C.; Guinda Sevillano, C.; Arnáiz Esteban, J.F.

Servicio de Urología, Hospital Universitario Santa Bárbara (Soria).

Introducción

El campo de la reproducción asistida suscita gran interés en la sociedad actual. La evolución de las diferentes terapias permite la reproducción asistida post mortem (RAPM), ya sea por criopreservación previa al fallecimiento o mediante la infrecuente recuperación espermática post mortem (REPM), para la que se nos ha solicitado colaboración recientemente en nuestro Servicio.

En el presente trabajo compartimos las claves médico-legales, el procedimiento de una REPM y aspectos éticos de la RAPM.

Material y métodos

Realizamos una revisión de la bibliografía actual en PubMed.

Resultados

En España se hace referencia a la REPM en el artículo 9 de la Ley de Reproducción Humana Asistida. Sólo está permitida la paternidad post mortem, ya que la Ley prohíbe la gestación subrogada. Requiere la voluntad previa del fallecido para el uso de gametos con la pareja, pudiendo usarse hasta 12 meses tras el fallecimiento. Sin embargo, en la jurisprudencia existen casos sin consentimiento previo. La filiación se establecerá mediante una declaración de voluntad del fallecido.

El consentimiento legal para llevar a cabo la REPM depende de la orden del Juzgado de Guardia. La REPM no debe sobrepasar las 24-36 horas tras el fallecimiento: siendo lo más recomendado la biopsia amplia de testículos, conductos deferentes y epidídimo, incluso su resección. Se debe solicitar serologías de VIH, VHB y VHC. Envío directo de la extracción a un laboratorio de andrología o conservación en solución a 37°C hasta su recepción.

La técnica de elección en la RAPM con criopreservación previa al éxitus del varón es la inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI).

Desde el punto de vista ético, los principales problemas lo constituyen la filiación del futuro hijo y la privación de un padre, el trato del cuerpo después de la muerte, a quién beneficia el acto si no hay voluntad anticipada, si existen intereses económicos, el derecho a objeción de conciencia del facultativo y la responsabilidad que recae sobre la madre soltera.

Conclusiones

Como especialistas es necesario conocer la legislación actual sobre REPM, así como protocolizar una actuación rápida y coordinada en estos casos. También, debemos discutir sus consecuencias éticas.

Corrección quirúrgica de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) mediante implantación de esfínter urinario artificial ZSI-375PF. Experiencia y resultados en nuestro centro.

Sánchez Moyano, C.; Gómez Aristizábal, A.L.; Urrea Serna, C.; Arqued Sanagustín, J.A.; Sánchez Sánchez, P.; Herrero Garrido, M.; Domínguez Fernández, M.H.; Heredero Zorzo, Ó.; Palacios Hernández, A.; Lorenzo Gómez, M.F. *Servicio de Urología del Hospital Universitario de Salamanca.*

Introducción: La IU es la pérdida involuntaria de orina, su incidencia aumenta con la edad, con un impacto significativo en la calidad de vida. La causa iatrogénica es la más común en hombres adultos, destacando la PRL. ZSI-375PF es una prótesis ajustable de silicona diseñada para el tratamiento de la IUE refractaria, constituida únicamente por dos componentes: un manguito inflable que envuelve la uretra y una bomba de control en el escroto. La presión existente puede regularse mediante la solución salina estéril del circuito hidráulico. El objetivo es conocer el resultado postquirúrgico de los pacientes intervenidos en nuestro centro y los factores que influyen en este.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo analítico. Muestra (N=20) de pacientes intervenidos mediante implantación de ZSI-375 en el H.U.Salamanca. Período:29/05/21-04/09/24. Variables: Edad, tratamiento y control oncológico, grado de incontinencia, intervenciones y rehabilitación previas, complicaciones, espacio de colocación, RPM e incontinencia posterior, grado de satisfacción, manejo. Estadística descriptiva, estudios de correlación y análisis multivariante (regresión múltiple). IBMSPSSv.25.0. Se consideró significativo $p < 0.05$.

Resultados: Mediana edad:74 años (59-84). 12 pacientes (60%) presentaban IU severa y 8 (40%) moderada. La principal etiología de la IU fue la PR (95%). Complicaciones postoperatorias: 2 (10%). Tasa reintervención: 2 (10%); cirugía de revisión 1 (5%), extirpación definitiva por infección + lesión uretral 1 (5%). Mediana satisfacción:5/5. Tasas de incontinencia posterior: 4 (20%), todas ellas leves. Adecuado manejo:18 (90%). No hubo relación estadísticamente significativa entre las diferentes variables estudiadas y las complicaciones postoperatorias ni con la tasa de incontinencia posterior.

Conclusiones: El tratamiento de la IUE refractaria es un reto urológico, el objetivo de ZSI375PF es conseguir la continencia total del paciente sometiendo a la uretra a la menor presión posible. Utiliza únicamente dos componentes, sin material en la pelvis y reduciendo el tiempo operatorio, que se adaptan a todos los tamaños de uretra. En nuestra experiencia, únicamente hubo 2 complicaciones con 1 única extirpación definitiva por infección y lesión uretral. El grado de satisfacción del programa, el 90% de los pacientes volverían a intervenir.

Palabras clave: Incontinencia. Esfínter artificial.

Optimización de recursos en el tratamiento de hiperactividad vesical: Análisis de costes de la inyección ambulatoria de Botox® en nuestro centro.

López Sierra, A; Armisen Jiménez, C; Sánchez Rodríguez, A; Chinea Arriaga, E; Rodríguez Cruz, I; Polvorinos García, L; Prieto Nogal, S.B; Hernández Sánchez, T; Díaz Romero, J.M; Martín Hernández, M

Complejo Asistencial de Ávila

INTRODUCCIÓN:

La hiperactividad vesical (VH), con una prevalencia global del 11,8%, afecta significativamente la calidad de vida de los pacientes urológicos. En casos refractarios a terapia farmacológica oral, la inyección intravesical de toxina botulínica se ha consolidado como el tratamiento de elección, con una efectividad cercana al 70%. Este procedimiento mejora de manera sostenida los síntomas y la calidad de vida, con un perfil de seguridad favorable, convirtiéndolo en una opción viable en la práctica urológica.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Este trabajo tiene como objetivo analizar y comparar los costes asociados a la inyección intravesical de Botox administrada en un régimen ambulatorio frente a su realización en quirófano.

Se llevó a cabo un estudio descriptivo retrospectivo en 40 pacientes diagnosticados de VH, tratados en el Complejo Asistencial de Ávila entre 2014 y 2023. El análisis de costes incluyó como variables: Ingreso hospitalario, estancia en unidad de reanimación, coste de la inyección del Botox, el gasto en agujas específicas y el coste medio de una consulta externa urológica.

RESULTADOS:

De los 40 casos totales, 15 (37,5%) fueron tratados en régimen ambulatorio y 25 (62,5%) en quirófano. La mayoría de la población estuvo compuesta por mujeres (97,5%). Todos los pacientes del grupo ambulatorio fueron diagnosticados con hiperactividad del detrusor mediante estudios urodinámicos, mientras que, en el grupo quirúrgico, el diagnóstico fue confirmado en un 52% de los casos. La efectividad del tratamiento fue del 100% en el grupo ambulatorio, frente al 88% en el quirúrgico. El coste total del procedimiento quirúrgico, incluyendo hospitalización, estancia en reanimación y uso del quirófano, ascendió a 9.006 euros. En comparación, el tratamiento ambulatorio, que cubre los gastos de la aguja de punción, la toxina botulínica y una consulta externa urológica, tuvo un coste de 308 euros.

CONCLUSIÓN:

El análisis de costes indica que la inyección intravesical de toxina botulínica en un entorno ambulatorio no solo es eficaz, sino que también resulta más económica que el tratamiento realizado en quirófano, generando un ahorro de 8.698 euros por procedimiento. Esta estrategia ambulatoria podría representar una alternativa viable y costo-efectiva en el manejo de pacientes con hiperactividad vesical.

Cirugía conservadora de nefronas laparoscópica en paciente con angiomiolipomas múltiples: Una alternativa terapéutica efectiva y segura

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

Complejo Asistencial de Ávila

INTRODUCCIÓN:

Los angiomiolipomas (AML) son neoplasias renales benignas compuestas por tejido adiposo, vasos sanguíneos y músculo liso, que pueden presentarse de forma esporádica o asociadas al complejo de esclerosis tuberosa. Según la Asociación Europea de Urología (EAU), se recomienda observar activamente los AML pequeños (<4 cm) y asintomáticos. Para tumores mayores (>4 cm) o sintomáticos, se sugiere embolización selectiva. La cirugía se reserva para tumores grandes, sintomáticos o con complicaciones, mientras que los inhibidores de mTOR, como el everolimus, son una opción en pacientes con esclerosis tuberosa.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se presenta el caso de una mujer de 39 años que ha estado en seguimiento urológico durante los últimos 10 años por un angiomiolipoma inicialmente subcentimétrico en el riñón izquierdo. Esta lesión mostró una tasa de crecimiento de 0,5 cm/año, alcanzando un tamaño de 6 cm en el polo inferior en la tomografía computarizada (TC) más reciente. Se observó, además, una lesión adicional de 9 mm en el riñón izquierdo y tres lesiones milimétricas en el derecho. A lo largo de todo este tiempo, la paciente se mantuvo asintomática.

RESULTADOS

Una vez descartado el diagnóstico de esclerosis tuberosa y tras un intento infructuoso de embolización, se realizó una cirugía conservadora de nefronas laparoscópica en el riñón izquierdo, con resección de una lesión exofítica de 6 cm en el polo inferior y otra adyacente de 1 cm. Se utilizó un catéter doble J para asegurar la vía urinaria y se empleó un vessel loop sobre el hilio renal para el control vascular, finalizando con la sutura del lecho quirúrgico. El postoperatorio fue satisfactorio, con drenaje retirado a las 24 horas y alta al quinto día con sonda vesical. En la consulta de seguimiento, se retiró el catéter doble J. La paciente no presentó dolor y mostró un excelente estado general, indicando una recuperación satisfactoria.

CONCLUSIÓN:

La técnica laparoscópica en la cirugía conservadora de nefronas demostró ser eficaz, facilitando una rápida recuperación y reduciendo complicaciones, destacando la importancia de individualizar el tratamiento con el fin de preservar la función renal a largo plazo.

Nefrectomía parcial off-clamp robótica en injerto renal

Urrea Serna, C.; Noya Mourullo, A.; Martín Parada, A.; Arqued Sanagustin, J.A.; Gómez Aristizábal, A.L.; Cubillo Jiménez, J.; Sánchez Sánchez, P.; Eguíluz Lumbreras, P.; Palacios Hernández, A.; Lorenzo Gómez, M.F.

Hospital Universitario de Salamanca

Introducción y objetivo: La nefrectomía parcial asistida por robot (NPR) presenta como objetivo la preservación de nefronas con el fin de mantener la función renal extirpando únicamente el tumor y un pequeño margen de tejido sano. Esta técnica es especialmente ventajosa en el contexto del trasplante renal, donde es fundamental preservar la función del injerto. Nuestro objetivo es comprobar la factibilidad de dicha cirugía sin clampaje.

Material y métodos: Varón de 67 años, con poliquistosis hepática renal e hipertensión, trasplantado de riñón de cadáver en 2012, con nefrectomía derecha de su riñón nativo simultánea. Presenta una masa renal incidental de 20x20mm en el injerto (polo superior y superficie posterior). Se decide realizar tumorectomía renal asistida por robot. Bajo anestesia general y posición de decúbito supino con Trendelenburg 30° flexión, trabajando a 8 mmHg de presión intraabdominal, se realiza incisión del peritoneo para liberar el polo superior, detectando masa. Se marca con coagulación y se inicia nucleorresección del tumor. Renorrafia en una sola capa con monofilamento 2/0. Durante la exéresis se rompe la masa ya enucleada (campo quirúrgico macroscópicamente limpio), por lo que tras embolsar la pieza se realiza lavado con suero hipertónico. Aplicación de fibrina autóloga en lecho quirúrgico. Reconstrucción de la bolsa de peritoneo.

Resultados: Tiempo quirúrgico 90 min. Hemorragia <10mL. Alta ambulatoria al 3er día postoperatorio con creatinina de 0,61mg/dL. Informe anatomopatológico: Carcinoma papilar de células renales, grado 1/4Führman. Diámetro 2,5 cm. Sin invasión vasculolinfática ni perineural. pT1a.

Conclusiones: La cirugía conservadora de nefronas para tumores en injertos renales precisa una escisión quirúrgica precisa que puede realizarse en casos seleccionados sin clamapaje para preservar la función renal del paciente.

Presentación de un caso de reanastomosis ureteroileal laparoscópica tras estenosis post-cistectomía radical.

Porcel Martín , F.J.; Yagüe Barrado, M.; Cuevas Rodríguez, O.O.; Lucas Mas, R.; Muiña Ramil, S.; Bermúdez Villaverde, R. ; Moya Villalvilla, I.; Gallego Matey, A.; Herrero López, L.; Sanz Sacristan, F.J.

Complejo Asistencial de Segovia

Introducción

La derivación urinaria tipo Bricker con anastomosis ureteroileal en cistectomía radical, se ha demostrado como alternativa segura de derivación. Sin embargo, no está exenta de complicaciones, principalmente de la unión ureteroileal y metabólicas, entre otras.

Según la experiencia en nuestro servicio en casos de estenosis de la unión ureteroileal, el tratamiento endoscópico aportaba resultados variables y además solo puede ser realizado en casos en los que el segmentoestenótico permita el paso de uréter a segmento intestinal. Por ello, según nuestra experiencia, el abordaje laparoscópico nos ha aportado buenos resultados en determinados casos.

Material y método

Se presenta un video de una cirugía de reanastomosis ureteroileal izquierda laparoscópica, en un paciente de 68 años con derivación urinaria tipo Bricker tras cistectomía radical.

El paciente es un varón de 68 años sometido a cistectomía en noviembre del año 2023 por un tumor vesical infiltrante sin grandes antecedentes de interés.

Tres meses después de la cirugía, el paciente presenta un episodio de infección del tracto urinario con importante deterioro de función renal que requiere ingreso, y con detección en pruebas de imagen de una ureterohidronefrosis izquierda grado 2-3 hasta la anastomosis al reservorio. Se realiza colocación de nefrostomía izquierda de manera urgente con recuperación de la función renal basal y se indica reconstrucción de la anastomosis ureteroileal en un segundo tiempo. En el mismo acto de colocación de nefrostomía, se intenta la colocación de un catéter ureteral anterógrado no siendo posible el paso por obstrucción a nivel ureteroileal.

Resultados

En la cirugía se envió a analizar el segmento distal ureteral al apreciarlo alterado, y su resultado fue tejido fibroso sin malignidad en todos los cortes estudios.

Tras la realización de una re-anastomosis ureteroileal izquierda laparoscópica el paciente presenta función renal normal y pruebas de imagen con la vía urinaria en parámetros de normalidad tras año y medio de seguimiento.

Además, no ha vuelto a presentar episodios de ITU.

Conclusiones

Ante casos de estenosis de la unión ureteroileal la cirugía laparoscópica reconstructiva se muestra como una técnica segura y eficaz.

Exéresis de remanente de uraco con preservación de cúpula vesical en paciente con antecedente de infección de quiste de uraco.

Sánchez Sánchez, P.; Urrea Serna C.; Arqued Sanagustín, J.A.; Gómez Aristizábal, A.L.; Cubillo Jiménez, J; Sánchez Moyano, C.; Palacios Hernández, A; Martín Parada, A.; Eguíluz Lumbreras, P.; Lorenzo Gómez, M.F.

Servicio de Urología del Hospital Universitario de Salamanca

Introducción

La incidencia de las anomalías congénitas del uraco en el adulto es baja (1:5000); siendo el quiste de uraco la segunda más frecuente.

Generalmente cursa de forma asintomática salvo complicaciones asociadas. La más frecuente de ellas es la infección, que puede conducir a la aparición de fístulas vesicales, peritonitis y sepsis.

Como consecuencia del riesgo de reinfección y degeneración maligna que entraña, se recomienda la exéresis completa del remanente de uraco.

El abordaje laparoscópico ha demostrado ser seguro, eficaz y mínimamente invasivo.

Presentamos un caso de infección de quiste de uraco diagnosticado y manejado en el Hospital Universitario de Salamanca.

Material y métodos

Vídeo. Paciente mujer de 23 años diagnosticada en Urgencias del Hospital Universitario de Salamanca de infección de quiste de uraco mediante ecografía y tratada con antibioterapia. Estudiada en Consultas de Urología tras el proceso agudo con TAC y cistoscopia e intervenida posteriormente de exéresis laparoscópica del remanente de uraco, respetando la cúpula vesical.

Se realizó una revisión bibliográfica de los casos publicados.

Resultados

La literatura publicada defiende el tratamiento quirúrgico con exéresis completa del remanente de uraco en las anomalías congénitas del uraco sintomáticas; siendo el abordaje laparoscópico el de elección.

Sin embargo, falta consenso acerca del manejo con exéresis del remanente de uraco infectado en un tiempo o tratando la infección previo a la cirugía mediante antibioterapia y drenaje.

El caso presentado fue manejado de forma exitosa mediante antibioterapia en primer lugar y exéresis laparoscópica del remanente de uraco una vez resuelta la infección, con buena evolución postoperatoria posterior.

Conclusiones

En nuestro caso, el manejo en dos tiempos con tratamiento antibiótico de la infección y resolución de la misma previo a la cirugía demostró ser una alternativa segura y eficaz.

El abordaje laparoscópico es seguro y eficaz, con escasa morbilidad y recuperación y estancia hospitalaria cortas.

Palabras clave

Quiste de uraco. Infección. Laparoscopia.

Perforación vesical espontánea intraperitoneal: Un complejo desafío diagnóstico y terapéutico. Análisis de un caso clínico y revisión de la literatura.

Sánchez Moyano, C.; Urrea Serna, C.; Gómez Aristizábal, A.L.; Arqued Sanagustín, J.A.; Cubillo Jiménez, J.; Sánchez Sánchez, P.; Salvatierra Salvatierra, J.; Heredero Zorzo, Ó.; Domínguez Fernández, M.H.; orenzo Gómez, M.F.

Servicio de Urología del Hospital Universitario de Salamanca

Introducción: La perforación vesical espontánea, en ausencia de traumatismos o maniobras iatrogénicas, es una patología muy infrecuente con un pronóstico en ocasiones infausto. Se asocia con diversas causas: uropatía obstructiva crónica, anomalías congénitas, etc. La rotura intraperitoneal precisa de tratamiento quirúrgico urgente, mientras que la extraperitoneal puede manejarse de forma conservadora. Los objetivos de este trabajo son analizar los factores de riesgo del paciente, establecer unos criterios de sospecha diagnóstica y valorar el resultado del tratamiento.

Material y métodos: Presentamos el caso de un varón de 54 años, fumador activo y con síntomas del tracto urinario inferior (STUI) de 5 días de evolución, que acude a urgencias con clínica de intenso dolor agudo en hipogastrio y hematuria intensa tras sondaje vesical. Se realiza el diagnóstico mediante TAC abdómino-pélvico donde se visualiza perforación en cúpula vesical con defecto de continuidad que se extiende hacia cavidad peritoneal y moderada cantidad de líquido libre en esta última y, analítica con Cr:3.93 mg/dL y Leucocitos:21.410. Se realiza una laparotomía exploradora urgente con cierre en dos planos de perforación de 5-6 cm en cara posterior-fondo. Se estudian los factores de riesgo del paciente, los antecedentes médicos y la patología concomitante y, se analiza la clínica aguda, el tratamiento llevado a cabo y la evolución. Posteriormente se realiza una revisión bibliográfica de la literatura.

Resultados: El paciente presentaba como únicos factores de riesgo ser fumador activo y síntomas del tracto urinario inferior con oliguria de 5 días de evolución y dolor hipogástrico. Durante la cirugía no se identificaron tumores vesicales, debilidades de la pared ni otras alteraciones orgánicas. La anatomía patológica de los bordes fue de cistitis aguda. La evolución fue favorable siendo dado de alta a los 5 días con sonda vesical durante 1 mes hasta realización de cistografía.

Conclusiones: La perforación vesical espontánea es una entidad muy infrecuente que cursa con síntomas y signos clínicos inespecíficos, constituyendo todo un reto diagnóstico para el urólogo. Debemos plantear su diagnóstico diferencial en pacientes con antecedentes de STUI y, clínica de abdomen agudo, insuficiencia renal aguda y hematuria.

Palabras claves: Perforación vesical, intraperitoneal, espontánea.

ABORDAJE LAPAROSCÓPICO TRANSVESICAL DE DIVERTÍCULO VESICAL

Moreno Arias, M.; Portilla Mediavilla, L.; Gabriel Mateos, P.; Sánchez Estébanez, E.; Ferrer López, A. I.; Mediavilla Diez, E.; Pascual Fernández, A.; Gala Solana, L.; Tapia Herrero, A. M.; Campanario Pérez, F.

COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE PALENCIA

INTRODUCCIÓN

La extracción quirúrgica del divertículo vesical ha sido descrita a través de numerosas técnicas, siendo en 2009 por Pasodoro et, descrita por primera vez mediante un abordaje mínimamente invasivo transvesical. Existen para su extracción abordajes endourológicos, abiertos o laparoscópicos (trasperitoneal y extraperitoneal).

MATERIAL Y MÉTODOS

Caso clínico: paciente de 67 años que acude al servicio de urología con clínica de vaciado incompleto e infecciones urinarias de repetición, con antecedente de RTU prostática en 2022. Pruebas complementarias:

- Flujiometría: altos residuos.
- Cistoscopia y CUMS: divertículo vesical en cara lateral izquierda y fondo de gran tamaño (>300cc) (10x4cm).

La intervención quirúrgica se realiza en posición de litotomía baja y trendelenburg ligero. Cateterizando ambos uréteres mediante cistoscopia. Seguido de la colocación de trócares transvesicales (12, 5, 5) en distribución de abanico bajo visión cistoscópica. Se realiza una incisión mucosa circunferencial con tijera monopolar en boca del divertículo, tracción-disección hasta exéresis completa del divertículo. Hemostasia y cierre del detrusor con sutura barbada, finalizando con la extracción transuretral mediante cistoscopia del divertículo.

RESULTADOS

No se apreciaron incidencias intra y postoperatorias, con un tiempo postquirúrgico de hospitalización de 48 horas. Hemorragia intraoperatoria inapreciable. Retirada de sondaje vesical a los 15 días bajo cistografía de control sin incidencias (no hubo fugas ni residuo postmiccional significativo).

CONCLUSIÓN

Presentación del abordaje transvesical laparoscópico asistido mediante control endoscópico transuretral de divertículo vesical de gran tamaño. La técnica trasvesical laparoendoscópica para la extracción de divertículos vesicales es un procedimiento que, además de seguro, minimiza el trendelenburg y evita el acceso a cavidad peritoneal y sus complicaciones.

HALLAZGO INESPERADO DE ABSCESO PROSTÁTICO EN PACIENTE ASINTOMÁTICO DURANTE PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR ROBOT.

Salvatierra Salvatierra J.; Martín Parada, A.; Gómez Aristizabal, A. L.; Urrea Serna, C.; Arqued Sanagustin, J. A.; Cubillo Jimenez, J.; Sánchez Sánchez, P.; Sánchez Moyano, C.; Polo López; C. A.; Lorenzo Gómez; M. F.

Servicio de Urología del Hospital Universitario de Salamanca

INTRODUCCIÓN:

La prostatectomía radical laparoscópica asistida por robot es un procedimiento común en el tratamiento del cáncer de próstata. Sin embargo, dicha intervención no está exenta de complicaciones inesperadas intraoperatorias y que puedan dificultar su realización e interferir en los resultados quirúrgicos posteriormente.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos el caso de un varón de 63 años, en seguimiento por elevación de PSA (prequirúrgico 4,1 ng/mL). TR volumen II, no sospechoso y RMN evidencia lesión PIRADS 5 en ápex derecho. Presenta biopsia de próstata que muestra adenocarcinoma acinar Gleason 7a (3+4) en 3/12 cilindros, con afectación bilateral. cT1cNxMx. Riesgo intermedio bajo. Briganti 1%. Se decide prostatectomía radical laparoscópica asistida por robot sin linfadenectomía y con preservación de bandeletas.

Bajo anestesia general en Trendelenburg forzado y acceso transperitoneal se realiza liberación de plano anterior vesical y descenso de esta, identificando superficie prostática de aspecto inflamatorio. El lóbulo izquierdo presenta aumento de tamaño y desplaza lateralmente la uretra. Se identifica gran absceso prostático que drena espontáneamente contenido purulento, se realiza lavado de cavidad abdominal con suero y gentamicina. Disección extrafascial con imposibilidad de preservación de bandeletas neurovasculares. Colocación de catéter doble J izquierdo de 6x26 Ch/cm para mejor identificación de meato por proximidad a anastomosis. Reconstrucción en boca de pez de cuello vesical con Vicryl 2/0. Anastomosis uretrovesical mediante 2 suturas V-lock. Se comprueba estanqueidad. Sondaje vesical definitivo Foley 18 Ch. Drenaje Blake 18 Ch. Pfannenstiel para extracción de pieza.

RESULTADOS:

Tiempo quirúrgico: 3 horas. Sangrado estimado: 100 ml. Estancia postoperatoria 5 días. Indicencia: fuga de orina a través de anastomosis uretrovesical. Anatomía patológica: adenocarcinoma acinar de próstata pT2c. Márgenes quirúrgicos libres. Otros hallazgos: Área fistulizada con prostatitis crónica xantogranulomatosa y áreas de abscesificación con fibroesclerosis periprostática. Fuga urinaria en el postoperatorio resuelta tras controles cistográficos y retirada de sonda el segundo mes postoperatorio. PSA al mes <0.1 ng/mL.

CONCLUSIONES:

La aparición de complicaciones intraquirúrgicas inesperadas es un problema infrecuente y suponen un reto que el Urólogo debe ser capaz de resolver. El abordaje robótico puede suponer una gran ventaja.

V-26

XXVI Congreso de la Asociación de Castellano-Leonesa de Urología. Salamanca. 2024. 8 y 9 de noviembre de 2024

Presentación: Vídeo

ABORDAJE LAPAROSCÓPICO TRANSVESICAL DE LOBULO MEDIO PROMINENTE.

Roberto Martínez Rodríguez; Alberto Robles; Enrique Gonzalez; Cristina Gutierrez; Marcos Cepeda

Hospital Universitario Río Hortega

Presentamos la vía de abordaje laparoscópica transvesical para el manejo de voluminosos lóbulos medios en pacientes con antecedentes de cirugía transcapsular previa.

Utilizando el concepto aportado por Freyer, se realiza una apertura en fondo vesical y se utiliza el espacio endovesical para el manejo laparoscópico, enucleación y posterior reconstrucción anatómica.

Se presenta un caso clínico con las exploraciones complementarias realizadas , cirugía previa y reciente y desenlace.

La vía de abordaje laparoscópica transvesical puede ser considerada como alternativa factible y reproducible en aquellos casos seleccionados.

REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE FÍSTULA URETRO-PERINEAL SECUNDARIA A ÚLCERA POR PRESIÓN

Yagüe Barrado, M.; Moya Villalvilla, I.; Porcel Martín, F.J.; Rodríguez Cuevas, O.O.; Mas Lucas, R.M.; Muiña Ramil, S.; Herrero López, L.; Gallego Matey, A.; Bermúdez Villaverde, R.; Sanz Sacristán, F.J.

Hospital General de Segovia

Introducción: las úlceras por presión son daños localizados en la piel y/o el tejido subyacente que generalmente ocurren sobre una prominencia ósea como resultado de presión a largo plazo. Habitualmente se encuentran colonizadas por distintos microorganismos, pero si estos o más frecuentemente otros, invaden el tejido e inhabilitan las defensas del huésped darán lugar a una infección de partes blandas. Es importante determinar su extensión y debridar todo tejido necrótico y/o infectado hasta visualizar tejido sano.

Las fístulas uretrales son una patología infrecuente cuyo tratamiento quirúrgico es complejo y depende de la localización del orificio, de la existencia de más fístulas y de la calidad de los tejidos circundantes entre otros.

Material y métodos: presentamos el caso de un varón de 53 años, parapléjico desde hace más de 30 años por traumatismo cervical, portador de sonda vesical permanente y en seguimiento en unidad de heridas por úlcera por presión glútea y episodios de osteomielitis. Acude a urgencias por empeoramiento de úlcera sacra y perineal, con aumento de exudado purulento por la misma y fiebre. A la exploración física se evidencia gran escara a nivel de uretra ventral que permite visualizar la sonda vesical a través de la misma. Ante los hallazgos, se decide solicitar una tomografía computarizada (TAC) abdominopélvica, visualizando gran cavidad ulcerada perineal a nivel derecho con pérdida de espesor de prácticamente todo el tejido subyacente. Tras un desbridamiento inicial exhaustivo y la colocación de una cistostomía suprapúbica, se llega a un consenso con el paciente del mejor tratamiento quirúrgico definitivo. Se realiza finalmente un cierre intravesical laparoscópico del cuello, dejando permanente la cistostomía.

Resultados: el postoperatorio del paciente es satisfactorio y finalmente es dado de alta al décimo día postoperatorio. Al mes de la segunda cirugía, se realiza TAC con fase excretora sin visualizar fístula a ningún nivel.

Conclusión: las úlceras por presión suponen un reto tanto para los pacientes como para el sistema nacional de salud por su importante morbi-mortalidad. El mejor tratamiento de las mismas es su prevención, puesto que se estima en algunas series que hasta el 95% son evitables.