

## **XXII Congreso ACLU**

Sesión: Sesión 1 de comunicaciones (segunda parte: Urología General)  
Sala: ; Día: viernes 18 de octubre; Hora: 17:50-19:00

---

### **C-14: ADENOMECTOMIA LAPAROSCÓPICA: EXPERIENCIA QUIRÚRGICA INICIAL**

Martinez Rodriguez, R; Poza del Val,M; Miralles,S; Gonzalez,M; Polvorinos,L; Portilla,L;  
Sanchez,E; Amon Sesmero,H  
*Hospital Universitario Rio Hortega*

### **V-15: ADENOMECTOMIA LAPAROSCOPICA EXTRAPERITONEAL: TECNICA QUIRURGICA**

Martinez Rodriguez, R; Poza del Val,M; Miralles,S; Gonzalez,M; Amon Sesmero,H  
*Hospital Universitario Rio Hortega*

### **V-16: COLGAJO DE AVANCE VESICAL LAPAROSCÓPICO PARA LA RESOLUCIÓN DE LA ESCLEROSIS DE CUELLO VESICAL RECIDIVADO.**

MARTÍN HERNÁNDEZ, MARIO; GRINARD DE LEÓN, EDWIN; VALVERDE MARTÍNEZ, L.  
SEBASTIÁN; POLO LÓPEZ, CARLOS; PRIETO NOGAL, SARA BELÉN; GÓMEZ TEJEDA, LUIS  
MIGUEL  
*COMPLEJO ASISTENCIAL DE ÁVILA*

### **V-17: SENO URACAL. EXÉRESIS MINILAPAROSCÓPICA.**

Miralles Ayuso, S.; Cepeda Delgado, M.; Manso Aparicio, C.; González Montesinos, M.M.;  
Polvorinos García, L.; Portilla Mediavilla, L.; Sánchez Estébanez, E.; Poza del Val, M.; García  
Viña, A.; Amón Sesmero, J.H.  
*Hospital Universitario Río Hortega*

### **V-18: HEMINEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTE CON DOBLE SISTEMA**

Becerra Piñero,Rocío; Ulloa Espinel, Jose Manuel; Avilleira García, Laura; Herrero López,Lara;  
Bermúdez Villaverde,Raúl; Moya Villalvilla, Israel; Sanz Sacristán,Francisco Javier  
*Hospital General Segovia*

### **V-19: POLIQUISTOSIS GIGANTE. EXÉRESIS LAPAROSCÓPICA.**

Hernández Sánchez, Teresa; Martin Parada, Alejandro; Rocha de Losada, Alberto; Noya  
Mourullo, Andrea; García Gómez, Francisco; Palacios Hernández, Alberto; Heredero Zorzo,  
Oscar; Eguiluz Lumbreras, Pablo; Gómez Veiga, Francisco  
*COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA*

---

**V-20: ADAPTACIÓN DE LA PIELOPLASTIA A LA ASISTENCIA ROBÓTICA**

Farrés Rabanal, A; De Arriba Alonso, M; Lopez Martinez, Pablo; Gutierrez Carrillo, G; Fernandez-Samos Fernandez, D; Lombardía Gonzalez de Lera, C; García Sanz, M; Molina Bravo, M; Renedo Villar, T; Hevia Suarez, M; Gracia Francis, C; Sanz Ruiz, A; Casasola Chamorro, J; Alonso Prieto, MA; Guerreiro Gonzalez, R

*Complejo Asistencial Universitario de León*

**V-21: Reimplante ureteral laparoscópico con asistencia robótica tras estenosis ureteral**

Fernández-Samos Fernández, D; García Sanz, M; Farrés Rabanal, A; López Martínez, P; Gutiérrez Carrillo, G; González de Lera, C; Molina Bravo, M; De Arriba Alonso, M; Renedo Villar, T; Sanz Ruiz, A; Hevia Suarez, M; Gracia Francis, C; Alonso Prieto, MA

*Complejo Asistencial Universitario de León*

**V-22: Derivación urinaria intracorpórea con asistencia robótica utilizando verde de indocianina**

Gutiérrez Carrillo, G; Farrés Rabanal, A; López Martínez, P; Fernández-Samos Fernández, D; Lombardía González de Lera, C; Molina Bravo, M; Garcia Sanz, M; Hevia Suarez, M; Renedo Villar, T; Gracia Francis, C; de Arriba Alonso, M; Sanz Ruiz, A; Casasola Chamorro, J; Alonso Prieto, MA

*Complejo Asistencial Universitario de León*

**V-23: De ureterostomia cutánea a bricker con asistencia robótica y ayuda de verde de indocianina**

Gutiérrez Carrillo, G; Farrés Rabanal, A; López Martínez, P; Fernández-Samos Fernández, D; Lombardía González de Lera, C; Molina Bravo, M; Garcia Sanz, M; Hevia Suarez, M; Renedo Villar, T; Gracia Francis, C; de Arriba Alonso, M; Sanz Ruiz, A; Casasola Chamorro, J; Alonso Prieto, MA

*Complejo Asistencial Universitario de León*

**V-24: Tratamiento laparoscópico de fístula colovesical**

Grinard De León, E.A.; Polo López, C.A.; Carmona Sáez, J.A.; Valverde Martínez L.S.; Prieto Nogal S.B.; Martín Hernández M.; Gómez Tejeda L.M.

*Complejo Asistencial de Ávila*

### **ADENOMECTOMIA LAPAROSCÓPICA: EXPERIENCIA QUIRÚRGICA INICIAL**

Martinez Rodriguez, R; Poza del Val,M; Miralles,S; Gonzalez,M; Polvorinos,L; Portilla,L; Sanchez,E; Amon Sesmero,H  
*Hospital Universitario Rio Hortega*

#### **Introducción**

Tanto la enucleación prostática como la adenomectomía pueden considerarse tratamientos de elección ante la hipertrofia prostática benigna de gran volumen con clínica obstructiva. La tendencia a la cirugía mínimamente invasiva o la imposibilidad anatómica para la enucleación han motivado el abordaje laparoscópico de la adenomectomía convencional.

#### **Material y métodos.**

Se incluyen 14 pacientes sometidos a adenomectomía laparoscópica extraperitoneal entre abril y septiembre 2019. Se recogieron datos demográficos de edad, peso y talla; datos funcionales de flujo máximo, IPSS y IEEF antes de la cirugía; tamaño prostático estimado por ecografía; datos de tiempo quirúrgico, sangrado intraoperatorio, días de estancia hospitalaria, dolor subjetivo médico mediante escala visual EVA, peso y anatomía de pieza quirúrgica, y complicaciones postoperatorias según gradación Clavien Dindo.

Se realiza análisis descriptivo.

#### **Resultados**

Recogidos en tabla 1.

Fecha nacimiento	tamaño ecografico	peso AP	Anatomia patológica	tiempo quirurgico	HB pre	Hb post	EVA	Alta	Complicacion
06/12/1941	106	62	ADK 3+3	150	14,3	13	1	48	2
28/09/1949	73	60	hbp	110	14	12	0	48	2
27/12/1944	113	80	hbp	110	13,7	13	0	24	no
16/12/1941	60	33	hbp	135	15,4	na	1	48	no
03/09/1951	100	70	hbp	150	15	14	1	72	no
08/08/1943	75	64	hbp	110	15,3	13	0	48	no
14/02/1959	115	86	HBP	105	14,8	11	1	72	no
22/08/1942	90	75	hbp	105	15	12	1	168	no
19/03/1945	135	85	hbp	140	15	14	1	96	no
03/02/1953	115	60	hbp	80	13,6	12	0	48	no
03/10/1955	150	60	hbp	80	14,5	14	0	48	1
01/05/1948	140	90	hbp	100	13,8	12	0	144	2
20/06/1957	100	70	ADK 3+3	80	16,4	15	0	48	no
22/05/1950	140	60	hbp	90	13,6	12	1	72	no

#### **Conclusiones**

La adenomectomía laparoscópica representa una alternativa razonable, segura y eficaz en el tratamiento de la hipertrofia prostática de gran volumen con clínica miccional asociada. Disminuye la tasa de transfusiones, de requerimiento analgésico postoperatorio y de estancia hospitalaria.

Dado el limitado tiempo de seguimiento, no debemos evaluar de momento los resultados funcionales.

**ADENOMECTOMIA LAPAROSCOPICA EXTRAPERITONEAL: TECNICA QUIRURGICA**

Martinez Rodriguez, R; Poza del Val,M; Miralles,S; Gonzalez,M; Amon Sesmero,H

*Hospital Universitario Rio Hortega*

**Introducción:** Tanto la enucleación prostática con láser como la adenomectomía pueden considerarse tratamientos de elección ante la hipertrofia prostática benigna de gran volumen con clínica obstructiva. La tendencia a la cirugía mínimamente invasiva o la imposibilidad anatómica para la enucleación han motivado el abordaje laparoscópico de la adenomectomía convencional.

Presentamos la técnica quirúrgica de la adenomectomía laparoscópica extraperitoneal.

**Material y métodos:**

Empleamos óptica de 0 grados e instrumentos de laparoscopia básicos.

Vía de abordaje extra peritoneal con trocar de óptica, trocar de 10mm y 2 trócares de 5mm.

Tras la creación del espacio (Retzius) y la exposición de la superficie anterior prostática se realiza una incisión transversa en la cápsula prostática. Posterior exposición del plano de enucleación. El cuello vesical es identificado y respetado, procediendo a la enucleación del adenoma.

La enucleación de la porción apical del adenoma se realiza respetando el labio posterior de uretra prostática que servirá para la trigonización; tras lo que se procede al cierre de cápsula prostática con 2 hemisuturas barbadas.

**Conclusiones:**

La adenomectomía laparoscópica presenta menor sangrado intraoperatorio, menor dolor postoperatorio y reduce la estancia hospitalaria.

Se trata de una técnica reproducible que requiere experiencia previa en laparoscopia pélvica.

**COLGAJO DE AVANCE VESICAL LAPAROSCÓPICO PARA LA RESOLUCIÓN DE LA ESCLEROSIS DE CUELLO VESICAL RECIDIVADO.**

MARTÍN HERNÁNDEZ, MARIO; GRINARD DE LEÓN, EDWIN; VALVERDE MARTÍNEZ, L. SEBASTIÁN; POLO LÓPEZ, CARLOS; PRIETO NOGAL, SARA BELÉN; GÓMEZ TEJEDA, LUIS MIGUEL

*COMPLEJO ASISTENCIAL DE ÁVILA*

La esclerosis del cuello vesical postquirúrgica es una entidad no tan infrecuente. Se produce en el 3-4% de los casos después de una RTU-P. Para el paciente supone una clínica miccional obstructiva severa que conlleva múltiples reintervenciones y programas de dilatación y para el urólogo implica un consumo de consultas y recursos sin expectativa de mejora.

Presentamos el caso de un paciente de 63 años intervenido de resección transuretral de próstata el cual presentó con el tiempo una esclerosis cervical. Después de intentar solucionar su obstrucción con las medidas conocidas (cervicotomía uni y bilateral, corte frío, programas de dilataciones...) proponemos la realización de una plastia YV laparoscópica

**SENO URACAL. EXÉRESIS MINILAPAROSCÓPICA.**

Miralles Ayuso, S.; Cepeda Delgado, M.; Manso Aparicio, C.; González Montesinos, M.M.; Polvorinos García, L.; Portilla Mediavilla, L.; Sánchez Estébanez, E.; Poza del Val, M.; García Viña, A.; Amón Sesmero, J.H.

*Hospital Universitario Río Hortega*

**INTRODUCCIÓN:** El uraco es un cordón fibroso obliterado, que transcurre desde la cúpula vesical hasta el ombligo. La patología del uraco es una entidad infrecuente (1/5.000 adultos), presentándose como: persistencia, seno uracal, divertículo o quiste. El seno uracal (persistencia permeabilidad del extremo umbilical) es la 3ª más frecuente y suele diagnosticarse en la infancia. El tratamiento de forma tradicional ha consistido en la exéresis completa del uraco incluyendo el ombligo. En el momento actual existen opciones mínimamente invasivas que procuran mejor resultado estético sin detrimento del éxito de la cirugía para el abordaje de esta patología.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Presentamos el caso de una mujer de 27 años diagnosticada de seno de uraco tras persistencia de exudado umbilical ocasional. Planteamos la realización de cirugía minilaparoscópica con 3 trócares procediendo a la extirpación completa del uraco. En aras de un resultado estético óptimo nos decantamos por la extirpación del trayecto fistuloso umbilical evitando la extirpación completa del ombligo.

**RESULTADO:** El tiempo quirúrgico empleado fue de 60 minutos, sin complicaciones intraoperatorias. No precisó drenaje quirúrgico. El tiempo de hospitalización fue de 24 horas. A los 3 meses de la cirugía la paciente persiste asintomática, sin evidencia de recidiva y con cicatrices quirúrgicas inapreciables.

**CONCLUSIÓN:** La cirugía minilaparoscópica permite un abordaje eficaz y seguro para el tratamiento de la patología uracal contribuyendo también con un resultado estético satisfactorio.

### **HEMINEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTE CON DOBLE SISTEMA**

Becerra Piñero, Rocío; Ulloa Espinel, Jose Manuel; Avilleira García, Laura; Herrero López, Lara; Bermúdez Villaverde, Raúl; Moya Villalvilla, Israel; Sanz Sacristán, Francisco Javier

*Hospital General Segovia*

El doble sistema colector es una anomalía congénita, la cual puede estar asociada a la presencia de ureterohidronefrosis o de reflujo vesico-ureteral. Estos hallazgos pueden causar una disminución o falta de función de uno de los hemisistemas. Cuando una de ambas unidades o hemisistema es no funcionante, la misma es usualmente displásica histológicamente y dentro de las opciones de tratamiento en los casos sintomáticos, se incluye la exéresis de la misma, siendo la heminefrectomía laparoscópica, el tratamiento definitivo en el 85% de los casos.

Con nuestro trabajo, queremos dar a conocer nuestra experiencia con la utilización de esta técnica quirúrgica en el manejo de los pacientes con duplicación del sistema colector, asociado a un segmento no funcionante.

Paciente mujer de 58 años de edad, con doble sistema colector, con dilatación del sistema inferior, que presenta ITUs de repetición y dolor lumbar crónico.

-Técnica:

Colocación de 4 trócares. Se realiza neumoperitoneo. Disección de uréteres derechos y separación de ambos hasta su salida desde el riñón, clipado y sección. Se disecciona el pedículo renal identificándose arteria y vena renal derecha, 2 arterias y 1 vena polar, inferiores, procediéndose a su clipado y sección posterior. Observamos isquemia del polo inferior renal derecho. Se realiza liberación y exposición de toda la superficie renal y manejo de la línea de sección del polo inferior renal, previo clampaje de la arteria principal renal derecha. Se realiza sutura continua y posterior desclampaje, comprobando hemostasia. Embolsado de la pieza quirúrgica y extracción de la misma, ampliando la incisión de trócar de 12 mm paraumbilical derecho. Colocación de drenaje en lecho quirúrgico. Cierre de incisiones por planos.

Resultados:

No se evidenciaron complicaciones perioperatorias.

A los 3 meses la paciente permanece asintomática desde el punto de vista urológico.

Conclusiones:

La heminefrectomía laparoscópica, es una técnica mínimamente invasiva, indicada en patología relacionada con el doble sistema. A pesar de ser especialmente compleja, porque expone dificultades técnicas como el control de la hemostasia en el parénquima renal y la reparación del sistema colector, el abordaje laparoscópico permite una mejor exposición de los vasos, parénquima renal y uréter distal, logrando una menor tasa de complicaciones además de un mejor manejo de la analgesia en el periodo perioperatorio y una menor estancia hospitalaria.

**POLQUISTOSIS GIGANTE. EXÉRESIS LAPAROSCÓPICA.**

Hernández Sánchez, Teresa; Martín Parada, Alejandro; Rocha de Losada, Alberto; Noya Mourullo, Andrea; García Gómez, Francisco; Palacios Hernández, Alberto; Heredero Zorzo, Oscar; Eguiluz Lumbreras, Pablo; Gómez Veiga, Francisco

*COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA*

**INTRODUCCIÓN**

Mujer 47 años obesa etnia gitana diagnosticada de poliquistosis hepatorenal a los 40 años por estudio de HTA que presenta hallazgo de formación nodular con ecogenicidad mixta en porción media-inferior de riñón izquierdo difícil de caracterizar en ecografía. Completado estudio con RMN abdomen se identifican dos formaciones quísticas complejas de partes blandas de 4x5 cm y 2,3 cm que realzan tras la administración de gadolino en tercio medio de riñón izquierdo compatibles con Bosniack IV con diámetro renal de 24,71 mm.

**MATERIAL Y MÉTODOS.**

Se realiza nefrectomía radical izquierda laparoscópica transperitoneal mediante colocación de trócar óptico para-rectal y tres trócares de trabajo ( 2 de 5 mm y 1 de 10 mm). Decolación y acceso a retroperitoneo con disección dificultosa por voluminosidad renal y apertura incidental de quistes. Disección y clampaje de pedículo vascular único con preservación de vena y glándula suprarrenal. Ante imposibilidad de embolsado de pieza se realiza incisión para-rectal uniendo ambos trócares de 10 mm para proceder a la extracción manual laboriosa de pieza.

**RESULTADOS.**

Cirugía sin incidencias con un tiempo quirúrgico de 120 minutos y sangrado inferior a 100 cc. Postoperatorio sin incidencias con alta al tercer día postoperatorio con creatinina 0,69 mg/dl. La pieza de anatomía patológica confirma un riñón poliquístico con carcinoma renal de células claras con angiomiolipoma asociado.

**CONCLUSIONES.**

La nefrectomía radical laparoscópica transperitoneal proporciona buenos resultados en pacientes con poliquistosis renal, permitiendo disminuir el tiempo quirúrgico y la duración de estancia hospitalaria.

### **ADAPTACIÓN DE LA PIELOPLASTIA A LA ASISTENCIA ROBÓTICA**

Farrés Rabanal, A; De Arriba Alonso, M; Lopez Martinez, Pablo; Gutierrez Carrillo, G; Fernandez-Samos Fernandez, D; Lombardía Gonzalez de Lera, C; García Sanz, M; Molina Bravo, M; Renedo Villar, T; Hevia Suarez, M; Gracia Francis, C; Sanz Ruiz, A; Casasola Chamorro, J; Alonso Prieto, MA; Guerreiro Gonzalez, R

*Complejo Asistencial Universitario de León*

**Introducción:** El síndrome de la unión pieloureteral consiste en una dilatación piélica y calicial del riñón afectado por un fallo funcional en el transporte de la orina desde la pelvis renal hasta el uréter. Se debe a causas congénitas intrínsecas (del propio uréter, las más frecuentes), congénitas extrínsecas (por compresión por vasos aberrantes) o adquiridas.

**Material y métodos:** Se presenta un video demostrativo adaptando la técnica laparoscópica clásica a la asistencia robótica, que en nuestro centro se ha llevado a cabo en ocho pacientes desde la incorporación del robot Da Vinci en mayo de 2018. Todos los pacientes han sido intervenidos bajo anestesia general, mediante colocación de cuatro trócares robóticos (8mm) y uno convencional (de 12 mm) para el ayudante.

**Resultados:** La técnica se llevó a cabo de forma satisfactoria con un tiempo medio de 90 minutos y una estancia postoperatoria de 48 horas. El catéter doble J se retiró en ambos casos al mes. No se registraron complicaciones en el postoperatorio inmediato ni tardío en ningún caso.

**Conclusiones:** La laparoscopia ha permitido reducir la morbilidad de la intervención sin modificar los resultados funcionales. La asistencia robótica en esta intervención proporciona ventajas respecto a la calidad de la sutura. Se trata de una técnica segura, con bajo riesgo de complicaciones, permitiendo una estancia hospitalaria postquirúrgica mínima y un alta precoz.

**Reimplante ureteral laparoscópico con asistencia robótica tras estenosis ureteral**

Fernández-Samos Fernández, D; García Sanz, M; Farrés Rabanal, A; López Martínez, P; Gutiérrez Carrillo, G; González de Lera, C; Molina Bravo, M; De Arriba Alonso, M; Renedo Villar, T; Sanz Ruiz, A; Hevia Suarez, M; Gracia Francis, C; Alonso Prieto, MA

*Complejo Asistencial Universitario de León*

**Introducción:** la estenosis ureteral es una patología que requiere un manejo activo con el fin de preservar la función renal del paciente. Hay varias causas que pueden desembocar en una estenosis ureteral, desde neoplasias hasta traumatismos iatrogénicos en relación a la actividad quirúrgica.

**Material y métodos:** presentamos el caso de un varón de 54 años con hidronefrosis grado II izquierda secundaria a estenosis de uréter distal debido a fístula ureteral izquierda tras prostatectomía radical laparoscópica que precisó colocación de nefrostomía izquierda. Se realizó reimplante ureteral izquierdo laparoscópico asistido por robot mediante la técnica de Lich-Gregoir con vejiga psoica y colocación de doble J izquierdo.

**Resultados:** la técnica se llevó a cabo de manera satisfactoria con un tiempo medio de 90 minutos y una estancia postoperatoria de 48 horas. La nefrostomía se retiró en el postoperatorio inmediato. No se registraron complicaciones en el postoperatorio inmediato ni tardío. Los resultados a medio plazo han sido favorables tanto en la normalización de la función renal como en la resolución de la ureterohidronefrosis izquierda.

**Conclusiones:** la asistencia robótica permite una mayor precisión quirúrgica en las suturas, aportando una mejora en la calidad del reimplante. Se trata de una técnica segura con bajo riesgo de complicaciones y reestenosis, además de precisar una estancia hospitalaria mínima y permitir un alta precoz.

**Derivación urinaria intracorpórea con asistencia robótica utilizando verde de indocianina**

Gutiérrez Carrillo, G; Farrés Rabanal, A; López Martínez, P; Fernández-Samos Fernández, D; Lombardía González de Lera, C; Molina Bravo, M; García Sanz, M; Hevia Suárez, M; Renedo Villar, T; Gracia Francis, C; de Arriba Alonso, M; Sanz Ruiz, A; Casasola Chamorro, J; Alonso Prieto, MA

*Complejo Asistencial Universitario de León*

**INTRODUCCIÓN:**

La cistectomía radical laparoscópica con asistencia robótica es una técnica mínimamente invasiva, con mismos resultados oncológicos que el abordaje abierto.

El verde de indocianina es un colorante hidrofílico, con propiedades fluorescentes cuando se expone a luz infrarroja y con alto grado de unión a proteínas plasmáticas, lo que permite delimitar con exactitud la anatomía vascular.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Presentamos un vídeo en el que se detalla la técnica quirúrgica de la cistectomía radical robótica con derivación urinaria ortotópica tipo pirámide intracorpórea, con la complicación técnica de que el paciente presenta un situs inversus puro.

Para la mejor selección del asa ileal, hemos incorporado el verde de indocianina, que nos va a dibujar las arcadas vasculares, para asegurar una buena vascularización del asa seleccionada.

**RESULTADOS:**

El tiempo quirúrgico fue de 420 minutos, sin complicaciones y con escaso sangrado intraoperatorio.

**CONCLUSIÓN:**

La derivación ortotópica tipo pirámide, es a nuestro criterio, la que mejor se adapta al abordaje robótico intracorpóreo. La incorporación del verde de indocianina facilita la mejor vascularización del asa seleccionada.

**De ureterostomía cutánea a bricker con asistencia robótica y ayuda de verde de indocianina**

Gutiérrez Carrillo, G; Farrés Rabanal, A; López Martínez, P; Fernández-Samos Fernández, D; Lombardía González de Lera, C; Molina Bravo, M; García Sanz, M; Hevia Suárez, M; Renedo Villar, T; Gracia Francis, C; de Arriba Alonso, M; Sanz Ruiz, A; Casasola Chamorro, J; Alonso Prieto, MA

*Complejo Asistencial Universitario de León*

**INTRODUCCIÓN:**

La ureterostomía cutánea en el contexto de una cistectomía, puede conllevar complicaciones frecuentes, especialmente la estenosis de la porción cutánea

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Presentamos un caso de un paciente de 70 años, intervenido en otro centro de cistectomía radical con linfadenectomía y derivación urinaria con transuretero-ureterostomía en el lado izquierdo, con paso del uréter derecho por retrosigma y ureterostomía cutánea izquierda, por leiomiomasarcoma vesical, que presenta estenosis de la ureterostomía cutánea, portador de nefrostomías bilaterales, con oclusiones, salidas, infecciones de repetición, ocasionándole intolerancia a las mismas, por lo que se realiza la reconstrucción a bricker con asistencia robótica, ayudándonos del verde de indocianina a través de las nefrostomías, que nos permite identificar ambos uréteres.

**RESULTADOS:**

La cirugía se desarrolló sin complicaciones, con una duración de 135 minutos, estancia de 7 días, y tras la retirada de los catéteres no ha presentado ninguna complicación hasta el momento.

**CONCLUSIONES:**

La asistencia robótica en la cirugía reconstructiva de este tipo ofrece ventajas incuestionables, no suponiendo igualmente ninguna complicación la colocación de la urostomía en la fosa iliaca izquierda.

**Tratamiento laparoscópico de fístula colovesical**

Grinard De León, E.A.; Polo López, C.A.; Carmona Sáez, J.A.; Valverde Martínez L.S.; Prieto Nogal S.B.; Martín Hernández M.; Gómez Tejeda L.M.

*Complejo Asistencial de Ávila*

**Introducción:** Las fístulas colovesicales están asociadas más frecuentemente con patología del colon como diverticulitis, enfermedad de Crohn o carcinoma colorectal. En el 70% de los casos se debe a una diverticulitis con un pico de incidencia entre los 55 a 65 años de edad. Según series un 10 % de las fístulas colovesicales se deben a patología maligna. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son infecciones de orina de repetición, síntomas irritativos, dolor suprapúbico, tenesmo, fecaluria y neumaturia. Nuestro objetivo es describir el abordaje quirúrgico laparoscópico de una fístula colovesical secundaria a una diverticulitis, a propósito de un caso.

**Materiales y Métodos:** Se trata de un paciente varón de 54 años con antecedente de HTA y colitis isquémica. Remitido por hematuria macroscópica y antecedentes de ITU de repetición. En cistoscopia se observa lesión de 3 cm en fondo vesical que tras biopsia informa de metaplasia intestinal. Cistografía: sin alteraciones. TAC y RNM: engrosamiento focal de pared superior izquierda de la vejiga que contacta con segmento de sigma y presencia de gas en luz vesical. Sin demostrar paso de contraste. Colonoscopia: diverticulosis, sigmoiditis inespecífica y sin evidencia de malignidad. Tras estudios complementarios se confirma diagnóstico de fístula colovesical secundaria a diverticulitis y decide realizar intervención quirúrgica de fístula colovesical por vía laparoscópica.

**Resultados:** Se realizó exeresis de fístula colovesical, cierre pared vesical, sigmoidectomía y anastomosis termino-terminal colorectal con auto sutura EEA por vía laparoscópica. El tiempo quirúrgico fue de 180 min, sangrado intraoperatorio 100 ml y una estancia postoperatoria de cinco días. Anatomía patológica: segmento de sigma con diverticulosis, trayecto fistuloso y sin evidencia de malignidad. En revisión el paciente está asintomático.

**Conclusiones:** El abordaje laparoscópico de las fístulas vesicoentericas es una técnica viable, segura, eficaz en casos seleccionados y con las ventajas del abordaje mínimamente invasivo.