

XXII Congreso ACLU

Sesión: Sesión 2 de comunicaciones (primera parte: Litiasis, Urología Funcional y Andrología)
Sala: ; Día: sábado 19 de octubre; Hora: 09:00-10:30

C-25: Estudio comparativo de cirugía retrógrada intrarrenal bajo raquianestesia y anestesia general.

Domínguez Fernández, M.H.; De la Cruz Martín, B.; Montero Torres, J; Blanco Martín, E;
Alcubilla García, L; Gutiérrez Minguéz, E
HUBU

V-26: Resolución de tumor de tracto urinario superior mediante Microperc.

Rivero Cárdenas, A; Hernández García, J.; Montero Torres, J.; Domínguez Fernández, H.;
Gutierrez Minguéz, E.
Hospital Univ. de Burgos

V-27: TRATAMIENTO DE LITIASIS EN CALIZ INFERIOR MEDIANTE RIRS FLEXIBLE

Cuellar Martin L.A.; Torrecilla Garcia-Ripoll J.R.; Martin Martin S.; Calleja Escudero J.; Calvo
Gonzalez R.; Alonso Villalba A.J.; Conde Redondo M.C.; Valsero Herguedas M.E.; Bedate Nuñez
M.; Lara Perez F.M.; Ruano Mayo A.; Zamora Horcajada A.; Natal Alvarez F.; Cortiñas González
J.R.

Servicio de Urología - Hospital Clínico Universitario de Valladolid

V-29: PIELOLITECTOMÍA LAPAROSCÓPICA 3D CON ACCESO TRANSMESOCÓLICO.

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

C-30: EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DE LA PATOLOGÍA FUNCIONAL Y SUELO PÉLVICO EN LA COMUNIDAD DE CASTILLA Y LEÓN EN EL AÑO 2019: MANEJO CLÍNICO Y DOTACIÓN DE MEDIOS

Díez Rodríguez JM.
GRUPO DE UROLOGÍA FUNCIONAL ACLU_2019

C-31: MANEJO CLÍNICO DE LA INCONTINENCIA URINARIA FEMENINA EN LOS SERVICIOS DE UROLOGÍA DE LA COMUNIDAD DE CASTILLA Y LEÓN"

Rodríguez Toves A
GRUPO DE UROLOGÍA FUNCIONAL ACLU_2019

V-32: Inyección periuretral de gel de Poliacrilamida (Bulkamid) en el tratamiento de la incontinencia por insuficiencia esfinteriana intrínseca (ISD) en la mujer

Gutiérrez Ruiz, Cristina; Tapia Herrero, Ana; Rodríguez Toves, Luis Antonio; Castroviejo Royo, Fátima; Amón Sesmero, Heriberto
Hospital Universitario Río Hortega

V-33: INCORPORACIÓN DE LA ASISTENCIAL ROBÓTICA AL TRATAMIENTO DEL PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS

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

V-34: VARICOCELECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: UNA OPCIÓN TERAPÉUTICA EN EL PACIENTE ADOLESCENTE

Mediavilla Diez, E.; Gala Solana, L.; Romani Castro, R.; Pascual Fernandez, A.; Godoy Alvaro, J.E.; Adriazola Semino, M.A.; Campanario Pérez, F.
Complejo Asistencial de Palencia

V-35: Síndrome de Insensibilidad Androgénica. Abordaje quirúrgico.

Blanco Martín, E.; Gonzalo Rodríguez, V.; Diaconu, M.G.; Alcubilla García, L.; Domínguez Fernández, M.H.; Montero Torres, J.; Rivero Cárdenas, A.; Gutiérrez Mínguez, E.
Hospital Universitario de Burgos

Estudio comparativo de cirugía retrógrada intrarrenal bajo raquianestesia y anestesia general.

Domínguez Fernández, M.H.; De la Cruz Martín, B.; Montero Torres, J; Blanco Martín, E; Alcubilla García, L; Gutiérrez Minguez, E
HUBU

La cirugía retrógrada intrarrenal (CRIR) es un procedimiento muy extendido para la resolución de litiasis renales fundamentalmente menores de dos centímetros. Generalmente se realizan bajo anestesia general (AG) puesto que proporciona un mayor control de los movimientos respiratorios y permite un acceso percutáneo en caso de ser necesario. No obstante, existe la posibilidad de realizar una CRIR bajo raquianestesia (RA) disminuyendo así la morbilidad que asocia la anestesia general.

Objetivo: Evaluar la seguridad y la efectividad de la CRIR bajo raquianestesia frente a la anestesia general.

Material y métodos: Se ha hecho un análisis retrospectivo y descriptivo en el que se han seleccionado las CRIR que se han realizado en nuestro hospital entre 2015 y 2017, obteniendo un total de 202 procedimientos, de los cuales 52 se hicieron bajo raquianestesia y 150 bajo anestesia general. La elección del tipo de anestesia se llevó a cabo de manera conjunta entre el anestesista y el urólogo, excluyendo los casos que pudiesen requerir un acceso percutáneo por las características de la litiasis.

Resultado: No se han encontrado diferencias demográficas significativas entre los dos grupos. En lo referente al lado intervenido y a la localización de la litiasis tampoco se han obtenido diferencias significativas ($p=0.2$ y 0.8 respectivamente). Los tamaños fueron de 12.8 ± 7.6 mm en el grupo con RA frente a 16.4 ± 9.3 mm de las litiasis en el grupo de la AG, objetivando tamaños ligeramente mayores en el grupo de la AG sin que esta diferencia sea significativa ($p=0.07$). El tiempo quirúrgico ha sido de 59.1 min en las intervenciones con RA frente a los 65.34 min de las de AG ($p=0.8$). Tampoco hay diferencias significativas en lo referente a las complicaciones intra y post quirúrgicas ($p=0.7$ y 0.3 respectivamente). Los días de estancia hospitalaria fueron 1.31 ± 0.7 días en RA y 1.54 ± 1.8 días en AG. No observamos diferencias en la tasa de éxito entre los dos grupos (92.3 vs 93.3% $p=0.9$).

Conclusión: La raquianestesia es una alternativa válida a la anestesia general en la CRIR ya que ambas ofrecen un perfil de seguridad y eficacia comparable disminuyendo las comorbilidades asociadas a la AG.

V-26

XXII Congreso ACLU. Ávila. 2019. 18 y 19 de Octubre de 2019

Presentación: Vídeo

Resolución de tumor de tracto urinario superior mediante Microperc.

Rivero Cárdenes, A; Hernández García, J.; Montero Torres, J.; Domínguez Fernández, H.; Gutierrez Mínguez, E.
Hospital Univ. de Burgos

Introducción.

La cirugía micropercutánea es una técnica para el tratamiento de las litiasis renales que busca llevar a su máxima expresión el concepto "cirugía mínimamente invasiva". El desarrollo del instrumental quirúrgico en endourología ha permitido que hoy en día la consideremos como una alternativa viable para el tratamiento de cálculos renales y otro tipo de patologías como los tumores del tracto urinario superior.

Objetivo.

Esta cirugía puede ser aplicable a otras patologías beneficiándonos de las ventajas que aporta como un mínimo daño renal y bajo riesgo de sangrado.

Material y métodos.

En el video se muestra el caso de un paciente monorrore con hematuria anemizante secundaria a una tumoración de tracto urinario superior. Se exponen paso a paso las diferentes técnicas empleadas hasta la resolución del caso, intentando un manejo conservador con márgenes oncológicos seguros.

TRATAMIENTO DE LITIASIS EN CALIZ INFERIOR MEDIANTE RIRS FLEXIBLE

Cuellar Martin L.A.; Torrecilla Garcia-Ripoll J.R.; Martin Martin S.; Calleja Escudero J.; Calvo Gonzalez R.; Alonso Villalba A.J.; Conde Redondo M.C.; Valseo Herguedas M.E.; Bedate Nuñez M.; Lara Perez F.M.; Ruano Mayo A.; Zamora Horcajada A.; Natal Alvarez F.; Cortiñas González J.R.

Servicio de Urología - Hospital Clínico Universitario de Valladolid

INTRODUCCIÓN: La cirugía retrógrada intrarrenal (RIRS) es una técnica en constante progresión gracias a los continuos avances tecnológicos respecto a la miniaturización y maniobrabilidad de los ureteroscopios flexibles. Ello nos permite el tratamiento de litiasis en zonas de difícil acceso como el cáliz inferior.

OBJETIVOS: Nuestro objetivo es mostrar la resolución de un caso de litiasis calicial inferior mediante RIRS en una paciente anticoagulada y con unas condiciones anatómicas desfavorables.

MATERIAL Y METODOS: Se trata de una paciente de 64 años de edad en tratamiento con Rivaroxaban, que acude a nuestra consulta por dolor lumbar derecho asociado a hematuria. Se realiza radiografía simple de abdomen en la que se aprecia una imagen radioopaca de 1,5cm sobre silueta renal derecha y ecografía que evidencia una litiasis en cáliz inferior del riñón derecho sin ureterohidronefrosis asociada. En urografía intravenosa vemos un correcto funcionamiento renal con el cálculo ocupando la práctica totalidad de dicho cáliz. Tras estudios preoperatorios y con cultivo de orina negativo, se suspende el anticoagulante los tres días previos a la cirugía, llevándose a cabo RIRS derecha en la que se objetiva una litiasis en un cáliz del grupo inferior de difícil acceso y que no puede movilizarse. Se decide practicar litotricia "in situ" mediante láser Holmium con fibra de 273µm.

RESULTADOS: El tiempo quirúrgico fue de 70 min, logrando la completa vaporización-fragmentación del cálculo. Tras la intervención se colocó un catéter doble J que se mantuvo durante 7 días. El postoperatorio cursó sin complicaciones y la paciente fue dada de alta a las 24h. La composición de la litiasis fue de 60% oxalato cálcico, 27% fosfato cálcico, 9% fosfato amónico y 4% urato amónico. En tomografía de control realizada a los 4 meses no se aprecian restos litiasicos, permaneciendo la paciente asintomática.

CONCLUSIONES: La cirugía retrógrada intrarrenal es un tratamiento válido y eficaz para la litiasis del cáliz inferior, especialmente en aquellos pacientes anticoagulados en los que la realización de una cirugía percutánea aumentaría el riesgo de sangrado.

PIELOLITECTOMÍA LAPAROSCÓPICA 3D CON ACCESO TRANSMESOCÓLICO.

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

Hospital General de Segovia

El tratamiento quirúrgico de las litiasis del tracto urinario ha sufrido una gran evolución en los últimos años. En la actualidad, la mayor parte de las litiasis se resuelven mediante técnicas endoscópicas y/o extracorpóreas. Sin embargo, algunas situaciones complejas como cálculos de gran tamaño, síndrome de la unión pieloureteral o variaciones anatómicas, podrían ser a día de hoy, aún indicación de cirugía abierta. Gracias al gran desarrollo de la laparoscopia, se ha convertido en una buena alternativa como tratamiento de dichas situaciones complejas.

Se presenta el caso clínico de una mujer de 39 años, con ITUs de repetición que en alguna ocasión ha requerido ingreso hospitalario. En URO-TC, se objetiva riñón izquierdo malrotado, con litiasis en pelvis renal de 2.5cm que ocasiona ectasia de grupo calicial superior. Dados los hallazgos radiológicos y tamaño de la litiasis renal, se plantea intervención quirúrgica consistente en PielolitECTomía izquierda laparoscópica.

Material y métodos:

Se emplea torre laparoscópica Aesculap 3D. Colocación de 3 trócares. Se evidencia impronta de silueta renal izquierda sobre mesocolon, por lo que se decide realizar acceso transmesocólico a celda renal. Se identifica malrotación de riñón izquierdo con disposición de pelvis y uréter en posición anterior, sin objetivarse cruce vascular en unión pieloureteral ni estenosis a ese nivel.

Pielotomía mediante tijera fría. Extracción de litiasis piélica y catéter doble J, embolsándolo inmediatamente. Colocación de nuevo catéter doble J izquierdo a través de trocar y pielorrafia intracorpórea mediante puntos sueltos con sutura reabsorbible.

Resultados:

No se objetivaron complicaciones intra ni postoperatorias. El cálculo se componía de 30% oxalato cálcico y 40% fosfato amónico magnésico. Se lleva a cabo la retirada del doble J a las 7 semanas de la intervención. La paciente no ha presentado nuevo episodio de ITU durante este tiempo.

Conclusiones:

La pielolitECTomía laparoscópica es una buena alternativa para aquellos casos en los que las técnicas endoscópicas o extracorpórea no son factibles, como es el caso de nuestra paciente, litiasis de gran tamaño asociado a alteraciones anatómicas del sistema urinario. En estudios realizados, no se ha evidenciado incremento de la morbimortalidad con respecto a la técnica endoscópica que mayor indicación podría tener, la nefrolitECTomía percutánea.

EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DE LA PATOLOGÍA FUNCIONAL Y SUELO PÉLVICO EN LA COMUNIDAD DE CASTILLA Y LEÓN EN EL AÑO 2019: MANEJO CLÍNICO Y DOTACIÓN DE MEDIOS

Díez Rodríguez JM.
GRUPO DE UROLOGÍA FUNCIONAL ACLU_2019

Díez Rodríguez J, Rodríguez Toves A, Lorenzo Gómez MF, Adot Zurbano JM, Gallego Matey A, Szczesniewski Ryszard J, Félix González FA, Sanz Ruíz A, Miranda Aranzubía O, Pérez Cadavid S, Adiazola Semino M, Gala Solana L, Muñoz Delgado B, Bermúdez Villaverde R, Arnáiz Esteban F, Marfil Peña C, Valsero Herguedas E, Bedate Núñez M, Conde Redondo C, Tapia Herrero A, Castroviejo Royo F, Gutiérrez Ruíz C, del Río Domínguez F, del Valle González N, Cruz Guerra N, Soto Rodríguez JL.

INTRODUCCIÓN

Una revisión de las guías y recomendaciones de las diferentes sociedades científicas pone de manifiesto una falta de criterio unificado en el manejo de la patología funcional y de suelo pélvico (PSP).

OBJETIVOS

El objetivo principal del estudio es conocer la práctica asistencial y posible variabilidad clínica en el manejo de la patología funcional en los Servicios de Urología de SACYL. Como objetivo secundario pretendemos conocer la dotación de medios de los distintos hospitales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, de corte transversal, realizado mediante un cuestionario de recogida de datos dirigido a todos los Servicios de Urología de los hospitales públicos SACYL en el año 2019. Se analizan las variables de forma global y estratificada considerando la población de referencia de cada hospital. Los datos se analizaron con el programa PSCP.

RESULTADOS

Participaron en el estudio los 14 Servicios de Urología del SACYL (100%). Sólo disponen de Unidad de Suelo Pélvico estructurada 2 hospitales (14,3%). Se atiende IUEF e IUU en los 14 hospitales (100%), vejiga hiperactiva refractaria (VHR) en 12 (85,7%), IU masculina en 12 (85,7%), prolapso de compartimento anterior 10 (71,4%), prolapso de compartimento medio y posterior 5 (35,7%). Realizan estudios urodinámicos (EUD) 11 (73,3%), perfil uretral 3 (21,4%), EMG de superficie 8 (57,1%), EMG agujas 1 (7,1%), urodinámica ambulatoria 1 (7,1%) y no se dispone videourodinámica en ningún hospital. En la valoración inicial de IUEF emplean diario miccional 8 (57,1%), cuestionarios 4 (28,6%), pad test 3 (21,4%), ecografía 12 (85,7%), residuo postmiccional 13 (92,9%), EUD 5 (35,7%), cistografías 6 (42,9%), cistoscopia 5 (35,7%). La técnica quirúrgica empleada de primera elección para IUEF es la banda suburetral TOT en 13 (92,9%): TOT out-in en 11 (78,6%), TOT in-out 5 (35,7%), mini-sling 3 (21,4%). Técnica quirúrgica empleada en IU masculina: agentes inyectables 2 (14,3%), sling masculino 5 (35,7%), dispositivos con balón (ATOMS) 7 (50%), esfínter artificial 7 (50%). Tratamiento de la VHR: toxina botulínica 13 (92,9%), estimulación del tibial posterior 6 (42,9%), neuromodulación de raíces sacras 2 (14,3%), enterocistoplastia de ampliación 2 (14,3%). Solo realizan corrección quirúrgica del prolapso 4 servicios de urología de SACYL (28,5%), por vía vaginal clásica 4 (28,5%), vía vaginal con mallas 2 (14,3%), colposacropexia laparoscopia 4 (28,5%) y colposacropexia robótica 2 (14,3%).

CONCLUSIONES

Existe una amplia variabilidad clínica en el manejo de la patología funcional y PSP en los Servicios de Urología de SACYL. Deberían desarrollarse protocolos consensuados basados en las guías clínicas y adecuarlos a las características de cada hospital. Existe una deficiente dotación de medios en algunos Servicios que dificulta la formación específica en urología funcional y suelo pélvico.

MANEJO CLÍNICO DE LA INCONTINENCIA URINARIA FEMENINA EN LOS SERVICIOS DE UROLOGÍA DE LA COMUNIDAD DE CASTILLA Y LEÓN

Rodríguez Toves A
GRUPO DE UROLOGÍA FUNCIONAL ACLU_2019

Rodríguez Toves A, Díez Rodríguez J, Lorenzo Gómez MF, Adot Zurbano JM, Gallego Matey A, Szczesniewski Ryszard J, Félix González FA, Sanz Ruíz A, Miranda Aranzubía O, Pérez Cadavid S, Adiazola Semino M, Gala Solana L, Muñoz Delgado B, Bermúdez Villaverde R, Arnáiz Esteban F, Marfil Peña C, Valsero Herguedas E, Bedate Núñez M, Conde Redondo C, Tapia Herrero A, Castroviejo Royo F, Gutiérrez Ruíz C, del Río Domínguez F, del Valle González N, Cruz Guerra N, Soto Rodríguez JL.

INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria femenina constituye un problema de salud con un gran impacto social y económico, que influye negativamente sobre la calidad de vida de las pacientes. Principalmente existen tres formas clínicas: incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), de urgencia (IUU) y mixta.

OBJETIVOS

El objetivo principal del estudio es conocer la práctica asistencial y posible variabilidad en el manejo clínico de la incontinencia urinaria femenina en los Servicios de Urología de SACYL.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, de corte transversal, realizado mediante un cuestionario de recogida de datos dirigido a todos los Servicios de Urología de los hospitales públicos SACYL en el año 2019. Se analizan las variables de forma global y estratificada considerando la población de referencia de cada hospital. Los datos se analizaron con el programa PSCP.

RESULTADOS

Participaron en el estudio los 14 Servicios de Urología del SACYL (100%). En la valoración inicial de IUEF realizan exploración física con vejiga llena 14 (100%), Q-tip test 5 (35,7%), pad test 3 (21,4%), diario miccional 8 (57,1%), cuestionarios 4 (28,6%), orina elemental y urocultivo 13 (92,9%), ecografía 12 (85,7%), residuo postmiccional 13 (92,9%), estudio urodinámico 5 (35,7%), cistografías 6 (42,9%), cistoscopia 5 (35,7%). La técnica quirúrgica de primera elección para tratamiento de la IUEF es la banda suburetral TOT en 13 (92,9%), TOT out-in en 11 (78,6%), TOT in-out 5 (35,7%), mini-sling 3 (21,4%). Además, existen otras técnicas disponibles: agentes inyectables 3 (21,4%), colposuspensión retropúbica abierta (MMK o Burch): 4 (28,6%), colposuspensión laparoscópica 3 (21,4%), banda retropúbica TVT 3 (21,4%), banda suburetral transobturatriz ajustable (TOA) 3 (21,4%), cabestrillo regulable REEMEX 4 (28,6%). En caso de recidiva de IUE realizan REEMEX 3 (21,4%), TOA 2 (14,3%), agentes inyectables 2 (14,3%), Burch 1 (7,1%). Respecto a la evaluación inicial de la IUU realizan exploración física con vejiga llena 11 (78,6%), diario miccional 12 (85,7%), cuestionarios 5 (35,7%), urocultivo 14 (100%), citología de orina 11 (78,6%), RX simple 1 (7,1%), ecografía 13 (92,9%), EUD 6 (42,9%), cistografías 4 (28,6%) y cistoscopia 8 (57,1%). Tratamiento de la IUU: farmacológico 14 (100%), medidas higiénico-dietéticas 13 (92,9%), reeducación miccional 9 (64,3%), rehabilitación de suelo pélvico 7 (50%), ejercicios "léalos-hágalos" 5 (35,7%). En caso de vejiga hiperactiva refractaria realizan instilaciones endovesicales 7 (50%), inyección de toxina botulínica 13 (92,9%), estimulación de nervio tibial posterior 6 (42,9%), neuromodulación de raíces sacras 2 (14,3%) y enterocistoplastia de ampliación 2 (14,3%).

CONCLUSIONES

Existe una amplia variabilidad en el manejo clínico de la incontinencia urinaria femenina en los Servicios de Urología de SACYL. Deberíamos desarrollar protocolos consensuados basados en las guías clínicas y adecuarlos a las características de cada hospital.

Inyección periuretral de gel de Poliacrilamida (Bulkamid) en el tratamiento de la incontinencia por insuficiencia esfinteriana intrínseca (ISD) en la mujer

Gutiérrez Ruiz, Cristina; Tapia Herrero, Ana; Rodríguez Toves, Luis Antonio; Castroviejo Royo, Fátima; Amón Sesmero, Heriberto

Hospital Universitario Río Hortega

Introducción:

La incontinencia por insuficiencia esfinteriana intrínseca se define por la falta de cierre del cuello vesical en reposo. En mujeres se produce en caso de denervación uretral o múltiples cirugías sobre la uretra. Su tratamiento constituye un reto dentro de la cirugía de la incontinencia femenina y persigue aumentar la resistencia uretral más que en corregir la movilidad de la misma.

Material y métodos:

Presentamos el caso de una mujer de 75 años múltipara, diabética de larga evolución. Antecedentes quirúrgicos: Histerectomía más doble anexectomía por miomas uterinos a los 54 años. Clínicamente refiere incontinencia de esfuerzo y en reposo de años de evolución y bultoma vaginal. EF: Genitales acordes con la edad, prolapso compartimento anterior. Escape durante la exploración con el Valsalva. Qtip test: 10°.

Estudio urodinámico: Incontinencia por insuficiencia esfinteriana intrínseca: presentando escape en reposo con Presión de fuga uretral de 10 cm H₂O y Máxima Presión de Cierre Uretral de 20 cm H₂O. Micción por pobre contracción del detrusor sin residuo postmiccional significativo.

Dados los hallazgos se ofreció inyección periuretral de hidrogel Bulkamid.

Resultados:

Se describe la técnica quirúrgica y el material utilizado para la inyección. Se inyecta endoscópicamente 3-4 habones de hidrogel en tejido submucoso de uretra proximal hasta conseguir coaptar su luz. El tiempo quirúrgico fue de 15 minutos, realizándose la intervención bajo sedación y en régimen ambulatorio.

Se describen los resultados funcionales a los 6 meses de seguimiento.

Conclusiones:

El objetivo de las sustancias inyectables es el aumento de la resistencia uretral sin producir obstrucción. Bulkamid es un hidrogel (97.5% de agua y 2.5% poliacrilamida) biocompatible no particulado no reabsorbible. El mecanismo de acción es la coaptación del lumen uretral.

INCORPORACIÓN DE LA ASISTENCIAL ROBÓTICA AL TRATAMIENTO DEL PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS

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

Complejo Asistencial Universitario de León

Introducción: El prolapso de órganos pélvicos es una patología frecuente entre las mujeres. El objetivo de la reparación quirúrgica es restaurar de forma adecuada la anatomía vaginal y mantener su funcionalidad. La colposacropexia se considera el *gold standard* en el tratamiento del prolapso pélvico y su acceso laparoscópico ha sustituido a la cirugía abierta habiendo demostrado tener los mismos resultados que esta última y menor morbilidad. Realizar esta cirugía asistida por robot supone un nuevo paso en la evolución de la técnica.

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 cuatro pacientes desde mayo de 2018. Todas las pacientes han sido intervenidas bajo anestesia general, mediante colocación de cuatro trócares robóticos (8mm) y uno convencional para el ayudante.

Resultados: La técnica se llevó a cabo de forma satisfactoria con un tiempo medio de 160 minutos y una estancia postoperatoria de 48 horas. En todos los casos los resultados a medio plazo han sido favorables tanto en el soporte vaginal como en la mecánica miccional.

Conclusiones: La colposacropexia laparoscópica con asistencia robótica ha demostrado ser una técnica segura, con bajo riesgo de complicaciones, permitiendo una estancia hospitalaria postquirúrgica mínima y un alta precoz, por lo que se puede incluir dentro del arsenal terapéutico del tratamiento de los prolapsos de órganos pélvicos.

VARICOCELECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: UNA OPCIÓN TERAPÉUTICA EN EL PACIENTE ADOLESCENTE

Mediavilla Diez, E.; Gala Solana, L.; Romani Castro, R.; Pascual Fernandez, A.; Godoy Alvaro, J.E.; Adriaola Semino, M.A.; Campanario Pérez, F.

Complejo Asistencial de Palencia

INTRODUCCIÓN

El varicocele es una entidad consistente en una dilatación excesiva del plexo pampaniforme debido a la presencia de reflujo venoso en el mismo.

Dicha enfermedad afecta a un 14-20% de adolescentes, provocando un daño testicular severo en un 20% de los afectados.

En dichos casos, las guías europeas de Uropediatría, recomiendan la realización de varicocelectomía usando un mecanismo de magnificación óptica (Laparoscopia/Microscopio)

CASO CLINICO

Presentamos el caso de un varón de 15 años de edad, sin antecedentes de interés, que acude a nuestra consulta por la presencia de varicocele izquierdo acompañado de una importante disminución del volumen testicular ipsilateral.

A la exploración física presenta como alteración destacable un varicocele grado III izquierdo acompañado de un testículo de menor tamaño que el contralateral.

En la ecografía testicular y abomino-pélvica se nos comunica un prominente varicocele izquierdo con estructuras venosas dilatadas de morfología serpinginosa con flujo en su interior que aumenta con las maniobras de Valsalva, con flujo rebote. Además se observa un testículo izquierdo disminuido de tamaño (3,12 cc) con respecto al contralateral (8,66 cc), con una ecogenicidad conservada.

RESULTADOS

Debido a la clínica y edad del paciente, se decide la realización de varicocelectomía laparoscópica suprainguinal.

El paciente presenta u postoperatorio favorable, con tan solo un día de estancia y sin complicaciones tempranas ni tardías.

A los 4 meses de evolución se realiza un control ecográfico objetivándose un aumento del tamaño testicular izquierdo (5 cc), con ausencia de hidrocele.

DISCUSIÓN

La varicocelectomía laparoscópica es una técnica de amplificación óptica útil en el tratamiento de esta patología y fácilmente reproducible en nuestro ámbito. Evitando la necesidad de tener que estar familiarizado con el microscopio quirúrgico.

Síndrome de Insensibilidad Androgénica. Abordaje quirúrgico.

Blanco Martín, E.; Gonzalo Rodríguez, V.; Diaconu, M.G.; Alcubilla García, L.; Domínguez Fernández, M.H.; Montero Torres, J.; Rivero Cárdenes, A.; Gutiérrez Mínguez, E.

Hospital Universitario de Burgos

SD.DE INSENSIBILIDAD ANDROGÉNICA. ABORDAJE QUIRÚRGICO.

Autores: Blanco Martín, E.; Gonzalo Rodríguez, V.; Diaconu, M.G.; Alcubilla García, L.; Domínguez Fernández, M.H.; Montero Torres, J.; Rivero Cárdenes, A.; Gutiérrez Mínguez, E.

- **INTRODUCCIÓN:**

El Síndrome de Insensibilidad Androgénica (SIA) es una enfermedad rara debida a una mutación en el receptor androgénico. Esto lleva a la resistencia de los tejidos a la acción de las hormonas masculinas.

Hay varios grados de SIA: completo (amenorrea primaria en individuos educados como niñas), incompleto (ambigüedad sexual al nacimiento) y leve (varones con signos de hipovirilización o esterilidad). El más frecuente es el SIA completo con una incidencia de 1/20.000 – 1/99.000 nacimientos de varones vivos (cariotipo 46XY).

- **MATERIAL Y METODOS**

Presentamos un caso de una paciente de 18 años con SIA completo o Síndrome de Morris con genotipo XY y fenotipo femenino. Fue diagnosticada del Hospital Universitario de Burgos (HUBU) después de ser estudiada por amenorrea primaria. Tras el diagnóstico por el servicio de Ginecología fue derivada al servicio de Urología para tratamiento quirúrgico al presentar testículos intraabdominales.

El tratamiento de inicio fue la extirpación gonadal mediante laparoscopia. Posteriormente es necesario consejo genético, informar del futuro reproductivo y valorar una dilatación o cirugía vaginal que permita un funcionamiento sexual normal.

La orquiectomía bilateral laparoscópica transcurrió sin ningún tipo de incidencias. La paciente fue dada de alta a las 48 horas sin complicaciones, así como en el seguimiento a los dos meses.

RESULTADOS

Con este trabajo pretendemos mostrar el manejo inicial, desde el diagnóstico hasta la intervención quirúrgica, así como resaltar la necesidad de tratar los aspectos psicosociales y funcionales que se pueden plantear en este tipo de casos.

El asesoramiento familiar, la asignación apropiada del género y la gonadectomía para prevenir el cáncer de testículo en las gónadas no descendidas deben ser una base fundamental del tratamiento.