

XXVIII Reunión Nacional del Grupo de Urología Funcional, Femenina y Urodinámica

Sesión: Sesión Vídeos 2

Moderadores:

Sala: Sala de Cámara; Día: viernes 17; Hora: 08:00-09:00

V-6: REPARACIÓN DE FÍSTULA URETRO-VAGINAL RECIDIVADA: UN DESAFÍO TERAPÉUTICO

EGEA SANCHO, C.; LÓPEZ LÓPEZ, AI; NAKDALI KASSAB, B.; GÓMEZ GARBERÍ, M.; MUÑOZ MONTOYA, M.; VALLE LUNA, V.; SARRIÓ SANZ, P; PACHECO BRU, J.J.; ORTIZ GORRÁIZ, M.A.
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE ALICANTE

V-7: REPARACIÓN DE FISTULA VESICOVAGINAL RECIDIVADA POR VIA ROBÓTICA

Hernández Bermejo, I.;; Carracedo Calvo, D.;; Jerez Izquierdo, T.;; Pereira Rodríguez, N.;; Toledo Jiménez, T.;; Meilán Hernández, E.;; Santiago González, M .;; González Montes, L.;; Moscatiello, P.;; Sánchez Encinas, M.
Hospital Universitario Rey Juan Carlos

V-8: ENTEROCISTOPLASTIA DE AUMENTO LAPAROASISTIDA POR ROBOT COMO TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE VEJIGA HIPERACTIVA

Hernandez Bermejo, I; Toledo Jiménez, M; Carracedo Calvo,D; Moscatiello, P; Jerez Izquierdo, T; Pereira Rodríguez,N; Santiago González, M; Fiorillo, A; Sánchez Encinas, M
Hospital Universitario Rey Juan Carlos

V-9: Ureteroplastia laparoscópica asistida por robot con injerto de mucosa yugal como tratamiento de estenosis ureteral compleja (Vídeo).

Alcón Cerro, P.; García Escudero, D.; García Porcel, V.J.; Moreno Sánchez, P.; Sánchez Almería,L.; López García, G.; Velazquez Gomariz, I.; Molina Hernández, O.; Jiménez Penick, J.F.; Oñate Celdrán, J.; Sanchez Rodríguez, C.; Sempere Gutiérrez, A.; Oñate Celdrán, J.; Andreu García, A.; Valdelvira Nadal,P.; Jiménez Parra J.D.
Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

V-10: Síntomas del tracto urinario inferior de vaciado secundario a megauréter derecho de desembocadura ectópica

Gómez González, B; Sánchez Gallego, MD; Sánchez Molina, S; Hevia Feliu, A; Rubia Escribano, A; De la Morena Gallego, JM
Hospital Universitario Infanta Sofía

Presentación: vídeo

REPARACIÓN DE FÍSTULA URETRO-VAGINAL RECIDIVADA: UN DESAFÍO TERAPÉUTICO

EGEA SANCHO, C.; LÓPEZ LÓPEZ, AI; NAKDALI KASSAB, B.; GÓMEZ GARBERÍ, M.; MUÑOZ MONTOYA, M.; VALLE LUNA, V.; SARRIÓ SANZ, P; PACHECO BRU, J.J.; ORTIZ GORRÁIZ, M.A.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE ALICANTE

Palabras clave: fístula uretro-vaginal, incontinencia urinaria, técnica de Martius.

INTRODUCCIÓN:

Las fístulas uretrovaginales son una entidad poco frecuente en nuestro medio. En Europa este tipo de fístulas se producen,

habitualmente, como consecuencia de cirugías previas sobre la pared anterior vaginal como diverticulectomías, bandas suburetrales o colporrafias; también como un posible efecto deletéreo de la radioterapia.

En este vídeo se muestra una alternativa quirúrgica para la corrección de una fístula uretro-vaginal multirrecidivada.

PACIENTE Y MÉTODOS:

Se presenta el caso de una mujer de 42 años con antecedentes quirúrgicos de cesárea y diverticulectomía uretral en 2015. En

2017, durante el parto vaginal de su segundo hijo, se produjo una lesión uretral completa la cual se reparó quirúrgicamente in

situ. Posteriormente se objetivó la formación de una fístula uretro-vaginal.

Tras cuatro intervenciones de reconstrucción uretral por medio de fistulorrafia y uretroplastia, la exploración física muestra una

fuga urinaria continua. Se realiza exploración bajo anestesia confirmando la presencia de solución de continuidad de 2cm en la

pared uretral anterior. La cistoscopia muestra trígono y meatos uretrales indemnes. La ecografía descarta hidronefrosis.

RESULTADOS:

Por vía transvaginal, se realiza uretroplastia mediante colgajo pediculado de pared vaginal, interposición de grasa de labio

derecho según técnica de Martius y colocación de sling autólogo de fascia de rectos anteriores por vía transobturadora y de

localización subcervical.

Posteriormente, se mantiene el sondaje vesical durante 3 semanas. En la cistouretrografía de control se observa posible fuga

uretro-vaginal a nivel de cuello vesical que obliga a prolongar sondaje vesical durante 3 semanas.

A los 9 meses de la intervención, la paciente presenta continencia completa en reposo, entre 5-6 micciones voluntarias de 200 a

300 ml e incontinencia urinaria de esfuerzo que maneja con salva slip.

CONCLUSIONES:

La uretroplastia mediante colgajo vaginal e interposición de colgajo de grasa de labio según la técnica de Martius y posterior

colocación de sling autólogo de fascia de rectos anteriores puede ser una alternativa quirúrgica en el tratamiento de las fístulas

uretro-vaginales complejas.

Presentación: vídeo

REPARACIÓN DE FISTULA VESICOVAGINAL RECIDIVADA POR VIA ROBÓTICA

Hernández Bermejo, I.; Carracedo Calvo, D.; Jerez Izquierdo, T.; Pereira Rodríguez, N.; Toledo Jiménez, T.; Meilán Hernández, E.; Santiago González, M.; González Montes, L.; Moscatiello, P.; Sánchez Encinas, M.

*Hospital Universitario Rey Juan Carlos***INTRODUCCIÓN**

En nuestro medio, la causa más frecuente de fístula vesicovaginal es la iatrogénica. Constituye una patología con un alto impacto en la calidad de vida y un reto terapéutico.

El objetivo es mostrar paso a paso la técnica de corrección de fístula vesicovaginal tras fracaso de tratamiento quirúrgico previo, mediante abordaje abdominal robótico con interposición de epiplón.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Presentamos el caso de una mujer de 57 años de edad con antecedentes de apendicectomía, anexectomía derecha y salpingectomía. Posteriormente, ooforectomía izquierda e histerectomía, complicada con fístula vesicovaginal. Tres meses después de tratamiento de la fístula por vía laparoscópica, la paciente acude a consulta de Urología por incontinencia continua e insensible.

En la exploración física presentó test de esfuerzo negativo con test de azul de metileno positivo para fístula vesicovaginal, localizada en fondo de saco vaginal anterior izquierdo. El TC y la RMN confirman la presencia de fístula vesicovaginal sin otras complicaciones asociadas.

La cirugía comienza con la realización de una cistoscopia, colocación de doble J bilateral y cateterización de fístula mediante guía Sensor®. Posteriormente se procede al abordaje abdominal robótico mediante sistema Da Vinci Xi®. El procedimiento comienza con la liberación de adherencias de cirugías previas. Posteriormente se procede a la disección del espacio vesicovaginal hasta la localización de la fístula, gracias a la cateterización previa de la misma. Se procede a resección de tejido fibroso vesical y vaginal adyacente a la fístula y al cierre en dos planos separados mediante sutura continua. Finalmente se interpone epiplón entre la zona de sutura vaginal y vesical para reducir el riesgo de recidiva.

RESULTADOS

La cirugía se completó en 240 minutos. Se procedió al alta hospitalaria en 48 horas con retirada de sonda vesical y catéteres a los 30 días previa realización de prueba con azul de metileno comprobando correcta resolución de la fístula. Tras tres meses de la cirugía la paciente presenta resolución de la fístula, sin complicaciones.

CONCLUSIONES

El abordaje abdominal asistido por robot con interposición de epiplón constituye una alternativa eficaz y segura para la resolución de fístulas vesicovaginales complejas.

Presentación: vídeo

ENTEROCISTOPLASTIA DE AUMENTO LAPAROASISTIDA POR ROBOT COMO TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE VEJIGA HIPERACTIVA

Hernandez Bermejo, I; Toledo Jiménez, M; Carracedo Calvo, D; Moscatiello, P; Jerez Izquierdo, T; Pereira Rodríguez, N; Santiago González, M; Fiorillo, A; Sánchez Encinas, M

Hospital Universitario Rey Juan Carlos

Introducción y Objetivos

El síndrome de vejiga hiperactiva afecta aproximadamente al 12-17% de hombres y mujeres en Europa, aumentando con la edad. Las opciones de tratamiento van desde tratamiento farmacológico, pasando por medidas como neuromodulación sacra o tibial o Botox intravesical. En casos refractarios a todos los tratamientos anteriores, existen cirugías de aumento vesical. Presentamos el caso de una paciente con vejiga hiperactiva refractaria a todos los tratamientos de primera y segunda línea, en la que se decidió realizar una ileocistoplastia quirúrgica.

Materiales y Métodos

Presentamos el caso de una mujer de 72 años con antecedentes de dos partos naturales y la implantación de una malla suburetral en 2013. Desde 2015 presenta episodios de urgencia aproximadamente cada 30 minutos tanto de día como de noche, asociando incontinencia de urgencia y requiriendo el uso de múltiples pañales diariamente.

Fue refractaria todos los tratamientos de primera y segunda línea, incluyendo combinación de fármacos con Botox y neuromodulación.

Ante la falta de eficacia de todos los tratamientos anteriores, decidimos realizar cirugía de aumento vesical mediante ileocistoplastia robótica. Tras seleccionar el segmento intestinal, realizamos una incisión sagital en vejiga. Excluimos el segmento intestinal utilizando EndoGIAs y realizamos anastomosis ileoileal. Posteriormente, destubularizamos el asa y la suturamos en la línea media para crear el parche de aumento de vejiga, que se anastomosó a la vejiga.

Resultados

La cirugía transcurrió sin complicaciones intraoperatorias, con una duración de 200 minutos, y una estancia hospitalaria de 7 días sin complicaciones.

A los seis meses hubo una reducción significativa tanto en la frecuencia urinaria diurna como nocturna, disminuyendo ambas a cada 4 horas. Únicamente presentaba urgencia cuando retenía la orina más de 4 horas. Pasó de usar 4 pañales mojados al día a solo uno, que retiraba seco. Está muy satisfecha porque ahora puede hidratarse adecuadamente y así lo evidencia la mejora en la puntuación ICIQ-SF.

Conclusión

La ileocistoplastia de aumento es una alternativa efectiva y segura para el síndrome de vejiga hiperactiva refractaria. El abordaje robótico permite una cirugía mínimamente invasiva con mejor visualización, precisión y tasas reducidas de sangrado, transfusión y estancia hospitalaria.

Presentación: vídeo

Ureteroplastia laparoscópica asistida por robot con injerto de mucosa yugal como tratamiento de estenosis ureteral compleja (Vídeo).

Alcón Cerro, P.; García Escudero, D.; García Porcel, V.J.; Moreno Sánchez, P.; Sánchez Almería, L.; López García, G.; Velazquez Gomariz, I.; Molina Hernández, O.; Jiménez Penick, J.F.; Oñate Celdrán, J.; Sanchez Rodríguez, C.; Sempere Gutiérrez, A.; Oñate Celdrán, J.; Andreu García, A.; Valdelvira Nadal, P.; Jiménez Parra J.D.
Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Introducción: Las estenosis ureterales largas de tercio medio/proximal, suponen un reto en la urología por la complejidad que conlleva su reparación. En ciertos casos, es preciso realizar cirugías de sustitución, con íleon, autotrasplante... Cirugías con complicaciones y morbilidad considerable. Una de las técnicas descritas en la literatura, es la sustitución o reparación de la estenosis ureteral mediante el empleo de injerto de mucosa oral.

Objetivo: Mostrar un caso de estenosis ureteral proximal tratada mediante ureteroplastia con injerto de mucosa yugal, laparoscópico asistido por robot, con asistencia endoscópica retrógrada.

Material y métodos:

Descripción del caso: Mujer de 27 años, con antecedentes de cirugía retrógrada intrarrenal izquierda en repetidas ocasiones en centro externo por litiasis, con lesión ureteral iatrogénica, consulta en repetidas ocasiones por dolor renoureteral izquierdo. Tras varias cirugías endoscópicas, hallando estenosis de uréter proximal difícilmente franqueable, con dilatación neumática infructuosa, hallando patrón gammagráfico obstructivo izquierdo y persistencia de clínica, se realiza colocación de nefrostomía, pielografía anterógrada, hallando una estenosis de uréter medio/proximal larga. Ante las características descritas y tras revisión de la literatura consensuando con paciente, se decide ureteroplastia con injerto de mucosa yugal, laparoscópico asistido por robot, con asistencia endoscópica retrógrada.

Resultados: Vídeo.

Se realiza ureteroplastia con injerto de mucosa yugal según técnica "on lay", laparoscópico asistido por robot, con asistencia endoscópica retrógrada.

La paciente, en postoperatorio, tras 5 días de hospitalización sin incidencias y tras retirada de drenaje, fue alta a domicilio con catéter JJ y nefrostomía cerrada.

Conclusiones:

La cirugía reconstructiva ureteral laparoscópica asistida por robot con injerto de mucosa yugal es una técnica factible y reproducible para el tratamiento de estenosis ureterales proximales complejas. Nos aporta los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva, con la mejor disección y maniobrabilidad de la cirugía robótica, y puede ser combinada con abordaje endoscópico.

Presentación: vídeo

Síntomas del tracto urinario inferior de vaciado secundario a megauréter derecho de desembocadura ectópica

Gómez González, B; Sánchez Gallego, MD; Sánchez Molina, S; Hevia Feliu, A; Rubia Escribano, A; De la Morena Gallego, JM

*Hospital Universitario Infanta Sofía***INTRODUCCIÓN**

La ectopia ureteral y el megauréter con ausencia de orificio ureteral es una malformación del tracto urinario infrecuente que se suele diagnosticar en la infancia. Presentamos el caso de un varón adulto que presenta STUI de vaciado secundario a megauréter derecho de desembocadura ectópica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 19 años con dificultad miccional de 1 mes de evolución. A la exploración impresiona de globo vesical. Se realiza flujometría: curva de morfología plana, flujo máximo de 3ml/s y residuo postmiccional (RPM) de 400ml. Tras descartar ITU e ITS se realiza uretrocistoscopia sin observar patología uretral. En vejiga se identifica estructura ocupante de espacio vesical de 5cm que protruye desde la CLD-cuello vesical, impresiona de compresión extrínseca y comportamiento obstructivo. No se consigue visualizar OUD. Dado el importante RPM se realiza sondaje vesical y adiestra para cateterismo limpio intermitente. En TAC y RMN se identifica hipoplasia renal derecha y megauréter derecho de desembocadura ectópica que impronta sobre la pared vesical posterior, sin comunicación con esta.

RESULTADOS

Se realiza nefroureterectomía derecha laparoscópica previa tutorización del uréter izquierdo. El paciente es colocado en decúbito lateral izquierdo. Decolación derecha y maniobra de Kocher. Se visualiza el megauréter que se disecciona hasta identificar el pedículo renal que se clampa por separado. Se libera el megauréter hasta la cara posterior vesical, sin observar comunicación con esta (impresiona de fondo de saco ciego). Tras su liberación, se realiza cistorrafia por pequeña apertura dado el escaso plano de separación. Se extrae la pieza en bolsa laparoscópica sobre incisión pararrectal derecha. El postoperatorio transcurre sin complicaciones. El paciente es dado de alta al segundo día y se retira la sonda y el catéter a las dos semanas. Al cabo de un mes se encuentra asintomático, sin necesidad de CLI. La flujometría de control revela una curva normal con flujo máximo de 18ml/s y sin RPM significativo.

CONCLUSIONES

La RAO en hombres jóvenes debe de ser estudiada minuciosamente. Si bien el caso que se presenta es una malformación rara e infrecuente como causa de obstrucción miccional, hay que tenerla en cuenta como patología que puede provocar dificultad de vaciado.