

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

Sesión: Sesión Vídeos 3

Moderadores:

Sala: Sala de Cámara; Día: viernes 17; Hora: 13:00-14:00

V-11: Protocolo ERAS (Enhanced recovery after surgery) en pacientes sometidas a la cirugía de vaginoplastia

Cros Gómez, Anna; Gómez De Quero Córdoba, Marina; Etcheverry Giadrosich, Begoña; De La Torre Gonzalez, Silvia; Cholbi Navarro, Zoe; López Ojeda, Anna; Beato Garcia, Sergi; Alabat Roca, Andreu; Salvador Villagrasa, Rosa Cinta; Jerez Gonzalez, Jose Antonio

Hospital Universitari de Bellvitge

V-12: URETROSTOMÍA PERINEAL ¿CÓMO LA HACEMOS?

Martínez Rodríguez, P; Reig Ruiz, C; Acedo González, J; Montero Adriá, O; Dagà Martínez, O; García Fadrique, G

Hospital de Manises

V-13: CORRECCIÓN DE ESTENOSIS DE URETRA PENEANA EN PACIENTE CON HIPOSPADIAS FALLIDO, MEDIANTE URETROPLASTIA CON INJERTO DE MUCOSA BUCAL SEGÚN TÉCNICA DE ASOPA.

Martínez Rodríguez, P; Reig Ruiz, C; Acedo González, J; Montero Adriá, O; Sánchez Cuallado, C; García Fadrique, G

Hospital de Manises

V-14: Retirada por vía Laparoscópica de Malla, Prolift Anterior con Reimplante Ureteral Izquierdo

Belkahia, G; Carracedo, D; Sánchez-Gallego, M.D; Guntiñas, A; Brime, R; Otta, R; Celada, G; Sánchez Guerrero, C; Romero Otero, J

HM Hospitales y ROC Clinic

V-15: Retirada de malla de colposacropexia con abordaje laparoscópico

De la Calle Moreno, A.; Medina Polo, J.; Arrébola Pajares, A.; López-Fando Lavalle, L.; Rodríguez Antolín, A.

Servicio de Urología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid España.

Presentación: vídeo

Protocolo ERAS (Enhanced recovery after surgery) en pacientes sometidas a la cirugía de vaginoplastia

Cros Gómez, Anna; Gómez De Quero Córdoba, Marina; Etcheverry Giadrosich, Begoña; De La Torre Gonzalez, Silvia; Cholbi Navarro, Zoe; López Ojeda, Anna; Beato Garcia, Sergi; Alabat Roca, Andreu; Salvador Villagrasa, Rosa Cinta; Jerez Gonzalez, Jose Antonio

Hospital Universitari de Bellvitge

Introducción: Los estudios estiman que aproximadamente 25 millones de personas en todo el mundo, se identifican como transgénero. En los últimos años, el acceso más generalizado a la cirugía y la mejora de la cobertura de los seguros han dado lugar a un aumento del número de personas transgénero que se someten a intervenciones quirúrgicas.

La cirugía de transformación genital de hombre a mujer casi siempre va seguida de complicaciones, ya sean hemorrágicas, estéticas o funcionales.

Objetivos: Crear un protocolo ERAS para pacientes adultas transgénero que deseen someterse a una intervención de vaginoplastia, cumpliendo los criterios de inclusión. Los objetivos específicos planteados son mejorar la preparación de la paciente antes de la cirugía, reducir las complicaciones inmediatas o posteriores a la cirugía, disminuir la ansiedad de las pacientes antes de la cirugía y describir los ítems de cada fase quirúrgica (preoperatoria, intraoperatoria y postoperatoria).

Metodología: proyecto de investigación de puesta en marcha del protocolo ERAS en la cirugía de Vaginoplastia. Durante 3 meses se recogerán datos mediante instrumentos de medida; Must, ICQ-SF, Vrem, Hamilton, TIRS, Pfeiffer y escala sobre la calidad de vida. Posteriormente se realizará un análisis de los datos generando unos resultados y conclusiones.

Criterios de elegibilidad

Inclusión:

- No tabaquismo en al menos las 4 semanas previas a la intervención quirúrgica
- Criterios ASA: Se incluyen todas las personas que presentan un riesgo, inferior a ASA III
- Índice de masa corporal: Se incluyen las personas con un IMC entre 17 y 31
- Enfermedades infecciosas: Se incluyen en el programa las personas con un proceso infeccioso activo y/o con carga viral por VIH = 0

Exclusión:

- Deseo genésico
- Riesgo igual o superior a ASA III
- IMC>31

Conclusiones: Las pacientes intervenidas de vaginoplastia mediante un protocolo ERAS reducen el temor, la ansiedad prequirúrgica y las complicaciones de la intervención. La aplicación de un seguimiento personalizado en las consultas de enfermería posteriores a la cirugía hacen que se contabilicen una disminución de los casos de reingreso y consultas al servicio de urgencias.

Presentación: vídeo

URETOSTOMÍA PERINEAL ¿CÓMO LA HACEMOS?Martínez Rodríguez, P; Reig Ruiz, C; Acedo González, J; Montero Adriá, O; Dagà Martínez, O; García Fadrique, G
*Hospital de Manises***Introducción:** La uretostomía perineal es una técnica ampliamente aceptada en el tratamiento de las estenosis de uretra anterior complejas y extensas.**Material y métodos:** Presentamos un vídeo descriptivo de la técnica quirúrgica de uretostomía perineal. Bajo anestesia general o locoregional, profilaxis antibiótica y en posición ginecológica, se procede a realizar incisión perineal en Y invertida. Tras la disección del bulbo uretral, se practica uretrotomía ventral hasta identificar mucosa uretral sana. Se procede a realizar hemostasia cuidadosa del cuerpo esponjoso con puntos sueltos o sutura continua reabsorbible. Se aproxima la piel perineal a la mucosa uretral mediante puntos sueltos de sutura reabsorbible. Se configura el neomeato uretral con los flap de piel resultantes de la incisión practicada en Y invertida. Colocación de sonda vesical de 16 Ch.**Resultados:** Son múltiples las técnicas descritas de uretostomía perineal. Uno de sus principales problemas es la estenosis del neomeato, que en ocasiones requiere una reintervención. Nuestra técnica estándar se basa en no seccionar la uretra, con el objetivo de evitar realizar una sutura circular de todo el cabo uretral proximal a la piel, reduciendo así el riesgo de estenosis del neomeato uretral perineal. En la técnica que presentamos realizamos una sutura lateral de la uretra bulbar a la piel, consiguiendo un meato amplio con menor riesgo de estenosis.**Conclusiones:** La uretostomía perineal es una técnica quirúrgica muy útil en el tratamiento de estenosis uretral anterior compleja o estenosis multirrecidivantes, obteniendo resultados funcionales y mejorando la calidad de vida de los pacientes. A su vez, esta técnica necesaria si planteamos una reconstrucción de la uretra bulbar en dos tiempos.*Palabras clave: Uretostomía perineal, Uretra, Estenosis*

Presentación: vídeo

CORRECCIÓN DE ESTENOSIS DE URETRA PENEANA EN PACIENTE CON HIPOSPADIAS FALLIDO, MEDIANTE URETROPLASTIA CON INJERTO DE MUCOSA BUCAL SEGÚN TÉCNICA DE ASOPA.Martínez Rodríguez, P; Reig Ruiz, C; Acedo González, J; Montero Adriá, O; Sánchez Cuallado, C; García Fadrique, G
Hospital de Manises

Introducción: La estenosis uretral peneana en pacientes tratados previamente de hipospadias constituye un reto terapéutico. La uretroplastia mediante injerto libre de mucosa bucal (ILMB) se plantea como tratamiento con buenos resultados funcionales y estéticos.

Material y métodos: Presentamos un vídeo descriptivo de la técnica quirúrgica de uretroplastia peneana con injerto de mucosa bucal en posición dorsal, en un tiempo quirúrgico mediante la técnica de Asopa. El procedimiento quirúrgico se realiza bajo anestesia general, profilaxis antibiótica y posición decúbito supino. Se realiza incisión peneana submeatal y circunferencial en surco balanoprepucial. Se libera recubrimiento cutáneo, evidenciando abundante fibrosis en cara ventral, y se completa la denudación del pene. Erección artificial según técnica de Gittes sin evidenciar incurvación ventral. Se realiza uretrotomía ventral hasta uretra sana de buen calibre. Se realiza la uretrotomía dorsal longitudinal sobre la placa uretral, creando un amplio lecho para el injerto. Tras obtención del injerto de mucosa bucal y preparación de este, se acopla el injerto en el lecho y se fija con sutura continua reabsorbible de 5-0. Neouretra mediante tubulación en doble plano sobre sonda de 16 Ch con sutura reabsorbible 5-0. Configuración de neomeato. Transposición de piel dorsal a cara ventral. Flap de piel escrotal para completar el recubrimiento cutáneo.

Resultados: Varón de 54 años intervenido de hipospadias en la infancia en programa de dilataciones por estenosis neouretra peneana. La uretrografía evidenció una estenosis filiforme de uretra distal. La flujometría aportó un Qmax 9 y un residuo post-miccional (RPM) de 100 ml. Tiempo operatorio: 120 min. Estancia postoperatoria: 2 días. Tras la intervención el paciente queda satisfecho con su clínica miccional. El Qmax post-operatorio fue de 12 y el RPM, de 0 ml.

Conclusiones: En pacientes con hipospadias fallido y estenosis peneana compleja, la uretroplastia con injerto de mucosa bucal mediante técnica de Asopa ofrece buenos resultados funcionales y estéticos, siendo una alternativa en estos pacientes.

Palabras clave: Estenosis Uretral, Hipospadias, Asopa

Presentación: vídeo

Retirada por vía Laparoscópica de Malla, Prolift Anterior con Reimplante Ureteral Izquierdo

Belkahia, G; Carracedo, D; Sánchez-Gallego, M.D; Guntiñas, A; Brime, R; Otta, R; Celada, G; Sánchez Guerrero, C; Romero Otero, J

*HM Hospitales y ROC Clinic***Introducción**

La corrección del prolapso de órganos pélvicos (POP) mediante mallas transvaginales (MTV) puede asociarse a complicaciones severas como la extrusión, infección de la malla y abscesos, dolor pélvico crónico o lesiones de órganos adyacentes.

El objetivo del presente trabajo es mostrar paso a paso la resolución de una extrusión, infección y abscesificación de una malla transvaginal con atrapamiento ureteral izquierdo mediante exéresis laparoscópica de la malla y reimplante ureteral.

Material y métodos

Mujer de 71 años con implante de malla Prolift anterior y TVT por POP e IUE en 2008. Extrusión vaginal de 2 cm intervenida en 2010 y de 5 cm en 2022. Posteriormente presenta dolor pélvico obturador izquierdo invalidante y emisión de flujo purulento continuo transvaginal.

En exploración y estudios complementarios se objetiva extrusión de malla vaginal a nivel de cúpula, con absceso que se extiende desde cúpula vaginal hasta musculatura obturadora izquierda a través del recorrido de la malla. Se objetiva asociado ureterohidronefrosis izquierda grado II/IV por atrapamiento ureteral distal izquierdo.

Se decide tratamiento secuencial con un primer tiempo de derivación urinaria izquierda con doble J, drenaje transvaginal de colección abscesificada y antibioterapia con cefuroxima y metronidazol durante 6 semanas.

Posteriormente se realizó segundo tiempo laparoscópico con liberación y retirada de malla Prolift desde la cúpula vaginal hasta la musculatura obturadora izquierda. En el mismo acto se realizó reimplante ureteral izquierdo directo.

Resultados

El tiempo quirúrgico fue de 190 minutos sin complicaciones intraoperatorias y con sangrado de 100mL. El dolor postoperatorio fue mínimo, con una puntuación de 2 en la escala visual analógica. La paciente fue dada de alta a las 48 horas sin complicaciones postoperatorias inmediatas o diferidas.

Tras tres meses, la paciente se encuentra asintomática con resolución del dolor pélvico crónico, la emisión de flujo purulento transvaginal y la ureterohidronefrosis. La satisfacción con el tratamiento se midió mediante el cuestionario PGI-I encontrándose muy satisfecha.

Conclusiones

La corrección del POP con MTV se puede asociar con la aparición de complicaciones severas. La retirada de la malla por vía abdominal mínimamente invasiva con resolución simultánea de las complicaciones es una técnica factible y segura.

Presentación: vídeo

Retirada de malla de colposacropexia con abordaje laparoscópicoDe la Calle Moreno, A.; Medina Polo, J.; Arrébola Pajares, A.; López-Fando Lavalle, L.; Rodríguez Antolín, A.
*Servicio de Urología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid España.***Introducción**

La colposacropexia laparoscópica es considerada el tratamiento estándar del prolapso pélvico sintomático¹. La tasa de éxito de esta técnica es elevada, mostrando en algunas series resultados en torno al 90-99%. En contraposición, la tasa de complicaciones asociada a la malla son infrecuentes². Destacan entre ellas la infección, la erosión de la malla y la recidiva del prolapso pélvico. No obstante, en ocasiones existen casos como el que presentamos a continuación, donde la sintomatología principal se limita a dolor pélvico crónico y alteraciones miccionales y/o intestinales.

Material y métodos

Presentamos el caso de una paciente de 47 años con antecedentes de colposacropexia laparoscópica por rectocele y cistocele sintomáticos. Es remitida a nuestro centro 3 años después de la cirugía, por presentar dolor pélvico crónico de larga evolución, alteraciones miccionales y del tránsito intestinal. Ante el fracaso del tratamiento conservador, consistente en rehabilitación de suelo pélvico, neuroestimulación percutánea y manejo analgésico, el caso de la paciente es presentado en nuestro comité, donde ante la ausencia de alteraciones en las pruebas complementarias se plantea la retirada de la malla con abordaje laparoscópico.

Resultados

En el vídeo se muestran de forma detallada, mediante abordaje laparoscópico los diferentes pasos que seguimos en la retirada de la malla previamente fijada. En un primer momento procedemos a la cateterización de ambos uréteres, con el fin de referenciarlos y evitar su daño durante el procedimiento. Posteriormente, continuamos con la identificación de la malla, inicialmente a nivel sacro observando intensas adherencias entre esta y el recto. Se libera en su mayor parte disecándola cuidadosamente y siendo retirada parcialmente.

Conclusiones

La retirada de una malla pélvica constituye un reto quirúrgico, y debe realizarse por equipos con experiencia y en centros de referencia. Este procedimiento puede plantearse en casos como el descrito anteriormente, donde los síntomas referidos por las pacientes sean difíciles de filiar y no respondan al tratamiento conservador. No obstante es necesario valorar de forma prospectiva la evolución clínica y sintomática de estas pacientes.

Palabras clave: colposacropexia, retirada de malla, prolapso pélvico**Referencias**

1. Gluck O, Blaganje M, Veit-Rubin N, et al. Laparoscopic sacrocolpopexy: a comprehensive literature review on current practice. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2020;245:94–101
2. Baines G, Price N, Jefferis H, et al. Mesh-related complications of laparoscopic sacrocolpopexy. *Int Urogynecol J.* 2019;30(9):1475–1481.