

XXXIII Reunión Nacional de los Grupos de Litiasis y de Endourología, Laparoscopia y Robótica

Sesión: Vídeos de Cirugía Laparoscópica renal

Moderadores: S. Fernández-Pello Montes y L. Aguilar Gisbert

Sala: Sala SC2; Día: jueves 25; Hora: 18:30-20:00

V-141: NEFRECTOMÍA DERECHA CITORREDUCTORA EN CARCINOMA RENAL OLIGOMETASTÁSICO. HALLAZGO INTRAOPERATORIO DE TROMBO EN VENA RENAL QUE ALCANZA CAVA: RESOLUCIÓN MÍNIMAMENTE INVASIVA

Villegas Piguave, Damián; Villar Vázquez, Nuria; Osorio Cabello, Lucía; López García, Daniel
Urología Hospitalaria. Hospital HM Modelo A Coruña

V-142: Nefrectomía Simple Laparoscópica como tratamiento de hipertensión arterial maligna por Riñón atrófico con hidronefrosis severa secundaria a estenosis de la UPU.

Bianchini Hernández, Geo Francisco; Conde C, Pablo; Carballo, Juan; Garrido, Paloma; Arroyo, Irene; De Palacio, Andrea; Sevillano, Maria; Martinez, Elena; Estevez, Delfina; Portilla, Alejandra; Lopez, Esther; Quijano, Pablo; Martinez, Maria del Mar; Paños, Eva Victoria
Hospital Central de la Defensa Gomez Ulla

V-143: Prostatectomía Radical Laparoscópica : Evaluación del desempeño quirúrgico y de los resultados perioperatorios y de seguimiento del primer caso de residente de urología senior

García Cárceles, N.; Ramos Rodríguez, E.; Ferrández Jiménez, M.; Domingo Latorre, C.; Costa Martínez, M.A.; García Seguí, A.; Soler López, C.; Lorenzo Soriano, L.; Carro Rubias, C.; Vilchez Costas, A.I.; Gil Guijarro, J.; De Paz Cruz, L.; Gómez Pérez, L.
Hospital General Universitario de Elche

V-144: NEFRECTOMÍA RADICAL DE GRAN MASA RENAL CON TROMBO TUMORAL VENOSO.

Orfila Sintés, David; Peña Lueza, Jorge; Matinero Tor, Mercè; Martin Moral, Guillermo; Sala Grau, Núria; Riera Ponsatí, Marina; Muñoz Rivero, Marta Viridiana; Estigarríbia Benítez, Cayo Augusto; Palomera Fernández, Meritxell; Vélez Guayasamín, Guillermo Sebastián; Massó Allende, Pedro; Pérez Marichal, Emil; Díaz Argüello, Manuel; Pascual García, Xavier; Auguet Martín, Josep Maria; Bordalba Gómez, Joan Ramón
Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida

V-145: Heminefroureterectomía laparoscópica

Carballo Da Silva, Juan; Garrido Carrato, Paloma; Conde Caturla, Pablo; Bianchini Hernandez, Geo; Paños Fagundo, Eva
Hospital Central de la Defensa Gomez Ulla

V-146: ULTRASONIDO LAPAROSCÓPICO INTRAOPERATORIO DURANTE LA TUMORECTOMÍA RENAL LAPAROSCÓPICA DE LESIONES ENDOFÍTICAS.

Carlos Domingo Latorre; Noelia García Cárceles; Enrique Ramos Rodríguez; Marco Ferrández Jiménez; Carlos Carro Rubias; M. Asunción Costa Martínez; Carlos Soler López; Laura Lorenzo Soriano; Jesús Gil Guijarro; Lucas De Paz Cruz; Alejandro García Seguí; Luis Gómez Pérez
Hospital General Universitario de Elche

V-147: NEFRECTOMÍA RADICAL DERECHA POR VÍA RETROPERITONEAL POR LESIÓN RENAL DE GRAN TAMAÑO

Gil Azkarate, M.; Coterón Ochoa P.F.; Gamba Arregui, L.; Esturo Sacristán S.; Carrera Hermelo R.; Diez Uribe I.; Ubieta Tellechea, M.; Rius Bilbao, L; Gallego Sánchez J.A.

Hospital Universitario de Galdakao-Usansolo

V-148: Nefrectomía radical citorreductora derecha laparoscópica tras inmunoterapia

González Bodenlle, Carmen; Fernández-Pello Montes, Sergio; Rodríguez Villamil, Luis; Mateo Álvarez, Esmeralda; Rodríguez Villar, Diana; Martín Gómez, Lidia; Díaz Méndez, Begoña; Rivas del Fresno, Manuel

Hospital Universitario de Cabueñes

V-141

XXXIII Reunión Nacional de los Grupos de Litiasis y de Endourología, Laparoscopia y Robótica. Valencia. 2024. 25 y 26 de enero de 2024

Presentación: vídeo

NEFRECTOMÍA DERECHA CITORREDUCTORA EN CARCINOMA RENAL OLIGOMETASTÁSICO. HALLAZGO INTRAOPERATORIO DE TROMBO EN VENA RENAL QUE ALCANZA CAVA: RESOLUCIÓN MÍNIMAMENTE INVASIVA

Villegas Piguave, Damián; Villar Vázquez, Nuria; Osorio Cabello, Lucía; López García, Daniel
Urología Hospitalaria. Hospital HM Modelo A Coruña

OBJETIVOS:

Mostrar un recurso quirúrgico para resolver de manera mínimamente invasiva una situación compleja no esperada.

MATERIAL Y MÉTODOS:

La nefrectomía citorreductora sigue teniendo un papel en el carcinoma renal metastásico. Es paliativa e incrementa la supervivencia global en los pacientes sometidos a intervención y a terapia sistémica en comparación con aquéllos que reciben solo tratamiento sistémico; en los pacientes oligometastásicos podría tener potencial curativo si el tumor primario no tiene extensión local y tanto su resección como la de la metástasis son completas.

Presentamos el caso de una paciente de 71 años remitida desde Neurocirugía tras diagnosticar masa renal al completar el estudio de enfermedad metastásica por carcinoma de células claras de origen renal en resección de lesión en vértebra dorsal.

Se realizan TAC y RNM, que informan "lesión sólida hipervascular de 5,7x5,6x3,4 cm dependiente de la cortical renal anterior sin invasión del seno renal ni vascular".

Se decide llevar a cabo nefrectomía radical laparoscópica citorreductora con intención de inicio paliativa por dudas sobre la resección completa de la metástasis.

Durante la intervención se objetiva dos venas renales derecha con trombo en la más caudal. Tras exploración intraoperatoria, se concluye que el trombo alcanza la cava pero es accesible a la extracción completa mediante clampaje parcial de la vena cava con Satinsky laparoscópico y apertura de la vena renal.

RESULTADOS:

La cirugía se lleva a cabo sin complicaciones, con sangrado <100cc y tiempo quirúrgico de 75 min. Cursa un postoperatorio sin complicaciones y es alta hospitalaria a las 48 horas para seguir tratamiento en Oncología.

La AP resultó: carcinoma de células claras de 6,3 cm y grado histológico 3 que infiltra vía, grasa del seno y se extiende dentro de la luz de la vena renal (pT3a), con bordes libres.

CONCLUSIONES:

La nefrectomía citorreductora es una indicación a tener en cuenta en el carcinoma de células renales metastásico con una información previa muy clara al paciente sobre las expectativas de la cirugía, individualizadas según el estadio de la enfermedad.

Este caso ilustra la potencialidad de la cirugía laparoscópica para tratar casos complejos con la experiencia y el material adecuados.

Presentación: vídeo

Nefrectomía Simple Laparoscópica como tratamiento de hipertensión arterial maligna por Riñón atrófico con hidronefrosis severa secundaria a estenosis de la UPU.

Bianchini Hernández, Geo Francisco; Conde C, Pablo; Carballo, Juan; Garrido, Paloma; Arroyo, Irene; De Palacio, Andrea; Sevillano, Maria; Martínez, Elena; Estevez, Delfina; Portilla, Alejandra; Lopez, Esther; Quijano, Pablo; Martínez, Maria del Mar; Paños, Eva Victoria

Hospital Central de la Defensa Gomez Ulla

Se presenta el caso de varón de 39 años con antecedentes personales de Hipertensión arterial (HTA) de difícil control con tres antihipertensivos y con varios ingresos hospitalarios por crisis hipertensivas, complicada con retinopatía hipertensiva grado III y enfermedad renal crónica.

Durante estudio se evidencia función renal con creatinina de 1,68 mg/dL, y en pruebas de imagen (TAC) hidronefrosis severa (IV/IV) derecha con adelgazamiento cortical, así como leve hidronefrosis izquierda, secundaria a estenosis de la unión pieloureteral bilateral.

En renograma se evidencia Riñón izquierdo aumentado de tamaño (compensador) con función renal normal y ectasia pielocalicial sin evidencia de obstrucción, y Riñón derecho con ausencia de función renal. Función renal diferencial Izquierdo 96,71%, derecho 3,29%.

En vista de empeoramiento de función renal, difícil control antihipertensivo, y riñón derecho atrofico, en conjunto con el servicio de Nefrología se decide la realización de nefrectomía simple derecha laparoscópica y colocación de catéter doble J izquierdo.

Dicho procedimiento acarrea como particularidad técnica la hidronefrosis severa disminuyendo el espacio abdominal y dificultando la disección por el gran bolsón hidronefrótico. Sin embargo se logra realizar en su totalidad por acceso laparoscópico sin necesidad de reconversión. Se realiza nefrectomía según técnica habitual; decolación derecha, apertura de retroperitoneo a nivel de músculo psoas e identificación de ureter derecho ascendiendo hasta hilio renal donde se identifican 3 arterias y 2 venas que se disecan y secciona previa colocación de Hem-ol-ock.

A los dos meses de la intervención el paciente refiere encontrarse asintomático y con buen control tensional, pendiente de ajuste de tratamiento por parte de Nefrología, y con función renal con creatinina de 1,7 mg/dL.

La estenosis de la UPU es una de las anomalías congénitas urológicas de mayor incidencia con cifras de bilateralidad que varían entre un 10-40 %. El mecanismo fisiopatológico de HTA asociado a estenosis de la UPU parece estar mediado por el sistema renina-angiotensina. Los incrementos en la presión intrapiélica renal se transmiten de forma retrógrada, originando inicialmente una vasodilatación preglomerular como intento compensatorio de mantenimiento del filtrado; pero en obstrucciones crónicas la activación del SRA conducirá a la vasoconstricción de las arteriolas aferentes, con la consecuente reducción del flujo sanguíneo renal e instauración de HTA.

El tratamiento gold standard es la pieloplastia sin embargo en pacientes con riñón afuncional, está indicada la realización de nefrectomía.

Presentación: vídeo

Prostatectomía Radical Laparoscópica : Evaluación del desempeño quirúrgico y de los resultados perioperatorios y de seguimiento del primer caso de residente de urología senior

García Cárceles, N.; Ramos Rodríguez, E.; Ferrández Jiménez, M.; Domingo Latorre, C.; Costa Martínez, M.A.; García Seguí, A.; Soler López, C.; Lorenzo Soriano, L.; Carro Rubias, C.; Vilchez Costas, A.I.; Gil Guijarro, J.; De Paz Cruz, L.; Gómez Pérez, L.

Hospital General Universitario de Elche

Introducción.

La Prostatectomía Radical Laparoscópica (PRL) tiene una curva de aprendizaje prolongada. Las habilidades laparoscópicas básicas se obtienen fuera del quirófano, (pelvic-trainer), sin embargo, su impacto en la cirugía en vivo sigue siendo limitado. El concepto de enseñanza laparoscópica actual es mucho más amplio, abarcando habilidades quirúrgicas y no-quirúrgicas (habilidades de comunicar, manejar y seleccionar la información, trabajar en equipo y responder a situaciones de estrés durante intervenciones, etc.). El modelo de entrenamiento tipo acompañamiento ("coaching") mejora las competencias, las actuaciones de un individuo y su confianza, propiciando un ambiente seguro para desarrollo de habilidades y de pensamiento crítico. La PRL es un reto de enseñanza que exige condiciones superiores de tutoría enfatizadas en la calidad y la prolongación de la relación entre el "coach" y el aprendiz, con mayor intercambio y responsabilidad quirúrgica compartida, donde la técnica quirúrgica está estandarizada y le resulta bien familiar al aprendiz. Así, el "coach" asistirá al aprendiz en la intervención y este "se dejará ayudar". El entrenamiento de nuestros residentes se focaliza bajo este enfoque. Presentamos el vídeo de la primer PRL realizada por nuestra residente de urología senior, en un paciente con cáncer de próstata (CP), con el objetivo de valorar su desempeño quirúrgico y sus resultados.

Paciente y métodos:

Paciente de 60 años con CP/ISUP 2/ PSA 7ng/ml-T2aN0M0/IMC 25.3. Nuestra residente senior realizó prácticas en pelvic-trainer, ejercicios del E-BLUS, ha asistido a cursos hand-on de laparoscopia y ha participado como asistente quirúrgico en 30 PRL.

Resultados:

Se realizó PRL extraperitoneal con 5 trócares. El vídeo muestra un desempeño quirúrgico adecuado en los movimientos efectivos y los pasos quirúrgicos. El tiempo operatorio fue de 180 minutos, sangrado intraoperatorio inestimable, estancia hospitalaria de 3 días, no hubo complicaciones. La Patológica reporta GG2/pT2a/R0. La Continencia fue inmediata y en logró tumescencia al primer mes.

Conclusiones.

La primera PRL realizada por nuestra residente senior no presentó diferencias con cirujanos expertos (desempeño quirúrgico, tiempo operatorio, morbilidad, y resultados peri-operatorios, funcionales y oncológicos), pudiendo indicar que la curva de aprendizaje de PRL se reduce significativamente en residentes bajo el concepto "coaching".

Presentación: vídeo

NEFRECTOMÍA RADICAL DE GRAN MASA RENAL CON TROMBO TUMORAL VENOSO.

Orfila Sintés, David; Peña Lueza, Jorge; Matinero Tor, Mercè; Martín Moral, Guillermo; Sala Grau, Núria; Riera Ponsatí, Marina; Muñoz Rivero, Marta Viridiana; Estigarríbia Benítez, Cayo Augusto; Palomera Fernández, Meritxell; Vélez Guayasamín, Guillermo Sebastián; Massó Allende, Pedro; Pérez Marichal, Emil; Díaz Argüello, Manuel; Pascual García, Xavier; Auguet Martín, Josep Maria; Bordalba Gómez, Joan Ramón

*Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida***INTRODUCCIÓN**

La nefrectomía radical es la técnica de elección en el tumor renal localmente avanzado. El diagnóstico precoz incidental de masas renales ha hecho disminuir la incidencia de tumores renales en estadios avanzados. Asimismo, el auge de la cirugía asistida por robot y las ventajas ergonómicas que ésta conlleva ha permitido ampliar las indicaciones quirúrgicas de la nefrectomía parcial. A pesar de la disminución de la incidencia, la nefrectomía total todavía es una técnica ampliamente utilizada.

A día de hoy, existen resultados similares entre el abordaje robótico y laparoscópico en cuanto a tiempo quirúrgico, resultados oncológicos, pérdida de sangre intraoperatoria y mortalidad entre estas dos metodologías. Además, el coste de estos procedimientos sigue siendo desigual favoreciendo la cirugía laparoscópica. La cirugía laparoscópica tradicional sigue teniendo su sitio en la nefrectomía radical. En este vídeo presentamos "tips & tricks" de nefrectomía laparoscópica en casos complejos.

MÉTODOS

Se describe el caso de varón de 41 años sin antecedentes personales de interés. No intervenciones quirúrgicas. Consulta por hematuria macroscópica de 3 semanas de evolución y varicocele izquierdo de reciente aparición. Ecografía abdominal que caracteriza lesión sólida renal en polo inferior del riñón izquierdo. TC abdominal evidenciando masa renal de 12x8x8cm en tercio inferior del riñón izquierdo que infiltra seno renal. Adenopatías a nivel del hilio renal y trombosis distal de la vena renal izquierda, sugestivo de T3aN1. Estudio de extensión con TC torácico y gammagrafía ósea, confirmando T3aN1M0. Se presenta en Comité de tumores y se decide biopsia renal con aguja gruesa (BAG): compatible con carcinoma renal de células claras de alto grado. Se valora en sesión clínica y se propone nefrectomía radical laparoscópica con linfadenectomía hiliar y paraaórtica por lesión renal de 12 cm con trombosis en vena renal izquierda.

RESULTADOS

Se presenta un vídeo de la intervención quirúrgica describiendo paso a paso la cirugía: Nefrectomía radical laparoscópica con trombo en vena renal izquierda concomitante.

No presentó complicaciones en el postoperatorio inmediato. Análítica de control con estabilidad de la función renal (filtrado glomerular 75 y creatinina 1.23) y ausencia de anemia ni necesidad de transfusión. Se retira el drenaje a las 24 horas de la intervención y se da de alta el tercer día postoperatorio sin incidencias.

La anatomía patológica muestra un carcinoma renal de células claras de 12 cm con áreas anaplásicas y componentes rabdoide y sarcomatoide, ISUP 4, pT3N0, con fascia de Gerota libre de tumor y borde de resección venoso libre de lesión.

CONCLUSIÓN

La cirugía laparoscópica sigue teniendo sus indicaciones en la cirugía oncológica renal. La cirugía robótica ha permitido en los últimos años la realización de nefrectomías parciales progresivamente más complejas, pero sigue sin ser coste efectiva a día de hoy para las nefrectomías radicales al generar un mayor gasto médico sin mejorar la morbimortalidad del paciente.

La nefrectomía radical laparoscópica es una de las técnicas quirúrgicas esenciales en el armamento quirúrgico de todo urólogo.

Presentación: vídeo

Heminefroureterectomía laparoscopica

Carballo Da Silva, Juan; Garrido Carrato, Paloma; Conde Caturla, Pablo; Bianchini Hernandez, Geo; Paños Fagundo, Eva

Hospital Central de la Defensa Gomez Ulla

Presentamos el caso de un hombre de 72 años con antecedentes de hepatocarcinoma que fue diagnosticado incidentalmente con dilatación pielocalicial derecha en una resonancia magnética como parte de su seguimiento rutinario. La realización posterior de un UroTAC reveló un tumor ubicado en el tercio distal del ureter derecho así como un doble sistema completo. Previo al abordaje quirúrgico definitivo se realizó una ureteroscopia rígida diagnóstica donde se logró comprobación visual del tumor así como la viabilidad del doble sistema completo previamente descrito. Esto nos permitió plantear la opción de heminefroureterectomía laparoscópica como una alternativa para conservar la mayor cantidad de parénquima renal posible disminuyendo así las probabilidades de una futura insuficiencia renal.

El paciente fue sometido a una heminefroureterectomía, realizada por un equipo quirúrgico urológico experimentado. Durante todo el procedimiento, grabamos imágenes de video de la intervención quirúrgica laparoscópica, proporcionando una representación visual en tiempo real y sin alteraciones del enfoque quirúrgico. La grabación en video abarcó todas las fases significativas de la cirugía, incluida la identificación de puntos anatómicos, disección meticulosa, colocación del torniquete y sección del parénquima.

Durante todo el procedimiento, nuestro objetivo fue maximizar la preservación del parénquima. Utilizamos una combinación de colocación de torniquetes y técnicas quirúrgicas meticulosas para minimizar el tiempo de isquemia. La sección del parénquima se realizó utilizando energía bipolar con especial atención para evitar lesiones en la pelvis renal.

Un Uro-TAC de seguimiento a los tres meses reveló una evolución favorable con una zona de hipoperfusión observada en una porción del parénquima renal preservado

Los resultados del examen histopatológico confirmaron la presencia de un carcinoma urotelial papilar no invasivo de bajo grado. Además de ello se lograron márgenes quirúrgicos limpios, lo que indica una resección completa del tumor. La estadificación patológica, según la clasificación pTNM de la 8va Edición de la AJCC.

Estos resultados muestran un desenlace positivo en términos de evaluación radiológica y análisis patológico, confirmando el manejo exitoso del tumor ureteral distal mediante heminefroureterectomía.

Presentación: vídeo

ULTRASONIDO LAPAROSCÓPICO INTRAOPERATORIO DURANTE LA TUMORECTOMÍA RENAL LAPAROSCÓPICA DE LESIONES ENDOFÍTICAS.

Carlos Domingo Latorre; Noelia García Cárceles; Enrique Ramos Rodríguez; Marco Ferrández Jiménez; Carlos Carro Rubias; M. Asunción Costa Martínez; Carlos Soler López; Laura Lorenzo Soriano; Jesús Gil Guijarro; Lucas De Paz Cruz; Alejandro García Seguí; Luis Gómez Pérez

*Hospital General Universitario de Elche***INTRODUCCIÓN:**

La cirugía preservadora de nefronas mediante técnicas de mínima invasión como la nefrectomía parcial laparoscópica (NPL) o Tumorectomía Laparoscópica (TL) representan abordajes de elección para tumores renales T1 y algunos T2 principalmente en pacientes jóvenes, monorrenos o con alteraciones funcionales del riñón contralateral. La complejidad quirúrgica de TL es muy variable y viene determinada por el tamaño de la lesión, su proporción endo/exofítica dentro del parénquima renal, su proximidad al hilio renal o al sistema colector y su localización polar o medial, anterior o posterior. En algunas circunstancias se requiere de la asistencia con ultrasonido laparoscópico (US-L) intraoperatorio para la adecuada localización y exéresis de tumores endofíticos. Presentamos el vídeo de un paciente sometido a TL de masa renal endofítica que requirió el uso US-L con el objetivo de mostrar los aportes de esta asistencia intraoperatoria.

PACIENTE Y MÉTODOS:

Paciente varón de 64 años con antecedente de NPL el riñón izquierdo por un carcinoma de células claras G1 y con función renal conservada. En control se evidenció incidentaloma renal contralateral derecho de 2cm T1aN0M0 completamente intra-parenquimatoso (RENAL Score 8a) sometido a biopsia renal que reportó carcinoma de células claras y se propuso para TL derecha.

RESULTADOS:

El paciente se sometió a TL transperitoneal con 4-trocares. Se requirió el empleo de US-L intraoperatoria para la localización y delimitación de la masa tumoral que simplificó significativamente el procedimiento. La renorrafia se realizó mediante puntos sueltos empleando sutura barbada y clips de Hem-o-lok. El tiempo de isquemia arterial fue de 23 minutos, el tiempo operatorio fue 185 min, el sangrado operatorio fue inestimable, estancia hospitalaria 3 días (1 en Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica y 2 en planta de hospitalización). No hubo complicaciones perioperatorias. La anatomía patológica reportó márgenes libres de tumor. La creatinina postoperatoria fue 1.02 mg/ml.

CONCLUSIÓN:

La asistencia con US-L Intraoperatorio durante la NPL o TL ofrece importantes ventajas en el proceso de localización, demarcación y exéresis tumoral, por lo cual se recomienda como práctica para tumores con componente predominantemente endofítico.

Presentación: vídeo

NEFRECTOMÍA RADICAL DERECHA POR VÍA RETROPERITONEAL POR LESIÓN RENAL DE GRAN TAMAÑO

Gil Azkarate, M.; Coterón Ochoa P.F.; Gamba Arregui, L.; Esturo Sacristán S.; Carrera Hermelo R.; Diez Uribe I.; Ubieta Tellechea, M.; Rius Bilbao, L; Gallego Sánchez J.A.

*Hospital Universitario de Galdakao-Usansolo***INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

La nefrectomía radical es el tratamiento de elección ante un tumor renal de gran tamaño, la vía de abordaje puede ser tanto transperitoneal como retroperitoneal. El objetivo de este vídeo es mostrar que la vía retroperitoneal puede ser electiva en este tipo de masas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Exponemos el caso de un varón de 55 años, asintomático desde el punto de vista urológico, diagnosticado de forma incidental mediante TC de una lesión renal. Dicha lesión mide 12.5cm y está localizada en el polo inferior del riñón derecho, no se objetivan adenopatías patológicas asociadas. Como antecedentes destacan: una hipertensión arterial bien controlada, poliglobulia en la analítica y una apendicetomía previa. Tras completar el estudio de extensión y confirmar la ausencia de enfermedad a distancia, se decide realizar una nefrectomía radical laparoscópica por vía retroperitoneal.

RESULTADOS

El 8 de agosto de 2023 se realiza una nefrectomía radical derecha laparoscópica por vía retroperitoneal con conservación de la glándula suprarrenal ipsilateral, sin incidencias. Durante el postoperatorio el paciente realiza un episodio febril que evoluciona de forma favorable con antibioterapia por lo que recibe el alta el 4º día postoperatorio. El estudio anatómico-patológico de la pieza informa de que se trata de un carcinoma de células claras de 12cm que invade una rama de la vena renal derecha (pT3a ISUP3). Ante el alto riesgo de recurrencia es remitido a Oncología e inicia tratamiento adyuvante con Pembrolizumab.

CONCLUSIONES

El tratamiento estándar del tumor renal resecable de gran tamaño con riñón contralateral normal y función renal conservada es la nefrectomía radical. Tanto la cirugía laparoscópica como la abierta tiene resultados similares respecto al control oncológico pero la primera tiene menor morbilidad. El abordaje retroperitoneal es similar en cuanto a control oncológico en comparación con el abordaje transperitoneal y puede ser útil en el manejo de masas renales de gran tamaño cuando la vía transperitoneal se prevé complicada. En estos casos, el papel de la linfadenectomía es controvertido; se recomienda realizarla cuando se detecten ganglios patológicos durante la intervención o en las pruebas de imagen previas. Por último, el tratamiento adyuvante con Pembrolizumab mejora la supervivencia libre de enfermedad y la supervivencia cáncer específica el grupo de alto riesgo.

PALABRAS CLAVE: carcinoma de células renales, carcinoma de células renales de gran tamaño, carcinoma renal localmente avanzado, nefrectomía renal laparoscópica por vía retroperitoneal.

Presentación: vídeo

Nefrectomía radical citorreductora derecha laparoscópica tras inmunoterapia

González Bodenlle, Carmen; Fernández-Pello Montes, Sergio; Rodríguez Villamil, Luis; Mateo Álvarez, Esmeralda; Rodríguez Villar, Diana; Martín Gómez, Lidia; Díaz Méndez, Begoña; Rivas del Fresno, Manuel

*Hospital Universitario de Cabueñes***Introducción & Objetivos**

La nefrectomía citorreductora tras respuesta a inmunoterapia está siendo empleada de forma cada vez más frecuente en los últimos años de cara a conseguir una remisión tumoral quirúrgica completa. Hay muy pocas series descritas en la literatura científica sobre esta cirugía, centrándose la mayoría en la dificultad añadida que supone al hallarse intensos cambios fibróticos con adherencias secundarias, que aumentan las dificultades intraoperatorias y las complicaciones postquirúrgicas, alargando los tiempos quirúrgicos y provocando un mayor sangrado intraoperatorio.

Materiales & Métodos

Se muestra un vídeo de una nefrectomía radical derecha citorreductora tras respuesta parcial a inmunoterapia con nivolumab e ipilimumab en una paciente mujer de 76 años con una masa renal derecha metastática.

En el video se aprecian los intensos cambios fibróticos encontrados durante la intervención quirúrgica, que afectaban principalmente a la cara anterior y al polo inferior del riñón, dificultando la cirugía al provocar adherencias entre planos.

El tiempo quirúrgico fue de 120 minutos, sin incidencias durante el mismo, con pérdidas sanguíneas de menos de 50 centímetros cúbicos, siendo dada de alta la paciente durante el segundo día postoperatorio y sin presentar complicaciones postoperatorias.

Conclusiones

La nefrectomía radical citorreductora en este caso resultó ser una técnica segura, sin incidencias durante la intervención, con escasas pérdidas hemáticas y un postoperatorio sin complicaciones pese al hallazgo de importantes adherencias, recibiendo el alta la paciente al segundo día de la cirugía.