

LXXIX Congreso Nacional de Urología. Tenerife. 11 al 14 de junio de 2014

Sesión: Riñón. No oncológica. Endourología
Sala: B2; Día: Jueves 12; Hora: 14:30-16:00

V-33: Minipercutánea con empleo de endoscopios flexibles en la litiasis coraliforme

Marcos Cepeda, M; Amón Sesmero, J.H; Máinez Rodríguez, J.A; Rivero Cárdenas, A; De la Cruz Martín, B; Martínez-Sagarra Oceja, J.M

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid

V-34: MicroPerc: Nuestra Experiencia Inicial

Urdaneta Salegui, L.F.; Pérez Fentes, D.; Leibar Tamayo, A.; Pereira Arias, J.G.; Gamarra Quintanilla, M.; Astobieta Odriozola, A.; Ibarluzea González, G.

Urología Clínica Bilbao/Clínica IMQ Zorrotzaurre

V-35: Tratamiento de la litiasis renal mediante cirugía micropercutánea

Amón Sesmero, J.H.; Cepeda Delgado, M; De la Cruz Martín, B; Álvarez Buitrago, L; Del Rosario Rodríguez, V; Alonso Fernández, D; Martínez-Sagarra Oceja, J.M

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid

V-36: Micro-nefrolitotomía percutánea. Descripción técnica quirúrgica

Ramón de Fata Chillón, F.; Cabrera Castillo, P.M.; Andrés Boville, G.; Lista Mateos, F.; Angulo Cuesta, J.

Servicio de Urología. Hospital Universitario de Getafe. Fundación Investigación Biomédica. Universidad Europea de Madrid.

V-37: Cirugía microperc combinada con Endovision para el tratamiento de la litiasis renal.

Plaza Viguer, B.; Budia Alba, A.; Gallego Matey, A.; López Acón D.; Conca Baenas, M.A.; Ordaz Jurado, D.; Boronat Tormo, F.

Hospital Universitario y Politécnico "La Fe" de Valencia

V-38: Litiasis renal intradiverticular. Modalidades de tratamiento.

Plaza Viguer, B.; Conca Baenas, M.A.; López Acón, D.; Gallego Matey, A.; Budía Alba, A.; Monserrat Monfort, J.J.; Boronat Tormo, F.

Servicio Urología. Hospital Universitario y Politécnico "La Fe", Valencia

V-39: Ecirs microperc: presentación de un caso.

Urdaneta Salegui, L.F.; Pereira Arias J.G.; Leibar Tamayo, A.; Gamarra Quintanilla, M.;
Astobieta Odriozola, A.; Ibarluzea González, G.
Urología Clínica Bilbao/Clínica IMQ Zorrotzaurre

V-40: Endoscopia del injerto renal

Burgos Revilla FJ; Diez Nicolás V; Gomez Dos Santos V; Rodriguez Cabello MA; Hevia Palacios
V; Alvarez Rodriguez S; Martinez Arcos L; Fabuel Alcañiz J; Gonzalez Gordaliza C
Servicios Urología y Radiología Hospital Ramon y Cajal. Universidad Alcalá. Madrid

RESUMEN DE COMUNICACIÓN

Minipercutánea con empleo de endoscopios flexibles en la litiasis coraliforme

Marcos Cepeda, M; Amón Sesmero, J.H; Máinez Rodríguez, J.A; Rivero Cárdenas, A; De la Cruz Martín, B; Martínez-Sagarra Oceja, J.M

Hospital Universitario Rio Hortega, Valladolid

INTRODUCCIÓN

Presentamos el caso de una paciente de 55 años de edad con una litiasis coraliforme izquierda. En las pruebas de imagen podemos observar cómo la litiasis tiene una distribución periférica, ocupando múltiples cálices menores con unos infundíbulos muy estrechos. El objetivo de la cirugía es resolver la totalidad de la litiasis de la forma más mínimamente invasiva.

MATERIAL Y MÉTODO

Colocamos a la paciente en posición de Valdivia modificada. En el estudio radiológico intraoperatorio observamos que el abordaje que mayor versatilidad aporta es el grupo calicial superior, por lo que realizamos ese acceso con apoyo ecográfico por encima de la undécima costilla. Realizamos la dilatación del trayecto percutáneo con el set de Miniperc hasta colocar una vaina de 20 Fr. Usamos un nefroscopio minipercutáneo de 12 Fr. y realizamos la litotricia con Stonebreaker. Una vez resuelto el cáliz superior y la pelvis, accedemos al cáliz medio e inferior desde el superior, con nefroscopia flexible, y realizamos la litotricia con láser Holmium. Los cálices menores inalcanzables con el nefroscopio flexible son resueltos con un ureteroscopio flexible, también desde el cáliz superior.

Comprobamos la resolución completa de la litiasis y finalizamos el procedimiento con la colocación de una nefrostomía en el acceso percutáneo y un catéter doble J. No tuvimos complicaciones quirúrgicas ni en el postoperatorio, dándose de alta la paciente a las 48 horas del procedimiento.

CONCLUSIÓN

El tratamiento endourológico de la litiasis coraliforme es un reto quirúrgico. La posibilidad de usar material flexible nos permite en el momento actual resolver la litiasis coraliforme en un solo tiempo y con un solo acceso percutáneo, minimizando al máximo la invasión.

MicroPerc: Nuestra Experiencia Inicial

Urdaneta Salegui, L.F.; Pérez Fentes, D.; Leibar Tamayo, A.; Pereira Arias, J.G.; Gamarra Quintanilla, M.; Astobieta Odriozola, A.; Ibarluzea González, G.

Urología Clínica Bilbao/Clínica IMQ Zorrotzaurre

Introducción

La NLP está ampliamente establecida como el tratamiento estándar de las litiasis renales grandes. Entre sus posibles complicaciones, la más frecuente es el sangrado, y esta guarda relación con la creación, el punto de entrada y el calibre del trayecto percutáneo desarrollado. Se han realizado intentos de minimizar esta complicación como: dilatación One-Shot, balón de dilatación, MiniPerc y, ahora, surge una nueva técnica que pretende lograr reducir el sangrado con el menor diámetro posible. La Micro-NLP es una modificación de la NLP estándar, en la cual se utiliza una aguja de 4.85fr u 8fr y, a través de esta, acoplando una llave de 3 vías, se puede introducir una cámara, suero de irrigación y una fibra láser, reduciendo todos los pasos para creación de un trayecto, a un único paso, sin dilatación ni colocación de vaina. Además, disminuye ampliamente el diámetro del trayecto y, por ende, las complicaciones asociadas al mismo.

Material y métodos:

Presentamos 2 casos de varones de 67 y 68 años, con litiasis calicial inferior de 12mm, en el primero, y piélica de 15mm, en el segundo. Ambas únicas. Realizamos un abordaje percutáneo dirigido por ecografía y fluoroscopia, en posición supina de Galdakao. Previamente a la punción se colocó un catéter ureteral que serviría de drenaje durante toda la intervención. Para la punción se usó en el primer caso la aguja de 4.85fr y, en el segundo, la de 8fr. Tras la cirugía, colocamos un catéter doble J únicamente en el segundo paciente.

Resultados

Las intervenciones se llevaron a cabo sin complicaciones intra o postoperatorias, no precisaron transfusión sanguínea ni dosis altas de analgésicos en el postoperatorio. La estancia hospitalaria fue de 24H. No quedaron litiasis residuales que precisaran otras maniobras.

Conclusión

Por ahora la experiencia es muy corta y preliminar, pero todo indica que la MicroPerc puede ser un buen complemento o alternativa para el tratamiento de litiasis renales pequeñas, y que podría tener especial ventaja en pacientes pediátricos. Sin embargo es necesario realizar más estudios que nos permitan definir el lugar que podrá ocupar esta técnica en la endourología.

Tratamiento de la litiasis renal mediante cirugía micropercutánea

Amón Sesmero, J.H.; Cepeda Delgado, M; De la Cruz Martín, B; Álvarez Buitrago, L; Del Rosario Rodríguez, V; Alonso Fernández, D; Martínez-Sagarra Oceja, J.M

Hospital Universitario Rio Hortega, Valladolid

INTRODUCCIÓN

Presentamos en este video el caso de una paciente de 34 años de edad afecta de una litiasis piélica izquierda de 1.5 cm de tamaño sobre la que realizamos cirugía micropercutánea.

MATERIAL Y MÉTODO

Bajo anestesia general y en posición supina, realizamos una punción al cáliz medio con una aguja de 8 Fr. con control radiológico. A la aguja conectamos un mecanismo de triple vía: por el canal medial introducimos un pelo óptico de 3 Fr., y por los laterales el suero irrigador y la fibra de láser Holmium. Realizamos la nefroscopia localizando la litiasis a nivel piélico. La visión que aporta la fibra tiene suficiente calidad para realizar el procedimiento con total seguridad. Para la fragmentación usamos una fibra láser de 365 micras y trabajamos con alta frecuencia y baja intensidad para conseguir la máxima vaporización, ya que el calibre de la aguja no nos permite extraer restos litiásicos. Revisamos las cavidades endoscópica y radiológicamente no visualizando fragmentos significativos. Retiramos la aguja sin dejar nefrostomía. Finalizamos el procedimiento colocando un catéter doble J que mantenemos una semana.

CONCLUSIÓN

La cirugía micropercutánea miniaturiza al máximo el acceso para reducir las complicaciones derivadas del mismo, a expensas de disminuir la maniobrabilidad del procedimiento. Al ser una técnica novedosa se necesitan estudios prospectivos comparativos con otras técnicas endourológicas para establecer conclusiones sobre sus indicaciones, seguridad y eficacia.

RESUMEN DE COMUNICACIÓN

Micro-nefrolitotomía percutánea. Descripción técnica quirúrgica

Ramón de Fata Chillón, F.; Cabrera Castillo, P.M.; Andrés Boville, G.; Lista Mateos, F.; Angulo Cuesta, J.

Servicio de Urología. Hospital Universitario de Getafe. Fundación Investigación Biomédica. Universidad Europea de Madrid.

Introducción: La micro-nefrolitotomía percutánea (micro-NLP) es una modificación de la NLP convencional, que emplea instrumental de punción, acceso y visualización microscópicos, reduciendo por tanto la morbilidad del procedimiento en base a un mínimo trauma renal y menor posibilidad de sangrado

Material y Método: Presentamos un video en el que se describe el procedimiento de micro-NLP “paso a paso” en decúbito supino modificado. Bajo anestesia general se realiza la punción del cáliz deseado con control ecográfico y/o radiológico con aguja 16G (4,85 Fr). Mediante un conector de 3 vías, la aguja permite introducir una fibra óptica flexible de 0,9 mm (120°) por el canal central, una fibra láser (Ho:YAG) de 200 μ y el sistema de irrigación. En litiasis $\geq 1,5$ -2 cm o en casos de mala visualización, se puede sustituir fácilmente la aguja de 4,85 Fr por una vaina metálica de 8 Fr, lo que permite trabajar con una fibra láser de 550 μ acelerando la pulverización del cálculo e incluso extraer fragmentos empleando cesta de 1,9 Fr. Generalmente, no se precisa el empleo de nefrostomía. El procedimiento finaliza con la colocación anterógrada de un catéter ureteral doble J, que se retira en el plazo de 7-10 días de forma ambulatoria

Resultados: Esta nueva modalidad de NLP permite llevar a cabo el procedimiento en un solo paso sin dilatación. A pesar de que la experiencia con el procedimiento es limitada, hemos objetivado una reducción importante de su morbilidad con respecto a NLP estándar. Se produce menor sangrado y menor trauma en el parénquima renal. El paciente presenta menos dolor y menor requerimiento de analgésicos en el postoperatorio, al evitar la nefrostomía. Además, se reduce la exposición a radiación del paciente y del equipo quirúrgico al simplificar la dilatación del acceso

Conclusión: La micro-NLP es un procedimiento endourológico novedoso y mínimamente invasivo. Se necesita mayor experiencia y estudios comparativos con otras técnicas disponibles ya consolidadas para definir su eficacia y el papel que ocupará dentro del armamentario terapéutico para la litiasis renal

Palabras clave: Micro-NLP, litiasis renal, técnica quirúrgica

RESUMEN DE COMUNICACIÓN

Cirugía microperc combinada con Endovision para el tratamiento de la litiasis renal.

Plaza Viquer, B.; Budia Alba, A.; Gallego Matey, A.; López Acón D.; Conca Baenas, M.A.; Ordaz Jurado, D.; Boronat Tormo, F.

Hospital Universitario y Politécnico "La Fe" de Valencia

Objetivo

La MicroPercutánea es una técnica novedosa aunque menos invasiva que la técnica convencional. Su principal limitación es el tamaño de la litiasis. El objetivo de este vídeo es mostrar un ejemplo práctico de la utilización de esta opción terapéutica.

Material y método

Presentamos el caso de un hombre de 47 años con litiasis renal izquierda ubicada en pelvis renal de 9x6.8 mm diagnosticada mediante urografía intravenosa. El estudio con uroTC mostró riñones de tamaño, morfología y situación normal con pequeños quistes corticales, con captación bilateral y simétrica sin dilatación de la vía y con imágenes compatibles con litiasis en grupo calicial superior de 2.5mm. La densidad radiológica fue de 1400-1500UH y con una distancia lateroposterior a piel de 6.8cm.

Resultados

El vídeo muestra paso a paso la técnica de la nefrolitotomía mediante microperc combinado con la técnica de endovision mediante ureterorenoscopia flexible (URS).

En posición de Galdakao, se realiza acceso endoscópico transuretral con paso de guía estándar hasta pelvis renal. Introducción de URS semirrígido a través de segunda guía de seguridad, dilatación con catéter de doble luz y paso posterior de vaina de acceso uretral de 10-12Fr. Acceso con URS flexible analógico.

Punción percutánea ayudado de visión directa retrógrada y guiado por ecografía y radioscopia a cáliz inferior. Introducción del dispositivo de MicroPerc de 8Ch y litofragmentación con láser Holmium a 1.2J de energía y frecuencia de 10Hz hasta dejar fragmentos litiásicos expulsables. Colocación de catéter JJ y sonda vesical.

La sonda se retiró a las 24h y el catéter JJ derecho al mes de la intervención. A los dos meses de seguimiento, el paciente está libre de litiasis.

Conclusiones

La microPerc es una técnica segura, con menor invasividad que la técnica convencional y que puede proporcionar buenos resultados terapéuticos con una adecuada selección de los casos.

RESUMEN DE COMUNICACIÓN

Litiasis renal intradiverticular. Modalidades de tratamiento.

Plaza Viguer, B.; Conca Baenas, M.A.; López Acón, D.; Gallego Matey, A.; Budía Alba, A.; Monserrat Monfort, J.J.; Boronat Tormo, F.

Servicio Urología. Hospital Universitario y Politécnico "La Fe", Valencia

Introducción y objetivo:

La incidencia del divertículo calicial es baja, sin embargo es frecuente en ellos la presencia de litiasis. El objetivo de este video es mostrar diferentes técnicas de tratamiento del divertículo calicial litiásico mediante laparoscopia y endourología.

Material y métodos:

CASO 1: Presentamos el caso de una mujer de 38 años que en el estudio por bacteriuria crónica por e.Coli y p.Mirabilis se demuestra una litiasis alojada en un divertículo calicial. El TC abdominal mostró la litiasis en el interior del divertículo con un cuello infundibular estrecho y atrofia del parénquima adyacente. Dadas las características anatómicas del cáliz inferior y la ausencia de parénquima se optó por extracción de la litiasis y resección del divertículo calicial por vía laparoscópica.

CASO 2: Presentamos el caso de paciente de 32 años en seguimiento por litiasis renal calicial superior desde 2007 que recibió tratamiento con LEOCH (2 sesiones) sin éxito. Se mantuvo asintomático durante 5 años por lo que se consensuó actitud expectante. Durante este año presentó varios episodios de cólico nefrítico por lo que se solicitó uroTC para plantear tratamiento activo. El uroTC informó de la presencia de múltiples litiasis en un divertículo calicial en tercio superior de riñón izquierdo de aprox. 24mm. Las litiasis presentaban alta densidad (<1400UH).

Resultados:

En el video en el primer caso se muestra la técnica laparoscópica paso a paso mediante la que se realizó disección del pedículo renal con clipado selectivo de arteria segmentaria, apertura del divertículo calicial a nivel del polo inferior del RI con extracción de la litiasis y resección del parénquima atrófico junto con marsupialización del mismo. La paciente fue dada de alta a las 48h sin incidencias. A los 6 meses de la intervención la paciente se encuentra asintomática con desaparición de la bacteriuria, función renal normal y pruebas de imagen sin alteraciones.

En el segundo caso se muestra el tratamiento endourológico con paso de guía de seguridad y acceso con URS semirrígido hasta pelvis renal, apertura con láser y extracción con cestilla de aproximadamente 10-15litiasis. Posteriormente acceso de URS flexible previo paso de vaina ureteral y litofragmentación con láser hasta dejar restos expulsables. Se colocó catéter JJ y sonda vesical. El paciente fue dado de alta a las 24 horas sin incidencias tras retirada de sonda vesical. Al mes, el paciente está asintomático pero presenta una minicalle de restos litiásicos a nivel de uréter pelviano expulsables por lo que se programó para retirada de catéter JJ.

Conclusiones:

Tanto el abordaje laparoscópico como el endourológico para el tratamiento del divertículo calicial litiásico permiten un acceso seguro a la cavidad diverticular y mínima morbilidad, así como un tratamiento satisfactorio de la litiasis.

Ecirs microperc: presentación de un caso.

Urdaneta Salegui, L.F.; Pereira Arias J.G.; Leibar Tamayo, A.; Gamarra Quintanilla, M.; Astobieta Odriozola, A.; Ibarluzea González, G.

Urología Clínica Bilbao/Clínica IMQ Zorrotzaurre

Introducción

La posición de Galdakao (decúbito supino) permite el abordaje combinado (ECIRS) para el tratamiento de litiasis renoureterales complejas.

Se ha demostrado que la disminución del diámetro del trayecto percutáneo puede disminuir el riesgo de sangrado. Hasta la fecha se han intentado disminuir esta y otras complicaciones con técnicas como la Miniperc. Ahora surge, con este mismo fin, y con un menor diámetro la Microperc. Esta es una modificación de la NLP estándar, en la cual se utiliza una aguja de 4.85fr u 8fr y, acoplando una llave de 3 vías, se puede introducir una cámara, suero de irrigación y fibra láser, reduciendo todos los pasos para creación de un trayecto, a un único paso.

Materiales y métodos

Presentamos un caso de ECIRS Microperc en un paciente tratado previamente con NLP estándar por una litiasis coraliforme de la que quedó un fragmento de 22mm que ocupaba 2 cálices inferiores. Utilizamos la aguja de 8fr, y el acceso se realizó por el cáliz con mayor masa litiásica (el más inferior). También accedimos de forma retrógrada con URS flexible a través de una vaina ureteral 12/14ch. Tras fragmentar la litiasis que ocupaba el cáliz más inferior por el acceso percutáneo, usamos una cestilla a través del ureterorenoscopio para movilizar los restos litiásicos del cáliz más superior y hacerlos accesibles a la aguja percutánea y fragmentarlos. Al finalizar, colocamos un catéter doble J.

Resultados

La intervención se llevó a cabo sin complicaciones intra o postoperatorias, el paciente no precisó transfusión sanguínea ni dosis altas de analgésicos en el postoperatorio. La estancia hospitalaria fue de 36H. No quedaron litiasis residuales que precisaran otras maniobras.

Conclusión

Por ahora la experiencia es muy corta y preliminar, pero todo indica que la MicroPerc puede ser un buen complemento o alternativa para el tratamiento de litiasis renales pequeñas, y que en combinación con un abordaje retrógrado puede permitir el tratamiento de litiasis renales de mayor complejidad sin tener que realizar múltiples accesos. Sin embargo es necesario realizar más estudios que nos permitan definir el lugar que podrá ocupar esta técnica en la Endourología.

RESUMEN DE COMUNICACIÓN

Endoscopia del injerto renal

Burgos Revilla FJ; Diez Nicolás V; Gomez Dos Santos V; Rodriguez Cabello MA; Hevia Palacios V; Alvarez Rodriguez S; Martinez Arcos L; Fabuel Alcañiz J; Gonzalez Gordaliza C

Servicios Urología y Radiología Hospital Ramon y Cajal. Universidad Alcalá. Madrid

Introducción

El trasplante renal constituye la mejor alternativa en el tratamiento de la insuficiencia renal crónica. El desarrollo de litiasis en el injerto exige su resolución mediante nefroscopia, ureteroscopia o litotricia extracorpórea. Otras patologías como el tumor de urotelio o la fistula calicial tienen carácter excepcional, pero son subsidiarias de diagnóstico y/o resolución endourológica.

Material y Métodos

Se muestra la realización de ureteroscopia anterógrada del injerto tras acceso percutáneo para la resolución de litiasis ureteral múltiple, así como el tratamiento combinado abierto y endoscópico de una estenosis ureteral con ureteroscopia intraoperatoria del injerto y extracción litiásica previa a la reimplantación vesicoureteral. Se muestran igualmente la endoscopia diagnóstica en un tumor urotelial voluminoso del injerto renal y el sellado con cianocrilato de una fistula calicial superior post-trasplante con control endoscópico percutáneo

Resultado

La videoendoscopia del injerto renal constituye una excelente opción para la resolución de la patología litiásica, tanto de modo aislado como en combinación con la cirugía. La aproximación diagnóstica al tumor de urotelio del injerto ha de ser semejante a la del riñón ortotópico. De modo excepcional la fistula calicial no isquémica puede resolverse con sellado endoscópico

Conclusión

La endoscopia del injerto renal es una aproximación miniinvasiva que permite la resolución de la mayor parte de la patología pielocalicial