

Cistectomía radical (exenteración anterior), ureterectomía izquierda residual, uretrectomía y linfadenectomía bilateral por laparoscopia y neovejiga continente (tipo indiana); por cáncer de vejiga y uréter residual. Presentación de un caso

Marquina S Manuel, Esquivel P Pablo, López-Velarde V Gilberto
Star Médica – CMQ. Aguascalientes, Ags., México

Antecedentes: La cistectomía radical o exenteración pélvica anterior con linfadenectomía pélvica es el tratamiento óptimo para tratar cáncer de vejiga invasivo y algunos casos de cáncer de vejiga no invasivo, pero de alto grado. Es un procedimiento enérgico con una tasa de morbimortalidad significativa, la cual oscila entre 25 y 30% en el posoperatorio temprano; esto ha originado una búsqueda para disminuir ese índice. La cirugía laparoscópica disminuye la hemorragia, el hilio postoperatorio, acorta la estancia hospitalaria y aminora el dolor posquirúrgico, sin alterar los resultados oncológicos.

Objetivo: Presentar un caso complejo de cáncer en vejiga y en uréter (residual).

Material y método: Paciente de género femenino de 52 años de edad, que padeció hematuria macroscópica, por lo que acudió a consulta. El facultativo ordenó un estudio de ecografía renal con el que se detectó un tumor en riñón izquierdo; por tanto, solicitó la asistencia de un cirujano oncólogo. Le practicaron nefrectomía izquierda abierta por vía anterior (Diciembre 2008). Persistió la hematuria intermitente y fue tratada con antibiótico. Se recibió a la paciente en agosto de 2009 y el estudio de histopatología del riñón indicó carcinoma de células transicionales. Se tomó TAC de abdomen y sólo se descubrieron tumores en vejiga. Con tele de tórax se obtuvieron resultados normales. Se realizó RTU de tumores vesicales (en septiembre de 2009). El informe de patología indicó 65 gramos resecaos con Ash 2 que invadía la lámina propia, pero no el músculo (T1 N0 M0 G2). Se aplicó BCG y la mujer regresó en mayo de 2010 con hematuria macroscópica. Se ordenó TAC de abdomen, que fue realizada hasta agosto de 2010; en dicho estudio se halló uréter izquierdo (residual) con actividad tumoral, así como varios tumores en vejiga; con tele de tórax se obtuvieron resultados normales. Por cistoscopia se observó que el tumor (quizá de grado 3) protruía por la uretra. Se realizaron exenteración pélvica anterior, ureterectomía izquierda (residual), uretrectomía, linfadenectomía bilateral y neovejiga tipo Indiana (en agosto de 2010).

Resultado: Tiempo de hospitalización, 3 días; tiempo quirúrgico, 7 horas; hemorragia de más o menos 800 ml, según informe del anestesiólogo (Hb preoperatoria de 10 gr, se transfundieron 3 paquetes globulares y quedó con Hb de 11.5 g). En estudio de histopatología se halló carcinoma de células transicionales de grado 3, que invadía a la vejiga (T2 N0 M0 G3) y el uréter (T1 N0 M0 G3), así como 38 ganglios negativos a enfermedad maligna.

Discusión y conclusión: En la bibliografía internacional se han presentado múltiples publicaciones de cistectomías radicales, en varones y mujeres, por carcinoma de células transicionales invasivo de vejiga, efectuadas por cirugía abierta, laparoscópica y asistida con robot. Sin embargo, en México continúa el predominio de la cirugía convencional (abierta) y quizá este caso sea de los primeros que se tratan por laparoscopia.

Tratamiento videolaparoscópico; a propósito de un caso de tumor primario sincrónico, renal y suprarrenal

Merayo-Chalico Claudio E, Fernández-Noyola Gerardo, Sánchez-Turati Gustavo, Hernández-Castellanos Víctor, Saavedra-Briones Dorian, Ahumada-Tamayo

Samuel, Martínez José Ángel, Fulda-Graue Santiago, Santana-Ríos Zael, Urdiales-Ortiz Alejandro, Cantellano-Orozco Mauricio, Morales-Montor Gustavo, Pacheco-Gahbler Carlos
Hospital general "Dr. Manuel Gea González". México, D. F.

Introducción: Los tumores sincrónicos renales y suprarrenales son poco frecuentes. A pesar de que muchas de las masas suprarrenales en el contexto de CCR son metástasis, hay otras lesiones suprarrenales con distintas implicaciones diagnósticas, terapéuticas y pronósticas que pueden coexistir con CCR.

Objetivo: Presentar el caso de un paciente con diagnóstico de tumor renal y suprarrenal ipsilateral sincrónico, a quien se le practicó nefrectomía radical por técnica videolaparoscópica.

Caso clínico: Paciente de género masculino con 50 años de edad que presentó cuadro de crisis hipertensiva y síndrome coronario agudo, por lo que se le hospitalizó y trató en terapia intensiva, con buena respuesta. Como parte del protocolo de estudio, primero se detectó hipocaliemia de 2.4 meq/ml, resistente al tratamiento, así como aumento en la concentración sérica de aldosterona a 52 ng/dl. Por tanto, se practicó TAC abdominal, con la que se descubrieron dos tumoraciones dependientes del riñón y la glándula suprarrenal del lado derecho, las cuales medían 3 y 4 cm, respectivamente. El estudio de metanefrinas dio resultado negativo y los demás de estudios de extensión dieron indicaciones negativas de metástasis, por lo que se practicó nefrectomía radical derecha por laparoscopia. El paciente tuvo buena evolución tras la cirugía y se le dio de alta al cuarto día posoperatorio. El resultado del estudio de histopatología indicó carcinoma de células renales con diferenciación sarcomatoide y carcinoma de corteza suprarrenal derecha.

Discusión: En escasas publicaciones se ha informado sobre tumores sincrónicos de riñón y glándula suprarrenal ipsilateral; la mayoría de dichos informes incluye tumores metastásicos de carcinoma de células renales y de mama. Existe una clara relación entre el carcinoma de células renales y el desarrollo de otras neoplasias malignas sincrónicas o metacrónicas; las más frecuentes son las de mama, los tumores pancreáticos y el cáncer de colon; sin embargo, no se ha logrado establecer una relación entre carcinoma de células renales y carcinoma de corteza suprarrenal, debido a su poca incidencia. La presentación de este caso clínico corrobora la predisposición documentada, a desarrollar otras neoplasias relacionadas con el carcinoma de células renales; además, se indica que el tratamiento videolaparoscópico es una opción quirúrgica adecuada en estos casos.

Tratamiento quirúrgico con la técnica de 16 puntos para la enfermedad de De la Peyronie

Ortiz-Lara Gerardo E, Sarquella-Geli Joaquim,* Rojas-Cruz César,* Palma-Cepi Christian,* Garza-Cortés Eduardo R, Gómez-Guerra Lauro S
Hospital Universitario UANL "Dr. José Eleuterio González", Monterrey, Nuevo León, México.

*Fundación Puigvert, Barcelona, España.

Antecedentes: Este padecimiento fue descrito por primera vez en 1743 por Francois Gigot De la Peyronie. Se trata de una cicatriz fibrosa no elástica o placa calcificada que afecta a la túnica albugínea del cuerpo cavernoso y causa deformidad, erecciones dolorosas y, con frecuencia, disfunción eréctil. Shahram describió por primera vez (en 2002) la técnica de los 16 puntos para la corrección de la enfermedad de la Peyronie, la que aplicó a 132 pacientes con buenos resultados.

Objetivo del estudio: Presentar la técnica de los 16 puntos y la experiencia de los autores con la misma, pues consideran que es una muy buena opción de tratamiento quirúrgico en la gran mayoría de los casos.

Material y métodos: Se captó a 3 pacientes de la consulta externa en la institución de los autores, cuyos casos fueron atendidos de diciembre de 2009 a la fecha. A los tres pacientes se les diagnosticó enfermedad de Peyronie. Los tres acudieron por deformidad peniana importante que les impedía la penetración sexual; todos cumplían los criterios para enfermedad estable y se les consideró para tratamiento quirúrgico. Se practicó cirugía de corrección con la técnica de 16 puntos.

Resultados: En los tres pacientes se resolvió la curvatura, sin que quedara curvatura residual y se produjeran sin recidivas durante un periodo de vigilancia de 6 meses. No hubo disfunción eréctil posterior a la cirugía en ninguno de ellos. Después de la intervención, el pene se acortó 1 cm en promedio; sin embargo, no esto generó problemas a ninguno de los pacientes, quienes se mostraron satisfechos con el resultado de la cirugía, porque de nuevo lograron la penetración sexual.

Discusión: El tratamiento quirúrgico de la enfermedad de la Peyronie está indicado sobre todo para pacientes que no logran la penetración y es una opción posible para aquellos que soliciten la operación por estética. Se debe practicar la cirugía a pacientes con enfermedad estable durante al menos 6 meses. La técnica de los 16 puntos es sencilla, versátil, aplicable prácticamente a cualquier tipo de placa y curvatura, con hemorragia mínima, menos riesgo de disfunción eréctil posquirúrgica y, tal vez, con un menor acortamiento que con otras técnicas quirúrgicas de plicatura. Por ello, los autores la consideran una buena opción.

Conclusiones: Hasta el momento, la técnica de 16 puntos ha dado buenos resultados en cuanto a la corrección de la curvatura y los pacientes quedan satisfechos con los resultados, sin importar la localización de la placa ni el grado de curvatura.

Ultrasonido en la evaluación de la incontinencia urinaria femenina no neurológica

Ramírez-Ley César R, Ramírez-Lucero César F, Arias-Rosales Coinda
Unidad de Urología Ginecológica del Centro Ginecológico y Reproducción Humana. Tijuana B.C. México

Antecedentes: Existen informes de que la prevalencia de incontinencia urinaria femenina en México es de 46.5%. En Tijuana, los datos preliminares obtenidos en el centro de los autores y por Fronteras Unidas Prosalud, indican una prevalencia de 42%.

En el estudio sobre incontinencia urinaria, la historia clínica y el examen físico no deben ser utilizados como únicas herramientas, ya que es posible que los diagnósticos sean erróneos hasta en 50% de los casos. La urodinamia es indispensable en la mayoría de los casos. Por lo anterior, los autores utilizan la ecografía como complemento importante de la valoración.

Objetivo del estudio: Mostrar la anatomía ecográfica más importante y su aplicación clínica para el diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer.

Material y métodos: Con la paciente en posición ginecológica y con el empleo de ultrasonido GE Logiq 3, transductor vaginal de 8Hz, colocado en dentro del introito, se realiza la identificación ecográfica de las estructuras anatómicas del área, se realizan mediciones uretra-cuello vesical, en reposo y al esfuerzo, en busca de hipermovilidad uretral y otros datos indicativos de mecanismo esfinteriano débil o, incluso, vejiga hiperactiva; también se mide el residuo posmicción y se determina por ecografía la correcta posición de mallas suburetrales, esto último en el posoperatorio.

Resultados: Con esta técnica se logra una sensibilidad de 92% y una especificidad de 79.6% en el diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo por hipermovilidad uretral. Además es posible aplicarla de

manera cómoda para la paciente, ya que se eliminan la necesidad de la prueba de Qtip y la colocación de sondas para medir el residuo posmicción en la valoración de consultorio, entre otras ventajas.

Discusión: Esta aplicación de la ecografía es cada vez más popular, pero su aceptación ha sido lenta, debido a la gran variedad de técnicas y criterios diagnósticos publicados. La técnica empleada por los autores está validada ampliamente y es reproducible, con una curva de aprendizaje relativamente baja para el operador y con una buena correlación entre las observaciones ecográficas, urodinámicas y clínicas.

Conclusiones: La ecografía en el diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer es confiable, accesible, con sensibilidad y especificidad altas, lo que la convierte en instrumento útil para la valoración inicial y posquirúrgica de la paciente incontinente.

Afalia congénita: tratamiento con avance uretral

Santana-Ríos Zael, Fernández-Noyola Gerardo, Cantellano-Orozco Mauricio, Cuevas-Alpuche Juan, Morales-Montor Gustavo, Pacheco-Gahbler Carlos
División de Urología, Hospital General Dr. Manuel Gea González. México D. F.

Antecedentes: La afalia congénita es resultado de una falla en el desarrollo del tubérculo genital. Es una entidad en extremo rara. Se calcula una incidencia de 1 por cada 10 a 30 millones de nacidos vivos. En la bibliografía se hallan alrededor de 80 casos informados. Por lo general, el cariotipo es 46XY y el aspecto clínico es de un escroto bien desarrollado, con testículos descendidos y falta de pene. Por lo regular, el ano está desplazado en sentido anterior y la uretra puede emerger en él, adyacente al margen anal; en otros casos, emerge dentro del recto.

A veces, este trastorno se acompaña de otras malformaciones, como criptorquidia, reflujo vesicoureteral, riñón en herradura, agenesia renal y ano imperforado, así como anomalías musculoesqueléticas o cardiopulmonares.

Skoog y Belman (1989) revisaron 60 informes y encontraron que los meatos uretrales implantados en posición más proximal conllevaron mayor incidencia de malformaciones y muerte neonatal. Al menos 60% de los pacientes tienen meato posesfintérico, localizado a nivel del margen anal. El 28% de los pacientes tiene meato preesfintérico con una comunicación uretral, ya sean fistulas prostaticorrectales, vesicorrectales o atresia rectal. Se debe hacer la valoración genética de los pacientes al nacimiento y buscar malformaciones relacionadas. Es importante proponer una reasignación de sexo temprana.

Objetivo: Presentar un caso de afalia congénita y su tratamiento con avance uretral.

Caso clínico: Paciente de género masculino de 14 años de edad, sin antecedentes patológicos perinatales, producto de una gesta 4, en un embarazo normoevolutivo de 38 semanas, con adecuado control prenatal, así como peso y talla adecuados al nacer. Al momento del parto se detecta afalia y, luego de estudio genético, se propone reasignación de sexo; sin embargo, la madre no lo aceptó. El paciente presentó cuadro de litiasis vesical a los 12 años (tratada por cistolitotomía abierta), además de infecciones urinarias de repetición con múltiples tratamientos. El paciente fue enviado por el servicio de psicología a valoración urológica por las infecciones urinarias de repetición, con informe de micción por el recto, con pujo y tenesmo vesical, así como continencia de 100 por ciento.

A la exploración física se observó que el paciente tenía fenotipo masculino y su edad aparente era similar a la cronológica; se halló cicatriz infraumbilical a nivel abdominal (compatible con el antecedente de cistolitotomía abierta), características sexuales secundarias, falta de pene, vello púbico de distribución androide, ambos testículos