

Vídeos

Videos

-
- V01**
- 97 **Laparoscopic adrenalectomy via transperitoneal approach**
Estevao-Lima, J. Soares, A. Pimenta
- V02**
- 98 **Linfadenectomia laparoscópica retroperitoneal por tumor do testículo**
Rui Santos, Rui Lages, Rui Prisco, Vítor Silva, Luís Xambre, Manuel Cerqueira, Fernando Carreira
- V03**
- 99 **Pieloplastia Laparoscópica**
Rui Lages, Rui Santos, Vítor Silva, Luís Xambre, Manuel Cerqueira
- V04**
- 100 **Linfadenectomia retroperitoneal com trombectomia caval por tumor não-seminomatoso avançado do testículo esquerdo**
Francisco E. Martins, José M. Alves, John A. Freeman, José M. Lencastre e João C. Varela
- V05**
- 101 **Mini-invasive percutaneous procedure. Procedure and indications**
Estevao-Lima, J. Soares, A. Pimenta
- V06**
- 102 **Ureterolitotomia por retroperitoneoscopia**
Estevao-Lima, J. Soares, J. La Fuente, A. Pimenta
- V07**
- 103 **Reconstrução da uretra após instalação de endoprotese uretral metálica**
Alexandre Mendes Leal
- V08**
- 104 **Um caso complexo de litíase num doente com derivação urinária tratado por litotricia de contacto e litotricia extracorpórea**
Edmiro Silva, J A Sousa, A Figueiredo, J Dionísio, E T Morgado
- V09**
- 105 **Incontinência urinária: Safyre: A versatile self-anchoring readjustable sling**
Netto NRJr., Palma P, Riccetto C, Dambros M, Thiel M, Fraga R
- V10**
- 106 **Incontinência urinária: Transvaginal urethrolisis for obstruction following anti-incontinence procedures**
Netto NRJr., Palma P, Riccetto C, Dambros M, Thiel M, Herrmann V
- V11**
- 107 **Nefrectomia Laparoscópica "Hand-assisted"**
Rui Santos, Rui Lages, Rui Prisco, Vítor Silva, Luís Xambre, Manuel Cerqueira, Fernando Carreira
- V12**
- 108 **Tratamento dos cálculos do cálice inferior com o uretero-renoscópio flexível**
Estevao-Lima, J. Soares, A Pimenta
- V13**
- 109 **Nefrolitotomia Percutânea**
Jorge Rebola, Reis Santos
- V14**
- 110 **Reconstrução cirúrgica de aperto panuretral con enxerto de mucosa bucal**
Francisco E. Martins, João C. Dias e João Badona

V15

111 Uretropexia sem tensão: A simplicidade dos novos métodos

Carlos Santos, Sérgio Santos, Miguel Cabrita,
José Dias, Rui Sousa, António Campos,
M. Macieira Pires, M. Mendes Silva, J. Real Dias

V16

112 Ressecção Percutânea de Tumor Retroperitoneal

Rui Lages, Rui Santos

V17

113 Seringocele, manifestações clínicas e tratamento endoscópico

Vitor Oliveira, P. Príncipe, L. Costa, M. Pereira,
J. Amaral, L. Ferraz

Laparoscopic adrenalectomy via transperitoneal approach

Estevao-Lima, J. Soares, A. Pimenta

V01

Serviço de Urologia – Hospital Geral de Santo António

.....

Objective

To present the indications and technique of laparoscopic adrenalectomy via the transabdominal approach in a step-by-step fashion.

Materials and Methods

Laparoscopic adrenalectomy is indicated for non-functioning adenomas, Cushing's adenoma, primary aldosteronism, pheochromocytomas. We describe our technique of laparoscopic adrenalectomy via transabdominal or transperitoneal approach. Operative templates for both right and left sided adrenals are explained in full details.

Discussion

Two exemplary cases are presented. Preoperative and intraoperative preparations, including positioning are explained in detail. Operative templates and trocar position for both sides are depicted in patients.

Conclusions

Laparoscopic adrenalectomy via transabdominal approach is safe and effective. It provides a good outcome with minimal morbidity, shorter hospital stay and quicker return to daily normal activities.

Linfadenectomia laparoscópica retroperitoneal por tumor do testículo

Rui Santos, Rui Lages, Rui Prisco, Vítor Silva, Luís Xambre, Manuel Cerqueira, Fernando Carreira

Serviço de Urologia – Hospital Pedro Hispano – Matosinhos – Portugal

V02

Introdução

Os autores ilustram neste vídeo a técnica da variante esquerda da linfadenectomia laparoscópica retroperitoneal de estadiamento para tumores do testículo não seminomatosos, tal como é praticada no nosso Serviço.

Técnica cirúrgica

O flanco esquerdo é elevado a 45º, são colocados três trocars, junto ao bordo externo dos rectos, sendo o do meio, na vertical do umbigo, para o laparoscópio e os restantes para trabalho. Duas outras portas são colocadas mais lateralmente na linha axilar anterior. O peritoneu é incisado pela linha de Toldt, e a metade esquerda do cólon é mobilizada expondo o retroperitoneu. Identificando os principais marcos anatómicos – músculo psoas, orifício inguinal interno, vasos espermáticos, ureter, vasos ilíacos, aorta, artéria mesentérica inferior e vasos renais esquerdos – podemos definir com precisão os limites da “template” de dissecção ganglionar. Dissecam-se completamente os vasos espermáticos desde a sua laqueação caudal até à sua emergência nos grandes vasos. Depois todo o “packet” ganglionar é separado lateralmente do ureter do hilo renal até os vasos ilíacos, e rolado medialmente. O tecido ganglionar que recobre a aorta é incisado longitudinalmente ao longo do vaso, e rolado lateralmente (“split and roll”). A artéria mesentérica inferior é preservada. Procedemos á dissecção do tecido ganglionar no sentido de cranial para caudal, libertando-o primeiro a nível hilar e, progredindo em sentido caudal, laqueamos os vasos lombares, por forma a incluir os gânglios retro-aórticos no “packet” ganglionar, para exérese em bloco. A dissecção termina quando o ureter cruza os vasos ilíacos. A peça é retirada com “endogabg”.

Conclusão

A redução da morbilidade mantendo os altos níveis de curas já conseguidos tem sido o padrão da evolução do tratamento do tumor do testículo. A via laparoscópica integra-se nesta tendência: com resultados equivalentes, reduz dramaticamente a morbilidade associada á linfadenectomia retroperitoneal “aberta”.

Pieloplastia Laparoscópica

Rui Lages, Rui Santos, Vítor Silva, Luís Xambre, Manuel Cerqueira

V03

Serviço de Urologia (Director: Dr. Fernando Carreira) – Hospital Pedro Hispano – Matosinhos – Portugal

.....

Introdução

A pieloplastia é a terapêutica clássica para a obstrução da junção ureteropiélica, com índices de sucesso a longo prazo superiores a 90%. Na década de 80, surgiram várias técnicas endourológicas minimamente invasivas pretendendo reproduzir os resultados da cirurgia clássica, mas com uma morbidade mais reduzida; todavia os resultados ficavam aquém das expectativas.

Material e Métodos

Com o objectivo de alcançar os resultados da Cirurgia Clássica aliados às reconhecidas vantagens da laparoscopia em termos de morbidade e cosmética, introduzimos a técnica da pieloplastia laparoscópica no Serviço, em 1998, a qual temos utilizado quase sistematicamente desde então.

Neste vídeo apresentamos os passos fundamentais da técnica desmembrada ou não em face da etiologia presente.

Conclusões

A pieloplastia laparoscópica é uma técnica minimamente invasiva com resultados clínicos, funcionais e radiológicos sobreponíveis aos da cirurgia clássica. Embora uma técnica exigente, permite a correcção de qualquer tipo de obstrução da junção uretero-piélica.

Linfadenectomia retroperitoneal com trombectomia caval por tumor não-seminomatoso avançado do testículo esquerdo

Francisco E. Martins, José M. Alves, John A. Freeman, José M. Lencastre e João C. Varela

Hospital dos S.A.M.S., Lisboa, Portugal

V04

.....

Embora haja acordo geral em que o tumor germinativo avançado do testículo deva ser tratado primariamente com quimioterapia, a linfadenectomia retroperitoneal permanece um instrumento de extrema importância no plano terapêutico de doença retroperitoneal residual demonstrada em TAC, ou quando o tumor primário contém elementos teratomatosos.

A presença concomitante de trombo (neoplásico) caval em contexto de tumor germinativo testicular é extremamente rara (provavelmente inferior a 1%). Embora a trombectomia caval possa aumentar a morbidade pós-operatória, todo o procedimento é bem tolerado e a sua eficácia extremamente gratificante.

Demonstramos neste vídeo uma técnica de linfadenectomia retroperitoneal associada a trombectomia caval num doente de 21 anos de idade com tumor testicular esquerdo inauguralmente metastático e, extremamente raro, com um trombo caval sub-hepático com aproximadamente 8 cm de extensão, o qual não exibiu qualquer evidência de resposta radiográfica à quimioterapia. Salientamos as diferenças na sequência dos passos do procedimento cirúrgico, quando comparado com a linfadenectomia retroperitoneal standard para um tumor testicular esquerdo. Salientamos também os passos importantes da técnica, tais como: a) incisão cirúrgica, b) mobilização do peritoneo, c) exposição dos grandes vasos, d) linfadenectomia retroperitoneal, e e) trombectomia caval.

Mini-invasive percutaneous procedure. Procedure and indications

Estevao-Lima, J. Soares, A. Pimenta

V05

Serviço de Urologia – Hospital Geral de Santo António

.....

Introduction

Today there is a lot of talk about minimal invasive access and minipercutaneous surgery. We think that should be considered minipercutaneous a procedure done with an operative nephrostomy access smaller or equal to 14Fr.

Material and methods

The video shows a percutaneous nephrolithotomy using a 10Fr short ureteroscope. After positioning an ureteral catheter the patient is placed in prone position. The guide-wire is positioned and after the tract is dilated until 14Fr using coaxial Alken dilators. Stones were removed with a combination of lithotripsy (Lithoclast) and extraction using graspers. At the end of procedure a 8Fr nephrostomy was positioned for drainage and left in place for 24 hours.

Results: The patient was discharged stone free without drainage.

Discussion

We believe that the major indications for this approach are: 1) Lithotripsy of stones less than 1,5 cm in diameter refractory to SWL; 2) Coagulation of Calycial diverticula; 3) Adjuvant for percutaneous nephrolithotripsy; 4) Removal of renal foreign bodies; 5) Paediatrics patients; 6) Anterograde/flexible URS for management of ureteral stones and strictures.

Conclusions

The mini-invasive percutaneous may offer advantages with respect to haemorrhage, postoperative pain and shortened hospital stays.

Ureterolitotomia por retroperitoneoscopia

Estevao-Lima, J. Soares, J. La Fuente, A. Pimenta

Serviço de Urologia – Hospital Geral de Santo António

V06

Introdução

A maioria dos cálculos ureterais são hoje tratados através da uretero-renoscopia e/ou litotricia extracorporal. No entanto, existem cálculos que pela sua dimensão, localização a nível lombar e condições associadas ao próprio ureter como por exemplo uma estenose marcada, não é possível a utilização dos métodos atrás referidos. Os autores apresentam um vídeo de uma ureterolitotomia por retroperitoneoscopia

Material e Métodos

O doente foi colocado na posição de lombotomia seguido da criação de um espaço retroperitoneal através da colocação de um dedo de luva com 1 litro de soro. Posteriormente foram colocados 4 trocares (2 de 10mm e 2 de 5mm). Foi dissecado o ureter e feita uma incisão longitudinal sobre o cálculo. Após a extracção do cálculo foi posicionado um cateter ureteral “duplo J” e suturado o ureter laparoscopicamente.

Resultados

O tempo operatório foi de 115 minutos. Não houve qualquer complicação no per e no pós operatório. O doente teve alta ao 2º dia de pós-operatório.

Conclusão

A ureterolitotomia por retroperitoneoscopia é efectiva, segura e representa uma boa indicação para alguns cálculos ureterais lombares.

Reconstrução da uretra após instalação de endoprotese uretral metálica

Alexandre Mendes Leal

V07

Serviço de Urologia - Hospital da Trofa

.....

A utilização de endoproteses uretrais para tratamento dos apertos da uretra suscita ainda bastante controvérsia. Com efeito, mesmo nos casos mais difíceis, é sempre possível realizar uma reconstrução uretral utilizando tecidos do próprio doente, recorrendo a uretroplastias anastomóticas ou de substituição sob a forma de retalhos pediculados ou enxertos livres genitais ou extra genitais .

As complicações e resultados tardios, as incertezas no que respeita; à evolução e tolerância a longo prazo e a atitude a tomar nos casos de fracasso em doentes portadores de próteses, tornam a sua utilização bastante controversa, estando o seu uso formalmente proscrito para muitos “experts” em reconstruções da uretra.

O vídeo demonstra a reconstrução da uretra num doente portador de uma endoprotese uretral metálica (Urethrospiral 2) e que não obstante a instalação da prótese recidivou uma estenose da uretra membranosa.

Este doente foi vítima de uma rotura traumática da uretra membranosa associada a uma fractura da bacia, foi operado várias vezes, noutra instituição, de uretroplastia topo a topo, recanalização da uretra e uretrotomia interna, finalmente, foi-lhe instalada uma endoprotese uretral metálica, no entanto, registou-se uma recidiva do aperto com obstrução uretral total estando o doente derivado por cistostomia.

A intervenção consistiu na exérese endoscópica e cirúrgica da endoprótese e na reconstrução da uretra.

A operação foi particularmente difícil atendendo à intensa fibrose resultante das intervenções anteriores e da prótese, mas o resultado foi excelente obtendo-se uma reconstrução anatómica da uretra.

Este caso raro, reveste-se do particular interesse de mostrar o estado da uretra e os limites da reconstrução em doentes portadores de endoproteses uretrais . Estas situações raras tornam-se no entanto cada vez mais frequentes com o uso, muitas vezes indevido, de endoproteses uretrais no tratamento dos apertos da uretra.

Um caso complexo de litíase num doente com derivação urinária tratado por litotricia de contacto e litotricia extracorpórea

Edmiro Silva, J A Sousa, A Figueiredo, J Dionísio, E T Morgado

Serviço de Urologia e Transplantação HUC, Coimbra

V08

Introdução

Os autores apresentam um caso de cálculo coraliforme completo no rim esquerdo e cálculo volumoso no segmento de ileostomia de derivação, tratados com sucesso por litotricia de contacto e litotricia extracorpórea.

Material e Métodos

Doente do sexo feminino com 19 anos de idade, operada aos 6 anos para correcção de extrofia vesical, tendo sido feita uma ileostomia de derivação. Um estudo para detectar a causa de infecções urinária recidivantes, veio revelar a existência de volumoso cálculo coraliforme completo no rim esquerdo e cálculo radiopaco no segmento de ileostomia, com cerca de 50x40 mm de dimensão. A U.I.V. revelou uma conformação pielocalicial normal e sem ectasias ao nível dos dois rins. Foi detectado refluxo uretero-renal bilateral por injeção de contraste através da ileostomia cutanea. Numa primeira fase, os autores procederam à destruição do cálculo do segmento ileal por litotricia de contacto e na segunda fase detruíram o cálculo coraliforme por litotricia extracorpórea.

Resultado

A destruição completa com extracção de todos os fragmentos ileais foi obtida em duas sessões litotricia de contacto sob anestesia geral. A destruição completa do cálculo coraliforme foi executada após dez sessões de litotricia extracorpórea em regime ambulatorio.

Conclusões

Os autores concluem que situações complexas como o caso presente, podem ser resolvidas por métodos minimamente invasivos.

Incontinência urinária: Safyre: A versatile self-anchoring readjustable sling

Netto NRJr., Palma P, Riccetto C, Dambros M, Thiel M, Fraga R

V09

Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Brasil

.....

Introduction

To show the versatility of a new self-anchoring readjustable sling: the suprapubic, vaginal and transobturator approaches.

Surgical Technique

An Allis clamp is placed 1 cm from the urethral meatus and a longitudinal vaginal incision is made. A tunnel is created to the ascending ramus of the ischium, on both sides, avoiding perforation of the endopelvic fascia. Next, two suprapubic punctures are made. For vaginal approach, a metallic sound is used for urethra and bladder displacement. The needle is primed with the hook like end inside the handle. The needle's tip is introduced in the previously made tunnel and the metallic sound is brought to the same side, displacing the bladder away from the needle's trajectory. The handle is removed exposing the hooked tip. Cystoscopy is performed to rule out urethra and bladder perforations. The self-anchoring readjustable tail is hooked to the needle and brought to the suprapubic region. The same maneuvers are repeated on the other side. Intraoperative adjustment is performed at this time. For suprapubic approach, the needle is primed with the hooked end outside the handle. Both needles are passed as in the classical Stamey procedure and a single cystoscopy is performed. For transobturator approach the obturator foramen is palpated and a skin incision is made close to the medial border at the level of the urethral meatus, avoiding damage to the neurovascular bundle that runs laterally. The hooked needle is introduced vertically and the obturator fascia is perforated. Then, the needle is brought to the horizontal position and introduced towards vaginal incision, guided by the surgeon's index finger. The sling is hooked and the needle removed, putting the sling in place.

Conclusions

All approaches are safe to perform, easy to teach, providing very good initial results. Post operative readjustment adds considerable advantage to this versatile sling.

Incontinência urinária: Transvaginal urethrolisis for obstruction following anti-incontinence procedures

Netto NRJr., Palma P, Riccetto C, Dambros M, Thiel M, Herrmann V

Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Brasil

V10

.....

Introduction

Surgical correction of female stress incontinence may lead to urethral obstruction in as many as 5 to 7 % of all retropubic and needle suspension procedures. This videotape shows the transvaginal approach to urethrolysis in such cases.

Surgical Technique

A videurodynamic study is show, to illustrate the site of obstruction. The surgery is begun by an inverted V incision in the anterior vaginal wall. The urethropelvic ligament is entered and the retropubic space is reached. The urethra should be completely freed anterior to the bladder neck, so that the index finger can be placed between the urethra and the symphysis pubis. Some patients may require more than one procedure, and in these cases a Martius flap is interposed between the urethra and the pubis. A vertical incision is made over the labium majus, allowing for the isolation of the fibroadipose layer of the bulbocavernous muscle, so that a pedicled graft is obtained. The graft is tunneled subcutaneously, brought between the urethra and the symphysis pubis, avoiding further adhesions. Magnetic resonance imaging performed post operatively disclosed a viable graft. Videourodynamic study 3 months after the surgery showed no obstruction.

Conclusions

Transvaginal urethrolisis is a safe and effective method of managing urethral obstruction.

Nefrectomia Laparoscópica “Hand-assisted”

*Rui Santos, Rui Lages, Rui Prisco, Vítor Silva, Luís Xambre, Manuel Cerqueira,
Fernando Carreira*

V11

Serviço de Urologia – Hospital Pedro Hispano – Matosinhos – Portugal

.....

Introdução

Apresentamos neste vídeo a técnica cirúrgica de nefrectomia laparoscópica manualmente assistida, ilustrando de forma didáctica os principais aspectos nas suas variantes esquerda e direita.

Técnica

Para a realização da nefrectomia o doente é colocado em posição de flanco. Uma pequena incisão de cerca de 6 cm permite a introdução da mão não dominante do cirurgião na cavidade peritoneal. Conforme a lateralidade da intervenção, é escolhida a melhor localização para esta incisão. Dois trocars são colocados adicionalmente, um para o laparoscópio e outro para trabalho. Mais uma porta é colocada, se necessário. A presença da mão do cirurgião dentro da cavidade abdominal permite a palpação, identificação, tracção ou afastamento de estruturas anatómicas, a dissecação roma e o trabalho em conjugação com os instrumentos laparoscópicos. Adicionalmente, proporciona aferências tácteis e proprioceptivas otimizando a orientação tridimensional. A incisão previamente usada para a introdução da mão permite ainda, no final da cirurgia, extrair intactas peças de grandes dimensões.

Casos clínicos

Apresentando primeiro a clínica e a documentação imagiológica destacamos o resumo vídeo de duas intervenções: á esquerda a nefrectomia radical por tumor do rim e, á direita, a nefrectomia de um hemi-rim funcionalmente excluído, num caso de rim em ferradura.

Conclusões

A morbilidade da nefrectomia manualmente assistida é muito semelhante á da técnica laparoscópica “pura”, no que diz respeito a dor, consumo de analgésicos, tempo de internamento e complicações. O seu maior valor reside no facto de proporcionar ao laparoscopista em fase de aprendizagem uma transição suave desde cirurgia clássica até a cirurgia laparoscópica. Actualmente no nosso Serviço a maioria das nefrectomias é seleccionada para a via laparoscópica “pura”. A técnica “hand-assisted” é reservada para a nefrectomia ou nefrectoureterectomia total, quando se pretende a exérese intacta de peças com grande volume.

Tratamento dos cálculos do cálice inferior com o uretero-renoscópio flexível

Estevao-Lima, J. Soares, A Pimenta

Porto

V12

.....

Introdução

O novo uretero-renoscópio flexível “Dur-8 Elite active – ACMI” com dupla flexão permite com mais facilidade, atingir a totalidade da anatomia intra-renal principalmente o cálice inferior. Este vídeo, mostra a técnica de fragmentação dos cálculos do cálice inferior com Holmium laser e a importância da dupla flexão para permitir com mais facilidade a entrada no cálice inferior.

Materiais e métodos

Muitas vezes é difícil atingir o bacia renal com o uretero-renoscópio flexível. Por isso, os autores usam sempre uma bainha ureteral de acesso. O seu uso, permite o acesso contínuo ao rim ao mesmo tempo que reduz o tempo cirúrgico. Os cálculos do polo inferior foram fragmentados com fibras de 400 μ m de laser holmium através do novo uretero-renoscópio flexível “DUR-8 Elite”.

Resultados

O procedimento demora basicamente 40 minutos. Os doentes tem alta no dia seguinte à cirurgia.

Conclusão

O tratamento ureteroscópico dos cálculos dos cálices inferiores é uma alternativa à litotricia extracorporal ou à nefrolitotomia percutânea nos doentes com cálculos de baixo volume.

Nefrolitotomia Percutânea

Jorge Rebola, Reis Santos

V13

Lisboa



Os autores apresentam um vídeo de Nefrolitotomia Percutânea, salientando os aspectos fundamentais da técnica, as indicações, contra-indicações e os resultados.

Reconstrução cirúrgica de aperto panuretral con enxerto de mucosa bucal

Francisco E. Martins, João C. Dias e João Badona

Hospital de Pulido Valente, Serviço de Urologia, Lisboa

V14

.....

O aperto panuretral constitui um desafio cirúrgico para o urologista reconstrutivo. No passado, a maioria destes apertos eram tratados em 2 ou mais tempos e envolviam técnicas de transferência de tecidos complexas e uma incisão e dissecação longitudinais penianas extensas, ou uma incisão circunferencial seguida de “degloving” total da haste peniana combinada com uma segunda incisão perineal, o que contribuía para um maior compromisso da vascularização uretral e peniana.

Demonstramos neste vídeo uma abordagem diferente, descrita por Kulkarny, envolvendo uma incisão perineal associada a uma incisão subcoronal, distal, mínima para uma total mobilização uretral, semelhante à uretrectomia total, e enxerto tipo “dorsal onlay” com um único segmento de 17 cm de comprimento de mucosa bucal num doente com um aperto panuretral multi-operado. As vantagens desta abordagem são as seguintes: 1) evitar incisões penianas e dissecações que comprometam ainda mais a vascularização em doentes previamente submetidos a várias operações; 2) ausência de cicatriz peniana e, por isso, um resultado cosmético mais favorável; 3) evitar técnicas de transferência de tecidos complexas; 4) utilização de uma cirurgia num único tempo; e 5) fiabilidade e versatilidade dos enxertos de mucosa bucal, mesmo para apertos panuretrais, não deixando qualquer estigma no local dador.

Uretropexia sem tensão: A simplicidade dos novos métodos

*Carlos Santos, Sérgio Santos, Miguel Cabrita, José Dias, Rui Sousa, António Campos,
M. Macieira Pires, M. Mendes Silva, J. Real Dias*

V15

Serviço de Urologia- Hospital Militar Principal

.....

Apesar de não ser o dispositivo inicialmente descrito, a técnica do TVT® é actualmente, em Portugal, a mais utilizada para a correcção da incontinência urinária ao esforço na mulher.

Mais recentemente foram introduzidas no mercado outros dispositivos utilizados com a mesma finalidade. Estes dispositivos apresentam pequenas variantes técnicas e de concepção as quais representam, do ponto de vista dos autores, diversas vantagens: 1) Preço mais reduzido; 2) Maior rapidez de execução e 3) Menor morbilidade operatoria e pos/operatoria imediata.

Neste vídeo descrevem-se as técnicas de colocação do Uretex®, Remeex® e Sparc® salientando-se as vantagens de cada uma destas técnicas.

Ressecção Percutânea de Tumor Retroperitoneal

Rui Lages, Rui Santos

Serviço Urologia (Director: Dr. Fernando Carreira) – Hospital Pedro Hispano – Matosinhos –

V16

.....

Introdução

A Cirurgia Percutânea foi introduzida por John Wickham na década de 80, para a cirurgia da litíase renal. Embora extremamente útil, a sua expressão está hoje limitada a casos seleccionados de litíase ou neoplasia do excretor superior.

Material e Produtos

Utilizando os princípios advogados por Wickham utilizamos a técnica percutânea, com algumas variantes, para a ressecção de um tumor retroperitoneal.

Neste vídeo apresentamos o caso clínico, e os passos da técnica endourológica.

Resultados

Com esta abordagem conseguimos a resolução de forma eficaz e eficiente com a morbilidade inerente aos procedimentos minimamente invasivos, permitindo encará-la como alternativa à cirurgia clássica ou laparoscópica.

Seringocele, manifestações clínicas e tratamento endoscópico

Vitor Oliveira, P. Principe, L. Costa, M. Pereira, J. Amaral, L. Ferraz

V17

Vila Nova de Gaia

Os Seringoceles são dilatações das Glândulas Bulbo-uretrais. É uma patologia rara, cuja causa mais comum é a origem congénita.

A maioria dos casos é assintomática, afectando fundamentalmente crianças e adolescentes. A clínica habitual é, nos grandes divertículos, um síndrome miccional com gotejo pós-miccional, e por vezes disúria ou sintomas de infecção urinária.

O diagnóstico é difícil porque implica um alto grau de suspeita clínica, e é efectuado por Uretrografia Retrógrada e Pós-miccional e Uretroscopia.

Os autores apresentam dois casos clínicos desta patologia. O tratamento foi em ambos a incisão endoscópica, ampliando a comunicação entre a uretra e o Seringocele, cessando a sintomatologia.