

» Uro-oncologia

URO-ONCV-29

PURE ROBOT ASSISTED NEPHROURETERECTOMY WITH BLADDER CUFF EXCISION: SINGLE DOCKING TECHNIQUE

Yoann Pierre Pérès, Gilberto Almeida, Wilson Busato, Gustavo Motta, Fernanda Girardi, Laurent Lopez

1. Instituto Catarinense de Urologia

INTRODUÇÃO: Open nephroureterectomy with bladder cuff excision is the standard treatment for high risk upper tract urotelial carcinoma, regardless of tumour location. Laparoscopic approach has equivalent efficacy and robotic assisted access may offer technical benefits for surgeon and for the patient. The objective is show the possibility of performing safely a robotic assisted nephroureterectomy (RANU) with a single docking technique.

MATERIAL E MÉTODOS: We performed a robotic assisted nephroureterectomy with bladder cuff excision in a male patient with 47 years old. The CT Scanner showed a lesion in the upper left calyx measuring 13x22x29 mm with contrast enhancement. Flexible ureteroscopy showed a bulky tumor in upper cálix. The histopathology evidenced a low grade papillary urothelial carcinoma. The surgery was realized without redocking the robot. It was performed in a reference urology center, with a Da Vinci Xi robotic system. The anatomopathology revealed a low grade papillary urothelial carcinoma of 40 mm, without infiltration of renal parenchyma and without ureteral involvement. There were no major complications.

CONCLUSÕES: The RANU- Single docking, technique allows to perform the surgery in only one position. This technique is safe and feasible

ACESSO AO VIDEO EM: RECET.ORG.BR/VIDEOS/V29.MP4

URO-ONCV-35

NEFRECTOMIA PARCIAL DIREITA RETROPERITONIOSCOPIA: TÉCNICA CIRÚRGICA E COMPLICAÇÃO INCOMUM

Feniman E P G, Koike A, Rezende B B, Blanco D H

1. Hospital do Câncer de Londrina

INTRODUÇÃO: : A Nefrectomia Parcial Retrolaparoscópica (NPR) teve sua abordagem descrita por Gill, et al (1994)¹, com vantagens frente a abordagem Transperitonioscópica. Porém, trata-se de um desafio pelas nuances da técnica cirúrgica, potenciais complicações, entretanto minimamente invasiva, visando preservação da função renal, porém factível em lesões da face posterior renal.

MATERIAL E MÉTODOS: Caso clínico: Feminino, 60 anos, encaminhada por lesão de rim direito como achado tomográfico(TC) devido à síndrome consumptiva. Comorbidades: hipertensão arterial, proteinúria (612mg/24h) e insuficiência renal crônica (IRC) (Creatinina: 1.9; Cl. Cr: 32ml/min). TC evidenciava Cisto Renal Bosniak IV em face posterior do rim direito, medindo 1.7cm. RENAL-Score: 8.2 Submetida a NPR (vídeo), evolui em hematúria com coágulos no 7º PO com melhora após tratamento conservador. No 15º PO, nova hematúria com necessidade de transfusão pela anemia, sendo indicada embolização super-seletiva, bem sucedida com excelente evolução após o procedimento.

RESULTADOS: Baseado no último guideline da Associação Americana de Urologia³(AUA) defende-se a nefrectomia parcial de cistos Bosniak III e IV, onde a NPR atende os princípios da preservação de nefrons, margens livres, especialmente pacientes IRC, proteinúria, rim único, cirúrgica prévias, as vantagens são a abordagem de lesões posteriores renais, a abordagem anterior da artéria renal. A literatura cita 1% dos pacientes vão apresentar hematúria. Excelente evolução PO, com CCR papilífero, margens livres, com complicação efetivamente tratada.

CONCLUSÕES: A NPR é exequível e segura do ponto de vista oncológico, porém desafiadora para o cirurgião e com potenciais complicações, O apoio do radiologista intervencionista alcançou preservação renal e recuperação da paciente.

REFERÊNCIAS

1. Gill IS, Delworth MG, Munch LC. Laparoscopic Retroperitoneal Partial Nephrectomy. J Urol. 1994; 152:1539-1542.
2. Parsons RB, Canter D, Kutikov A, Uzzo RG. RENAL Nephrometry Scoring System: The Radiologist's Perspective. AJR, 2012; 199:355-359
3. Campbell S, et. al. Renal Mass and Localized Renal Cancer: AUA Guideline. J Urol. 2017; 198:520-529

ACESSO AO VIDEO EM: RECET.ORG.BR/VIDEOS/V35.MP4

» Neuro-urologia / Urologia feminina

NUFV-30

SACROPROMONTOFIXAÇÃO VIDEOLAPAROSCÓPICA: TÉCNICA CIRÚRGICA

Yoann Pierre Pérès, Wilson Busato, Sebastião Westphal, Gilberto Almeida, Gustavo Motta, Fernanda Girardi

1. Instituto Catarinense de Urologia

INTRODUÇÃO: A sacropromontofixação videolaparoscópica foi descrita em 1994, oferece uma melhor visualização das estruturas e colocação de próteses, principalmente a reto-vaginal. Essa técnica associa as vantagens da eficácia da via abdominal com a baixa morbidade da via vaginal. Está indicada para todos prolapso genitais: cistocele, prolapso apical e retocele.

MATERIAL E MÉTODOS:

1. Colocação de trocateres
2. Abertura do peritônio sob o promontório.
3. Dissecção reto-vaginal até assoalho pélvico.
4. Fixação da prótese posterior nos elevadores do ânus e face posterior vaginal com pontos inabsorvíveis.
5. Abertura do peritônio anterior e dissecção vesico- vaginal até trigono vesical.
6. Fixação de prótese no terço superior da vagina e istmo uterino
7. Abertura ligamento largo
8. Fixação das próteses no ligamento vertebral sob o promontório.
9. Fechamento completo do peritônio

RESULTADOS: A literatura traz 11 grandes séries publicadas com 1197 pacientes com mais de 2 anos de seguimento. A taxa de satisfação do paciente é de 94,4%, a taxa de cura clínica dos prolapso é de 92%, a recidiva de prolapso é em torno de 10% e a erosão da prótese é de 2,7%.

Descargues et al. publicaram um trabalho retrospectivo com 154 pacientes comparando a via vaginal e videolaparoscópica. Esta apresenta um maior tempo operatório, porém com menor tempo de hospitalização e índices de cura de 98,9% vs 93,7 via vaginal. As complicações trans e pós operatórios foram semelhantes.

CONCLUSÕES: A técnica de sacropromontofixação é factível, segura e deve ser considerada mais frequentemente para tratamento de prolapso genitais dos nossos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Klauschie JL, Suozzi BA, O'Brien MM, McBride AW. A comparison of laparoscopic and abdominal sacral colpopexy: objective outcome and perioperative differences. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2009;20(3):273—9.
2. Hsiao KC, Latchamsetty K, Govier FE, Kozlowski P, Kobashi KC. Comparison of laparoscopic and abdominal sacrocolpopexy for the treatment of vaginal vault prolapse. *J Endourol* 2007;21:926—30.
3. Ganatra AM, Rozet F, Sanchez-Salas R, Barret E, Galiano M, Cathelineau X, et al. The current status of laparoscopic sacrocolpopexy: a review. *Eur Urol* 2009; 55(5):1089—103.

ACESSO AO VIDEO EM: RECET.ORG.BR/VIDEOS/V30.MP4

» Transplante Urologia pediátrica

TUPV-15

LAPAROSCOPIC KIDNEY TRANSPLANTATIONS: FIRST LATIN AMERICA EXPERIENCE

Branco AW, Pigatto Filho G, Jaworski PED, Murata MM, Contieri FLC, Contieri Neto H

1. Hospital Nossa Senhora do Rocio

INTRODUÇÃO: The laparoscopic kidney transplantation is a challenge minimally invasive procedure that aims to reduce the morbidity of open kidney transplantation.

The objective of this video is to demonstrate the surgical technique, perioperative and postoperative outcomes of first Latin American experience in laparoscopic kidney transplantation. This prospective analysis began em January 2017 and a total of 5 cases were performed and analyzed with a minimum follow-up of 4 months.

MATERIAL E MÉTODOS: In this video we demonstrated a laparoscopic kidney transplantation in a 38 female patient of the left kidney from a related inter vivos renal donor where the laparoscopic implant was performed in the external iliac vein and external iliac artery and the ureter re-implanted in the bladder by Lich Gregoir technique.



RESULTADOS: The warm ischemia time in live donor patient was 2,6 min, the operative data from the recipient patient were: operative time 180 min, operative blood loss 150 cc., vascular anastomosis time was 60 min., cold ischemia time was 50 min., the creatinine level on postoperative day 1, 3, 7, 30 was 2.8, 2.1, 1.3, 1.1 respectively, hospital stay was 5 days, no complications were observed.

CONCLUSÕES: Laparoscopic kidney transplantation must be done by a surgical team with a large experience in kidney transplants and laparoscopic advanced urological surgery, further investigations need to confirm our promising data.

REFERÊNCIAS

1. Breda A, Territo A, Gausa A, Tugcu V, Alcaraz A, Musquera M, et al. Robot-assisted Kidney Transplantation: The European Experience. *Eur Urol.* 2018; 73: 273-81.
2. Sood A, Menon M. The Gift of Life: New Opportunities from Renal Transplantation. *Eur Urol.* 2018; 73: 282-3
3. He B, Mou L, Sharpe K, Swaminathan R, Hamdorf J, Delriviere L. Laparoscopic kidney transplant by extra peritoneal approach: the safe transition from laboratory to the clinic. *Am J Transplant.* 2014;14(8):1931-6.

ACESSO AO VIDEO EM: RECET.ORG.BR/VIDEOS/V15.MP4

» Urolitíase

URO-87

PIELOLITOTOMIA LAPAROSCÓPICA: UMA OPÇÃO PARA O MANEJO DE CÁLCULOS EM RIM PÉLVICO

Paludo Artur de Oliveira 1 Tavares Patric Machado, 1 Araldi Marcio, 1 Catro Luis Fernando de Cesaro, 1 Gorgen Antônio Rebello Horta, 1 Rosito Tiago Elias 1

1. Hospital de Clínicas de Porto Alegre

INTRODUÇÃO: Tratamentos minimamente invasivos como litotripsia extracorpórea por ondas de choque e nefrolitotripsia percutânea são procedimentos padrões para o manejo dos cálculos renais (1). No entanto, defeitos renais de posição e rotação podem interferir significativamente nos resultados desses tratamentos (2). A cirurgia aberta sempre foi uma opção para esses casos, porém com o avanço da laparoscopia nas últimas décadas, a

pielolitotomia laparoscópica (PLL) tornou-se uma boa alternativa para abordagem de cálculos renais em rins mal rotados ou mal posicionados (3).

MATERIAL E MÉTODOS: Paciente masculino de 42 anos com cálculo de 2,2cm em rim esquerdo pélvico foi submetido à PLL, após falha de litotripsia extracorpórea e dificuldade no acesso para nefrolitotripsia percutânea.

RESULTADOS: O tempo cirúrgico foi 150 minutos. Foi inserido um cateter duplo J via anterógrada e a sutura da pelve renal foi realizada com vicryl 4-0. Não houve necessidade de opióides, recebendo alta no primeiro dia de pós-operatório. O cateter duplo J foi retirado após 1 mês, com resolução completa do quadro clínico.

CONCLUSÕES: A PLL é uma excelente alternativa de tratamento para pacientes com grandes cálculos em rim pélvico.

RERERÊNCIAS

1. Ahangar S1, Durrani AM, Qadri SJ, Patloo AM, Ganaie RG, Khan M; Laparoscopic trans-peritoneal pyelolithotomy in a pelvic kidney; *Saudi J Kidney Dis Transpl.* 2012 Nov;23(6):1254-7.
2. Hoening DM, Shalhav AL, Elbahnasy AM, McDougall EM, Clayman RV; Laparoscopic pyelolithotomy in a pelvic kidney: a case report and review of the literature; *JSL; 1997 Apr-Jun;1(2):163-5.*
3. Kamat N1, Khandelwal P.; Laparoscopic pyelolithotomy--a technique for the management of stones in the ectopic pelvic kidney; *Int J Urol.* 2004 Jul;11(7):581-4.

ACESSO AO VIDEO EM: RECET.ORG.BR/VIDEOS/V87.MP4

» Urologia geral / LUTS / HPB

UGLH-09

Estenose de uretra feminina: Correção com uretroplastia dorsal com mucosa oral – Experiência de 4 casos em Hospital Universitário

Daniel Elias Carara, Rodrigo Ketzner Krebs, Guilherme Vinicius Sawczyn, Lydio Barbier Neto, Joaquim Lorenzetti
HC-HFPR, Curitiba, PR, Brasil

OBJETIVO: Apresentar em forma de vídeo a técnica de uretroplastia dorsal com mucosa oral para correção de estenose de uretra em pacientes do sexo feminino, apresentando 4 casos operados em Hospital Universitário

MÉTODO: Edição e discussão de vídeo demonstrando a técnica de uretroplastia dorsal com mucosa oral para correção de estenose de uretra em pacientes do sexo feminino. São apresentadas as imagens das cirurgias de 4 pacientes, realizadas entre agosto de 2016 e abril de 2018.

RESULTADOS: Vídeo demonstrando a técnica de uretroplastia dorsal com mucosa oral para correção de estenose de uretra em pacientes do sexo feminino. A etiologia dos casos eram líquen escleroso. Todas possuíam uretrocistografia pré-operatória demonstrando a estenose. Realizaram dilatações uretrais previamente a cirurgia, porém obtiveram apenas resolução parcial e temporária do problema, sem resolução definitiva, apresentando quadros de infecção urinária de repetição. A correção cirúrgica foi indicada por infecção de repetição, sintomas de esvaziamento e fluxometria com fluxo urinário reduzido. As pacientes foram submetidas a correção com incisão arciforme supra-meatal, com abertura dorsal da uretra por todo trajeto da estenose. Retirada mucosa oral, pela técnica convencional, seguido de uretroplastia na região dorsal da uretra. Foi mantida sonda vesical por 21 dias.

CONCLUSÃO: A estenose de uretra feminina é uma condição rara e de tratamento desafiador para o urologista. As principais opções de tratamento são: dilatação uretral, uretroplastia com mucosa oral e mucosa vaginal. A uretroplastia com mucosa oral é uma opção viável, reprodutível e efetiva para o tratamento da estenose de uretra no sexo feminino.

Ezilda – uretrovesical 3cm – ipss 30 – fluxo pre 7ml

Raquel – meatal 1,5cm – ipss 26

Marina – meatal 2cm

Jozeli – meatal 2cm – fluxo pre 5,5ml

ACESSO AO VIDEO EM: RECET.ORG.BR/VIDEOS/V9.MP4

UGLH-42

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SERINGOCELE DAS GLÂNDULAS DE COWPER EM PACIENTE ADULTO: RELATO DE CASO

SFREDO, LR,1 DIGNER, IS,2 KAMEI, DJ,3 EHLERT, R,4 SUZUKI, TT, 5, VARASCHIN, AE, 6.

1. Hospital Santa Casa de Curitiba – PR

INTRODUÇÃO: A seringocele de Cowper é uma rara anormalidade, caracterizada pela dilatação cística das glândulas bulbouretrais. É descrita principalmente em crianças, com incidência incerta na população adulta, pois pode ser assintomática ou apresentar manifestações obstrutivas e irritativas do trato urinário.

MATERIAL E MÉTODOS: Relato de caso sobre paciente adulto, com diagnóstico tardio de seringocele, submetido à abordagem endoscópica transuretral.

RESULTADOS: Paciente de 36 anos, masculino, encaminhado ao Serviço de Urologia por disúria, hematúria e diminuição voluntária do jato miccional (devido sintoma álgico), negando febre e queixas ejaculatórias. O quadro apresentava evolução de 5 meses, com início após infecção do trato urinário baixo. A uretrocistografia miccional evidenciou irregularidade do canal uretral e duplicidade do lúmen próximo à uretra bulbar. Na cistoscopia armada em centro cirúrgico identificou-se na região uma membrana, formando um septo entre a uretra verdadeira e a dilatação cística. Devido à persistência da sintomatologia, optou-se por uma abordagem endoscópica transuretral, realizando o destelhamento da seringocele com a utilização do Holmium (YAG laser). O paciente permaneceu com sonda vesical por um dia e recebeu alta hospitalar no primeiro pós-operatório. Nas consultas de retorno, relatou melhora significativa da sintomatologia, apesar da permanência de gotejamento pós-miccional esporádico.

CONCLUSÕES: Apesar de rara, a seringocele da glândula de Cowper é uma condição que deve ser considerada mesmo em pacientes adultos. A maioria dos casos sintomáticos recebe indicação de correção cirúrgica por via endoscópica transuretral, sendo esta a abordagem preferível e que apresentou evolução de sucesso neste caso.

REFERÊNCIAS

- Melquist J, Sharma V, Sciallo D, McCaffrey H, Khan SA. Current diagnosis and management of syringocele: A review. *Int Braz J Urol* 2010;36(1):3-9.
- Sáez Barranquero F, Herrera Imbroda B, Castillo Gallardo E, Cantero Mellado JA, Antuña Calle F, Bonilla Parrilla R, Marchal Escalona C, Machuca Santa Cruz FJ. Siringocele uretral en adulto. A propósito de un caso. *Arch Esp Urol* 2012;65(4):502-4.
- Cerqueira M, Xambre L, Silva V, Prisco R, Santo R, Lages R, Almeida M, Petracchi P, Carreira F. Siringocele imperforado de las glándulas de Cowper. Tratamiento por vía laparoscópica. *Actas Urol Esp* 2004;28(7):535-8.
- Alvarado PQ. Tumores de la glándula de Cowper. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica* 2014; 71(613):731-5.
- European Society of Radiology (Austria). Cowper's syringocele: Pathological manifestations and radiological aspects [Homepage na Internet]. Viena: ESR 2016
- López G N, Marangoni A, Buccolini T, Marangoni M, Re R, Galíndez J, et al. Caso radiológico de desafío diagnóstico. *Rev Chil Radiol* 2013;19(19):88-90.
- Pastor JN, Ligerio JG, García FG, Ros MT, Galiano JLR, Gutiérrez AS, et al. Siringocele de la glándula de Cowper. Presentación de dos casos diagnosticados em la edad adulta. *Arch Esp Urol* 2002;55(3):322-4.
- Tristán D, Olmedo JJ, Ruiz P, Minuzzi G. Siringocele de Cowper. *Rev Arg Urol* 2008;73(3):144-7.
- Campobasso P, Schieven E, Fernandes EC. Cowper's syringocele: An analysis of 15 consecutive cases. *Archives of Disease in Childhood* 1996;75:71-3.
- Surana S, Elshazly E, Allam A, Jayappa S, AlRefai D. A case of giant Cowper's gland syringocele in an adult patient. *Case Reports in Urology* 2015;2015:1-4.
- Awad, M. A., Alwaal, A., Harris, C. R., Zaid, U. B., Gaither, T. W., Osterberg, E. C., & Breyer, B. N. (2016). Transurethral Unroofing of a Symptomatic Imperforate Cowper's Syringocele in an Adult Male. *Case Reports in Urology*, 2016, 3743607.
- Taskovska, M., & Hawlina, S. (2017). Cowper's Syringocele in Adolescent Male: Case Report. *Journal of Endourology Case Reports*, 3(1), 130-133.

ACESSO AO VIDEO EM: RECET.ORG.BR/VIDEOS/V42.MP4

UGLH-44

SÍNDROME DE ZINNER – VESICULECTOMIA SEMINAL VIDEOLAPAROSCÓPICA

Silva LFB, Hennich MCR, Souza LVB, Penha SR, Brandelero FM, Silva NRB

Urovale – Centro de Urologia do Alto Vale do Itajaí (Rio do Sul/ SC)

INTRODUÇÃO: A síndrome de Zinner, descrita pela primeira vez em 1914, é uma malformação congênita rara devido mau desenvolvimento do ducto mesonéfrico, caracterizando a tríade de obstrução do ducto ejaculatório, cistos de vesícula seminal e agenésia renal ipsilateral que afeta menos de 0,003% da população. O diagnóstico ocorre mais frequentemente na segunda e terceira décadas de vida, sendo os sintomas inespecíficos, podendo cursar com dor abdominal, pélvica e perineal, bem como disúria, dor ao ejacular, hematúria, infecção urinária, epididimite e prostatite. Raramente causa infertilidade, homospermia ou enurese.

MATERIAL E MÉTODOS: Relata-se o caso de paciente masculino, 34 anos, com quadro de homospermia, hematúria esporádica e dor perineal. Ressonância Magnética demonstrou disgenesia renal esquerda, aumento volumétrico da vesícula seminal e ausência de meato uretero-vesical ipsilateralmente, representando sinais de malformação de ducto mesonéfrico.

RESULTADOS: Na laparoscopia, visualizado implantação anômala do uterero esquerdo na vesícula seminal ipsilateral. Realizado vesiculectomia seminal esquerda videolaparoscópica, com melhora dos sintomas relatado durante seguimento por 12 meses. O anátomo-patológico evidenciou vesícula seminal com atrofia e espessamento fibroso intersticial e ureter com inflamação crônica e foco exsudativo na parede.

CONCLUSÃO: Em pacientes sintomáticos com síndrome de Zinner, cirurgias minimamente invasivas com remoção laparoscópica da vesícula seminal com abordagem posterior pode ser considerada, devido a maior capacidade de avaliar alterações anatômicas, incluindo ectopia ureteral ou deferencial, possibilitar a preservação dos feixes neurovasculares e recuperação rápida pós-operatória.

REFERÊNCIAS

- Pereira BJ, Sousa L, Azhinais P, Conceicao P, Borges R, Leao R, et al. Zinner's syndrome: an up-to-date review of literature based on clinical case. *Andrologia* 2009; 41(5):322e30.
- King BF, Hattery RR, Lieber MM, Berquist TH, Williamson Jr B, Hartman GW. Congenital cystic disease of the seminal vesicle. *Radiology* 1991;178:207e11.
- Livingston L, Larson CR. Seminal vesicle cyst with ipsilateral renal agenesis. *AJR Am J Roentgenol* 2000;175:177e80.

ACESSO AO VIDEO EM: RECET.ORG.BR/VIDEOS/V44.MP4



UGLH-100**LAPAROSCOPIC BOARI FLAP FOR TREATMENT OF A BENIGN MID-URETER STRICTURE**

Willian Eduardo Ito, 1 Paulo Ricardo Pastre Marcon, 2 Andre Fernando Tannouri Garbin, 3 Marco Aurélio de Freitas Rodrigues, 3 Silvio Henrique Maia de Almeida, 5 Horácio Alvarenga Moreira, 6

1. Universidade Estadual de Londrina

INTRODUCTION: Laparoscopic ureteral reconstructive surgery represents a real challenge for most of the urologists, as it requires more than regular skills. Impacted stones (> 2 months) and endoscopic procedures are known major risk factors for ureteral strictures. Boari flap is a good alternative, knowing the high recurrence of kidney stone disease, as it preserves the feasibility of ureteroscopy.

MATERIALS AND METHODS: We present a case of a 21-year-old female patient complaining of dull pain in the left flank, associated with vomiting and high-grade fever (39 degrees Celsius), for three days. Computed abdominal tomography demonstrated a 16mm ureteral stone in the left mid-ureter. We attempted to install a retrograde pig-tail ureteral stent, but it was not possible, due to an extended length stenosis (retrograde pyelography, ~ 6cm). We choose to install a nephrostomy tube plus intravenous antibiotics. After two weeks, we conducted a laparoscopic transperitoneal Boari flap for definitive treatment.

RESULTS: Surgery had a duration of 169 minutes and 100mL of bleeding. The calculus was retrieved along with the fibrotic ureteral tissue. Psoas-Hitch was not needed, and end-to-end flap-ureteral anastomosis was done using polyglactin 4.0 continuous sutures. Intraoperatively we had no significant issues. The patient was discharged three days post-operatively. Foley catheter was maintained for 15 days, and it was withdraw after a cystography; ureteral stent was left for four weeks. Complete resolution of the symptoms was affirmed, six weeks after the procedure.

CONCLUSION: Laparoscopic Boari flap is feasible, resolute and a safe minimally invasive technique for the treatment of mid ureteral strictures.

REFERENCES

1. Fugita O E, Dinlenc C, Kavoussi L. The Laparoscopic Boari Flap. *J Urol.* 2001; 166:51-53.
2. Ghosh B, Jain P, Pal D K. Managing mid and lower ureteral benign strictures: the laparoscopic way. *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques.* 2018; 28:25-32.
3. Bansal A, Sinha R J, Jhanwar A, Prakash G, Purkait B, Singh V. Laparoscopic ureteral reimplantation with Boari flap for the management of long-segment ureteral defect: A case series with review of the literature. *Turk J Urol.* 2017; 43(3):313-8.

ACESSO AO VIDEO EM: RECET.ORG.BR/VIDEOS/V100.MP4

UGLH-109**LAPAROSCOPIC PYELOURETEROSTOMY FOR THE TREATMENT OF URETEROPELVIC JUNCTION STENOSIS IN THE LOWER MOIETY OF A SINGLE KIDNEY WITH INCOMPLETE DUPLEX SYSTEM**

Paulo Ricardo Pastre Marcon, 1 Willian Eduardo Ito, 2 André Fernando Tannouri Garbin, 3 Marco Aurélio de Freitas Rodrigues, 4 Silvio Henrique Maia de Almeida, 5 Horácio Alvarenga Moreira 6

1. Universidade Estadual de Londrina

INTRODUCTION: The most common anomaly of the upper urinary tract consists in duplications of the collecting system, with a reported incidence of 0,8%. Incomplete (also named as bifid) systems are slightly more common. The ureteropelvic junction is the most common site of obstruction in the urinary tract, but both anomalies are rarely encountered together, and the majority presents in the childhood. This condition in an adult patient is even rare.

MATERIALS AND METHODS: We present a case report of a 53-year-old male patient complaining of chronic dull pain in the left flank, which worsens with ingestion of fluids. He had one previous episode of left pyelonephritis, treated with antibiotics alone in the office setting. Urography demonstrated a single left functional kidney and an incomplete duplex system, associated with severe dilation of the lower moiety, due to the presence of ureteropelvic junction stenosis. A laparoscopic transperitoneal pyeloureterostomy was performed, subject of this step-by-step video.

RESULTS: The surgery had the duration of 95 minutes, with 80mL of bleeding. No significant issues occurred during the procedure and the patient was discharged two days later. We left a pig-tailed ureteral stent for four weeks.

After eight weeks of the procedure, the patient referred complete cessation of previous symptoms. After 12 weeks, urography shows full drainage of the lower moiety and partial resolution of the dilation, but the patient remained asymptomatic.

CONCLUSION : Laparoscopic pyeloureterostomy is a safe, fast and smart technique for surgical resolution of ureteropelvic junction stenosis in an incomplete duplex system.



REFERENCES

1. Avlan D, Gündogdu G, Delibas A, Nayci A. Pyeloureterostomy in the Management of the Lower Pole Pelvi-ureteric Junction Obstruction in Incomplete Duplicated Systems. J Urol. 2010; 76 (6):1468-71.
2. Lima M, Maffi M, Di Salvo N, Gargano T, Libri M, Ruggeri G. Robot-assisted Pyeloureterostomy in Bifid Renal Pelvis with Ureteropelvic Junction Obstruction of the Lower Moiety. Urology Case Reports. 2017; (10):23-25
3. Reconstructive Surgery for Lower Pole Ureteropelvic Junction Obstruction associated with Incomplete Ureteral Duplication. Journal of Pediatric Urology. 2009; (5):374-377.

suem um tratamento único ou padronizado devido a suas diversas apresentações clínicas. Alguns princípios norteiam o tratamento das fistulas urinárias, como a ressecção do trajeto fistuloso, o fechamento com linhas de sutura em diferentes direções e a interposição de tecidos entre as áreas comunicantes. A utilização do retalho de músculo grácil é uma opção para a interposição de tecidos na correção de fistulas urinárias complexas, apresentando boa reprodutibilidade e baixos índices de complicações quanto a área doadora.

ACESSO AO VIDEO EM: RECET.ORG.BR/VIDEOS/V114.MP4

ACESSO AO VIDEO EM: RECET.ORG.BR/VIDEOS/V109.MP4

UGLH-114

CORREÇÃO DE FÍSTULAS URINÁRIAS COMPLEXAS COM INTERPOSIÇÃO DE RETALHO DE MÚSCULO GRÁCIL – EXPERIÊNCIA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Daniel Elias Carara, Rodrigo Ketzer Krebs, Fernando Fogliatto, Lydio Barbier Neto, Raphael Flavio Fachini Cipriani, Lucas Valoni HC-UFPR, Curitiba, PR, Brasil

OBJETIVO: Apresentar em forma de vídeo a técnica correção de fístula urinária baixa com interposição de retalho de músculo grácil, apresentando 3 casos operados sob esta técnica em Hospital Universitário.

MÉTODOS: Vídeo demonstrando a técnica de correção de fístula urinária baixa com interposição de retalho de músculo grácil. São apresentadas as imagens da cirurgia de 3 paciente, realizadas entre janeiro de 2017 e janeiro de 2018.

RESULTADOS: Apresenta-se vídeo da técnica de correção de fístula urinária baixa com interposição de retalho de músculo grácil. Primeiro caso, masculino, 56 anos, submetido a prostatectomia radical, que evoluiu com fístula uretro-retal após radioterapia de resgate.

Segundo caso, masculino, 66 anos, com fístula uretro-retal e com divertículo em uretra peniana, após prostatectomia radical, submetido a correção da fístula com interposição de retalho de músculo grácil, diverticulectomia uretral e uretroplastia termino-terminal.

Terceiro caso, feminino, 64 anos, fístula vesico-cutânea após hemipelvectomy direita.

CONCLUSÃO: As fístulas urinárias são condições que desafiam os cirurgiões. Possuem uma diversidade de etiologias e não pos-

