

## BIBLIOGRAFÍA

1. Chorti A, Papavramidis TS, Michalopoulos A. Calcifying Fibrous Tumor: Review of 157 Patients Reported in International Literature. *Medicine (Baltimore)*. 2016;95:e3690. <http://dx.doi.org/10.1097/MD.0000000000003690>. PMID: 27196478; PMCID: PMC4902420.
2. Zhou J, Zhou L, Wu S, Li R, Yang X, Xu H, et al. Clinicopathologic Study of Calcifying Fibrous Tumor Emphasizing Different Anatomical Distribution and Favorable Prognosis. *Biomed Res Int*. 2019;2019:5026860. <http://dx.doi.org/10.1155/2019/5026860>. PMID: 31355265; PMCID: PMC6634124.
3. Jaiswal SS, Agrawal A, Sahai K, Nair SK. Large retroperitoneal calcifying fibrous tumor. *Med J Armed Forces India*. 2013;69:184-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.mjaf.2012.02.008>. Epub 2012 Sep 12 PMID: 24600097; PMCID: PMC3862714.
4. Kimura M, Kato H, Sekino S, Ishida N, Murase K, Shimabukuro K, et al. Radical resection of a giant retroperitoneal calcifying fibrous tumor combined with right hepatectomy and reconstruction of the inferior vena cava and bilateral renal veins. *Surg Case Rep*. 2018;4:7. <http://dx.doi.org/10.1186/s40792-018-0417-4>. PMID: 29349591; PMCID: PMC5773466.
5. Zhang L, Wei JG, Fang SG, Luo RK, Xu ZG, Li DJ, et al. [Calcifying fibrous tumor: a clinicopathological analysis of 32 cases]. *Zhonghua Bing Li Xue Za Zhi*. 2020;49:129-33. <http://dx.doi.org/10.3760/cma.j.issn.0529-5807.2020.02.005>. PMID: 32074724.
6. Rosenthal NS, Abdul-Karim FW. Childhood fibrous tumor with psammoma bodies Clinicopathologic features in two cases. *Arch Pathol Lab Med*. 1988;112:798-800. PMID: 3395217.
7. Fetsch JF, Montgomery EA, Meis JM. Calcifying fibrous pseudotumor. *Am J Surg Pathol*. 1993;17:502-8. <http://dx.doi.org/10.1097/0000478-199305000-00010>. PMID: 8470765.
8. Hu YH, Yu CT, Chen CJ, Wen MC. Calcifying fibrous tumour: An IgG4-related disease or not? *Int J Exp Pathol*. 2020;101(1-2):38-44. <http://dx.doi.org/10.1111/iep.12339>. Epub 2020 Feb 23 PMID: 32090409; PMCID: PMC7306902.
9. Gaignard E, Bergeat D, Robin F, Corbière L, Rayar M, Meunier B. Inferior Vena Cava Leiomyosarcoma: What Method of Reconstruction for Which Type of Resection? *World J Surg*. 2020;44:3537-44. <http://dx.doi.org/10.1007/s00268-020-05602-2>. PMID: 32445073.

Clara Llopis-Torremocha<sup>a\*</sup>, Gonzalo Rodríguez-Laiz<sup>ab</sup>, Silvia Sevilla-Micó<sup>a</sup>, Carlos Felipe Campo-Betancourth<sup>a</sup> y José M Ramia<sup>ab</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

<sup>b</sup>Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL), Alicante, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [clarallopis92@gmail.com](mailto:clarallopis92@gmail.com) (C. Llopis-Torremocha).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2021.08.001>  
0009-739X/Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de AEC.

## Cirugía transanal mínimamente invasiva para extracción de mucosa rectal en el tratamiento de la estenosis panuretral asociada a liquen escleroso mediante uretroplastia de Kulkarni



## Transanal minimally invasive surgery for rectal mucosa extraction in the treatment of panurethral stenosis associated with lichen sclerosis using Kulkarni urethroplasty

La uretroplastia es el tratamiento quirúrgico de elección de la estenosis uretral. El liquen escleroso es una de las causas más habituales de estenosis de uretra anterior y puede provocar afectación extensa, en ocasiones desde la fosa navicular hasta el veru montanum. A este tipo de estenosis se las denomina panestenosis uretral y su tratamiento supone un reto quirúrgico<sup>1</sup>. En estos casos la uretroplastia con injerto libre

de mucosa oral según técnica de Kulkarni consigue buenos resultados y evita cirugías en varios tiempos con compromiso cosmético y funcional del pene<sup>2,3</sup>. Se basa en la ampliación uretral mediante colocación dorsolateral de los injertos, preservando la vascularización uretral contralateral.

Obtener injertos de gran longitud generalmente requiere el empleo de la mucosa de ambas mejillas como zona donante e

**Tabla 1 – Principales datos preoperatorios, operatorios y postoperatorios de ambos pacientes**

	Caso 1	Caso 2
Plataforma	TEO	TAMIS: GelPOINT®
Instrumental	Pinza y bisturí armónico	Bipolar
Preparación mecánica colon <sup>a</sup>	Sí	Sí
Colonoscopia preoperatoria	Sí	Sí
Profilaxis antibiótica	Sí	Sí
Tiempo quirúrgico, horas	6	5,5
Estancia hospitalaria, días	2	4
Protocolo ERAS	Sí	Sí
Antibioterapia al alta <sup>b</sup>	Sí	Sí

<sup>a</sup> Preparación mecánica de colon con pantomicina 1 g y neomicina 1 g a las 13, 14 y 23 h del día previo a la intervención junto con una dosis de enoxaparina profiláctica de 40 mg.

<sup>b</sup> Antibioterapia al alta con amoxicilina-clavulánico 875-125 mg cada 8 h durante una semana.

incluso de injertos de mucosa adicional procedente de la lengua o el labio, lo que incrementa notablemente la morbilidad asociada al procedimiento<sup>4</sup>. Esto se complica en pacientes con extracción previa de injertos por uretroplastia fallida, radioterapia en zona donante, mala higiene bucal o grandes fumadores<sup>5</sup>. Además, los injertos y colgajos pediculados de piel están contraindicados en el tratamiento del liquen escleroso por su elevada recurrencia<sup>1</sup>.

Presentamos 2 pacientes con panestenosis uretral por liquen escleroso intervenidos por un equipo multidisciplinar compuesto por urólogos y cirujanos generales en el Hospital Universitario de Getafe, mediante uretroplastia con injerto único de mucosa rectal extraída mediante cirugía transanal. La **tabla 1** presenta los principales datos operatorios en estos pacientes.

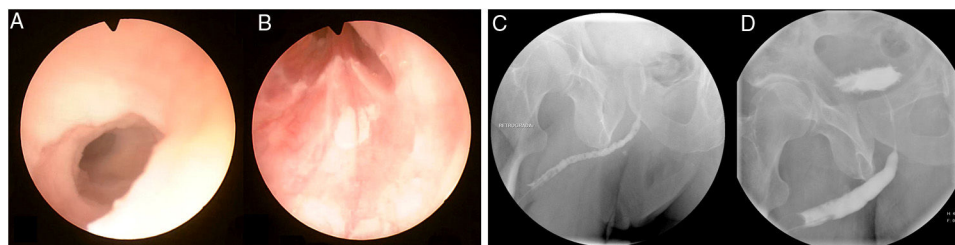
El primero fue un varón de 72 años circuncidado con antecedentes de diabetes, dislipidemia, hipertensión arterial, carcinoma urotelial vesical intervenido mediante resección transuretral en 4 ocasiones y dilatación de uretra anterior en 6 ocasiones en el último año. Tanto la uretrografía combinada como la cistoscopia con cistoscopio integrado de calibre 14 Ch tras dilatación uretral confirmaron el diagnóstico de panestenosis uretral de aproximadamente 19 cm de longitud (**fig. 1A y B**). El segundo fue un varón de 78 años con antecedentes similares de circuncisión, dilataciones, diabetes, dislipidemia e hipertensión arterial. La uretrografía combinada confirmó panestenosis de aproximadamente 20 cm de longitud (**fig. 1C**). No fue posible llevar a cabo cistoscopia.

En ambos casos se descartó enfermedad tumoral o inflamatoria intestinal de base, antes de realizar esta técnica quirúrgica mediante colonoscopia y TAC abdominal. En el segundo paciente se detectó un pólipo a 20 cm del margen anal correspondiente con adenoma tubular, enfermedad que no

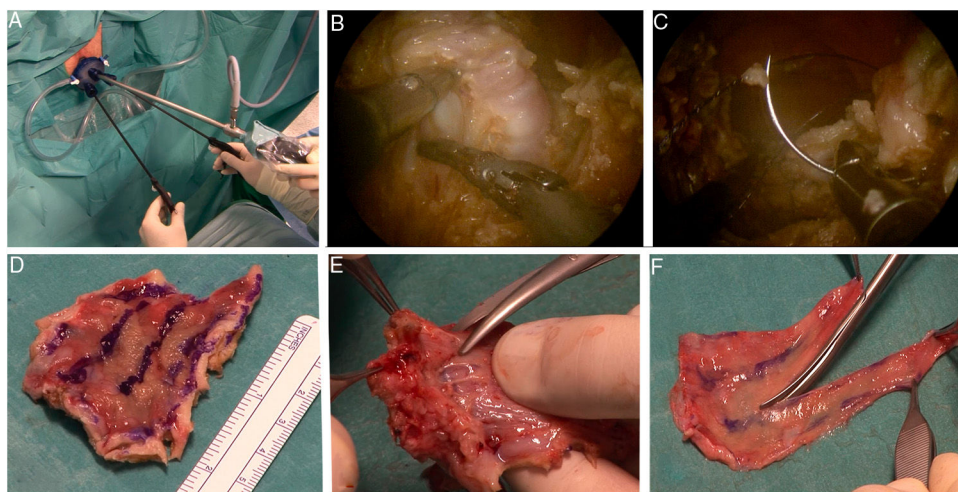
contraindicó la extracción del injerto rectal. En el primero se usó una plataforma específica para cirugía transanal endoscópica y en el segundo caso realizamos cirugía mínimamente invasiva transanal con plataforma GelPOINT® e instrumentos laparoscópicos convencionales (**fig. 2A-C**).

En ambos pacientes se obtuvo un único injerto libre de pared rectal (mucosa rectal y músculo) en forma de parche de aproximadamente 6 × 5 cm. La disección se llevó a cabo en la pared rectal posterior, evitando la apertura de la cavidad peritoneal, con pinza y bisturí armónico en el primer caso y bipolar en el segundo. La incisión se inició a 2 cm de la línea dentada, de distal a proximal. El plano de disección fue el estrato circular de la túnica muscularis. Una vez extraído el parche rectal, el defecto se cerró con sutura longitudinal barbada V-Loc™ 3-0. Se prefirió cerrar el sitio donante y evitar la cicatrización por segunda intención para favorecer la recuperación precoz y evitar posibles estenosis<sup>6</sup>. No existe consenso acerca del cierre del defecto rectal, aunque existe tendencia a presentar menos complicaciones (sangrado e infección) cerrando la brecha<sup>7,8</sup>. La mucosa se talló en banco y se recortó en forma de «N» para convertirla en un injerto longitudinal de 22 × 1,5 cm aproximadamente (**fig. 2D-F**). Estos injertos permitieron la realización de una uretroplastia con injerto dorsolateral único (material suplementario).

La sonda uretral 16 Ch se mantuvo durante 3 semanas. Ningún paciente presentó hematoma, dolor o fistula, las complicaciones más frecuentes de esta cirugía. Tampoco hubo morbilidad rectal alguna. Uno de los pacientes precisó reingreso por deterioro cognitivo transitorio sin objetivarse la causa, aunque se descartó cualquier proceso tromboembólico asociado con el procedimiento. La uretrografía retrógrada a los 3 meses confirmó la permeabilidad uretral y ausencia de



**Figura 1 – Cistoscopia que muestra estenosis uretral con afectación desde uretra distal (A) hasta veru montanum (B). Uretrografía retrógrada con estenosis panuretral, imagen preoperatoria (C) y a los 3 meses de la cirugía (D).**



**Figura 2 – Extracción de injerto de mucosa rectal mediante cirugía mínimamente invasiva transanal (TAMIS) con plataforma GelPOINT® (A). Disección hasta el estrato circular de la túnica muscularis (B) y cierre con sutura longitudinal barbada V-Loct™ 3-0 (C). Parche rectal extraído (D), separación de la mucosa rectal (E) y tallado de la misma en forma de «N» que consigue un injerto longitudinal libre de 22 × 1,5 cm (F).**

residuo posmiccional y divertículos uretrales (fig. 1D). Ambos pacientes presentaron excelente resultado clínico a 2 años del procedimiento, sin recidiva de la estenosis y con buen flujo máximo mantenido (16,2 y 18,1 ml/s, respectivamente), encontrándose muy satisfechos con el resultado, sin impacto cosmético ni cicatriz, con erección normal sin desviación y con eyaculación conservada.

En nuestra experiencia el injerto de mucosa rectal obtenido mediante cirugía transanal es un recurso interesante que permite obtener segmentos largos de mucosa rectal posibilitando la reconstrucción efectiva de estenosis de uretra anterior de gran longitud. Esta técnica evita el dolor oral y las limitaciones del habla y de la masticación, secuelas propias de la obtención de injertos de mucosa oral<sup>9</sup>. Pensamos que podría contemplarse, incluso de primera elección, en pacientes con estenosis muy largas por liquen escleroso. Además, esta estrategia de extracción está especialmente indicada en pacientes con contraindicación para la extracción de injertos de cavidad oral, tal y como sucede en pacientes multioperados en los que ya se utilizaron previamente injertos de mucosa oral.

Una desventaja de esta técnica es el aumento que conlleva en el tiempo quirúrgico al impedir que 2 equipos quirúrgicos trabajen simultáneamente en 2 campos, tal y como suele hacerse en la extracción oral y preparado simultáneo del campo perineal para la uretroplastia. Además, para poder llevar a cabo esta técnica se necesitan equipos multidisciplinares que cuenten con cirujanos rectales con experiencia en cirugía transanal y urólogos con experiencia en técnicas de uretroplastia.

El empleo de cirugía mínimamente invasiva transanal para extraer mucosa rectal a emplear como material de injerto en uretroplastia supone una nueva oportunidad para este tipo de técnica en cirugía rectal. A día de hoy, y más teniendo en cuenta lo novedoso de este abordaje, no hay datos que permitan comparar la morbilidad de obtener injertos de mucosa rectal o bucal, ni sobre la efectividad de cada uno de ellos. Por otro lado,

las diferentes técnicas de uretroplastia con injertos dificultan también esta comparación. No obstante, la estenosis panuretral asociada a liquen escleroso parece un escenario óptimo para estudiar la viabilidad y conveniencia de conseguir mucosa rectal obtenida por técnicas mínimamente invasivas y evitar así repetidos lechos orales.

## Agradecimientos

Los autores agradecen a José Domínguez su labor iconográfica.

## Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.ciresp.2021.06.001](https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2021.06.001).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Angulo JC, Arance I, Esquinas C, Nikolavsky D, Martins N, Martins F. Treatment of long anterior urethral stricture associated to lichen sclerosus. *Actas Urol Esp.* 2017;41:123–31.
2. Kulkarni S, Barbagli G, Sansalone S, Lazzeri M. One-sided anterior urethroplasty: A new dorsal onlay graft technique. *BJU Int.* 2009;104:1150–5.
3. Spencer J, Blakely S, Daugherty M, Angulo JC, Martins F, Venkatesan K, et al. Clinical and patient-reported outcomes of 1-sided anterior urethroplasty for long-segment or panurethral strictures. *Urology.* 2018;111:208–13.
4. Sharma AK, Chandrashekar R, Keshavamurthy R, Nelvigi GG, Kamath AJ, Sharma S, et al. Lingual versus buccal mucosa graft urethroplasty for anterior urethral stricture: A prospective comparative analysis. *Int J Urol.* 2013;20:1199–203.

5. Levy AC, Vanni AJ. Refractory urethral stricture management: Indications for alternative grafts and flaps. *Curr Urol Rep.* 2018;19:20. <http://dx.doi.org/10.1007/s11934-018-0769-0>.
6. Atallah S, Albert M, Larach S. Transanal minimally invasive surgery: A giant leap forward. *Surg Endosc.* 2010;24:2200-5.
7. Castaño R, Dario J, Palacios LJ, Uribe D. Cirugía mínimamente invasiva transanal (TAMIS): técnica y resultados de la experiencia inicial. *Rev Colomb Gastroenterol.* 2019;34:125-34.
8. Moreira A, Zapata G, Bollo C, Morales R, Sarotto L. TAMIS: ¿Un nuevo estándar para los pólipos de recto? Revisión de la bibliografía y reporte de nuestra experiencia. *Rev Argent Coloproct.* 2019;30:1-11.
9. Morán E, Bonillo MA, Fernández-Estevan L, Martínez-Cuenca E, Arlandis S, Broseta E, et al. Oral quality of life after buccal mucosal graft harvest for substitution urethroplasty. More than a bite? *World J Urol.* 2019;37:385-9.

<sup>a</sup>Departamento Clínico, Facultad de Ciencias Biomédicas, Universidad Europea de Madrid, Villaviciosa de Odón, Madrid, España

<sup>b</sup>Servicio de Urología, Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España

<sup>c</sup>Servicio de Cirugía General y Digestivo, Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: [sonia.ruiz.grana@gmail.com](mailto:sonia.ruiz.grana@gmail.com), [srgrana@salud.madrid.org](mailto:srgrana@salud.madrid.org) (S. Ruiz-Graña).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2021.06.001>

0009-739X/© 2021 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U.

Todos los derechos reservados.

Sonia Ruiz-Graña<sup>ab</sup>, José Luis Ramos<sup>ac</sup>, Ignacio Arance<sup>ab</sup> y Javier C. Angulo<sup>ab</sup>

## Manejo de la cirugía tiroidea y paratiroidea en régimen ambulatorio



## Management of thyroid and parathyroid surgery in major ambulatory surgery

La cirugía mayor ambulatoria (CMA) ha demostrado ser coste-efectiva manteniendo la calidad asistencial y la seguridad del paciente<sup>1</sup>. En la cirugía tiroidea y paratiroidea resultan controvertidos, debido a las complicaciones a las que se asocia dicha cirugía: el hematoma asfíctico, la lesión recurrential y la hipocalcemia<sup>2</sup>.

Hay que destacar la importancia de la especialización en la cirugía endocrina<sup>3</sup> y en la cirugía ambulatoria, donde la morbilidad debe ser mínima. El principal obstáculo para llevar a cabo la ambulatorización de estos procesos es el sangrado postoperatorio, el cual tiene una incidencia de entre el 0,5% y el 3% de los casos, siendo más frecuente en las primeras 6 horas y excepcional después de las 24 horas<sup>4</sup>.

La utilización de nuevas tecnologías en la coagulación y el sellado de los pedículos vasculares ha permitido recortar el tiempo quirúrgico e incrementar los niveles de seguridad respecto al sangrado postoperatorio<sup>5</sup>.

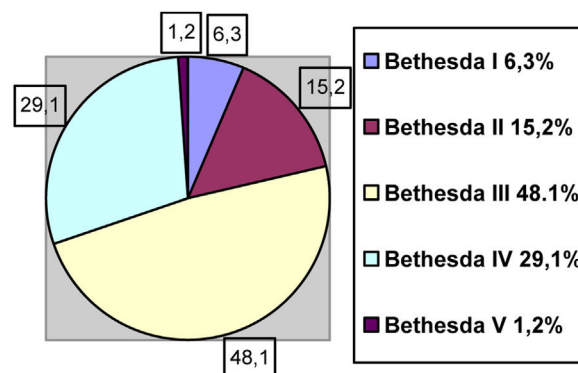
Se presenta un estudio observacional retrospectivo de los pacientes con indicación de hemitiroidectomía o paratiroidectomía realizadas en régimen ambulatorio entre 2019 y 2020.

Los pacientes programados para hemitiroidectomía o paratiroidectomía (decisión tomada en comité multidisciplinar) son programados desde la consulta como cirugía ambulatoria. Los criterios de selección son los siguientes: paciente mayor de edad, riesgo anestésico ASA I-III, soporte social o familiar adecuados, independientemente del Bet-

hesda (fig. 1) o el tamaño del nódulo (el tamaño medio registrado es de 27,7 cm, con un rango entre 7 y 57 cm).

Todos los pacientes son intervenidos por cirujanos con dedicación exclusiva a la cirugía endocrina, con el apoyo de la infraestructura de CMA.

Los pacientes acuden al hospital una hora antes de la intervención, y se mantienen 6 horas en observación. Posteriormente son dados de alta a domicilio si cumplen los siguientes criterios: signos vitales estables; no equimosis, hematomas ni tumefacción cervical; no disfonía, disnea o



**Figura 1 – Características del nódulo dominante de los pacientes con indicación de hemitiroidectomía. Tamaño medio: 27,7 cm. Rango: 7-57 cm.**