

XXXIII Reunión Nacional de los Grupos de Litiasis y de Endourología, Laparoscopia y Robótica

Sesión: Vídeos de Cirugía prostática robótica II

Moderadores: F. Díez-Caballero Alonso y R. Brime Menéndez

Sala: Auditorio A2 (Sala Plenaria); Día: jueves 25; Hora: 15:30-17:00

V-1: Reparación de fístula recto-vesical recidivada tras prostatectomía radical.

Expósito Ibáñez, E.; Ballesteros Diego, R.; Gómez Ruiz, M.; García Formoso, N.; García Herrero, J.; Sánchez Gil, M.; Azcárraga Aranegui, G.; Latatu Córdoba, M.A.; Arnáiz Jiménez, F.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

V-2: Robotic Salvage Lymph Node Dissection after Prostate Radiotherapy

Faria-Costa, G; Cerqueira, M; Pereira, D; Catarino, R; Correia, T; Cardoso, A; Carmo Reis, F; Prisco, R

Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Portugal

V-3: Robotic-assisted Laparoscopic Periprostatic Lesion Excision

Faria-Costa, G; Cerqueira, M; Pereira, D; Catarino, R; Correia, T; Cardoso, A; Carmo Reis, F; Prisco, R

Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Portugal

V-4: Sistemática de linfadenectomía ileo obturatriz durante la prostatectomía radical robótica.

Fuentes Pastor, J.; García Rodríguez, J.; Hevia Suarez, M.; Rayo Radilla, M.; Curiel Elizondo, A.; Pérez Vera, I.A.; Castilla Barbosa A.F.; Sacristan Gonzalez, R; González Ruiz De León, C.; Lopez Tello, A.; Luza Dueñas, A.; Alguero Menendez, R.; Moya Martín, C.; Modrego Ulecia, L.; Perez Haro M. LL.; Fernández Gómez, J.M.

Hospital Universitario Central de Asturias. (HUCA). Oviedo

V-5: Prostatectomía radical robótica en paciente con injerto renal de gran tamaño

Guldris Garcia, R; Casu Jarca, V; de la Cruz, M; Muñoz Vélez, D; Benito García, P; Pieras Ayala, E; Vega Vega, C; Amer Mestre, M; Escribano Pons, M; Podadera Soriano, A; Buenechea García, M; Muelas Sánchez, A; Quiralte cases, N; Tienza Fernández, T

Hospital Universitario Son Espases

V-6: Prostatectomía radical robótica en paciente con prótesis peneana de tres componentes implantada previamente

Zamora Voorn, P.; Fernández-Pello Montes, S.; Ballesteros Diego, R.; Díaz Mendez, B.; Martín Gómez, L.; Rodríguez Villamil, L.; Rivas del Fresno, M.

Hospital Universitario de Cabueñes

V-7: ¿Podemos evitar márgenes positivos en la prostatectomía radical con preservación del espacio de Retzius?

Altez Fernández, C.; Vázquez-Martul, D.; Salgado Novo, J.; Díaz Pedrouzo, A.; Delgado, E.; Bohórquez Cruz, M.; Chantada Abal, V.

Servicio de Urología. Hospital Universitario A Coruña

V-8: Estenosis de la anastomosis vesicouretral postprostatectomía: un caso de abordaje quirúrgico combinado

Ruiz Guerrero, Nerea; García Galisteo, Emilio; Vozmediano Chicharro, Raúl; Hernández Alcaraz, David; Soler Martínez, Jorge

Hospital Regional Universitario de Málaga

V-9: Prostatectomía Radical Laparoscópica asistida por robot bajo la técnica de Retzius-Sparing. Tips and Tricks

Curiel Elizondo, Andrés; Sridhar, Ashwin; Ta, Anthony; Sooriakumaran, Prasanna; Kelly, John; Nathan, Senthil

University College London Hospitals NHS

Presentación: vídeo

Reparación de fístula recto-vesical recidivada tras prostatectomía radical.

Expósito Ibáñez, E.; Ballester Diego, R.; Gómez Ruiz, M.; García Formoso, N.; García Herrero, J.; Sánchez Gil, M.; Azcárraga Aranegui, G.; Latatu Córdoba, M.A.; Arnáiz Jiménez, F.

*Hospital Universitario Marqués de Valdecilla***Introducción**

Las lesiones rectales son una complicación grave que puede ocurrir tras cirugías de la próstata o la vejiga. Algunas de estas lesiones pueden cronificarse y convertirse en fístulas vesico-rectales o uretro-rectales. Aunque han sido descritas muchas técnicas para su reparación, no hay un consenso sobre cuál es la mejor a aplicar.

Objetivo

Presentamos la reparación de una fístula recto-vesical recidivada tras varias reparaciones previas mediante un abordaje abdominal por vía robótica. Este abordaje permite la apertura vesical para identificación y escisión de la fístula.

Métodos

Varón de 76 años operado de prostatectomía radical con preservación neurovascular por vía laparoscópica, que presentó como complicación una fístula recto-vesical pauci-sintomática al mes de la cirugía. Las pruebas de imagen y endoscópicas pusieron de manifiesto una fístula de pequeño tamaño (2-3 mm) a 5 cm del margen anal. Tras varios intentos fallidos de corrección quirúrgica (dos por vía transanal y uno por vía abdominal robótica), finalmente se realiza una reparación exitosa utilizando un abordaje abdominal robótico que incluía apertura de pared vesical para identificación y resección de la fístula así como interposición de omento.

Resultados

Describimos la posición del paciente, del robot Da Vinci y los trócares. Asimismo, presentamos consejos y trucos respecto a la técnica de disección y sutura.

Conclusiones

El abordaje transanal es un método efectivo para reparación de fístulas recto-vesicales. Sin embargo, en ocasiones en las que no se consigue corregir por este método, es necesario identificar y refrescar los bordes de la fístula para poder repararla de forma eficaz. Uno de los abordajes que nos permite la apertura vesical para identificación y resección de la fístula, es el abordaje abdominal por vía robótica. El abordaje robótico es un método eficaz y reproducible para la reparación de estas fístulas.

Presentación: vídeo

Robotic Salvage Lymph Node Dissection after Prostate Radiotherapy

Faria-Costa, G; Cerqueira, M; Pereira, D; Catarino, R; Correia, T; Cardoso, A; Carmo Reis, F; Prisco, R

*Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Portugal***Background**

Patients with nodal recurrence after primary treatment of prostate cancer benefit from nodal directed therapy. Salvage elective nodal irradiation is often the procedure of choice, while salvage lymph node dissection, particularly after prostate radiotherapy, is not usually considered because it is a very challenging procedure. Robotic-assisted lymph node dissection may change the scenario and provide surgery with better outcomes. We present a case of a robotic salvage lymph node dissection after primary treatment with prostate radiotherapy.

Case Presentation

Male patient, 62 years old, was diagnosed with prostate cancer Gleason 4+3 with initial PSA of 8 ng/mL. The CT scan and bone scintigraphy were negative. The patient underwent external beam radiotherapy (EBRT) plus 6 months of ADT in 2020. The PSA nadir was 0.18 ng/mL. He presented to our clinic 3 years later with biochemical recurrence (PSA was 3.21 ng/mL). The PET PSMA showed 1 positive external iliac lymph node at the right side with 2 cm. We repeated a transperitoneal prostate biopsy, which was negative.

The patient was proposed for a transperitoneal robotic-assisted laparoscopic salvage lymph node dissection. We have placed a 12 mm port above the umbilicus and 2 ports bilateral in the direction of the iliac crests. We performed bilateral lymph node dissection without any intraoperative or post-operative complications. Total procedure time was 1h22min. Estimated blood loss was 50 mL. Patient was discharged in 2 days. Histology revealed 18 lymph nodes, 2 positive lymph nodes at the right side. The Post-operative was PSA 0.021 ng/mL.

Conclusion

Robotic salvage lymph node dissection after prostate radiotherapy is feasible and safe. For selected cases it may provide a valuable option after nodal recurrence.

Presentación: vídeo

Robotic-assisted Laparoscopic Periprostatic Lesion Excision

Faria-Costa, G; Cerqueira, M; Pereira, D; Catarino, R; Correia, T; Cardoso, A; Carmo Reis, F; Prisco, R

*Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Portugal***Background**

Periprostatic masses are rare and of uncertain behavior. They arise from different periprostatic structures such as nerves, vessels, muscle, adipose tissue, among others. They may or may not be associated with LUTS. A histological evaluation is usually indicated as there is risk of malignancy and surgical excision is usually considered. We present a case of a robotic-assisted laparoscopic periprostatic lesion excision.

Case Presentation

Male patient, 51 years old, former smoker, with a past medical history of pulmonary sarcoidosis, hypertension, diabetes and dyslipidemia. Medicated with metformin 1000mg, esomeprazole 40 mg, Valsartan+Hydrochlorothiazide 80+12.5mg and fenofibrate 145 mg. History of exploratory laparotomy in 2006 (diverticulitis). The patient was referred to our clinic after an incidental finding of a periprostatic mass in an abdominal ultrasound. The patient had mild LUTS (IPSS 4), mostly storage symptoms. The MRI showed a "...oval lesion with 28x20x17 mm, in the right lateral aspect of the prostate...without communication with either the prostate or the bladder...". A biopsy was undertaken and the histology revealed "unspecified fusocelular mesenchymal lesion".

The patient was proposed for a transperitoneal robotic-assisted laparoscopic excision of the mass. Trocar placement was carried similar to our approach for radical prostatectomies. We have placed a 12 mm port above the umbilicus and 2 ports bilateral in the direction of the iliac crests. We began by accessing the retzius space and identifying the prostate and bladder. We proceeded with dissection in the right lateral aspect of the prostate and we were able to clearly identify the mass. Dissection was carried and the mass was completely removed. Total procedure time was 53 min. Estimated blood loss was 50 mL. Patient was discharged in the next day.

Conclusion

Complete resection of periprostatic lesions is important for appropriate diagnosis and treatment. These lesions are highly variable in their location and may alter the usual anatomy. Robotic surgery allows careful dissection in order to safely remove these lesions.

Presentación: vídeo

Sistemática de linfadenectomía ileo obturatriz durante la prostatectomía radical robótica.

Fuentes Pastor, J.; García Rodríguez, J.; Hevia Suarez, M.; Rayo Radilla, M.; Curiel Elizondo, A.; Pérez Vera, I.A.; Castilla Barbosa A.F.; Sacristan Gonzalez. R; González Ruiz De León, C.; Lopez Tello, A.; Luza Dueñas. A.; Alguero Menendez, R.; Moya Martín, C.; Modrego Ulecia, L.; Perez Haro M. LL.; Fernández Gómez, J.M.

Hospital Universitario Central de Asturias. (HUCA). Oviedo

INTRODUCCIÓN

Esta generalmente recomendado la realización de una linfadenectomía ileo obturatriz en pacientes sometidos a una PR cuando el riesgo de afectación linfática en los diferentes nomogramas supera el 5%.

Se recomienda, por lo general, practicar una LND extendida que incluye el territorio ganglionar iliaco externo (arteria y vena), fosa obturatriz (cranial y caudal al N obturador) y los ganglios iliacos internos.

Realizar la LND de forma sistemática y ordenada no solo a reducirá tiempos quirúrgicos si no que también ayudará a prevenir potenciales complicaciones durante el procedimiento.

Presentamos nuestra estrategia a la hora de realizar la LND durante la PR.

PACIENTES Y MÉTODO:

Varón de 55 años diagnosticado mediante Bx de próstata transrectal, por elevación de PSA (4,92 ng/ml índice 13.5 %), de un adenocarcinoma acinar de próstata. score de Gleason 4+4=8 (ISUP 4) en 4 cilindros del lóbulo prostático izquierdo.

Se le propone la realización de una prostatectomía radical + linfadenectomía asistida por robot.

Mostramos en el vídeo la descripción de la técnica quirúrgica detallada de la realización de la linfadenectomía.

RESULTADOS

El tiempo quirúrgico de la linfadenectomía fue de 43 minutos y el tiempo total de la cirugía de 180 minutos.

El paciente no presentó complicaciones ni intra ni post operatorias

La anatomía patológica mostró un adenocarcinoma acinar, score de Gleason 4+4=8 (grado-grupo 4). estadio PT2 N0 R0. Con 19 ganglios aislados en la linfadenectomía.

CONCLUSIONES:

La realización de la LND durante la prostatectomía radical de forma sistemática y ordenada no solo a reducirá tiempos quirúrgicos si no que también ayudará a prevenir potenciales complicaciones durante el procedimiento.

Presentación: vídeo

Prostatectomía radical robótica en paciente con injerto renal de gran tamaño

Guldris Garcia, R; Casu Jarca, V; de la Cruz, M; Muñoz Vélez, D; Benito García, P; Pieras Ayala, E; Vega Vega, C; Amer Mestre, M; Escribano Pons, M; Podadera Soriano, A; Buenechea García, M; Muelas Sánchez, A; Quiralte cases, N; Tienza Fernández, T

*Hospital Universitario Son Espases***Introducción:**

La mejora en la supervivencia del injerto renal, el aumento progresivo en la edad de los receptores y la determinación de PSA en estos pacientes, ha supuesto un aumento en la tasa de detección de cáncer de próstata (CaP), que plantea un escenario clínico desafiante debido a la posición anatómica del injerto, su proximidad al campo quirúrgico y el riesgo potencial asociado de lesión del injerto o del uréter.

Materiales y métodos:

Presentamos un paciente de 65 años, con injerto renal funcionante desde 2003, en fosa iliaca derecha y creatininas basales en torno a 1,2 mg/dL, que tras determinación de PSA 10,87 ng/dL y tacto rectal normal, se realiza biopsia prostática con diagnóstico de adenocarcinoma de próstata Gleason 3+3 bilateral. Completamos estudio de extensión con TC-TAP y gammagrafía ósea sin lesiones a distancia.

Resultados:

Realizamos prostatectomía radical + linfadenectomía ilio-obturatriz ampliada izquierda asistida por robot, que inicia con la colocación habitual de los trocares e implantación más superior del trocar de FID para evitar lesionar el injerto de gran tamaño y localización pélvica baja, que desplaza la vejiga y presenta múltiples adherencias intestinales. Liberación de adherencias. Disección posterior en fondo de Douglas de VVSS y conductos deferentes. Sección de uraco y disección del espacio de Retzius, manteniendo rechazo lateral constante del injerto. Apertura de cuello vesical con sección de pedículos. Disección y sección de uretra para completar prostatectomía. Anastomosis uretrovesical y linfadenectomía izquierda. La anatomía patológica concluye adenocarcinoma prostático acinar pT3N0 R0, que al año de seguimiento mantiene continencia, función renal y eréctil preservada, con ascenso gradual de PSA hasta 0,4ng/dL y PET-PSMA sin evidencia metastasis.

Conclusiones:

El aumento en la disponibilidad y la experiencia de los cirujanos en la plataforma quirúrgica da Vinci ha permitido que la prostatectomía radical asistida por robot sea una alternativa quirúrgica viable y oncológicamente segura en receptores de TR con CaP.

Presentación: vídeo

Prostatectomía radical robótica en paciente con prótesis peneana de tres componentes implantada previamente

Zamora Voorn, P.; Fernández-Pello Montes, S.; Ballesteros Diego, R.; Díaz Mendez, B.; Martín Gómez, L.; Rodríguez Villamil, L.; Rivas del Fresno, M.

*Hospital Universitario de Cabueñes***Introducción y Objetivos**

La disfunción eréctil es una consecuencia frecuente después de la prostatectomía radical. Sin embargo, es muy poco común realizar la prostatectomía en un paciente con una prótesis peneana previamente implantada para la disfunción eréctil. Hay muy pocos casos reportados en la literatura y proponemos algunas especificaciones técnicas para el manejo de la prótesis inflable de tres piezas durante la prostatectomía radical asistida por robot (PRAR).

Materiales y Métodos

Presentamos un video de PRAR en un paciente de 64 años que previamente había sido tratado con una prótesis peneana inflable de tres piezas debido a una enfermedad de Peyronie avanzada y disfunción eréctil refractaria. El primer paso implica una disección completa del reservorio abdominal lleno de líquido sin su extracción o daño, y luego continuamos con el procedimiento utilizando la técnica de desinflado-inflado del reservorio. Esto implica realizar el procedimiento con un reservorio vacío para facilitar el acceso de los brazos robóticos derecho al pelvis y, al mismo tiempo, inducir una erección artificial durante la prostatectomía. Una vez que se completa el procedimiento, se llena el reservorio abdominal y luego la prótesis peneana vuelve a estar flácida. El paciente fue dado de alta al primer día postoperatorio con la prótesis desactivada. Un mes después, una vez recuperada la continencia urinaria, se reactivó la prótesis sin incidencias.

Conclusiones

La PRAR en pacientes con prótesis peneanas inflables es técnicamente factible. La técnica de desinflado-inflado permite más espacio en la cavidad pélvica y la erección durante el procedimiento no añade complejidad. Es importante informar al paciente sobre posibles complicaciones relacionadas con el dispositivo durante la disección.

Presentación: vídeo

¿Podemos evitar márgenes positivos en la prostatectomía radical con preservación del espacio de Retzius?

Altez Fernández, C.; Vázquez-Martul, D.; Salgado Novo, J.; Díaz Pedrouzo, A.; Delgado, E.; Bohórquez Cruz, M.; Chantada Abal, V.

*Servicio de Urología. Hospital Universitario A Coruña***Introducción**

La prostatectomía radical con preservación del espacio de Retzius permite una mayor preservación de todas las estructuras anatómicas anteriores pudiendo contribuir así a mejorar los resultados funcionales a corto plazo, si bien parece ser una técnica asociada a una mayor tasa de márgenes positivos (MP) en la pieza.

El objetivo de este vídeo es demostrar los detalles técnicos y consideraciones en esta técnica que pueden ayudar a disminuir la tasa de MP.

Material y métodos

Se presentan varios casos de carcinoma de próstata de riesgo intermedio con afectación tumoral a diferentes niveles en donde tomamos ciertas consideraciones durante la intervención con el fin de conseguir un margen de seguridad intentando mantener una buena preservación de estructuras.

Resultados

Todos los casos presentados se correspondieron con tumores de grado intermedio (ISUP 2 y 3) siendo mayoritariamente pT2 (uno de ellos fue pT3a). Todos los márgenes fueron negativos. No se registraron complicaciones postoperatorias siendo todos los pacientes alta en las primeras 24 horas tras la intervención.

Al mes de la cirugía los pacientes presentaban continencia precoz y buen mantenimiento de la función sexual.

Conclusiones

Con una correcta planificación quirúrgica y tomando consideraciones técnicas intraoperatorias podemos intentar disminuir la tasa de MP que parece asociada a este abordaje

Presentación: vídeo

Estenosis de la anastomosis vesicouretral postprostatectomía: un caso de abordaje quirúrgico combinado

Ruiz Guerrero, Nerea; García Galisteo, Emilio; Vozmediano Chicharro, Raúl; Hernández Alcaraz, David; Soler Martínez, Jorge

Hospital Regional Universitario de Málaga

La prostatectomía radical es uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en el campo de la Urología. La estenosis de la anastomosis uretrovesical es una complicación postquirúrgica, resultante de la formación de tejido cicatricial que reduce el calibre cervical, con una incidencia del 0'4-32%. Su corrección representa un gran desafío, dada su alta tasa de recidiva. El abordaje endoscópico es el preferido, con un porcentaje de éxito variable. Cuando la estenosis de la anastomosis vesicouretral resulta refractaria, la reconstrucción quirúrgica de la misma es una opción con gran dificultad técnica a tener en cuenta.

Presentamos un caso de estenosis de cuello vesical recidivante tras prostatectomía radical robótica y su corrección quirúrgica. Se trata de un paciente varón de 59 años, intervenido en 2017 de prostatectomía radical robótica por adenocarcinoma de próstata. La cirugía y el postoperatorio transcurren sin incidencias, precisando recibir radioterapia adyuvante para completar el tratamiento oncológico. Durante el seguimiento el paciente presenta disminución progresiva del calibre miccional, presentando múltiples episodios de RAO. Mediante pruebas complementarias se diagnostica de estenosis de cuello vesical, que recidiva tras programa de dilataciones y dos uretrotomías internas láser.

Presentado el caso en sesión clínica, se decide intento de reparación quirúrgica mediante abordaje combinado, realizando resección de la estenosis vesicouretral y reanastomosis retropúbica asistida por robot, e implante de esfínter urinario artificial por vía perineal. En revisiones posteriores se comprueba correcto funcionamiento del esfínter y la ausencia de obstrucción infravesical.

La estenosis de la anastomosis uretrovesical es una de las complicaciones más temidas tras la cirugía radical prostática. En la mayoría de los casos el tratamiento conservador con dilataciones o técnicas endoscópicas suele ser suficiente. Cuando estas opciones fracasan, como en el caso expuesto, se pueden realizar procedimientos quirúrgicos reconstructivos más complejos y agresivos, que implican una mayor morbilidad y en los que la experiencia es limitada. La colocación un esfínter artificial es una opción segura y exitosa al problema de la incontinencia urinaria después de la resección del segmento estenótico.

Presentación: vídeo

Prostatectomía Radical Laparoscópica asistida por robot bajo la técnica de Retzius-Sparing. Tips and TricksCuriel Elizondo, Andrés; Sridhar, Ashwin; Ta, Anthony; Sooriakumaran, Prasanna; Kelly, John; Nathan, Senthil
University College London Hospitals NHS

Introducción:

Los elevados costes de la Prostatectomía radical laparoscópica asistida por robot conllevan una carga adicional, como cirujanos, es nuestro deber asegurarnos de que, con este aumento de los costes, se consiga el máximo beneficio. De ahí que se hayan llevado a cabo múltiples modificaciones en la búsqueda de técnicas óptimas que produzcan los mejores resultados oncológicos y funcionales, la menor morbilidad y complicaciones, y el uso más eficiente de los recursos quirúrgicos.

En 2010, se describió por primera vez la prostatectomía radical laparoscópica asistida por robot con preservación de Retzius.

En esta técnica la próstata se aborda de forma anterógrada desde el fondo de saco de Douglas, con una alteración mínima de las estructuras anteriores que se cree que desempeñan un papel integral en la continencia y la potencia.

Resumen:

En el siguiente video presentamos puntos claves a la hora de realizar esta técnica donde se preserva las estructuras del espacio de Retzius para intentar conseguir el mejor resultado funcional y la menor cantidad de márgenes quirúrgicos afectos.

Estos puntos claves van desde la selección del paciente, referencias anatómicas y técnica de preservación Neurovascular todo esto en pacientes intervenidos en un centro de muy alto volumen por cirujanos con mas de 5 años familiarizados con este abordaje quirurgico.

Conclusiones:

La Prostatectomía radical RS presenta varias ventajas e inconvenientes.

Al evitar los ligamentos pubouretrales y las complicaciones derivadas de la manipulación del complejo venoso dorsal de Santorini los pacientes sometidos a prostatectomía radical por esta técnica tienen la posibilidad de recuperar antes la continencia urinaria en el postoperatorio. Sin embargo, el abordaje tiene una curva de aprendizaje independiente y con muchas posibles complicaciones.

Es una técnica compleja pero que con una buena curva de aprendizaje es reproducible garantizando buenos resultados oncológicos y funcionales a los pacientes.