

LXXXVII Congreso Nacional de Urología

Sesión: Próstata oncológica 2

Sala: Sala Menorca 1; Día: miércoles 12; Hora: 12:45-14:15

V-48: Incidencias en la disección del cuello vesical en la prostatectomía radical

Leivar Tamayo, A.* **; Linares Espinós, E.*; Toribio Vazquez, C.*; Moralejo Garate, M**; Bueno Chomón, G**; Ríos González, E.*; Martínez-Piñeiro Lorenzo, L.*

**H. Universitario la Paz. ** Nua Vithas Aravaca*

V-49: Prostatectomía radical robótica en cirugía mayor ambulatoria: Detalles anestésicos y Resultados quirúrgicos en nuestro centro

Picola Brau, N.; Moretó Vilella, E.; De Fuentes Beltruz, N.; Elias Cañavera, F.J.; Castells Esteve, M.; Suárez Novo, J.F.; Cabrera Coma, A.; Vigués Julià, F.

Hospital Universitari de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat.

V-50: Prostatectomía radical robótica en pacientes con cirugía previa de HBP.

Moisés Rodríguez Socarrás; Juan Gomez Rivas; Diego Carrion Monsalve; Javier Reinoso; Sonia Ruiz Graña; Luis Llanes Gonzalez; Julio Fernandez del Alamo; Vanesa Cuadros Rivera; Richard Gastón; Fernando Gómez Sancha

Instituto de Cirugía Urológica Avanzada (Icua) - Clínica Centro, Madrid.

V-51: Crioterapia hemiglandular de rescate para cáncer de próstata recurrente

Longras Pereira, José Alberto; Vieira-Brito, Duarte; Ferreira, Ana Maria; Lourenço, Mário; Conceição, Paulo; Godinho, Ricardo; Pereira, Bruno Jorge; Peralta, Pedro; Reis, Mário; Rabaça, Carlos

Serviço de Urologia, Instituto Português de Oncologia, Coimbra

V-52: Intervención robótica en casos complejos: Prostatectomía radical en paciente con antecedente de implante de prótesis peneana

Zamora Voorn, P.; Fernández-Pello Montes, S.; Ballesterro Diego, R.; Díaz Mendez, B.; Martín Gómez, L.; González Bodenlle, C.; Rivas del Fresno, M.

Hospital Universitario de Cabueñes

V-53: Prostatectomía Radical robótica con preservación completa con técnica de hood y clipless asistida por RMN aplicada por el equipo de robótica de Lyx.

González-Valcárcel de Torres, I; Ogaya Pinies, G; Linares Espinos, E; ; Martínez Salamanca, J.I

Lyx Instituto de Urología

V-54: Linfadenectomía ileobturatriz en la prostatectomía radical. Sistemática en nuestro centro

López-Tello Blázquez, A; Fuentes Pastor, J; Curiel Elizondo, A; Rayo Radilla, M.A; Castilla Barbosa, A.F; Pérez Vera, I.A; Luza Dueñas, A; Alguero Menéndez, R; García Tejero, D; Fernández-Plaza Prieto, I; González Ruiz de León, C; Sacristán González, R; Hevia Suárez, M; Moya Martín, C; Modrego Ulecia, L; Fernández Gómez, J.M

Hospital Universitario Central de Asturias

V-55: Estenosis de la anastomosis vesicouretral postprostatectomía: un caso de abordaje quirúrgico combinado

Ruiz Guerrero, N; García Galisteo, E; Vozmediano Chicharro, R; Hernández Alcaraz, D; Soler Martínez, J

Hospital Regional Universitario de Málaga

V-56: Exéresis con asistencia robótica de neurofibroma de vesícula seminal. A propósito de un caso

Vallecillo Encinas, Paula; Gutiérrez Carrillo, Gonzalo; Lombardía Gonzalez de Lera, Cristina; Garcia Santos, Juan Jose; Rodriguez Lozano, Lucia; Cividanes Uhagón, Inés; Alonso Prieto, Miguel Ángel; Chaves Marcos, Reyes; Fdez Samos Fdez, Diego; Farrés Rabanal, Anna; Molina Bravo, Marta; Renedo Villar, Teresa; García Sanz, Miguel; De Arriba Alonso, Mario

Complejo Asistencial Universitario de León

Incidencias en la disección del cuello vesical en la prostatectomía radical

Leivar Tamayo, A.* **; Linares Espinós, E.*; Toribio Vazquez, C.*; Moralejo Garate, M**; Bueno Chomón, G**; Ríos González, E.*; Martínez-Piñeiro Lorenzo, L.*

*H. Universitario la Paz. ** Nua Vithas Aravaca

La prostatectomía radical laparoscópica y robótica es una intervención de alta complejidad técnica, especialmente si queremos garantizar buenos resultados tanto oncológicos como funcionales. La conservación del cuello vesical sigue siendo un paso de la cirugía sometido a cierta controversia. Algunos autores defienden que no es preciso conservar el cuello vesical escudándose en la falta de evidencia en la literatura sobre la conservación del mismo. Sin embargo, en particular desde el metaanálisis de la Universidad de Wuhan en 2016, existen ciertos datos sobre mejor conservación de la continencia precoz (Ma X et al. Bladder neck preservation improves time to continence after radical prostatectomy: a systematic review and meta-analysis. *Oncotarget*. 2016 Oct 11;7(41):67463-67475).

En nuestro entorno la mayoría de los cirujanos intentan preservar el cuello vesical, puesto que además de lo anteriormente expuesto, facilita la anastomosis, pero en ocasiones esto no es posible. Algunas situaciones como la presencia de un lobulo medio, la infiltración tumoral o inflamatoria, o la cirugía previa, puede dificultar enormemente este tiempo de la cirugía.

En este vídeo pretendemos mostrar algunos casos de cirugía laparoscópica y robótica con cuellos vesicales complejos y cómo abordarlos.

Prostatectomía radical robótica en cirugía mayor ambulatoria: Detalles anestésicos y Resultados quirúrgicos en nuestro centro

Picola Brau, N.; Moretó Vilella, E.; De Fuentes Beltruz, N.; Elias Cañavera, F.J.; Castells Esteve, M.; Suárez Novo, J.F.; Cabrera Coma, A.; Vigués Julià, F.

Hospital Universitari de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat.

INTRODUCCIÓN

La prostatectomía radical robótica (PRR) es uno de los tratamientos estándares para el cáncer de próstata localizado, pudiéndose realizar bajo régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA) en algunos casos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos los detalles anestésicos individualizados para la implantación de un programa de prostatectomía radical robótica en CMA y los resultados quirúrgicos en nuestro centro, mostrando el caso de un paciente intervenido en CMA tras diagnóstico de un adenocarcinoma de próstata de riesgo intermedio desfavorable.

RESULTADOS

Entre marzo 2021 y diciembre 2023 se realizaron un total de 68 PRR en CMA. Con una edad media de 68 años, se intervinieron 42 casos (61.8%) con diagnóstico de adenocarcinoma ISUP 2 y 15 (22.1%) ISUP 3, con una mediana de volumen prostático de 46cc.

Destacar que durante la anestesia general se opta por un uso menor de opiáceos para un mejor control de los síntomas al despertar. Además, se realiza una infiltración de los puntos de inserción de los trócares mediante ropivacaína al 0.2% tanto antes de su colocación como tras su retirada. También, se instilan 10cc de ropivacaína al 0.2% en el saco de Douglas para conseguir un bloqueo somato-visceral.

De los 68 casos, 65 (95.6%) fueron alta en CMA, teniendo 3 (4.4%) ingresos por dolor, ortostatismo y fístula urinaria. 14 (20.6%) reconsultaron a urgencias, siendo en 9 (13.2%) complicaciones Clavien-Dindo I. 5 (7.4%) reingresaron por complicación Clavien-Dindo II (4, 5.9%; 3 fiebre y 1 hematoma pélvico) y IIIb (1, 1.5%; evisceración supraumbilical en el 8º día posquirúrgico).

CONCLUSIÓN

La prostatectomía radical robótica en CMA es factible y segura en casos seleccionados gracias a la implantación de un programa multidisciplinar de forma conjunta con anestesia y enfermería. Además, una correcta adaptación de la anestesia y medicación tras el alta permitirá un mejor control de los síntomas postoperatorios.

Prostatectomía radical robótica en pacientes con cirugía previa de HBP.

Moisés Rodríguez Socarrás; Juan Gomez Rivas; Diego Carrion Monsalve; Javier Reinoso; Sonia Ruiz Graña; Luis Llanes Gonzalez; Julio Fernandez del Alamo; Vanesa Cuadros Rivera; Richard Gastón; Fernando Gómez Sancha
Instituto de Cirugía Urológica Avanzada (Icua) - Clínica Cemtro, Madrid.

Introducción

Los pacientes con cirugía previa de Hiperplasia benigna de próstata (HBP) presentan cambios anatómicos que pueden comprometer los resultados funcionales y oncológicos de la prostatectomía. Existen relativamente pocos estudios en este subgrupo, nuestro objetivo es mostrar nuestros resultados en pacientes con cirugía previa de HBP sometidos a prostatectomía radical robótica.

Material métodos

Analizamos 531 pacientes sometidos a prostatectomía radical robótica en nuestro centro de 2015 a 2022. 41 pacientes con cirugía previa por HBP (HoLEP, Adenomectomía, RTU) y 490 sin cirugía previa. Se estudiaron los resultados funcionales y oncológicos.

Resultados

El tiempo quirúrgico fue 115 y 145 minutos, la tasa de márgenes significativos (sPSM >2mm) fue de 5 y 7%, continencia inmediata 85% and 83 %, potencia sexual al año 73% y 71% con tasas de complicaciones similares en el grupo de pacientes con cirugía y sin cirugía de HBP previa respectivamente. La continencia inmediata puede estar relacionada con disección y conservación de uretra, anastomosis cuidadosa, con técnicas por capas y de reconstrucción si es necesario.

Conclusiones

La cirugía de prostatectomía radical en pacientes operados previamente por HBP requiere de experticia y destreza en la disección (técnica y cirujano), con resultados oncológicos y funcionales similares a pacientes sin cirugías previas en nuestra serie, sin embargo, más estudios multicéntricos, aleatorizados son necesarios.

Crioterapia hemiglandular de rescate para cáncer de próstata recurrente

Longras Pereira, José Alberto; Vieira-Brito, Duarte; Ferreira, Ana Maria; Lourenço, Mário; Conceição, Paulo; Godinho, Ricardo; Pereira, Bruno Jorge; Peralta, Pedro; Reis, Mário; Rabaça, Carlos
Serviço de Urologia, Instituto Português de Oncologia, Coimbra

Introducción:

Después del tratamiento primario para el cáncer de próstata localizado con prostatectomía radical o radioterapia, aproximadamente el 25-50% de los pacientes experimentarán recurrencia bioquímica. En contraste con el manejo de la recurrencia bioquímica después de la prostatectomía radical, el manejo óptimo después de la radioterapia sigue sin estar claro debido a la falta de datos prospectivos. La mayoría de estos pacientes son manejados de manera conservadora o con terapia de privación de andrógenos, y solo una pequeña fracción se somete a un tratamiento de rescate, principalmente debido a las morbilidades asociadas con estos tratamientos. En este contexto, la crioterapia de rescate emerge como una opción viable, que ofrece resultados oncológicos comparables a la prostatectomía radical de rescate, pero con resultados funcionales superiores.

Objetivo:

Presentar un video de una crioterapia hemiglandular de rescate para un cáncer de próstata recurrente en un paciente previamente tratado con radioterapia externa para cáncer de próstata localizado.

Materiales y Métodos:

Vídeo de una crioterapia hemiglandular de rescate para cáncer de próstata recurrente.

Resultados:

Presentamos el caso de un hombre de 77 años que había sido tratado previamente con radioterapia para adenocarcinoma de próstata localizado (ISUP 3), con un nivel de PSA inicial de 14,2 ng/ml. A lo largo de su período de seguimiento, alcanzó un PSA-nadir de 0,14 ng/ml en 2016. Sin embargo, en 2023, su PSA llegó a 2,32 ng/ml.

Se sometió a una PET-CT con 68 Gallium PSMA, que mostró un área de captación aumentada observada en el tercio medio y el ápex derecho, ubicado en la zona periférica, sugestiva de enfermedad activa localizada. Se realizó una biopsia sistemática guiada por ultrasonido transrectal, con núcleos aumentados obtenidos del área específica informada en la PET-PSMA. Se detectó cáncer de próstata recurrente en el área específica informada en la PET-PSMA.

Optamos por una crioterapia hemiglandular de rescate. Debido a que el paciente tenía un lóbulo derecho grande, decidimos usar 5 criosondas para cubrir toda la hemiglándula. Para controlar la temperatura exterior utilizamos 2 sensores de temperatura, el primero en el esfínter urinario externo y el segundo en la fascia de Denonvilliers. Realizamos dos ciclos de congelación-descongelación, que duraron un total de 40 minutos.

Este procedimiento se realizó en un entorno ambulatorio y el paciente fue dado de alta 6 horas después del procedimiento, con una sonda vesical, que luego se retiró en el 5º día postoperatorio.

Al seguimiento de 1 mes, el PSA fue de 0,46 ng/ml. No hubo informes de incontinencia de novo o disfunción eréctil. Sin embargo, el paciente experimentó aumento de la frecuencia y urgencia urinaria.

A los 3 meses el nivel de PSA fue de 0,28 ng/ml y se informó una normalización completa de los síntomas urinarios bajos relacionados con el almacenamiento.

Discusión/Conclusión:

La crioterapia parece ser una opción válida de tratamiento de rescate para el cáncer de próstata recurrente con morbilidad funcional aceptable. A pesar de los informes de resultados inferiores en comparación con la prostatectomía radical de rescate, estas desventajas deben sopesarse contra mejores resultados funcionales. La selección adecuada del paciente y la imagen adecuada son clave para adaptar los tratamientos de rescate en el cáncer de próstata recurrente y lograr buenos resultados oncológicos y funcionales.

Intervención robótica en casos complejos: Prostatectomía radical en paciente con antecedente de implante de prótesis peneana

Zamora Voorn, P.; Fernández-Pello Montes, S.; Ballesterro Diego, R.; Díaz Mendez, B.; Martín Gómez, L.; González Bodenlle, C.; Rivas del Fresno, M.

Hospital Universitario de Cabueñes

INTRODUCCIÓN

Un efecto secundario frecuente tras la prostatectomía radical es la disfunción eréctil, sin embargo, no es tan frecuente realizar este procedimiento en pacientes portadores de prótesis peneana, con pocos casos reportados en la literatura.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos un video de prostatectomía radical robótica (PRAR) en paciente de 64 años tratado con prótesis peneana de tres piezas debido a una enfermedad de Peyronie avanzada y disfunción eréctil refractaria a tratamiento médico. Nuestro enfoque quirúrgico involucró una disección meticulosa del depósito abdominal sin su extracción, incorporando la técnica de desinflado-inflado. 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 presencia de una prótesis de pene no necesariamente aumenta la complejidad de la cirugía prismática radical. Sin embargo, es importante informar al paciente sobre las complicaciones relacionadas con el dispositivo que pueden ocurrir durante la disección.

Prostatectomía Radical robótica con preservación completa con técnica de hood y clipless asistida por RMN aplicada por el equipo de robótica de Lyx.

González-Valcárcel de Torres, I; Ogaya Pinies, G; Linares Espinos, E; ; Martínez Salamanca, J.I

*Lyx Instituto de Urología***PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA CON PRESERVACIÓN COMPLETA CON TÉCNICA DE HOOD Y CLIPLISS ASISTIDA POR RMN APLICADA POR EL EQUIPO DE ROBÓTICA DE LYX.**

González-Valcárcel de Torres, I; Ogaya Pinies, G; Linares Espinos, E; Martínez Salamanca, J.I.

LYX INSTITUTO DE UROLOGÍA

INTRODUCCIÓN

La prostatectomía radical (PRR) es una cirugía con consecuencias funcionales. Asistida por robot, las nuevas técnicas quirúrgicas y de imagen mejoran los resultados quirúrgicos.

OBJETIVO

Evaluar la técnica quirúrgica y la mejoría de resultados de morbilidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Realizamos un vídeo de técnica quirúrgica de un caso de prostatectomía radical asistida por Robot Da Vinci en un paciente de 71 años con PSA de 6,5, una RMN de próstata con una lesión PIRADS 4 en lóbulo izquierdo, zona periférica y posterolateral izquierda. En la biopsia fusión se diagnostica de un Adenocarcinoma de próstata Gleason 7(3+4) ISUP 2 T1c N1MX.

A todos nuestros pacientes se les requiere una RMN y una biopsia fusión previas.

Se realiza descolgamiento vesical. No se abre la fascia endopélvica. Una vez localizado el cuello se secciona disecando el espacio entre el cuello y la vejiga. Sección de la uretra y apertura de la cara posterior hasta disección de las vesículas seminales y deferentes. Apertura de la fascia de Denonvilliers. Disección roma y atérmica de la cara posterior y caras laterales de la próstata entre la fascia prostática y la fascia lateral eligiendo plano intrafascial o interfascial. No se usan Hem-O-Locks.

Desarrollo del plano entre el delantal del detrusor y la capa fibromuscular anterior de la próstata hasta el ápice prostático. Disección del complejo venoso y control con bipolar y si precisa con sutura. Disección de la uretra y sección.

Anastomosis con sutura Filbloc.

RESULTADOS

El resultado fue un Adenocarcinoma de próstata Gleason 7(3+4) ISUP II márgenes negativos. Continente tras retirada de sonda vesical y con erecciones similares a las previas.

Se detectó: (1) un descenso de complicaciones intraoperatoria de 18%, (2) un descenso de transfusiones intraoperatorias de 10%, (3) Descenso de tiempo de recuperación de la incontinencia de 10%, (4) y una tasa de incontinencia menor de 5% y un (5) descenso de la tasa de disfunción eréctil en un 4%.

Linfadenectomía ileobturatoria en la prostatectomía radical. Sistemática en nuestro centro

López-Tello Blázquez, A; Fuentes Pastor, J; Curiel Elizondo, A; Rayo Radilla, M.A; Castilla Barbosa, A.F; Pérez Vera, I.A; Luza Dueñas, A; Alguero Menéndez, R; García Tejero, D; Fernández-Plaza Prieto, I; González Ruiz de León, C; Sacristán González, R; Hevia Suárez, M; Moya Martín, C; Modrego Ulecia, L; Fernández Gómez, J.M

Hospital Universitario Central de Asturias

INTRODUCCIÓN

Esta generalmente recomendado la realización de una linfadenectomía ileo obturadora 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 obturadora (craneal 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

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

Ruiz Guerrero, N; García Galisteo, E; Vozmediano Chicharro, R; Hernández Alcaraz, D; Soler Martínez, J

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.

Exéresis con asistencia robótica de neurofibroma de vesícula seminal. A propósito de un caso

Vallecillo Encinas, Paula; Gutiérrez Carrillo, Gonzalo; Lombardía Gonzalez de Lera, Cristina; Garcia Santos, Juan Jose; Rodriguez Lozano, Lucia; Cividanes Uhagón, Inés; Alonso Prieto, Miguel Ángel; Chaves Marcos, Reyes; Fdez Samos Fdez, Diego; Farrés Rabanal, Anna; Molina Bravo, Marta; Renedo Villar, Teresa; García Sanz, Miguel; De Arriba Alonso, Mario

Complejo Asistencial Universitario de León

Introducción: Los tumores de las vesículas seminales son extremadamente raros, siendo más frecuentes los secundarios por invasión desde estructuras vecinas que los primarios. El adenocarcinoma es el tumor primario más común. Sin embargo, el neurofibroma, un tumor nervioso típico de la Neurofibromatosis tipo 1, no suele aparecer en el aparato genitourinario. Cuando lo hace, tiende a asentarse en la vejiga pero no en las vesículas seminales, donde apenas hay casos descritos en la literatura. Suelen tener un comportamiento benigno y ser hallazgos incidentales en pruebas de imagen realizadas por otras causas.

Objetivo: Exponer el caso de un paciente con diagnóstico de tumor de vesícula seminal dada la baja incidencia de esta patología.

Material y métodos: Presentamos el caso de un paciente de 45 años, asintomático desde el punto de vista urológico, que tras la realización de una TAC toracoabdominopélvica por estudio de esteatosis hepática, se encuentra como hallazgo casual una tumoración en la vesícula seminal derecha. Se realizó RM que describió la lesión como cistoadenocarcinoma. El tacto rectal no reveló zonas sospechosas pero el resultado anatomopatológico de la biopsia transrectal fue de neurofibroma. Se realizó exéresis de la vesícula seminal derecha con asistencia robótica.

Resultados: En el postoperatorio el paciente presentó una evolución favorable, sin complicaciones. No se observaron otras masas ni indicios de enfermedad locorregional ni a distancia en ninguna de las pruebas de imagen realizadas. Actualmente a la espera del resultado del estudio de la pieza quirúrgica.

Conclusiones: El neurofibroma de vesícula seminal es una entidad rara e indolente que no siempre aparece asociada a la enfermedad de von Recklinghausen. La RM a pesar de ser considerada la mejor técnica para el estudio de las vesículas seminales y los conductos deferentes, no siempre filia con exactitud el tipo de tumor. La cirugía robótica permite la extirpación de las vesículas seminales de una manera rápida y sin complicaciones en el postoperatorio inmediato. Es necesario un seguimiento a largo plazo de este tipo de casos para conocer un poco más de la etiopatogenia de estos tumores.