

XXVIII Reunión Nacional del Grupo de Urología Funcional, Femenina y Urodinámica

Sesión: Sesión Vídeos 1

Moderadores:

Sala: Sala de Cámara; Día: jueves 16; Hora: 13:15-14:00

V-1: Colposacropexia Robótica mediante el sistema Hugo™ RAS: Un Avance Innovador en el Manejo del Prolapso De Órganos Pélvicos.

Belkahia, G; Carracedo, D; Sánchez-Gallego, M.D; Brime, R; Sánchez-Guerrero, C; Otta, R; Celada, G; Justo, J; Romero Otero, J

HM Hospitales y ROC Clinic

V-2: COLPOSUSPENSIÓN DE BURCH LAPAROSCÓPICA EXTRAPERITONEAL TRAS FRACASO A MALLA SUBUTREAL EN INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO FEMENINA

Sánchez Puy, A.; Bellido Petti, J.A.; Bada, M.; Vega, C.; Zordani, A.; Tarragón Gabarró, S.; Marco Pérez, L.M.; Castañeda, R.; Pellegrinelli, F.; Pallazzetti, A.; Juaneda, B.; Castro, L.; Martos, R.; Salinas, D.; Peña, J. A.

Uros Associats, Universitat Internacional de Catalunya (UIC), Barcelona

V-3: Colposacropexia + esfínter urinario artificial mediante abordaje laparoscópico asistido por robot

Pereira Rodriguez, N.; Carracedo Calvo, D.; Moscatiello, P.; Toledo Jimenez, M.; Hernandez Bermejo, I.; Miñana Toscano, I.; Jerez Izquierdo, T.; Meilan Hernandez, E.; Sanchez Encinas, M.

Hospital Universitario Rey Juan Carlos

V-4: Tratamiento de la Incontinencia Urinaria de esfuerzo mediante colocación de esfínter urinario femenino laparoscópico

Hevia Feliu, A.; Sánchez Gallego, M.D.; Moscatiello, P.; Gómez González, B.; Rubia Escribano, A.; Sánchez Molina, S.; De la Morena, JM

Hospital Universitario Infanta Sofía

V-5: COLPOSACROPEXIA ASISTIDA POR ROBOT

Quevedo Monroy, Santiago; Arzoz Fábregas, Montserrat; Domingo Ferrerons, Ramón; Castiglione Boquera, Guillem; Lobato Berrocal, Georgina Flo; Caballero Carabantes, Víctor; Velasco Abadía, Sandra Paola; Closas Capdevila, Miguel; Comet Batlle, Josep

Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta

Presentación: vídeo

Colposacropexia Robótica mediante el sistema Hugo™ RAS: Un Avance Innovador en el Manejo del Prolapso De Órganos Pélvicos.

Belkahia, G; Carracedo, D; Sánchez-Gallego, M.D; Brime, R; Sánchez-Guerrero, C; Otta, R; Celada, G; Justo, J; Romero Otero, J

HM Hospitales y ROC Clinic

Introducción: La colposacropexia robótica emerge como un avance en el tratamiento quirúrgico del prolapso de órganos pélvicos. Los sistemas robóticos avanzados, como Hugo™ RAS, proporcionan una alternativa a las técnicas abiertas y laparoscópicas tradicionales, potenciando la precisión quirúrgica y mejorando los resultados clínicos con menos complicaciones.

Objetivo: Este estudio tiene como objetivo exponer un caso clínico de cistocele de grado IV/IV y prolapso uterino de grado I/IV tratado mediante cirugía robótica, resaltando las ventajas técnicas y los resultados postoperatorios.

Material y Métodos: Se utilizó el sistema Hugo™ RAS con cuatro puertos robóticos y un puerto auxiliar. El procedimiento incluyó la corrección de los tres compartimentos. Se utilizó la malla UPLIFT™ con fijación de esta con puntos sueltos a ambos elevadores del ano, ligamentos uterosacros, cúpula y cara anterior de la vagina, culminando con la fijación de la malla al promontorio sacro. El procedimiento finaliza con la reperitonización para cubrir la malla.

Resultados: El tiempo quirúrgico fue de 118 minutos sin complicaciones intraoperatorias y un sangrado menor de 100 mL. El dolor postoperatorio fue mínimo, con una puntuación de 1 en la escala visual analógica. La paciente fue dada de alta a las 24 horas sin complicaciones postoperatorias inmediatas o diferidas. Tras seis meses de seguimiento la paciente no presenta recidiva anatómica o subjetiva, ni complicaciones asociadas a la malla. La satisfacción con el tratamiento medida mediante el cuestionario PGI-I fue 1 (muchísimo mejor).

Conclusiones: La colposacropexia robótica utilizando Hugo™ RAS es un método seguro y efectivo para la corrección del POP, ofreciendo una rápida recuperación con mínima morbilidad. Es necesario la realización de estudios comparativos aleatorizados de los resultados obtenidos con esta plataforma robótica frente a otras y la vía laparoscópica.

Presentación: vídeo

COLPOSUSPENSIÓN DE BURCH LAPAROSCÓPICA EXTRAPERITONEAL TRAS FRACASO A MALLA SUBUTREAL EN INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO FEMENINA

Sánchez Puy, A.; Bellido Petti, J.A.; Bada, M.; Vega, C.; Zordani, A.; Tarragón Gabarró, S.; Marco Pérez, L.M.; Castañeda, R.; Pellegrinelli, F.; Pallazzetti, A.; Juaneda, B.; Castro, L.; Martos, R.; Salinas, D.; Peña, J. A.

*Uros Associats, Universitat Internacional de Catalunya (UIC), Barcelona***Introducción:**

El uso de malla suburetral (MSU) con material sintético en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) femenina

no está exento de complicaciones, como la extrusión en uretra, vejiga o vagina. En estos casos se desaconseja su uso en

tratamientos posteriores, siendo el escenario donde se pueden utilizar otras técnicas como la colposuspensión de Burch,

considerada como el gold standard antes de la aparición de las MSU.

Métodos:

Presentamos el caso de una paciente de 89 años, con excelente estado general y autonomía, con antecedente de histerectomía

abierta. En 2016 se le colocó un TOT, con posterior extrusión de malla a vejiga que se reseca por vía endoscópica en 2019 y

2022, reapareciendo la IUE. Tras descartar nuevas extrusiones y dadas las complicaciones previas con el material sintético y la

cirugía abdominal previa se indica colposuspensión de Burch laparoscópica por vía extraperitoneal.

Resultados:

En posición de Lloyd-Daves se realiza minilaparotomía infraumbilical y desarrolla plano extraperitoneal con ayuda de globo de

Gaur. Se coloca trócar óptico y 3 trócares de 5 mm a línea media y ambas fosas iliacas. Se disecciona el espacio de Retzius

identificando uretra, cuello vesical, pared vaginal anterior, pubis y ligamentos de Cooper. Se realizan 2 puntos de suspensión a

cada lado entre la pared anterior vaginal y el ligamento de Cooper a nivel de cuello vesical y tercio distal de la uretra, que se

ajustan con técnica del hem-o-lock deslizante. Finalmente se comprueba la ausencia de extrusión de hilos de sutura en uretra y

vejiga mediante cistoscopia.

El tiempo de intervención fue de 90 minutos. No se registraron complicaciones intra ni post operatorias, siendo alta a las 48

horas. Posteriormente presenta resolución de la IUE, sin uso de absorbentes.

Conclusiones:

En casos en los que esté contraindicado el uso de malla suburetral sintética se puede recuperar la técnica gold standard previa

para la IUE: la colposuspensión de Burch. Ésta se puede realizar de forma mínimamente invasiva por laparoscopia y con un

abordaje extraperitoneal que nos permite eludir campos quirúrgicos alterados por cirugías anteriores.

Presentación: vídeo

Colposacropexia + esfínter urinario artificial mediante abordaje laparoscópico asistido por robot

Pereira Rodriguez, N.; Carracedo Calvo, D.; Moscatiello, P.; Toledo Jimenez, M.; Hernandez Bermejo, I.; Miñana Toscano, I.; Jerez Izquierdo, T.; Meilan Hernandez, E.; Sanchez Encinas, M.

*Hospital Universitario Rey Juan Carlos***INTRODUCCIÓN**

La asociación entre prolapso de órganos pélvicos (POP) e incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) es muy frecuente. El tratamiento de ambas patologías se puede realizar de manera simultánea o en 2 tiempos quirúrgicos. El objetivo es valorar la viabilidad y eficacia del tratamiento combinado de colposacropexia más esfínter urinario artificial (EUA) mediante abordaje laparoscópico asistido por robot.

MATERIALES Y MÉTODOS

Mujer de 61 años derivada de ginecología por POP e incontinencia urinaria. En el examen físico se objetiva IUE severa que no corrige con Marshall-Bonney y cistocele grado III. Se realiza videourodinamia evidenciando IUE con datos compatibles con déficit esfinteriano intrínseco (DEI) e hipocontractilidad del detrusor con residuo postmiccional significativo. A raíz de presentar prolapso pélvico con incompetencia esfinteriana se opta por lo tanto asociar ambos procedimientos y realizarlos en 1 tiempo.

La cirugía comienza mediante la disección del compartimiento posterior hasta músculos elevadores del ano (MEA). Introducción y fijación de brazo posterior de la malla. Apertura y disección del espacio vesicovaginal y espacios laterovesicales. Apertura incidental de cúpula vesical que se cierra mediante cistorrafia primaria. Comunicación de compartimiento posterior con ambos espacios laterovesicales. Colocación de malla anterior, paso a través de ligamento ancho del útero y fijación de ambos brazos a promontorio sacro. Disección de cara anterior de cuello vesical y medición de este sin tensión (8cm). Introducción de manguito y colocación con la ayuda del medidor. Paso de reservorio que se rellena con 24 cc. Exteriorización de tubos de conexión, colocación de bomba de activación en labio mayor derecho y creación de conexiones.

RESULTADOS

Tiempo quirúrgico de 180min. La paciente no presentó complicaciones y fue dada de alta 24h tras el procedimiento. En última revisión 6 meses tras la intervención, paciente continente, con buen manejo del EUA y sin recidiva del prolapso.

CONCLUSIÓN

El tratamiento quirúrgico simultáneo de IUE con DEI + POP concomitante mediante abordaje robótico es una opción viable que se puede realizar de manera segura con buenos resultados y baja tasa de complicaciones intra y postoperatorias y que ofrece el beneficio de resolución de ambas patologías con menor estancia hospitalaria.

Presentación: vídeo

Tratamiento de la Incontinencia Urinaria de esfuerzo mediante colocación de esfínter urinario femenino laparoscópico

Hevia Feliu, A.; Sánchez Gallego, M.D.; Moscatiello, P.; Gómez González, B.; Rubia Escribano, A.; Sánchez Molina, S.; De la Morena, JM

*Hospital Universitario Infanta Sofía***INTRODUCCIÓN**

La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) refractaria a intervenciones quirúrgicas encuentra en el esfínter urinario artificial femenino una opción efectiva. La técnica laparoscópica mínimamente invasiva destaca por su seguridad y mínimos riesgos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 44 años con IUE refractaria a pesar de colocación de sling suburetral en 09/21.

Mediante la exploración física se confirma la IUE a chorro, uretra fija y se descarta la extrusión de la malla. Aportó un Pad test 24h de 800g. Se complementó este análisis una ecografía de suelo pélvico que confirmó el correcto posicionamiento del sling y una cistoscopia que descartó la extrusión intravesical. La videourodinamia fue crucial para confirmar el diagnóstico de déficit esfinteriano intrínseco (DEI), evidenciando embudización del cuello vesical y punto de presión de fuga abdominal < 60 cm H₂O. Tras plantear opciones terapéuticas, se decide implante de un esfínter urinario artificial (EUA AMS 800) laparoscópico.

Abordaje vesico vaginal posterior con visualización directa del cuello vesical.

Durante la intervención se realiza disección del espacio vesicovaginal hasta trigono y apertura de los espacios latero-vesicales hasta identificar la fascia endopélvica; posteriormente se conecta el espacio retrovesical con el laterovesical mediante disección roma sin producirse lesión vesical ni vaginal.

A continuación, se realiza disección del espacio vesical anterior, implante de un manguito de 6,5 cm y el reservorio. Por una incisión suprapúbica derecha se externalizan las conexiones y se crea un túnel subcutáneo hasta el labio mayor, donde se coloca la bomba de activación. No hubo complicaciones intraoperatorias.

RESULTADOS

Tras la intervención, la paciente fue dada de alta a las 24 horas con sonda vesical y se retiró al quinto día. Se activó el esfínter en la sexta semana. Tras 9 meses de seguimiento, se observó una mejoría significativa en la calidad de vida de la paciente (PGI-I: 1), con continencia completa, con buena dinámica miccional y sin residuo postmiccional.

CONCLUSIÓN

El esfínter urinario artificial se presenta como alternativa terapéutica efectiva en casos de IUE refractaria a tratamientos quirúrgicos previos, especialmente en pacientes con DEI. El enfoque laparoscópico ofrece ventajas significativas en términos de seguridad, morbilidad reducida y una recuperación postoperatoria más rápida.

Presentación: vídeo

COLPOSACROPEXIA ASISTIDA POR ROBOT

Quevedo Monroy, Santiago; Arzoz Fábregas, Montserrat; Domingo Ferrerons, Ramón; Castiglione Boquera, Guillem; Lobato Berrocal, Georgina Flo; Caballero Carabantes, Víctor; Velasco Abadía, Sandra Paola; Closas Capdevila, Miguel; Comet Batlle, Josep

Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

El prolapso de órganos pélvicos (POP) es una condición prevalente que afecta negativamente la calidad de vida de las mujeres que la sufren. La colposacropexia laparoscópica se ha considerado el principal tratamiento cuando está afectado el compartimento apical. Desde principios de siglo, la cirugía mínimamente invasiva ha ido cobrando importancia y la robótica, especialmente en la urología, se ha convertido en la opción preferente de numerosos procedimientos. En los últimos años, se ha producido un aumento en la accesibilidad a esta técnica, por lo que cada vez más hospitales pueden aplicarla en sus cirugías y beneficiarse de sus ventajas. El objetivo de este trabajo es describir la técnica de colposacropexia robótica utilizada en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODO

Se presenta el caso de una mujer de 77 años, sin alergias medicamentosas conocidas que como antecedentes patológicos recibió ablación cardíaca por reentrada intranodal en 1997 y colocación de válvula mecánica aórtica en 2015, por lo que se decide anticoagulación oral permanente. También sufrió apendicitis en la infancia y 2 abortos espontáneos (TPAL 5023). Se recibe en consulta por bultoma vaginal, así como síntomas irritativos vesicales e infecciones recurrentes del tracto urinario. En la exploración se confirma un prolapso de órganos pélvicos severo. El estudio urodinámico mostró una sensibilidad vesical disminuida en fase de llenado y un vaciado eficaz. La resonancia magnética dinámica de suelo pélvico complementó el diagnóstico. Se consensúa con paciente la corrección quirúrgica del POP mediante colposacropexia asistida por robot.

RESULTADOS

Tras la preparación de las mallas de polipropileno y con la paciente en posición de Trendelenburg 30°, se procede a la colocación de trócares. Finalizado el docking robótico, se prepara el campo quirúrgico mediante fijación de útero y sigma de forma transparietal. Se localiza el promontorio y se disecciona el peritoneo para su exposición. Posteriormente, se procede a la disección interrectovaginal, la liberación de la cara posterior de la vagina y el desarrollo de los espacios laterorrectales hasta el músculo elevador del ano. Se fija malla posterior a aponeurosis del músculo elevador del ano y a cara posterior vaginal con sutura de polipropileno. Asimismo, se disecciona la cara anterior vaginal y se separa el plano vesico-vaginal. A continuación se fija la malla anterior a cara anterior vaginal con sutura de polipropileno. Finalmente, se fijan ambas mallas al promontorio con sutura de polipropileno y se reperitoniza el lecho quirúrgico con sutura continua reabsorbible. El tiempo total de la cirugía fue de 255 minutos, la pérdida de sangre estimada de 150 mililitros y no hubo complicaciones intraoperatorias. Se retiró la sonda vesical a las 24 horas y la paciente fue dada de alta a las 48 horas. Después de un mes de la cirugía, la paciente no presentaba POP ni síntomas de el tracto urinario inferior ni incontinencia urinaria.

CONCLUSIÓN

La colposacropexia asistida por robot es una técnica segura, factible y reproducible que podría aportar beneficios en la técnica quirúrgica, a los resultados de la misma y al correcto postoperatorio de las pacientes