

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

Sesión: Vídeos de Cirugía prostática robótica

*Moderadores:* A. Leibar Tamayo y C. Manso Aparicio

Sala: Auditorio A2 (Sala Plenaria); Día: jueves 25; Hora: 18:30-20:00

---

### **V-109: Adenomectomía prostática mediante abordaje robótico**

Alonso Gregorio, S.A.; Ortega Polledo, L.E.; Subiela Henríquez, J.D.; García Rico, E.; Sánchez Pellejero, A.; Hidalgo Togoires, L.; De la Peña Barthel, J.J.

*Instituto de Urología, Hospital San Francisco de Asís*

### **V-110: PROSTATECTOMÍA RADICAL COMO TRATAMIENTO DE RESCATE ANTE LA RECIDIVA BIOQUÍMICA POST-RADIOTERAPIA.**

CASTIGLIONE BOQUERA, GUILLEM; ALIAGA AYUNI, CARLES; COMET BATLLE, JOSEP  
*HOSPITAL UNIVERSITARI DE GIRONA DOCTOR JOSEP TRUETA*

### **V-111: Incidencias y situaciones complejas en la disección del cuello vesical en la prostatectomía radical**

Leivar Tamayo, A.\* \*\*; Linares Espinós, E,\*; Moralejo Gárate, M.\*\*; Bueno Chomón, G.\*\*; Ríos González, E.\*; Martínez-Piñeiro Lorenzo, L.\*

*\*Servicio de Urología. H. U. La Paz, \*\*NUA H. U. Vithas Madrid Aravaca*

### **V-112: Técnica de la Linfadenectomía pélvica robótica personalizada guiada con Verde de Indocianina (ICG) para el Cáncer de próstata**

Loyola Maturana, Juan Pablo; De Pablos Rodriguez, Pedro; Server Gomez, Gerardo; López Abad, Alicia; Wong Gutierrez, Augusto; López Gonzalez, José Agustin; García Cortés, Angel; Boronat Catalá, Juan; Gomez-Ferrer, Alvaro; Collado Serra, Argimiro; Dominguez-Escrig, José; Casanova Ramón-Borja, Juan; Ramirez-Backhaus, Miguel

*Fundación Instituto Valenciano de Oncología*

### **V-113: Adenomectomía robótica, una alternativa para el tratamiento de la hiperplasia benigna prostática en centros dotados de cirugía robótica**

Martín Moral, Guillermo; Peña Lueza, Jorge; Matinero Tor, Mercè; Orfila Sintés, David; Sala Grau, Núria; Pascual Garcia, Xavier; Auguet Martín, Josep Maria; Riera Ponsatí, Marina; Muñoz Rivero, Marta Viridiana; Massó Allende, Pedro; Vélez Guayasamín, Guillermo Sebastián; Estigarribia Benítez, Cayo Augusto; Palomera Fernández, Meritxell; Díaz Argüello, Manuel; Pérez Marichal, Emil Farik; Bordalba Gómez, Joan Ramón

*Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida*

### **V-114: Robotic-assisted Laparoscopic Millin Prostatectomy: > 200 gr prostate**

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-115: UNA COMPLICACIÓN INUSUAL: REPARACIÓN DE FÍSTULA POST  
ADENOMECTOMÍA LAPAROSCÓPICA TIPO MILLIN**

Arnejo Pereiro, C.; Calafiore, D.G.; Rodriguez Rey, S.; Carrillo Zamora, C.I.; Naveiro Flores, A.;  
Cambón Bastón, E.M.; Casas Nebra, F.J.

*Hospital Universitario Lucus Augusti*

**V-116: DETALLES TÉCNICOS DE LA PROSTATECTOMÍA SIMPLE ROBÓTICA**

Alonso Barotolomé, M.B.; Leivar Tamayo, A.; Aguilera Bazán, A.; Ríos González, E.; Alonso  
Bartolomé, S.; Martínez-Piñeiro Lorenzo, L.

*Hospital Universitario La Paz.*

**V-109**

XXXIII Reunión Nacional de los Grupos de Litiasis y de Endourología, Laparoscopia y Robótica. Valencia. 2024. 25 y 26 de enero de 2024

Presentación: vídeo

**Adenomectomía prostática mediante abordaje robótico**

Alonso Gregorio, S.A.; Ortega Polledo, L.E.; Subiela Henríquez, J.D.; García Rico, E.; Sánchez Pellejero, A.; Hidalgo Togores, L.; De la Peña Barthel, J.J.

*Instituto de Urología, Hospital San Francisco de Asís*

Varón 78 años, con antecedente de TEP, antiagregado con Adiro 100, remitido a nuestras consultas por presentar sintomatología obstructiva de tracto urinario inferior de larga evolución (IPSS 26, IPSS-QoL 6, escapes por rebosamiento), con mala respuesta a tratamiento médico con 5-ARI + alfa-bloqueante. Presenta en ecografía de aparato urinario ureterohidronefrosis izquierda grado II, con residuo postmiccional 1100 cc y volumen prostático 178 cc. No presenta hematuria, citología urinaria negativa. Se realiza cistoscopia evidenciándose próstata trilobulada y obstructiva, con gran lóbulo medio, sin lesiones vesicales. Se coloca sonda vesical y opta por adenomectomía prostática robótica.

Tiempo quirúrgico estimado: 2 horas 5 minutos.

Sangrado estimado: 100 cc.

El paciente fue dado de alta al 3º día postoperatorio, sin incidencias, con sonda vesical durante 5 días.

IPSS al mes postoperatorio: 3, IPSS-QoL al mes postoperatorio: 0.

## **PROSTATECTOMÍA RADICAL COMO TRATAMIENTO DE RESCATE ANTE LA RECIDIVA BIOQUÍMICA POST-RADIOTERAPIA.**

CASTIGLIONE BOQUERA, GUILLEM; ALIAGA AYUNI, CARLES; COMET BATLLE, JOSEP

*HOSPITAL UNIVERSITARI DE GIRONA DOCTOR JOSEP TRUETA*

La prostatectomía radical es una opción terapéutica factible como tratamiento de rescate ante una recidiva bioquímica posteriormente al tratamiento inicial con radioterapia (RT).

Se trata de una técnica de complejidad añadida dado tratarse de un territorio con referencias anatómicas desvirtuadas por la radiación previa.

Este video muestra el rescate quirúrgico por prostatectomía radical con linfadenectomía iliobturatriz bilateral via robótica, en un caso clínico con una recidiva bioquímica realizada en nuestro centro.

### **Desarrollo**

Se presenta el caso de un paciente de 63 años con el diagnóstico de Adenocarcinoma de próstata en el año 2011, con un Gleason 3+3 y cT2c por tacto rectal.

Se decide iniciar tratamiento con Radioterapia por braquiterapia con buena tolerancia y obteniendo un PSA nadir < 0.01, con buenos controles posteriores.

En 2021 a raíz de una elevación progresiva del PSA, con un estudio de extensión negativo se diagnostica de recidiva bioquímica. Se decide optar por un rescate quirúrgico con prostatectomía radical + linfadenectomía iliobturatriz bilateral via robótica.

El resultado anatomopatológico habla de un ADKp Gleason 4+3 amb ganglis negatius, clasificado como pT2aN0M0.

Actualmente el paciente está con controles de PSA indetectable, sin complicaciones a nivel de la esfera sexual. Aun así presenta cierta incontinencia urinaria de esfuerzo.

### **Conclusiones**

Los pacientes afectados de una progresión bioquímica del PSA después de una primera línea de tratamiento con radioterapia pueden beneficiarse de un rescate quirúrgico.

Aunque la existencia de tejido fibrótico a raíz de la radioterapia previa puede dificultar la correcta disección e identificación de los planos quirúrgicos arran la radioterapia prèvia que pot distorsiona els plans quirúrgics, se trata de una técnica reproducible y factible con correctos resultados oncológicos y funcionales.

V-111

XXXIII Reunión Nacional de los Grupos de Litiasis y de Endourología, Laparoscopia y Robótica. Valencia. 2024. 25 y 26 de enero de 2024

Presentación: vídeo

### **Incidenias y situaciones complejas en la disección del cuello vesical en la prostatectomía radical**

Leivar Tamayo, A.\* \*\*; Linares Espinós, E,\*; Moralejo Gárate, M.\*\*; Bueno Chomón, G.\*\*; Ríos González, E.\*; Martínez-Piñeiro Lorenzo, L.\*

*\*Servicio de Urología. H. U. La Paz, \*\*NUA H. U. Vithas Madrid 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 como abordarlos.

Presentación: vídeo

**Técnica de la Linfadenectomía pélvica robótica personalizada guiada con Verde de Indocianina (ICG) para el Cáncer de próstata**

Loyola Maturana, Juan Pablo; De Pablos Rodriguez, Pedro; Server Gomez, Gerardo; López Abad, Alicia; Wong Gutierrez, Augusto; López Gonzalez, José Agustín; García Cortés, Angel; Boronat Catalá, Juan; Gomez-Ferrer, Alvaro; Collado Serra, Argimiro; Dominguez-Escrig, José; Casanova Ramón-Borja, Juan; Ramirez-Backhaus, Miguel  
*Fundación Instituto Valenciano de Oncología*

**Introducción**

Las guías clínicas de la AEU recomiendan la linfadenectomía pélvica extendida en pacientes con cáncer de próstata de intermedio y alto riesgo, cuando presentan un riesgo estimado de pN1 >5%.

Estudios recientes de Fase II publicados por de Pablos-Rodríguez y Claps et al, demostraron que la linfadenectomía laparoscópica personalizada guiada por Verde de Indocianina (ICG), es una técnica apropiada para la estadificación y citorreducción de pacientes con cáncer de próstata de intermedio y alto riesgo. Esto debido a que se observó una menor tasa de complicaciones y equivalente evolución bioquímica.

**Objetivo**

El Objetivo de nuestro Video es presentar la técnica de una linfadenectomía pélvica robótica guiada con verde de Indocianina (ICG), que personaliza y limita la extensión de la linfadenectomía sin perder capacidad de estadificación y de citorreducción.

**Métodos**

En este Video se presenta el Caso de un paciente con Cáncer de próstata de alto riesgo, cuyo PET-CT 18F-Fluorocolina preoperatorio mostró 2 lesiones sospechosas de metástasis ganglionar, a nivel iliaco externo derecho y para rectal derecho respectivamente. La técnica quirúrgica inicia con la inyección transperineal ecodirigida de 25 mg de ICG diluidos en 10 ml de agua destilada en el centro de cada lóbulo prostático (2 ml aproximados por lóbulo).

Posteriormente se realiza linfadenectomía pélvica robótica selectiva guiada por ICG. Se envían muestras a anatomía patológicas separadas por zonas anatómicas.

**Resultados**

La anatomía patológica demostró un Adenocarcinoma acinar prostático ISUP 3, pT3bN1. Se observó presencia de 12 ganglios fluorescentes localizados en Zonas B (iliaca externa media derecha), C (iliaca externa craneal derecha), F (obturatriz medio derecho), N (iliaco externo craneal izquierdo), R (obturatriz craneal izquierdo) y 1 ganglio del mesosigma, de los cuales 9 ganglios de las zonas B, C, F, R y mesosigma fueron positivos para metástasis.

**Conclusiones**

La linfadenectomía pélvica guiada con ICG es una técnica factible de ser implementada en cualquier Servicio de Urología que realice Prostatectomía radical y linfadenectomía pélvica por abordaje mínimamente invasivo.

A través de esta técnica se puede lograr similares resultados oncológicos, disminuyendo la probabilidad de complicaciones asociadas a una linfadenectomía pélvica extendida clásica.

Presentación: vídeo

**Adenomectomía robótica, una alternativa para el tratamiento de la hiperplasia benigna prostática en centros dotados de cirugía robótica**

Martín Moral, Guillermo; Peña Lueza, Jorge; Matinero Tor, Mercè; Orfila Sintés, David; Sala Grau, Núria; Pascual García, Xavier; Auguet Martín, Josep Maria; Riera Ponsatí, Marina; Muñoz Rivero, Marta Viridiana; Massó Allende, Pedro; Vélez Guayasamín, Guillermo Sebastián; Estigarribia Benítez, Cayo Augusto; Palomera Fernández, Meritxell; Díaz Argüello, Manuel; Pérez Marichal, Emil Farik; Bortalba Gómez, Joan Ramón

*Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida*Introducción

El tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna prostática en pacientes con volumen mayor a 100cc puede ser complejo. La enucleación prostática con láser tiene una curva de aprendizaje larga, y para próstatas grandes implica un tiempo de cirugía prolongado y con ello riesgo de estenosis uretral. La adenomectomía retropúbica tiene las comorbilidades propias de la cirugía abierta. Presentamos la adenomectomía robótica como una alternativa que permite un abordaje mínimamente invasivo con resultados funcionales comparables, siendo de gran utilidad en pacientes obesos. En centros con programa de cirugía robótica establecido, es una técnica sencilla y reproducible con una curva de aprendizaje corta. Presentamos un caso de nuestra serie.

Material y métodos

Se trata de un hombre de 69 años hipertenso y obeso con sintomatología de vaciado refractaria a tratamiento médico combinado. Obtiene un resultado en el cuestionario IPSS de 22 y un Q<sub>máx</sub> de 4,6ml/s en la flujometría. El volumen prostático por ecografía es de 160cc y muestra lóbulo medio intravesical. Se realiza una adenomectomía robótica transvesical.

Resultados

La cirugía duró 143 minutos con un sangrado estimado de 150cc. El paciente presentó un curso postoperatorio favorable y fue dado de alta a las 48 horas con sonda vesical, que se retiró en su centro de salud 5 días después. A los tres meses el paciente presenta un resultado en el IPSS de 7 y un Q<sub>máx</sub> de 19,9ml/s en la flujometría, además de una mejoría significativa en su calidad de vida.

Conclusiones

Con esta técnica hemos obtenido resultados perioperatorios y funcionales excelentes dentro de un tiempo de seguimiento corto. El paciente se beneficia de una menor pérdida sanguínea, un postoperatorio menos doloroso y un periodo de hospitalización menor. Además, el paciente no se expone a los riesgos que conllevan otros abordajes, como mayor morbimortalidad y requerimiento de transfusión sanguínea en el caso de la adenomectomía retropúbica, y de aparición de estenosis uretral en el caso de la enucleación con láser. En conclusión, presentamos la adenomectomía robótica como una firme alternativa a la adenomectomía retropúbica abierta y la enucleación con láser en centros dotados de cirugía robótica.

Presentación: vídeo

**Robotic-assisted Laparoscopic Millin Prostatectomy: > 200 gr prostate**

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**

Surgical treatment of benign prostatic hyperplasia (BPH) has markedly evolved in the recent years. Minimally invasive treatment is now widespread standard of care. Nevertheless, large prostate volumes continue to pose challenges to the surgeon. Robotic surgery may be useful in such cases. We present a case of a robotic-assisted laparoscopic Millin prostatectomy in a patient with a large prostate.

**Case Presentation**

A male patient, 73 years old, non-smoker with a past medical history of hypertension, obesity and dyslipidemia. Medicated with lisinopril 5 mg and atorvastatin 20 mg. No history of abdominal surgeries. He presented with an indwelling catheter after an acute urinary retention. He had long-term severe LUTS, mainly voiding symptoms. His IPSS score was 21, with QOL score of 4. The ultrasound showed a prostate volume of 212 cc. Urinalysis was normal. The patient was proposed robotic assisted laparoscopic Millin prostatectomy. With the patient in dorsal decubitus, we placed a 12 mm port above the umbilicus and we accessed the peritoneal cavity. We placed 2 ports bilateral in the direction of the iliac crests. After dissection and access to the retzius space, the prostate capsule was opened with monopolar energy. Dissection of the prostatic adenoma was carried with preservation of the posterior urethral mucosa. The capsule was closed with a running barbed suture. Total procedure time was 1h. Estimated blood loss was 150 mL. There were no complications after the surgery and the patient was discharged after 3 days, and removed the urinary catheter at the 5<sup>th</sup> day. Histology revealed BPH. Patient symptoms improved with postoperative Qmax 14 mL/s.

**Conclusion**

Robotic surgery is a good option for the surgical treatment of BPH, especially in cases with large prostate volumes. It is a minimally invasive technique, which avoids possible urethral trauma that may arise from long endoscopic procedures. As more experience is acquired in urological robotic surgeries by many centers, it is expected this procedure may become more common in BPH treatment.

**V-115**

XXXIII Reunión Nacional de los Grupos de Litiasis y de Endourología, Laparoscopia y Robótica. Valencia. 2024. 25 y 26 de enero de 2024

Presentación: vídeo

## **UNA COMPLICACIÓN INUSUAL: REPARACIÓN DE FÍSTULA POST ADENOMECTOMÍA LAPAROSCÓPICA TIPO MILLIN**

Arnejo Pereiro, C.; Calafiore, D.G.; Rodriguez Rey, S.; Carrillo Zamora, C.I.; Naveiro Flores, A.; Cambón Bastón, E.M.; Casas Nebra, F.J.

*Hospital Universitario Lucus Augusti*

### **INTRODUCCIÓN**

La fístula próstato-rectal es una complicación poco frecuente tras la adenomectomía laparoscópica. El diagnóstico suele basarse en signos característicos como la fecaluria y la neumaturia.

En la actualidad no existe un consenso en la forma de abordaje quirúrgico para esta patología.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Varón de 83 años con los antecedentes de HTA y STUi que, tras ser intervenido de adenomectomía laparoscópica tipo Millin, presenta neumaturia y fecaluria por lo que se realiza Cisto-TAC confirmándose la presencia de fístula recto-celda prostática. Tras la persistencia de la fístula a los 3 meses a pesar del tratamiento conservador, se decide incluir en lista de espera para realizar una fistulectomía próstato-rectal robótica.

### **RESULTADOS**

En un 1º tiempo con el paciente en posición de litotomía se realiza cistoscopia identificándose el orificio fistuloso en cápsula prostática que se tutoriza al igual que ambos uréteres.

En un 2º tiempo con el paciente en decúbito supino se colocan 4 puertos robóticos. Se comienza la liberación de adherencias y disección en fondo de saco de Douglas. Se progresa con la disección hacia distal hasta localizar la fístula tutorizada. Posteriormente se realiza resección de la zona afectada y cierre con puntos en diferente dirección del recto y cara posterior de cápsula prostática interponiendo entre ambos un flap de peritoneo visceral de cara posterior de vejiga. Mínimo sangrado durante la intervención.

### **CONCLUSIÓN**

El manejo robótico de las fístulas próstato-rectales permite evitar la morbilidad de la cirugía abierta, permitiendo una disección más precisa entre el recto y la vía urinaria. Sin embargo, la elección de la técnica quirúrgica debe ser siempre individualizada en cada paciente.

Presentación: vídeo

**DETALLES TÉCNICOS DE LA PROSTATECTOMÍA SIMPLE ROBÓTICA**

Alonso Barotolomé, M.B.; Leivar Tamayo, A.; Aguilera Bazán, A.; Ríos González, E.; Alonso Bartolomé, S.; Martínez-Piñeiro Lorenzo, L.

*Hospital Universitario La Paz.*

El adenoma de gran tamaño es siempre un reto quirúrgico. A pesar de la implantación de la enucleación con láser, a partir de determinado tamaño existe más riesgo de yatrogenia.

La guía de la asociación americana de urología recomienda valorar la prostatectomía simple, para adenomas grandes (>80gr) o muy grandes (>150gr). (Sandhu JS, Bixler BR, Dahm P, et al. *Management of lower urinary tract symptoms attributed to benign prostatic hyperplasia (BPH): AUA Guideline amendment 2023. J Urol. 2023;10.1097*).

El abordaje robótico proporciona unas herramientas que facilitan en gran medida el tedioso gesto de la enucleación laparoscópica convencional. En este vídeo se pretende repasar la técnica paso a paso.

Se coloca al paciente en decúbito supino estableciendo el neumoperitoneo mediante aguja de Veress, accediendo con trocar de 12mm óptico con sistema Airseal en fosa iliaca derecha debido a la laparotomía previa.

El acceso transperitoneal facilita la colocación de los trocares y ofrece mas espacio que el extraperitoneal, con el que no tenemos experiencia en robótica. Tras vulnerar el espacio preperitoneal e identificar la próstata se efectúa una capsulotomía a 1 cm distal al cuello vesical.

Se identifica el plano entre adenoma y zona periférica iniciando la enucleación hacia los laterales. Una vez movilizado el adenoma, se coloca en el brazo 1 el tenaculum. La tracción estática y la excelente visualización facilitan la sección de la uretra prostática.

El plano posterior del adenoma, en ocasiones, muestra una falsa imagen de adenomas distales que realmente es la zona periférica abombada por la tracción, y conviene respetar. Para ello resulta conveniente acercarse al adenoma.

Para la disección del lóbulo medio, difícil en ocasiones, resulta práctico elevarlo por fuera del cuello e incidir la mucosa hasta encontrar el plano.

Se realiza sutura hemostática en la región anatómica correspondiente a las arterias de Badenock. Se procede a la trigonización con sutura barbada, muy útil también para la capsulorrafia, comprobando finalmente la estanqueidad de la misma.

Se extrae el adenoma mediante morcelación manual por el trocar de 12 y se deja drenaje.

En nuestra limitada experiencia, el robot Davinci facilita la prostatectomía simple laparoscópica.