

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

Sesión: Vídeos de Cirugía robótica vesical

Moderadores: J.A. González Dacal y A. Gómez-Ferrer Lozano

Sala: Auditorio A2 (Sala Plenaria); Día: jueves 25; Hora: 17:00-18:30

V-54: Fistulorrafia vesicovaginal según técnica de O'connor robótica

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

Instituto de Urología, Hospital San Francisco de Asís

V-55: CISTOPROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA CON NEOVEJIGA ORTOTÓPICA INTRACORPÓREA

Quevedo Monroy, S.; Caballero Carabantes, V.; Lobato Berrocal, G.F.; Castiglione Boquera, G.; Chaparro Ramos, E.N.; Polaina Barroso, L.; Arzo Fábregas, M.; Serra Deola, A.; García De Manuel, G.; Tapia García, M.; Boix Orri, R.; Ponce Campuzano, A.; Carrasco Cánovas N.; Domingo Ferrerons, R.; Aliaga Ayuni, C.; Comet Batlle, J.

Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta

V-56: DERIVACION INTRACORPOREA (CONDUCTO ILEAL LAPAROSCÓPICO 3D VS. ROBÓTICO)

JOSE ANTONIO BELLIDO PETTI; ANTONI SANCHEZ; SANDRA TARRAGON; ROBERTO CASTAÑEDA; LUIS MARCOS; RAUL MARTOS; DAVID SALINAS; JUAN ANTONIO PEÑA
UROSASSOCIATS /CLINICA SAGRADA FAMILIA / HOSPITAL TEKNON

V-57: Linfadenectomía pélvica extendida asistida por robot: nuestra técnica quirúrgica sistemática paso a paso

Jaime García Herrero; Roberto Ballesteros Diego; Néstor García Formoso; Marina Sánchez Gil; Gonzalo Azcárraga Aranegui; Elia Expósito Ibáñez; Miguel Ángel Latatu Córdoba; Félix Arnáiz Jiménez; Eneko Alonso Mediavilla; Ernesto Herrero Blanco; Guillermo Velilla Díez; Mario Domínguez Esteban; Sergio Zubillaga Guerrero; José Luis Gutiérrez Baños

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander)

V-58: Enterocistoplastia de aumento asistida por Robot.

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; Pérez Haro, M.LI; Modrego Ulecia, L; García Rodríguez, J; Hevia Suarez, M; González Ruíz de León, C; Sacristán González, R; Quintás Blanco, A; Fernández Gómez, J.M

Unidad de gestión clínica de Urología. Hospital Universitario Central de Asturias

V-59: Cistectomía robótica en necrosis prostática

Medina González, A.; Orlandi Oliveira, W.; Campanario Pérez, R.; González Dacal, J.; Zarraonandia Andraca, A.; Plaza Alonso, C.; Ruibal Moldes, M.

SUTURO CIRUGÍA UROLÓGICA

V-60: Cistectomía radical con preservación de órganos femeninos

Moretó Vilella, E.; De Fuentes Beltruz, N.; Buisan Rueda, O.; Pérez Reggeti, J.I.; Ferreiro Pareja, C.; Serrallach Orejas, M.; Suárez Novo, J.F.; Vigués Julià, F.

hospital Universitari de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, España.

V-61: Cistectomía radical robótica con derivación urinaria intracorpórea tipo conducto ileal en paciente trasplantado renal

Lozano Santana, Víctor; Pérez Reggeti, J.I.; Fàbregas Drnda, M; Anagua Melendres, F; Buisán Rueda, Óscar; Ferreiro Pareja, C; Serrallach Orejas, M; Suárez Novo, J.F; Vigués Julià, F

Hospital Universitari de Bellvitge

V-62: Neovejiga Laparoscópica asistida por robot con derivación intracorpórea.

Curiel Elizondo, Andrés; Fuentes Pastor, Javier; Rayo Radilla, Martin; Perez Vera, Irving; Castila Barbosa, Andrés; Lopez Tello, Andrés; Luza Dueñas, Anais; Alguero Menendez, Ricardo; Hevia Suarez, Mateo; Garcia Rodriguez, Jorge; Jalón Monzón, Antonio; Moya Martín, Celia; Sacristan Gonzalez, Raquel; Ruiz de Leon, Cristina; Lobo Rodriguez, Beatriz; Fernandez Gomez, Jesus

Hospital Universitario Central de Asturias

V-54

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

Fistulorrafia vesicovaginal según técnica de O'connor robótica

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

Instituto de Urología, Hospital San Francisco de Asís

Mujer de 53 años, con antecedente de histerectomía abierta por miomas uterinos 3 meses antes, es remitida a consulta por presentar incontinencia urinaria continua a través de introito vaginal, en relación a fístula vesicovaginal tras la intervención, la cual se confirma mediante cistografía. Se decide fistulorrafia robótica según técnica de O'Connor.

Tiempo quirúrgico estimado: 2 horas 20 minutos.

Sangrado estimado: 50 cc.

La paciente fue dada de alta al 2º día postoperatorio, con sonda vesical. La sonda vesical fue retirada al 10º día postoperatorio. No se evidenciaron fugas en la cistografía de control.

Presentación: vídeo

CISTOPROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA CON NEOVEJIGA ORTOTÓPICA INTRACORPÓREA

Quevedo Monroy, S.; Caballero Carabantes, V.; Lobato Berrocal, G.F.; Castiglione Boquera, G.; Chaparro Ramos, E.N.; Polaina Barroso, L.; Arzo Fábregas, M.; Serra Deola, A.; García De Manuel, G.; Tapia García, M.; Boix Orri, R.; Ponce Campuzano, A.; Carrasco Cánovas N.; Domingo Ferrerons, R.; Aliaga Ayuni, C.; Comet Batlle, J.

*Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta***INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

El cáncer de vejiga es el cuarto cáncer más frecuente en hombres y es el responsable del 3% de muertes por cáncer. El tratamiento estándar del tumor vesical músculo-invasivo es la cistectomía radical con linfadenectomía extendida bilateral y su práctica con derivación urinaria intracorpórea asistida por robot está siendo realizada de forma creciente en todo el mundo. En este video presentamos una técnica de reconstrucción vesical intracorpórea robótica en Y modificada, de una manera didáctica.

MÉTODO

Se presenta el caso de un varón de 43 años sin antecedentes de interés, diagnosticado de carcinoma urotelial vesical tipo linfoepitelioma-like, estadificado como cT2N0M0. Tras presentar en comité de tumores uro-oncológicos, se decide realizar cistectomía radical directa con linfadenectomía ilio-obturatriz y derivación urinaria mediante neovejiga ortotópica.

Se inicia la cirugía con la cistoprostatectomía, seguida de la linfadenectomía ilio-obturatriz bilateral y finalmente se realiza la derivación urinaria mediante la técnica descrita:

Se obtiene un segmento de íleon terminal de 40cm aproximadamente, a 15-20cm de la válvula ileo-cecal. Una vez obtenido el tramo ileal transeccionado con grapadoras intestinales, éste se desciende a la pelvis para comenzar realizando desde la mitad de su trayecto la anastomosis uretro-ileal sin tensión con sutura simple V-lock 3/0.

Más adelante, se lleva a cabo la destubularización abriendo el borde del asa de íleon y posteriormente se practica sutura continua con V-lock 3/0 para cerrar cara posterior y cara anterior de la neovejiga.

Por último se colocan catéteres ureterales y se anastomosan los uréteres espatulados a ambos lados de la neovejiga, dejando contraaberturas para dar salida a los catéteres. Se debe comprobar la estanqueidad de la neovejiga con insuflación de suero fisiológico a través de la sonda vesical.

RESULTADOS

El tiempo de consola fue de 360 minutos, la pérdida de sangre estimada fue de 350cc y no hubo complicaciones intraoperatorias. Los resultados anatomopatológicos diagnosticaron y estadificaron un carcinoma urotelial invasivo subtipo linfoepitelioma-like pT3bN0(0/37)R0.

CONCLUSIONES

La neovejiga ileal ortotópica intracorpórea en Y modificada es una técnica reproducible y una forma de derivación urinaria a considerar en pacientes jóvenes, con función renal conservada y con un nivel cognitivo adecuado.

Presentación: vídeo

DERIVACION INTRACORPOREA (CONDUCTO ILEAL LAPAROSCÓPICO 3D VS. ROBÓTICO)JOSE ANTONIO BELLIDO PETTI; ANTONI SANCHEZ; SANDRA TARRAGON; ROBERTO CASTAÑEDA; LUIS MARCOS; RAUL MARTOS; DAVID SALINAS; JUAN ANTONIO PEÑA
UROSASSOCIATS /CLINICA SAGRADA FAMILIA / HOSPITAL TEKNON

OBJETIVO: La cistectomía radical (CR) con disección de los ganglios linfáticos pélvicos (PLND) Y la derivación urinaria representa el tratamiento quirúrgico para el cáncer de vejiga musculo invasivo y no músculo-invasivo (CMMI) de alto riesgo. Desafortunadamente, este procedimiento quirúrgico se asocia con una morbilidad y mortalidad perioperatoria, siendo las complicaciones secundarias a la derivación urinaria las más frecuentes y peligrosas. La introducción de nuevos protocolos, la estandarización de la técnica quirúrgica, la utilización de la tecnología 3D y robótica han mejorado la recuperación después de la cirugía y han contribuido a la obtención de mejores resultados. Se han publicado múltiples revisiones sistemáticas que comparan la cistectomía abierta, laparoscópica y robótica, pero pocos informes han directamente comparado los resultados de la cistectomía laparoscopia vs. robótica con derivación intracorporea. En nuestra institución, ofrecemos CRL3D y CRR a nuestros pacientes con cáncer de vejiga.

METODO: En el siguiente trabajo presentamos 2 videos de manera simultánea comparando el tiempo de la derivación urinaria (Conducto ilial) completamente intracorpóreo realizado por vía laparoscópica y Robótica

RESULTADOS: Durante la reconstrucción intestinal laparoscópica (conducto ileal) describimos la utilización de las EndoGIAs Robotizadas tipo SIGNA (Medtronic), la realización de Wallace I con la técnica de marioneta, las diferentes maniobras de manipulación intestinal y paso de catéteres ureterales. Durante la derivación urinaria robótica, describimos la utilización de las EndoGIAs Da Vinci tipo EndoWriststapler y describimos una anastomosis uretero ileal tipo Briker Briker,

CONCLUSIONES: La cistectomía y el conducto ileal vía laparoscópica 3D o Robótica son técnicas con una alta demanda de tecnología, entrenamiento y recursos. El estandarizar la técnica disminuyen morbilidad perioperatoria y el riesgo de complicaciones posoperatorias importantes. NO hemos encontrado en nuestras series diferencias significativas en complicaciones o en el tiempo quirúrgico de la derivación intracorporea

Presentación: vídeo

Linfadenectomía pélvica extendida asistida por robot: nuestra técnica quirúrgica sistemática paso a paso

Jaime García Herrero; Roberto Ballesteros Diego; Néstor García Formoso; Marina Sánchez Gil; Gonzalo Azcárraga Aranegui; Elia Expósito Ibáñez; Miguel Ángel Latatu Córdoba; Félix Arnáiz Jiménez; Eneko Alonso Mediavilla; Ernesto Herrero Blanco; Guillermo Velilla Díez; Mario Domínguez Esteban; Sergio Zubillaga Guerrero; José Luis Gutiérrez Baños

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander)

Introducción

La linfadenectomía pélvica tiene un papel esencial en el tratamiento de los tumores urológicos, principalmente de próstata y vejiga, tanto para el diagnóstico y la estadificación de los tumores, como para el tratamiento radical en los casos de alto riesgo.

La cirugía asistida por robot ha demostrado su mayor amplitud de movimientos y una mayor precisión en comparación con la cirugía laparoscópica, y es muy útil en la disección de linfadenectomía pélvica, una cirugía compleja con el potencial riesgo de causar lesiones importantes en estructuras vasculares y nerviosas.

Material y métodos

Presentamos en formato vídeo nuestra técnica sistemática de linfadenectomía ilíaca extendida, mostrando el procedimiento paso a paso, destacando todas las referencias anatómicas de la disección ganglionar pélvica y analizando los pasos críticos del procedimiento para conseguir resultados óptimos.

Resultados

Se realiza una linfadenectomía pélvica ilíaca extendida completa, con la disección de los territorios linfáticos mayores incluidos en la zona formada por el nervio genitofemoral (límite lateral), arteria ilíaca interna y sus ramas terminales (límite medial), el ganglio de Cloquet o la vena ilíaca circunfleja (límite inferior) y la zona presacra/territorios ilíacos comunes (límite superior).

Conclusiones

La linfadenectomía es un procedimiento rutinario en el tratamiento de los cánceres urológicos para el que se requiere un amplio conocimiento de la anatomía pélvica. Al tratarse de un procedimiento complejo con la posibilidad de lesionar los grandes vasos ilíacos y las ramas nerviosas, la cirugía robótica aporta un beneficio importante debido a su mayor precisión y amplitud de movimientos en comparación con la cirugía laparoscópica.

Presentación: vídeo

Enterocistoplastia de aumento asistida por Robot.

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; Pérez Haro, M.LI; Modrego Ulecia, L; García Rodríguez, J; Hevia Suarez, M; González Ruíz de León, C; Sacristán González, R; Quintás Blanco, A; Fernández Gómez, J.M

Unidad de gestión clínica de Urología. Hospital Universitario Central de Asturias

Introducción

La enterocistoplastia de aumento proporciona a los pacientes con disfunción de tracto urinario inferior un reservorio de baja presión preservando la función renal en pacientes donde el tratamiento conservador ha fracasado. Inicialmente desarrollado mediante abordaje abierto, se han puesto en práctica técnicas quirúrgicas que han permitido abordajes primero laparoscópicos y posteriormente asistidos por robot.

Presentamos el caso de una ileocistoplastia de aumento por abordaje robótico íntegramente intracorpóreo, así como la descripción de la técnica quirúrgica.

Paciente y Método

Presentamos una mujer de 69 años, diagnosticada de síndrome de dolor pélvico crónico, secundario a vejiga retraída de escasa capacidad. La paciente presenta micciones dolorosas asociadas a al menos 7 micciones nocturnas, así como urgencia miccional. Tras el fracaso de tratamiento conservador farmacológico y otras técnicas mínimamente invasivas como la instilación de ácido hialurónico e hidrodistensión vesical, finalmente se propone intervención de ileocistoplastia de aumento asistida por robot.

Resultados

El tiempo quirúrgico fue de 130 minutos. No hubo complicaciones intraoperatorias ni sangrado significativo durante la cirugía. Toda la intervención fue realizada de forma intracorpórea, tanto el tiempo intestinal como la anastomosis enterovesical. El paciente fue dado de alta al 6º día postoperatorio sin presentar complicaciones. La sonda vesical se retiró al 20º día, realizándose una cistografía de control donde tras repleción de 220cc de contraste se descartaron fugas tras la intervención, así como ausencia de reflujo vesicoureteral bilateral.

Conclusiones

El abordaje mínimamente invasivo mediante cirugía robótica para la realización de Enterocistoplastia de aumento es factible y seguro en centros con experiencia, siendo una opción de tratamiento en pacientes con vejiga neurógena cuando han fracasado las medidas conservadoras.

El abordaje robótico íntegramente intracorpóreo es factible y seguro para la realización del procedimiento.

Presentación: vídeo

Cistectomía robótica en necrosis prostática

Medina González, A.; Orlandi Oliveira, W.; Campanario Pérez, R.; González Dacal, J.; Zarraonandia Andraca, A.; Plaza Alonso, C.; Ruibal Moldes, M.

SUTURO CIRUGÍA UROLÓGICA**1- Introducción**

La cistectomía está indicada no sólo en el carcinoma vesical infiltrante sino que en determinadas patologías es la única alternativa en pacientes con pérdida de función vesical y grave afectación de su calidad de vida. Entre estos procesos figuran además de los procesos inflamatorios vesicales, la cistitis rádica.

2- Objetivos

El objetivo es presentar una cistectomía robótica con necrosis completa de la próstata

3- Material/Métodos:

Presentamos el caso de un paciente de 73 años sometido a radioterapia por un cáncer de próstata, que a los 2 años de la misma se le indica láser verde prostático por clínica miccional. Al año de la cirugía con láser comienza a presentar exacerbación de la dificultad miccional y dolor pélvico que le impide realizar cualquier actividad y le obliga a estar permanentemente tumbado dado que es la única forma con la que logra aliviar parcialmente el dolor.

4- Resultados:

Se decide realización de cistectomía robótica con derivación urinaria tipo bricker de modo totalmente intracorpóreo. El tiempo quirúrgico fue de 210 minutos. Las pérdidas hemáticas durante la intervención fueron de menos de 200 cc. El paciente fue dado de alta a los 7 días de la intervención sin presentar complicaciones. Actualmente tras la realización de la cirugía, el paciente se encuentra asintomático sin presentar dolor y pudiendo realizar vida normal.

5- Conclusiones:

Los pacientes sometidos a radioterapia pueden sufrir daños vesicales irreversibles como el dolor pélvico persistente y refractario, hematuria incoercible o la retracción vesical con pérdida de su función y compromiso del tracto urinario superior. En estos casos la cistectomía con derivación urinaria es la única opción para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Presentación: vídeo

Cistectomía radical con preservación de órganos femeninos

Moretó Vilella, E.; De Fuentes Beltruz, N.; Buisan Rueda, O.; Pérez Reggeti, J.I.; Ferreiro Pareja, C.; Serrallach Orejas, M.; Suárez Novo, J.F.; Vigués Julià, F.

*hospital Universitari de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, España.***Introducción:**

Dado el aumento de la supervivencia en pacientes afectados de cáncer de vejiga, surge la importancia de preservar la calidad de vida después de la cistectomía radical y linfadenectomía pélvica. Esta intervención quirúrgica está asociada a una importante morbilidad que puede tener un efecto deletéreo en la calidad de vida. Los resultados funcionales tales como la continencia, la potencia y la función sexual en mujeres son los aspectos fundamentales para la toma de decisiones de los pacientes jóvenes afectados de cáncer vesical musculoinfiltrante. Las adaptaciones a la técnica clásica de cistectomía radical, enfocadas en la preservación de órganos genitales/pélvicos, buscan mejorar los resultados funcionales en estos pacientes, evitando un impacto negativo en su calidad de vida. La preservación de órganos pélvicos o genitales ofrece resultados sexuales mejorados en comparación con la cistectomía radical estándar, manteniendo resultados oncológicos en pacientes adecuadamente seleccionadas.

Conclusión:

Se muestra un vídeo de la cistectomía radical con preservación de órganos genitales en una paciente joven seleccionada, con deseo de preservación de la función sexual. Se muestra y se explica la cirugía paso por paso desde inicio hasta la confección de la derivación urinaria.

V-61

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

Cistectomía radical robótica con derivación urinaria intracorpórea tipo conducto ileal en paciente trasplantado renal

Lozano Santana, Víctor; Pérez Reggeti, J.I; Fàbregas Drnda, M; Anagua Melendres, F; Buisán Rueda, Óscar; Ferreiro Pareja, C; Serrallach Orejas, M; Suárez Novo, J.F; Vigués Julià, F
Hospital Universitari de Bellvitge

Introducción

El trasplante renal es el tratamiento óptimo para pacientes con enfermedad renal en etapa terminal. Sin embargo, la incidencia de neoplasias, especialmente neoplasias urológicas, aumenta después del trasplante renal debido a tratamientos inmunosupresores a largo plazo.

Caso clínico

Presentamos el caso de un hombre 68 años de edad con antecedentes de enfermedad renal crónica terminal sometido a trasplante renal de donante vivo en 2017. Diagnosticado a los 3 años de tumor vesical no musculo infiltrante de alto riesgo refractario a tratamiento adyuvante. Se decide realizar cistectomía radical robótica con nefrectomía bilateral laparoscópica y derivación urinaria intracorpórea tipo conducto ileal.

En el video se muestra la técnica empleada y las peculiaridades que implica el caso. Haciendo especial énfasis en la anastomosis de la vía urinaria del injerto renal y en la preservación de las estructuras del injerto.

Conclusión:

Este caso pretende subrayar los supuestos beneficios de la cirugía robótica en casos de alta complejidad quirúrgica.

Presentación: vídeo

Neovejiga Laparoscópica asistida por robot con derivación intracorpórea.

Curiel Elizondo, Andrés; Fuentes Pastor, Javier; Rayo Radilla, Martin; Perez Vera, Irving; Castila Barbosa, Andrés; Lopez Tello, Andrés; Luza Dueñas, Anais; Alguero Menendez, Ricardo; Hevia Suarez, Mateo; Garcia Rodriguez, Jorge; Jalón Monzón, Antonio; Moya Martín, Celia; Sacristan Gonzalez, Raquel; Ruiz de Leon, Cristina; Lobo Rodriguez, Beatriz; Fernandez Gomez, Jesus

Hospital Universitario Central de Asturias

Introducción:

En los últimos años la cistectomía radical robótica ha mostrado resultados oncológicos similares, comparables al gold estándar, cistectomía radical abierta, ofreciendo además las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva.

La cistectomía radical robótica con derivación completa intracorpórea, es un procedimiento complejo realizado sólo, habitualmente, en centros con gran experiencia.

Material y método:

Presentamos la técnica quirúrgica de neovejiga ileal robótica con derivación totalmente intracorpórea realizada en un varón de 54 años por un carcinoma vesical músculo infiltrante.

En el vídeo mostramos y describimos paso a paso la técnica que realizamos en nuestro centro para neovejiga ortotópica después de cistectomía radical robótica con el sistema DaVinci Xi.

Hacemos hincapié en el vídeo en los pasos fundamentales de esta técnica.

Resultados:

La duración total de la cirugía fue de 4 horas y media.

No hubo complicaciones intraoperatorias ni perioperatorias y el paciente fue dado de alta al 7º día.

La sonda vesical fue retirada en 30 días posterior a cistografía de control.

Conclusión:

La cistectomía radical robótica con neovejiga ileal ortotópica realizando la derivación de forma totalmente intracorpórea es un procedimiento factible y seguro.

Permite obtener buenos resultados oncológicos y funcionales y mantiene los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva.