

Publicado en Seclaendosurgery.com (en línea) 2012, nº 40.

Disponible: http://seclaendosurgery.com/index.php?option=com_content&view=article&id=260&Itemid=242

Copyright © Secla Endosurgery. Nº ISSN: 1698-4412

XI CONGRESO NACIONAL SECLA MADRID 2012 RESUMEN DE COMUNICACIÓN

Título:

PROSTATECTOMIA RADICAL LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR ROBOT DA VINCI.

Autores:

Autor presentador:

L.M. Romero Vargas

Resto de autores:

J.I. Pascual Piédrola, J. Barba Abad, R. Algarra Navarro, D. Rosell Costa, J.E. Robles García, J.J. Zudaire Bergera, J.M. Berián Polo.

Institución:

Departamento de Urología, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España.

Resumen de comunicación:

Introducción:

La reciente incorporación en nuestro Centro del robot quirúrgico Da Vinci, nos permite mirar hacia atrás buscando aquellos aspectos que puede aportar la prostatectomía radical laparoscópica asistida por robot (PRLR) sobre la laparoscópica o la cirugía abierta, de las cuales tenemos una experiencia acumulada de más de 1300 procedimientos.

Objetivo:

Material y método:

Desde Enero de 2011 a Enero de 2012, hemos realizado un total de 30 PRLR con el robot Da Vinci SHD dotado de cuatro brazos robóticos. El acceso en todos los casos fue transperitoneal, con el paciente en posición de Trendelenburg extremo, colocando un total de 6 trocres (2 de 12 mm, 3 de 8 mm y 1 de 5 mm). El acceso al espacio prevesical fue según técnica de Gill y en los casos con presencia de lóbulo medio subtrigonal con la clásica técnica de Montsouris. Se utilizaron hem-O-lok de 5 y 10 mm para los pedículos vasculares. Se utilizó monofilamento de 2 o 3/0 con aguja doble para la sutura uretro-vesical.

Resultados:

Se completaron todas las cirugías menos una por interposición de asas intestinales que hubo de reconvertirse. En tres casos con presencia de lóbulo subtrigonal, el acceso a las vesículas seminales se realizó a nivel del fondo de saco de Douglas según técnica de Montsouris. La disección del espacio interfascial con los brazos robóticos se realiza con mayor facilidad que en la laparoscopia tradicional, lo mismo que la disección de las bandeletas para la preservación de los haces neurovasculares en los casos que estaba indicado. Reforzamos el plano posterior del Denonvilliers con objeto de mejorar la continencia postoperatoria. La sutura uretro-vesical continua es de fácil ejecución y consigue una estanqueidad completa.

Conclusiones:

Los cirujanos con amplia experiencia en prostatectomía radical abierta y laparoscópica consiguen una rápida adaptación a la técnica de la PRLR, favorecida por la ergonomía del sistema, consiguiendo unos excelentes resultados oncológicos y funcionales.

